

УДК: 616.5-004.1-052:[159.91:572.5]  
<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2021-18-4-7>



## Психосоматическая симптоматика у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией

© Л. А. Порошина

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

### РЕЗЮМЕ

**Цель исследования.** Изучить особенности психосоматической патологии у пациентов с ограниченной склеродермией.

**Материалы и методы.** Использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R для определения оценки паттернов психологических признаков у 95 пациентов, страдающих ограниченной склеродермией. Группу контроля составили 30 респондентов без патологии кожи.

**Результаты.** У пациентов с ограниченной склеродермией были выявлены более высокие показатели по общему индексу тяжести симптомов (GSI), индексу наличного симптоматического дистресса (PTSD), общему числу утвердительных ответов опросника (PST). В группе пациентов с ограниченной склеродермией определялись более высокие показатели уровня дистресса по шкалам соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, депрессии, тревожности.

**Заключение.** Пациенты с ограниченной склеродермией имеют более широкий диапазон психосоматической симптоматики. Преобладающими характеристиками психосоматических изменений являются соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, тревожность.

**Ключевые слова:** опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, уровень дистресса, соматизация, депрессия, тревожность.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Источники финансирования.** Исследование проведено в рамках работы по теме, выполняемой за счет средств инновационного фонда ГОИК, № 20201769 от 09.11.2020 г. «Разработать и внедрить алгоритм диагностики и лечения ограниченной склеродермии у пациентов, страдающих метаболическим синдромом».

**Для цитирования:** Порошина ЛА. Психосоматическая симптоматика у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией. *Проблемы здоровья и экологии.* 2021;18(4):55–60. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2021-18-4-7>

## Psychosomatic symptoms in patients suffering from morphea

© Larysa A. Paroshyna

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

### ABSTRACT

**Objective.** To study the features of psychosomatic pathology in patients with morphea.

**Materials and methods.** We used the Symptom Check List-90 Revised (SCL-90-R) to assess patterns of psychological signs in 95 patients suffering from morphea. The control group included 30 respondents without the skin pathology.

**Results.** The patients with morphea revealed higher values in the Global Severity Index (GSI), Positive Symptom Distress Index (PSDI), Positive Symptoms Total (PST). The group of the patients with morphea showed higher distress levels according to the somatization, obsessive and compulsive disorders, depression, anxiety scales.

**Conclusion.** Patients with morphea have a wider range of psychosomatic symptoms. The prevalent characteristics of psychosomatic changes are somatization, obsessive and compulsive disorders, depression, anxiety.

**Keywords:** Symptom Check List-90 Revised SCL-90-R, distress level, somatization, depression, anxiety.

**Conflict of interests.** The author declares no conflict of interests.

**Funding.** The study was carried out as part of the work on the topic sponsored by the Gomel Regional Executive Committee Innovation Fund No.20201769 dated 09.11.2020 “To develop and implement an algorithm for the diagnosis and treatment of morphea in patients suffering from metabolic syndrome”.

**For citation:** Paroshyna LA. Psychosomatic symptoms in patients suffering from morphea. *Health and Ecology Issues*. 2021;18(4):55–60. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2021-18-4-7>

## Введение

В практике дерматовенеролога особенно велик удельный вес заболеваний с хроническим рецидивирующим течением с недостаточно изученным этиопатогенезом [1]. Несмотря на то, что абсолютное большинство дерматологических заболеваний не представляет непосредственной угрозы для жизни, хронический, торпидный и неизлечимый характер многих дерматозов является своеобразным стрессорным стимулом. Кожные заболевания оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов, дезадаптируют их в социальном плане, ведут к формированию разной степени выраженности психопатологической симптоматики [1, 2]. Пациентов с заболеваниями кожи беспокоят косметические дефекты, боязнь прогрессирования заболевания и поражения внутренних органов, они тревожатся о возможности наследования дерматоза или его заразности. Все это ведет к ухудшению качества жизни пациента, его соматизации.

Наиболее частыми аффективными нарушениями, сопровождающими течение кожных заболеваний, являются тревожные, фобические (чаще — социофобические), депрессивные переживания. В их основе лежат соматические проявления, имеющие актуальный и постоянно фрустрирующий характер (деформация кожи, зуд, жжение, чувство стягивания, шелушение, изменение цвета и структуры кожи) [3, 4]. Депрессия при дерматологических нарушениях также часто связана с идеями физического недостатка, неполноценности, страха пожизненной деформации или уродства, опасениями по поводу прогноза и исхода заболевания, сопряженными с ощущением безнадежности, бесперспективности, ущербности, пессимистической оценкой будущего. В переживаниях и поведении пациентов дерматологического профиля характерны повышенная стеснительность, связанная с опасениями негативного отношения окружающих, переживаниями об утрате привлекательности, избегающее или зависимое поведение, стремление скрыть имеющиеся изъяны кожных покровов [5].

Имеется множество данных об ухудшении качества жизни пациентов с хрониче-

скими дерматозами, такими как псориаз [1, 2, 6, 7], угревая болезнь [3, 6, 8], аллергодерматозы [6, 7], витилиго [2]. Ряд авторов отмечает, что ограниченная склеродермия, которая сопровождается воспалительными и атрофическими изменениями на коже и характеризуется хроническим течением [9], также может серьезно повлиять на качество жизни пациентов, вызывая косметические, а иногда функциональные проблемы [10, 11]. При этом в доступных нам литературных источниках мы не нашли данных об особенностях психосоматических нарушений у пациентов с ограниченной склеродермией, уровне ее выраженности, преобладающих симптомах.

## Цель исследования

Изучить особенности психосоматической патологии у пациентов с ограниченной склеродермией.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Гомельского областного клинического кожно-венерологического диспансера в 2019–2020 гг. Для анкетирования респондентов использовался валидизированный опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (symptom check list-90-revised), предназначенный для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц [12]. Основную группу составили 95 пациентов (91 женщина и 4 мужчин), страдающих ограниченной склеродермией, группу контроля составили 30 человек (28 женщин и 2 мужчин) без заболеваний кожи. Средний возраст пациентов основной группы составил  $55,89 \pm 12,93$  года, группы контроля —  $56,26 \pm 8,88$  года ( $p=0,88$ ). У пациентов обеих групп имелись сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия, атеросклеротический кардиосклероз, узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит, желчекаменная болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Шкала опросника SCL-90-R содержит 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), и позволяет оценить симптоматику как у психиатрических пациентов, так и у здоровых лиц

[13]. Ответы подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизация (SOM), обсессивно-компульсивные расстройства (OC), межличностная сензитивность (INT), депрессия (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOS), фобическая тревожность (PHOB), паранойяльные тенденции (PAR), психотизм (PSY) [13]. Выраженность симптомокомплекса, оцененного каждой из шкал, дополнялась подсчетом обобщенных индексов второго порядка: обобщенного индекса тяжести симптомов (GSI), индекса наличного симптоматического дистресса (PTSD), общего числа утвердительных ответов (PST).

Критериями включения в группу исследования было наличие у пациентов ограниченной склеродермии, добровольное согласие пациента на участие в проводимых исследованиях. Критериями исключения из группы были детский возраст, беременность, наличие сопутствующей патологии в виде онкологических заболеваний, системных заболеваний соединительной ткани, наличие признаков деменции и явно психотических состояний, отказ пациента от участия в исследовании.

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного

обеспечения StatSoft «Statistica», 10.0 (USA). Оценка нормальности распределения признаков проводилась с использованием критерия Шапиро — Уилка. При нормальном распределении признаков данные представлялись в виде среднего арифметического и стандартного отклонения среднего арифметического ( $M \pm SD$ ). Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Для выявления уровня дистресса у пациентов с ограниченной склеродермией из существующих на сегодняшний день методов оценки психопатологии нами был выбран опросник SCL-90-R, поскольку он позволяет определить не только общий уровень симптоматики, но и выявить ее характер.

Общий индекс тяжести симптомов (GSI) у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией, который является индикатором текущего состояния и глубины расстройства и характеризует интенсивность переживаемого дистресса, был на уровне 0,54 (0,41; 0,79). Его показатели у пациентов контрольной группы составили 0,44 (0,14; 0,61)  $p = 0,001$  (таблица 1).

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики у пациентов с ограниченной склеродермией по данным опросника SCL-90-R

Table 1. Severity of psychopathological symptoms in the patients with morphea according to the SCL-90-R data

Шкала симптоматических расстройств	Пациенты с ограниченной склеродермией	Контрольная группа	Уровень значимости
SOM	1,17 (0,75; 1,54)	0,5 (0,33; 1,00)	$p < 0,001$
OC	0,55 (0,20; 0,70)	0,7 (0,35; 0,95)	$p = 0,007$
INT	0,67 (0,28; 0,94)	0,56 (0,11; 0,89)	$p = 0,175$
DEP	0,54 (0,31; 0,92)	0,38 (0,08; 0,62)	$p = 0,016$
ANX	0,50 (0,25; 0,90)	0,30 (0,10; 0,50)	$p = 0,002$
HOS	0,33 (0,17; 0,7)	0,33 (0,00; 0,33)	$p = 0,052$
PHOB	0,14 (0,00; 0,43)	0,00 (0,00; 0,14)	$p = 0,057$
PAR	0,33 (0,17; 0,55)	0,17 (0,00; 0,50)	$p = 0,256$
PSY	0,2 (0,00; 0,40)	0,10 (0,00; 0,10)	$p = 0,052$
GSI	0,54 (0,41; 0,79)	0,44 (0,14; 0,61)	$p = 0,001$
PST	37 (27,50; 50,00)	31 (13,75; 36,75)	$p < 0,001$
PSDI	1,32 (1,17; 1,53)	1,17 (1,00; 1,32)	$p = 0,013$

Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), являющийся мерой интенсивности психопатологического расстройства, был выше в группе пациентов с ограниченной склеродермией по сравнению с

группой контроля и составил соответственно 1,32 (1,17: 1,53) и 1,17 (1,00; 1,32),  $p = 0,013$  (таблица 1). Отмечается также, что этот индекс возможно использовать как индикатор типа реагирования на взаимодействие, т. е.

он может показывать, усиливает или преуменьшает обследуемый свои ощущения при ответах [8].

Общее число утвердительных ответов (PST) у пациентов группы исследования находилось в пределах 37 (27,50; 50,00), у группы контроля — 31 (13,75; 36,75),  $p < 0,001$  (таблица 1). Это отражает большую широту симптоматики у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией.

Таким образом, по всем трем обобщенным индексам (общему индексу тяжести симптомов (GSI), индексу наличного симптоматического дистресса (PSDI), общему числу утвердительных ответов (PST)) у пациентов со склеродермией определялись более высокие показатели, статистически значимо отличающиеся от показателей группы контроля. Это может свидетельствовать о том, что эти пациенты испытывают более выраженный дистресс с более широким диапазоном симптоматики.

Для уточнения характера проявлений дистресса мы оценивали показатели выраженности психосоматической симптоматики по отдельным шкалам, предусмотренным данной методикой. Для оценки уровня переживания психопатологических расстройств (соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльные тенденции, психотизм) мы использовали следующую шкалу интерпретации результатов: за очень низкий уровень нарушений принимался результат 0,1–0,4; низкий уровень — 0,5–1,4; результат 1,5–2,4 оценивался как средний уровень; 2,5–3,4 — повышенный уровень; 3,5–4,0 — высокий уровень [12].

У большинства респондентов как основной, так и контрольной группы показатели по всем шкалам соответствовали очень низкому и низкому уровню дистресса и находились на уровне 0–1,4. При этом наиболее высокие показатели определялись по шкале «соматизация» как в основной, так и контрольной группе и составили 1,17 (0,75; 1,54) и 0,5 (0,33; 1,00) соответственно,  $p < 0,001$ . По шкале «соматизация» средний уровень переживания симптомов определялся у 26 пациентов (27,37 %) со склеродермией и у 3 (10,00 %) — из группы контроля. Более высокие показатели по шкале «соматизация» у пациентов с ограниченной склеродермией, с нашей точки зрения, можно объяснить тем фактом, что они

беспокоятся о возможном вовлечении в патологический процесс внутренних органов, возможности развития у них системного склероза и серьезных осложнений. При работе с данными пациентами обращает на себя внимание то, что многие изучают доступную широкому кругу информацию о заболевании. Они пытаются обнаружить у себя признаки системности, уточняют у врача вероятность развития у них системного склероза. Такие пациенты могут быть фиксированы на симптомах со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем. Компонентами расстройства у них могут являться головные боли, общий мышечный дискомфорт. Все эти симптомы и признаки могут указывать как на наличие психосоматических расстройств, так и быть проявлением реальных соматических заболеваний.

Показатель «обсессивно-компульсивные расстройства» (мысли, импульсы и действия, воспринимаемые как постоянные и непреодолимой силы, но чуждые) у преобладающего большинства респондентов как основной, так и контрольной групп находился на очень низком и низком уровне переживания симптомов. При этом у пациентов основной группы среднее значение по данной шкале превышало значение в группе контроля (таблица 1). Наличие обсессивно-компульсивных расстройств у пациентов дерматологического профиля описывались и другими авторами. Это, как правило, было связано с субъективными ощущениями, которые нередко при заболеваниях кожи и ведут к появлению невротических расчесов [14]. Следует отметить, что у пациентов с ограниченной склеродермией мы не отмечали обсессивно-компульсивных расстройств, сопровождающихся самоповреждением кожи.

По шкале «депрессия» у респондентов обеих групп определялись показатели очень низкого и низкого уровня дистресса. Лишь у 5 пациентов с ограниченной склеродермией и у 1 респондента контрольной группы был выявлен средний уровень дистресса по данной шкале. При этом был выявлен статистически более высокий уровень страдания у пациентов группы исследования по сравнению с контрольной группой,  $p = 0,016$  (таблица 1). По литературным данным, депрессия является одним из наиболее частых синдромов аффективной патологии и наблюдается у трети пациентов кожно-венерологического диспансера [15]. Ряд авторов отмечает, что трофические и пигментные изменения кожи

происходят за счет накопления свободных радикалов и могут, в том числе, являться отражением депрессии [15, 16, 17].

Также у пациентов с ограниченной склеродермией был выявлен более высокий уровень тревожности по сравнению с контрольной группой, при этом значения данного показателя находились на очень низком и низком уровне у всех респондентов (таблица 1). В число признаков тревожности можно отнести нервозность, напряжение, тремор, приступы паники, чувство ужаса. Увеличение уровня тревожности и депрессии у пациентов с патологией кожи, в том числе при ограниченной склеродермии, можно объяснить формированием вторичных переживаний, связанных с тем, что кожные заболевания заметны окружающим, склонны к рецидивам, что влияет на эмоциональное состояние пациентов. Также пациенты беспокоятся о возможности прогрессирования заболевания, развития осложнений, вовлечения внутренних органов. По нашему мнению и по данным ряда авторов, формирование вторичных переживаний способствует хронизации заболевания [15, 18].

По шкалам «межличностная сензитивность», «враждебность», «фобическая трево-

жность», «паранойяльные тенденции», «психотизм» уровень дистресса у подавляющего большинства респондентов обеих групп находился на очень низком или низком уровне и статистически не различался (таблица 1).

## Заключение

Наиболее высокий показатель уровня психосоматической симптоматики у пациентов, страдающих ограниченной склеродермией, определялся по шкале «соматизация» и статистически значимо отличался от такового в группе контроля. Уровень дистресса по шкалам обсессивно-компульсивных расстройств, депрессии, тревожности у пациентов с ограниченной склеродермией превышал таковые в контрольной группе. Пациенты, страдающие ограниченной склеродермией, имели более высокие показатели по всем трем обобщенным индексам (общему индексу тяжести симптомов (GSI), индексу наличного симптоматического дистресса (PTSD), общему числу утвердительных ответов (PST)), что может свидетельствовать о более выраженном дистрессе и более широком диапазоне психосоматической симптоматики у данной группы пациентов.

## Список литературы

1. Новицкая НН, Якубович АИ. Качество жизни и псориаз: психологические аспекты. *Сибирский медицинский журнал* (Иркутск). 2008;77(2):8-12.
2. Потекаев НН, Львов АН, Жукова ОВ, Хлыстова ЕА, Кочетков МА, Игошина АВ. Психосоматические расстройства и качество жизни при хронических дерматозах фациальной локализации и их динамика на фоне применения медицинского камуфляжа. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(5):58-72. DOI: <https://doi.org/10.17116/klinderma201716558-71>
3. Романов ДВ. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова: обзор литературы (часть 1). *Психические расстройства в общей медицине*. 2014;1:37-45.
4. Шавловская ОА. Тревожные расстройства в дерматологической практике. *Дерматология*. 2014;3:33-35.
5. Смулевич АБ, Дороженко ИЮ, Романов ДВ, Львов АН. Ипохондрия sinemateria как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;1:14-25.
6. Ефанова ЕН, Васильева ЕА, Кобылянская НВ, Калинин МА. Анализ индекса качества жизни DLQI (thedermatologylifequalityindex) у пациентов с различными дерматологическими нозологиями. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2019;1(6):22-26.
7. Баткаева НВ, Баткаев ЭА, Гитинова ММ. Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами. *РМЖ*. 2018;8(III):68-71.
8. Польшин ИВ, Порошина ЛА, Цитко НС. Оценка психопатологических признаков у молодых людей с вульгарным акне. *Дерматовенерология. Косметология*. 2019;5(1):30-36.
9. Бакалец НФ, Порошина ЛА. Метаболический синдром как фактор риска кожной патологии. *Проблемы здоровья и экологии*. 2018;(4):9-15. [дата обращения 2021 август 18]. Режим доступа: <https://journal.gsmu.by/jour/article/view/67>
10. Muazzez Çiğdem Oba, Özge Aşkın, Burhan Engin. Morphea: Clinical Considerations and Management. *J Turk Acad Dermatol*. 2020;14(1):1-5. DOI: <https://doi.org/10.4274/jtad.galenos.2020.70299>
11. Kafaja S, Clements P. Management of widespread skin thickening in diffuse systemic sclerosis. *Curr. Treatm. Opt. Rheumatol*. 2016;2(1):49-60. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40674-016-0040-0>
12. Методика: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOMCHECKLIST-90-REVISED - SCL-90-R). Психологическая диагностика. [дата обращения: 2021 Июнь 15]. Режим доступа: <https://www.sites.google.com/site/test300m/>
13. Derogatis LR, Unger R. Symptom Checklist-90-Revised [дата обращения: 2021 Июнь 15]. Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/228040890\\_Symptom\\_Checklist-90](https://www.researchgate.net/publication/228040890_Symptom_Checklist-90)
14. Юсупова ЛА, Абдрахманов РМ. Психодиагностика и психокоррекция в дерматокосметологии. Учебно-методическое пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования. Москва: КГМУ; 2011. 64 с.
15. Дороженко ИЮ. Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам. *Обзорные*

психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2009;3:18-25.

16. Караваева ТА, Королькова ТН. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(5):7-16.  
DOI: <https://doi.org/10.17116/klinderma2018170517>

17. Ткаченко СБ, Потехаев НН. Старение кожи. Теория свободных радикалов. *Клиническая дерматология и венерология*. 2003;4:85-88.

18. Jafferany M. Psychodermatol: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiat*. 2007;9(3):203-213.  
DOI: <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>

## References

1. Novickaya NN, Yakubovich AI. Quality of life and psoriasis: psychological aspects. *Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk)*. 2008;77(2):8-12. (In Russ.).

2. Potekaev NN, L'vov AN, Zhukova OV, Hlystova EA, Kochetkov MA, Igoshina AV. Psychosomatic disorders and quality of life in chronic dermatoses of facial localization and their dynamics against the background of the use of medical camouflage. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2017;16(5):58-72. (In Russ.).  
DOI: <https://doi.org/10.17116/klinderma201716558-71>

3. Romanov DV. Mental disorders that occur in the space of the skin: a literature review (part 1). *Psih rasstrojstva v obshchej medicine*. 2014;1:37-45. (In Russ.)

4. Shavlovskaya OA. Anxiety disorders in dermatological practice. *Dermatologiya*. 2014;3:33-35. (In Russ.)

5. Smulevich AB, Dorozhenok IYU, Romanov DV, L'vov AN. Hypochondria sine materia as a psychosomatic problem (based on the model of hypochondriacal disorders that are realized in the space of the skin). *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;1:14-25. (In Russ.).

6. Efanova EN, Vasil'eva EA, Kobylanskaya NV, Kalinin MA. Analysis of the dermatology life quality index DLQI (the dermatology life quality index) in patients with various dermatological nosologies. *Mediko-farmaceuticheskij zhurnal "Pul's"*. 2019;1(6):22-26. (In Russ.).

7. Batkaeva NV, Batkaev EA, Gitinova MM. Comparative assessment of the dermatological index of quality of life in patients with chronic inflammatory dermatoses. *RMZH*. 2018;8(II):68-71. (In Russ.).

8. Polyn IV, Poroshina LA, Tsitko NS. Assessment of psychopathological signs in young people with acne vulgaris. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya*. 2019;5(1):30-36. (In Russ.).

9. Bakalets NF, Poroshina LA. Metabolic syndrome as a risk factor for skin pathology. *Health and Ecology Issues*. 2018;58(4):9-15. [Date of access 2021 June 15]. Available from: <https://journal.gsmu.by/jour/article/view/67> (In Russ.).

10. Muazzez Cigdem Oba, Özge Aşkın, Burhan Engin. Morphea: Clinical Considerations and Management. *J Turk Acad Dermatol*. 2020;14(1):1-5.  
DOI: <https://doi.org/10.4274/jtad.galenos.2020.70299>

11. Kafaja S, Clements P. Management of widespread skin thickening in diffuse systemic sclerosis. *Curr. Treatm. Opt. Rheumatol*. 2016;2(1):49-60.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s40674-016-0040-0>

12. Methodology: Questionnaire of the severity of psychopathological symptoms (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R). Psychological diagnostics. [date of access 2021 June 15]. Available from: <https://www.sites.google.com/site/test300m/>

13. Derogatis LR, Unger R. Symptom Checklist-90-Revised [date of access 2021 June 15]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/228040890\\_Symptom\\_Checklist-90-](https://www.researchgate.net/publication/228040890_Symptom_Checklist-90-)

14. Yusupova LA, Abdrahmanov RM. Psychodiagnostics and psychocorrection in dermatocosmetology. Study guide for students of postgraduate and additional professional education. Moscow, KSMU; 2011: 64 p. (In Russ.)

15. Dorozhenok IYU. Mental disorders comorbid with chronic dermatoses. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2009;3:18-25. (In Russ.)

16. Karavaeva TA, Korol'kova TN. Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2018;17(5):7-16.  
DOI: <https://doi.org/10.17116/klinderma2018170517> (In Russ.)

17. Tkachenko SB, Potekaev NN. Aging of the skin. Free radical theory. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2003;4:85-88. (In Russ.)

18. Jafferany M. Psychodermatol: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion. J Clin Psychiat*. 2007;9(3):203-213.  
DOI: <https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0306>

## Информация об авторе / Information about the author

**Порошина Лариса Александровна**, старший преподаватель кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет»

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-3575>  
e-mail: plary@mail.ru

**Larysa A. Paroshyna**, Senior Lecturer at Department of Internal Medicine No.2 with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining, Gomel State Medical University

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-3575>  
e-mail: plary@mail.ru

## Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

**Порошина Лариса Александровна**  
e-mail: plary@mail.ru

**Larysa A. Paroshyna**  
e-mail: plary@mail.ru

Received / Поступила в редакцию 28.07.2021

Revised / Поступила после рецензирования 20.10.2021

Accepted / Принята к публикации 29.12.2021