

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv71927>

Научный обзор



## Психосоматические аспекты псориаза (обзор)

И.Ю. Дороженок<sup>1,2</sup>, Е.В. Ильина<sup>1</sup><sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация<sup>2</sup>Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация

### АННОТАЦИЯ

В обзоре отражен возросший в последние годы в мировой литературе научный интерес к психосоматическим аспектам псориаза. Изученный материал статей структурирован по принципам современного клинического психосоматического подхода. Во введении обоснована актуальность изучения данной темы. Рассмотрены стрессогенные манифестации/экзацербации псориаза под влиянием психосоциального острого и хронического стресса, в том числе под воздействием пандемии COVID-19; качество жизни и стигматизация пациентов с псориазом. Выделены ведущие факторы, приводящие к формированию нозогенных психосоматических расстройств: распространенные обезображивающие высыпания, зуд, рецидивирующее течение, угроза инвалидизации, социальные ограничения, конституциональные преморбидные особенности пациентов. Представлено описание коморбидных психических расстройств тревожного и аффективного круга с обсуждением суицидального риска. Отдельный раздел обзора посвящен зуду, как одному из наиболее обсуждаемых в современной литературе аспектов псориаза. Представлены различные точки зрения на психо-биологическую структуру зуда при псориазе. Рассмотрены различные факторы, связанные с интенсивностью, объективным и субъективным восприятием кожного зуда. Среди них фигурируют клиническая форма и степень тяжести псориаза, локализация и распространенность высыпаний, пол, возраст, уровень образования, семейное положение пациентов, сопутствующие соматические и психические заболевания.

**Ключевые слова:** псориаз; психосоматические расстройства; качество жизни; стигматизация; нозогенные реакции; депрессия; зуд.

### Для цитирования:

Дороженок И.Ю., Ильина Е.В. Психосоматические аспекты псориаза (обзор) // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 3. С. 251–262. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv71927>

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv71927>

Review Article

## Psychosomatic aspects of psoriasis (review)

Igor Yu. Dorozhenok<sup>1,2</sup>, Ekaterina V. Ilina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The First Sechenov Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

The review reflects the increased scientific interest in the psychosomatic aspects of psoriasis in the world literature in recent years. The studied material of the articles is structured according to the principles of the modern clinical psychosomatic approach. The introduction substantiates the relevance of studying this topic. The article considers the stress manifestations/examinations of psoriasis under the influence of psychosocial acute and chronic stress, including under the action of the COVID-19 pandemic; the quality of life and stigmatization of patients with psoriasis. The driving factors leading to the formation of nosogenic psychosomatic disorders are identified: common disfiguring rashes, itching, recurrent course, the threat of disability, social restrictions, constitutional premorbid features of patients. The description of comorbid mental disorders of the anxiety and affective range with a discussion of suicidal risk is presented. A separate section of the review is devoted to itching, as one of the most discussed aspects of psoriasis in the modern literature. Different points of view on the psycho-biological structure of itching in psoriasis are presented. Various factors related to the intensity, objective and subjective perception of itching are considered. Among them are the clinical form and severity of psoriasis, the localization and prevalence of rashes, gender, age, level of education, marital status of patients, concomitant somatic and mental diseases.

**Keywords:** psoriasis; psychosomatic disorders; quality of life; stigmatization; nosogenic reactions; depression; pruritus.

### For citation:

Dorozhenok IYu, Ilina EV. Psychosomatic aspects of psoriasis (review). *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2021;24(3):251–262.

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv71927>

Received: 23.06.2021

Accepted: 21.08.2021

Published: 10.10.2021

## ВВЕДЕНИЕ

Псориаз — хроническое рецидивирующее генетически детерминированное кожное заболевание мультифакториальной природы, которое характеризуется гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, воспалительной реакцией в дерме, иммунными нарушениями и поражением кожи, ногтей, суставов и других органов [1]. Среди всех кожных заболеваний на долю псориаза приходится 7–10% случаев, а в условиях дерматологического стационара — 20–30%. Средняя распространённость псориаза в мировой популяции составляет около 2% [2]. Псориаз зачастую сопровождается метаболическими нарушениями, кардиальной и желудочно-кишечной патологией, заболеваниями почек, злокачественными новообразованиями кожи и артритом. Нередко псориазический артрит протекает с выраженным экссудатом в поражённых суставах, максимальной активностью воспалительного процесса и характеризуется быстро прогрессирующим течением с развитием стойкой функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата уже в течение первых лет болезни [3].

Псориаз традиционно считается наиболее стигматизирующим дерматозом. Эритема, покрытые шелушащимися чешуйками бляшки, корки, и неприятные мазевые запахи доставляют значительный субъективный дискомфорт и обращают на себя внимание окружающих, выступая в качестве отличительного ярлыка, клейма, дискредитирующего атрибута. Как следствие, у пациентов снижается самооценка, они подвергаются социальной стигматизации и сталкиваются с трудностями в профессиональной деятельности, что в совокупности с длительным рецидивирующим течением, высокой коморбидностью с соматическими нарушениями и клинической тяжестью псориаза в значительной степени влияет на качество жизни [4].

Наряду с доминирующими в патогенезе псориаза аутоиммунными нарушениями значительное влияние на течение заболевания оказывают психогенные факторы, которые могут способствовать как манифестации, так и последующей экзацербации псориаза [5].

До 40% пациентов с псориазом имеют коморбидные психические расстройства, преимущественно стрессогенные, тревожные и депрессивные, нередко с суицидальными тенденциями [6]. По данным B.R. Ferreiga и соавт. [7], среди наиболее распространённых психических расстройств, коморбидных псориазу, выступают нарушения сна (62,0%), психогенная сексуальная дисфункция (45,6%), личностные (35,0%), тревожные (30,4%), адаптационно-приспособительные (29,0%), депрессивные (27,6%), аддиктивные расстройства (24,8%). Реже встречаются соматоформные расстройства, шизофрения и другие психозы, биполярное расстройство и расстройства пищевого поведения. По мнению авторов, связь

между псориазом и коморбидными психическими расстройствами часто недооценивается или не рассматривается в клинической практике, что значительно снижает качество жизни больных и эффективность рутинной дерматотропной терапии [7].

Исследователи из США [8] установили статистически значимую корреляцию между псориазом и психическими расстройствами (депрессия, тревожное расстройство, расстройства личности, шизофрения, алкоголизм и зависимость от психоактивных веществ), а также обнаружили значительное увеличение бремени медицинских затрат при госпитализации психиатрических пациентов с псориазом. При этом психические расстройства могут быть первичными, но чаще вторичными по отношению к псориазу [9], т.е. нозогенными в клиническом понимании. Авторы затрагивают современные концепции патогенеза псориаза и коморбидных психопатологических расстройств, ссылаясь на данные исследований, свидетельствующих о ключевой роли медиаторов воспаления (провоспалительных цитокинов) и мелатонина. Оценка психического статуса, по мнению авторов, позволит своевременно выявить сопутствующую патологию и оптимизировать терапевтическую тактику лечения больных псориазом.

Пациенты с псориазом и коморбидными психическими расстройствами чаще страдают алекситимией, не осознают своего тела и обладают личностью типа D (согласно юнгианской типологии). Группы пациентов, подверженные риску нозогенного психологического стресса, включают женщин, молодых пациентов, пациентов с более ранним началом заболевания, тех, кто субъективно оценивает свой псориаз как тяжёлый, и тех, у кого есть поражения на открытых или чувствительных участках тела [10]. Пациенты с алекситимией имеют статистически значимо более высокую соматизацию, межличностную сенситивность, общую и фобическую тревогу [11].

В дискретную проблему в последние годы выделяется зуд у больных псориазом различной тяжести, не всегда коррелирующий с выраженностью и локализацией высыпаний [12, 13].

Таким образом, актуальность изучения психосоматических аспектов одного из наиболее распространённых дерматозов — псориаза — обусловлена целым рядом факторов: нередкими стрессогенными, в том числе под воздействием пандемии COVID-19 манифестациями/экзацербациями, позволяющими отнести псориаз к психосоматическим кожным заболеваниям; выраженным нозогенным воздействием с массивными обезображивающими кожными проявлениями, рецидивирующим течением, угрозой инвалидизации и социальными ограничениями, способствующими снижению качества жизни, формированию стигматизации и широкого спектра нозогенных расстройств; тесной коморбидностью с психическими и личностными расстройствами, включая

депрессии с суицидальными тенденциями и шизофрению; возрастающим интересом к проблеме зуда вследствие резкого увеличения числа жалоб пациентов, несмотря на то, что псориаз не относится к категории зудящих дерматозов.

## СТРЕССОГЕННЫЕ МАНИФЕСТАЦИИ/ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ ПСОРИАЗА

Существует множество свидетельств того, что психосоциальный стресс играет ключевую роль в обострении псориаза [14, 15]. Так, обострение дерматоза на протяжении 4 нед. после воздействия острого/тяжелого стрессового события выявляется более чем в 80% случаев [16]. Больные с высоким уровнем хронического стресса чаще жалуются на ухудшение состояния, имеют более высокие показатели по индексу распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area Severity Index) и предъявляют больше жалоб, связанных с болезнью, чем больные с низким уровнем стресса. Имеются сведения о более высокой частоте эксацербации псориаза у пациентов с высоким уровнем стресса в периоды ремиссии [17].

В исследовании с группой контроля установлено, что стресс и негативные жизненные события коррелируют с эксацербацией псориаза. Сопоставляя статистические показатели личностных особенностей пациентов с числом стрессогенных обострений дерматоза, авторы выделяют депрессивную, циклотимическую и тревожную акцентуации как наиболее уязвимые к воздействию стресса у больных псориазом [18].

В то же время активно постулируется и другая точка зрения. Так, в израильском систематическом обзоре с метаанализом современных исследований [19] утверждается, что не существует высококачественных доказательств, подтверждающих роль предшествующего психологического стресса в обострении или манифестации псориаза, поскольку стресс — общее понятие, включающее психологическую, поведенческую и биологическую детерминанту, а псориаз, в свою очередь, — многофакторное аутоиммунное заболевание. Авторы указывают на необходимость выработки унифицированных стандартов, включающих типы и степень тяжести различных триггеров, включая хронические/повседневные стрессоры, для проведения валидизированных исследований, прежде чем связывать эксацербацию псориаза с психогенным стрессом [19].

Подобный подход косвенно подтверждают и исследования псориаза в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Так, сообщается, что психосоциальный стресс, вызванный пандемией, сам по себе может стать триггером обострений воспалительных заболеваний кожи. Лица, у которых развиваются связанные со стрессом расстройства, подвергаются повышенному

рisku последующего развития аутоиммунных заболеваний, включая псориаз [20]. Однако преобладают работы, свидетельствующие о том, что провоцировать эксацербацию либо манифестацию псориаза у генетически предрасположенных лиц с COVID-19 способны преимущественно соматогенные и ятрогенные факторы. К соматогенным факторам, обусловленным состоянием общего гипервоспаления, относятся биомаркеры воспаления (С-реактивный белок, ферритин), цитокины, параметры свёртывания крови, повреждения сердечной и мышечной ткани, печени и почек, особенно у пациентов с тяжёлым течением COVID-19; к ятрогенным — лекарственные препараты, в том числе гидроксихлорохин, нередко вызывающие обострение псориаза [21].

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СТИГМАТИЗАЦИЯ, НОЗОГЕНИИ

У мужчин, больных псориазом, отмечаются повышение эмоционального напряжения, склонность к драматизации проблем, соматизация тревоги, депрессивные тенденции, прагматизм, снижение активности. У женщин к вышеперечисленным проявлениям добавляются аутизация, непрактичность и субъективизм [22]. Однако существует и альтернативная концепция, что утяжеление кожного процесса, которое воспринимается как стрессовая ситуация, способствует «личностной мобилизации», повышению социальной активности больных. Усиление социального взаимодействия является необходимым условием для формирования психологических и социальных механизмов адаптации, позволяющих больным совладать с обострением заболевания, снизить тяжесть его течения, а также улучшить качество жизни [23].

Снижение качества жизни у больных псориазом ассоциировано с такими распространёнными дезадаптивными копинг-стратегиями, как злоупотребление алкоголем, курение и переедание. Так, в 30,6% случаев при псориазе имеется алкогольное расстройство по сравнению с 14,3% в контрольной группе [24].

У большинства больных псориазом выявляют снижение самооценки и стигматизацию [25]. Социальная стигматизация преимущественно ассоциируется с поражением открытых участков кожи, оказывая влияние на выбор одежды, профессии, осуществление повседневной и профессиональной деятельности, приводя в период обострения заболевания к временной социальной дезадаптации и ограничению социальных контактов, чему способствует отсутствие понимания природы псориаза обществом [26]. Обусловленное псориазом ограничение трудоспособности приводит к снижению уровня дохода больных. Так, в исследовании 5604 больных псориазом в США 12% были безработными, из которых подавляющее большинство указали псориаз в качестве причины потери работы. Из работающих

каждый второй пациент регулярно пропускал рабочие дни [27]. По данным E. Alpsy и соавт. [28], стигматизация достоверно более выражена в группах пациентов с более низким уровнем образования и дохода, тогда как пациенты с высшим образованием и стабильным доходом способны лучше справляться со стигматизацией и болезнью в целом. Другим выводом исследования было отсутствие связи стигматизации с семейным положением, возрастом, полом и индексом массы тела. У пациентов с псориатическим артритом и вовлечением в патологический процесс генитальной области доминировали самоограничения, при этом в качестве основных детерминант были указаны локализация и тяжесть псориаза, что дополнительно подтверждается более выраженным отчуждением у пациентов с тяжёлыми формами дерматоза — эритродермальной и генерализованной пустулёзной.

В другом обзоре постулируется точка зрения, что влияние стигмы на качество жизни не всегда связано с тяжестью заболевания. Авторы подчеркивают необходимость адресно определять ограничивающие факторы, воздействие которых может варьировать в зависимости от возраста, пола и культурного происхождения пациента [29].

Исследование A.R. Parkhouse [30] показывает, как стигма, являясь стрессором, затрагивает повседневную рабочую и социальную активность больного. Учитывая патогенность как уже испытанной, так и только ожидаемой стигматизации, больные псориазом полагаются на личные и социальные ресурсы (включая наличие и размер медицинской страховки) в качестве буфера для преодоления стресса, т.е. хронический стигма-стресс определяется доступом к личным и социальным ресурсам и их использованием [30].

К психическим расстройствам, спровоцированным псориазом, относятся нозогенные реакции (преимущественно сенситивного и депрессивного круга) и патологическое развитие личности. Нозогенные расстройства у больных псориазом детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры дерматоза. Так, пациенты с умеренными или тяжёлыми формами дерматоза имеют значительно более высокий средний балл по шкале обусловленной псориазом (нозогенной) депрессии, чем пациенты с лёгким псориазом [31]. Депрессия, тревожные расстройства и снижение качества жизни чаще выявляются у более молодых пациентов с ранним началом псориаза. Женщины с псориазом имеют более высокий уровень депрессии, чем мужчины, что объясняется большей озабоченностью женщин внешним проявлением заболевания и его влиянием на качество жизни [32].

В то же время наряду с труднопереносимыми соматическими симптомами заболевания внимание исследователей привлекает проблема стигматизации

как мощного стрессогенного фактора, способствующего формированию нозогенных расстройств сенситивного круга у больных псориазом. Так, показатели тревоги и депрессии в крупной выборке немецких пациентов с псориазом были выше, чем в популяции, причём тяжесть физических симптомов не коррелировала с депрессией или тревогой в исходный момент времени, так как ведущими предикторами депрессии и беспокойства были показатели качества жизни, определяемые стигматизацией [33]. У больных псориазом, помимо повышенных показателей депрессии, тревоги и низкой самооценки, по сравнению с контрольной группой, была выявлена выраженная сексуальная дисфункция, при этом депрессия и поражение половых органов псориазом являются факторами риска у обоих полов, а тяжесть заболевания — дополнительным фактором риска у женщин. У пациентов мужского пола эректильная дисфункция носила преимущественно психогенный характер [34].

## ПСОРИАЗ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

По данным P. Fleming и соавт. [35], у 7–16% больных псориазом диагностируется тревожное расстройство. Z. Kwan и соавт. [36] регистрируют распространённость депрессии среди пациентов с псориазом на уровне 33,7% (7,0% случаев — симптомы лёгкой, 13,0% — умеренной, 7,0% — тяжёлой депрессии). Исследование В.Е. Cohen и соавт. [37] показало, что у 16,5% больных псориазом в анамнезе были депрессивные эпизоды, в то время как у пациентов контрольной группы это значение составляло только 8,9%. Различные типы коморбидности псориаза и депрессии приводятся исключительно в описательных формулировках, нуждающихся в дополнительной психопатологической квалификации.

Данные о суицидальных тенденциях при псориазе противоречивы. Так, у 3,5–4,7% больных псориазом выявлено наличие суицидальных мыслей [38]. В метаанализе 2017 года S. Singh и соавт. [39] обнаружили более высокую вероятность суицидальных мыслей и поведения, незавершённых и завершённых суицидальных попыток у пациентов с псориазом по сравнению с контрольной группой. В многолетнем датском национальном эпидемиологическом исследовании суицидов были выделены группы из 57 502 и 11 009 пациентов с лёгким и тяжёлым псориазом соответственно. Всего за время наблюдения зафиксировано 280 (0,40%) суицидальных попыток и 574 (0,83%) самоубийства, что соответствовало общепопуляционным значениям, при этом риск самоубийства не коррелировал со степенью тяжести псориаза [40].

Авторитетные психодерматологи M.A. Gupta и соавт. [41] призывают к необходимости оценки суицидного

поведения у дерматологического пациента при наличии сопутствующей психической патологии различных регистров, а также оценки максимального бремени болезни (хроническое течение, выраженная тяжесть заболевания), мучительного зуда, стойкой инсомнии. Риск суицида авторы предлагают оценивать в демографическом контексте, поскольку уровень самоубийств быстро растёт среди подростков и молодых людей, у которых также высока распространённость кожных заболеваний (акне, псориаз, атопический дерматит), а также среди белых мужчин, которые, как правило, представлены в дерматологических клинических испытаниях [41].

Имеются данные, что некоторые виды иммунологической терапии псориаза могут провоцировать развитие аффективных эпизодов при наличии в анамнезе аффективных расстройств. Применение антагонистов фактора некроза опухоли (ФНО- $\alpha$ ) пациентом с биполярным аффективным расстройством или монополярной депрессией в анамнезе может привести к маниакальным или гипоманиакальным эпизодам вследствие снижения уровня ФНО- $\alpha$ , в связи с чем терапию антагонистами ФНО- $\alpha$  следует проводить под строгим контролем [42]. Пациенты с аффективными заболеваниями часто злоупотребляют алкоголем и психоактивными веществами, что в свою очередь может приводить к утяжелению течения псориаза.

## ЗУД ПРИ ПСОРИАЗЕ

Традиционно считалось, что зуд при псориазе значительно менее выражен, чем при зудящих дерматозах, поэтому нельзя исключить, что в прошлом врачи реже уделяли внимание данному симптому. Однако в настоящее время зуд рассматривается как одно из наиболее частых и дискомфортных проявлений псориаза наряду с интенсивным шелушением кожи, что существенно ухудшает качество жизни пациентов. Клиницисты крайне озабочены проблемой лечения зуда при псориазе, поскольку обычные противозудные препараты (антигистаминные и даже кортикостероиды) оказывают лишь ограниченное действие [43].

По данным обзора В. Elewski и соавт. [44], частота зуда при формально «незудящем дерматозе» — псориазе — колеблется от 62 до 97%. В большинстве работ приводятся данные о зуде средней степени тяжести в различных группах пациентов, хотя степень тяжести может варьировать от лёгкой до тяжёлой. Зуд может возникать по всему телу, но преимущественно поражает ноги, руки, спину, туловище и кожу головы. При поражении гениталий зуд и дискомфорт также являются частыми симптомами, но могут быть диссимулированы из-за чувства смущения пациента перед врачом. Зуд может беспокоить в течение всего дня или усиливаться только в вечернее время. У большинства пациентов наиболее интенсивный

зуд начинался при появлении или распространении поражений. У некоторых зуд появился ещё до видимых проявлений псориаза. При поражениях кожи, которые могли быть скрыты одеждой, зуд беспокоил реже и, наоборот, возникал чаще при более заметных поражениях, которые сложнее скрыть. У некоторых пациентов отмечено сезонное усиление зуда в зимние месяцы. Авторы не смогли установить, коррелирует ли тяжесть псориаза с интенсивностью зуда, поскольку фиксируются жалобы на зуд как на поражённых, так и на сохранных участках кожного покрова [44].

В исследовании D. Roblin и соавт. [45] на выборке 157 пациентов с псориазом от лёгкой до умеренной степени (средний модифицированный балл PASI 8,9) почти все пациенты (97,5%) отмечали кожный зуд, 68,8% — лёгкий и умеренный, 33,8% — тяжёлый; не было выявлено клинически значимой корреляции между интенсивностью зуда и тяжестью заболевания, что отражалось в значении коэффициента детерминации. По данным J.C. Szepietowski и A. Reich [46], у большинства пациентов зуд ограничивается областью псориазических бляшек, но в части наблюдений затрагивает непоражённые участки либо принимает генерализованный характер, не коррелируя с клинической тяжестью дерматоза. Deskриптивные характеристики зуда представлены в виде жжения, щипания, щекотания, ползания, боли [46], т.е. в клиническом понимании, в отдельных случаях речь идёт о возможных вариантах амплифицированного либо соматоформного зуда у больных псориазом.

У большинства пациентов зуд как мощный нозогенный фактор оказывает значительное негативное влияние на качество жизни: в результате постоянного соматического дискомфорта снижается настроение, усиливается тревога, нарушаются концентрация внимания, сон и аппетит [47]. По данным M. Jafferany и M.E. Davari [48], интенсивность зуда коррелирует не только с нозогенным стрессом, депрессией, низким качеством жизни, но и со стигматизацией. В свою очередь, пациенты на фоне редукции зуда сообщали о значительном улучшении психического самочувствия в сравнении с группой контроля [49].

C. Bundy и соавт. [50] проанализировали индивидуальные представления пациентов о заболевании, предложив «написать письмо своему псориазу, описать, как он влияет на их чувства, мысли и жизнь в целом». Примечательно, что в письмах преобладало слово «зуд», несмотря на то, что пациенты были уведомлены врачами, что зуд не является симптомом псориаза. Пациенты описывали ежедневный дискомфорт и затруднения, связанные с зудом.

В работе А.Л. Бакулева [51], анализирующего результаты российского фрагмента крупного европейского эпидемиологического исследования, зуд различной степени интенсивности фигурирует как мучительный

субъективный симптом псориаза у 57 и 60% пациентов с поражением открытых участков кожи и чувствительных областей соответственно. При отсутствии высыпаний на открытых участках и в чувствительных зонах кожного покрова зуд встречается значительно реже. Частота совпадения мнений врача и пациента при оценке выраженности зуда оказалась крайне невысокой (всего 34%), как и при оценке удовлетворённости результатами лечения. Автор предостерегает клиницистов от недооценки зуда, который способствует расчёсам кожи и может привести к появлению новых эфлоресценций вследствие изоморфной реакции, характерной для прогрессирующего псориазического процесса [51].

В настоящее время предпринимаются попытки верификации различных факторов, связанных с интенсивностью кожного зуда при псориазе. Так, по данным крупного итальянского ретроспективного клинико-эпидемиологического исследования зудящего (критерий включения) псориаза, 33,2% пациентов испытывали лёгкий зуд, 34,4% — умеренный, 18,7% — сильный, 13,7% — очень сильный. Более интенсивный зуд наблюдался у женщин с низким образовательным цензом при тяжёлом пустулёзном псориазе, поражениях кожи головы, лица, ладонных поверхностей кистей и гениталий, продолжительности заболевания <15 лет. Чаще зуд наблюдается при впервые диагностированном псориазе [52]. Бразильские исследователи на выборке из 880 больных псориазом выявили, что зуд был более выраженным у женщин и у пациентов с высоким индексом массы тела. Не было обнаружено значимых ассоциаций между возрастом пациентов, клинической формой псориаза и кожным зудом. Наличие кожного зуда достоверно коррелировало с тяжестью псориаза, но не было связано с наличием системного заболевания [53]. В исследовании S. Mansouri и соавт. [54], напротив, не выявлено существенных корреляций между зудом и возрастом, полом, уровнем образования, семейным положением или сопутствующими заболеваниями у больных псориазом. Значимая связь с зудом зависела от клинической формы псориаза (эритродермическая и пустулёзная), степени тяжести и площади поражения кожного покрова.

В литературе встречаются попытки объяснения формирования не соответствующего клинической тяжести кожного процесса зуда при псориазе в рамках коморбидной психосоматической патологии. Прямые указания на модулирующую функцию депрессии в восприятии зуда при псориазе встречаются ещё в работах 90-х годов прошлого столетия и повторяются в более поздних исследованиях. Так, утверждается, что психопатологическая тяжесть депрессии напрямую коррелирует с тяжестью зуда при псориазе, и клинически выраженная депрессия способна снизить порог восприятия зуда [55].

Возникновение зуда при псориазе также нередко связывается со стрессом. В исследовании

M. Czarneska-Oregacz и соавт. [56] подтверждается, что стресс провоцирует появление зуда у 40% больных, при этом его интенсивность прямо коррелирует с уровнем стресса. Негативные события могут привести к существенному снижению порога восприятия зуда. В другом исследовании интенсивность зуда коррелировала со степенью эмоционального напряжения, предшествующего обострению заболевания. Пациенты, пережившие сильный стресс в течение месяца перед обострением заболевания, значительно чаще страдали от зуда, чем те, кто не сообщал о каких-либо стрессовых жизненных событиях до обострения псориаза [57].

В настоящее время исследователи из США D.J. Pithadia и соавт. [58] приводят нейробиологическое обоснование того, что хронический психогенный стресс усугубляет псориазический зуд посредством активации кожных рецепторов субстанции P и нейрокина-1 (в обход гистаминовых рецепторов тучных клеток). Повышенный уровень тревоги может спровоцировать зуд, что приводит к возникновению цикла зуд-тревога, который сложно прервать. Авторы выделяют также определённые черты личности и поведенческие паттерны, усиливающие тяжесть зуда у пациентов с псориазом: озлобленность, недоверчивость, физическая агрессия. Последний тезис отчасти соотносится с данными А.О. Николаевской и Е.А. Алехиной [59], согласно которым личностный профиль больных псориазом с небольшой длительностью заболевания (от 1 года до 5 лет) отличается подъёмом по шкалам ипохондрии, депрессии и паранойальности опросника Мини-мульт. У больных с высокими показателями по шкале «Ипохондрия» субъективно отмечался более выраженный болевой синдром, пациенты часто указывали на непереносимость «мучительного зуда», не доверяли традиционной медицине, обращаясь за помощью к «целителям», «знахарям».

Немецкие исследователи A. Stumpf и соавт. [60] считают, что определённые личностные черты (низкая самоэффективность, недостаточная покладистость, повышенная сенситивность и склонность к негативным эмоциям) могут быть связаны с амплификацией зуда и расчёсами у больных псориазом. Авторы предлагают подключение биоповеденческой терапии для повышения эффективности лечения псориаза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, психосоматические аспекты псориаза, несмотря на многочисленные исследования, не утрачивают своей актуальности. Перспективным для дальнейшего изучения проблемы представляется подход, сочетающий широко распространённый статистический анализ показателей шкал и опросников с клинической (психопатологической и дерматологической) оценкой больных псориазом с позиций современной психосоматической медицины.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке статьи.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Вклад авторов.** *Дороженок И.Ю.* — разработка концепции, обобщение и психопатологическая квалификация материала. *Ильина Е.В.* — сбор и перевод литературы, первичный анализ источников, составление списка литературы. Авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (разработка концепции, подготовка работы, одобрение финальной версии перед публикацией).

## ADDITIONAL INFO

**Funding source.** This work was not supported by any external sources of funding.

**Competing interests.** Authors declare that she has no competing interests.

**Author contribution.** *Dorozhenok I.Yu.* — concept development, generalization and psychopathological qualification of the material. *Ilyina E.V.* — collection and translation of literature, primary analysis of sources, compilation of a list of references. Authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

## ЛИТЕРАТУРА

- Олисова О.Ю., Гаранян Л.Г. Эпидемиология, этиопатогенез и коморбидность при псориазе — новые факты // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017. Т. 20, № 4. С. 214–219. doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-4-214-219
- Parisi R., Symmons D., Griffiths C., Ashcroft D. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence // *J Invest Dermatol.* 2013. Vol. 133, N 2. P. 377–385. doi: 10.1038/jid.2012.339
- Takeshita J., Grewal S., Langan S.M., et al. Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology // *J Am Acad Dermatol.* 2017. Vol. 76, N 3. P. 377–390. doi: 10.1016/j.jaad.2016.07.064
- Kwon C.W., Fried R.G., Nousari Y., et al. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? // *Clin Dermatol.* 2018. Vol. 36, N 6. P. 698–703. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.009
- Kamiya K., Kishimoto M., Sugai J., et al. Risk factors for the development of psoriasis // *Int J Mol Sci.* 2019. Vol. 20, N 18. P. 4347. doi: 10.3390/ijms20184347
- Wu J.J., Feldman S.R., Koo J., Marangell L.B. Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis // *J Dermatolog Treat.* 2018. Vol. 29, N 5. P. 487–495. doi: 10.1080/09546634.2017.1395800
- Ferreira B.I., Abreu J.L., Reis J.P., Figueiredo A.M. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation // *J Clin Aesthet Dermatol.* 2016. Vol. 9, N 6. P. 36–43.
- Patel K.R., Lee H.H., Rastogi S., et al. Association of psoriasis with psychiatric hospitalization in United States children and adults // *Dermatology.* 2019. Vol. 235, N 4. P. 276–286. doi: 10.1159/000499564
- Bolotna L., Sarian O. Psychopathological disorders as comorbidity in patients with psoriasis (review) // *Georgian Med News.* 2020. Vol. 301. P. 143–147.
- Lim D.S., Bewley A., Oon H.H. Psychological profile of patients with psoriasis // *Ann Acad Med Singap.* 2018. Vol. 47, N 12. P. 516–522.
- Korkoliakou P., Efstathiou V., Giannopoulou I., et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis // *An Bras Dermatol.* 2017. Vol. 92, N 4. P. 510–515. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175660
- Zeidler C., Pereira M.P., Huet F., et al. Pruritus in autoimmune and inflammatory dermatoses // *Front Immunol.* 2019. Vol. 10. P. 1303. doi: 10.3389/fimmu.2019.01303
- Dickison P., Swain G., Peek J.J., Smith S.D. Itching for answers: Prevalence and severity of pruritus in psoriasis // *Australas J Dermatol.* 2018. Vol. 59, N 3. P. 206–209. doi: 10.1111/ajd.12747
- Dodoo-Schittko F. Psoriasis: the significance of psychological stress // *Br J Dermatol.* 2018. Vol. 178, N 5. P. 1002. doi: 10.1111/bjd.16472
- Hunter H.J., Griffiths C.E., Kleyn C.E. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? // *Br J Dermatol.* 2013. Vol. 169, N 5. P. 965–974. doi: 10.1111/bjd.12478
- Basavaraj K.H., Navya M.A., Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update // *Int J Dermatol.* 2011. Vol. 50, N 7. P. 783–792. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x
- Rousset L., Halioua B. Stress and psoriasis // *Int J Dermatol.* 2018. Vol. 57, N 10. P. 1165–1172. doi: 10.1111/ijd.14032
- Pancar Yu.E., Durmus D., Sarisoy G. Perceived stress, life events, fatigue and temperament in patients with psoriasis // *J Int Med Res.* 2019. Vol. 47, N 9. P. 4284–4291. doi: 10.1177/0300060519862658
- Snast I., Reiter O., Atzmony L., et al. Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis // *Br J Dermatol.* 2018. Vol. 178, N 5. P. 1044–1055. doi: 10.1111/bjd.16116
- Lada G., Talbot P.S., Bewley A., Kleyn C.E. Mental health and dermatology practice in the COVID-19 pandemic // *Clin Exp Dermatol.* 2020. Vol. 45, N 7. P. 816–817. doi: 10.1111/ced.14330
- Ozaras R., Berk A., Ucar D.H., et al. Covid-19 and exacerbation of psoriasis // *Dermatol Ther.* 2020. Vol. 33, N 4. P. e13632. doi: 10.1111/dth.13632



22. Караваева Т.А., Королькова Т.Н. Психологические механизмы и психосоматические соотношения при различных дерматозах // Клиническая дерматология и венерология. 2018. Т. 17, № 5. С. 7–17. doi: 10.17116/klinderma2018170517
23. Ружинских А.Г., Соловьева С.Л. Особенности личности и психических характеристик у пациентов с разной степенью тяжести течения псориаза // Неврологический вестник. 2016. Т. 48, № 3. С. 25–33.
24. Gisondi P. High prevalence of alcohol use disorders in patients with inflammatory skin diseases applies to both psoriasis and eczema // Br J Dermatol. 2017. Vol. 177, N 3. P. 606–607. doi: 10.1111/bjd.15674
25. Jankowiak B., Kowalewska B., Krajewska-Kutak E., et al. Relationship between self-esteem and stigmatization in psoriasis patients // Postepy Dermatol Alergol. 2020. Vol. 37, N 4. P. 597–602. doi: 10.5114/ada.2020.93242
26. Пашина А.Г., Дворников А.С., Донцова Е.В. Оценка качества жизни больных псориазом: обзор современных исследований // Лечебное дело. 2019. № 2. С. 32–35. doi: 10.24411/2071-5315-2019-12109
27. Armstrong A.W., Schupp C., Wu J., Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003–2011 // PLoS One. 2012. Vol. 7, N 12. P. e52935. doi: 10.1371/journal.pone.0052935
28. Alpsy E., Polat M., Fettahlioglu-Karaman B., et al. Internalized stigma in psoriasis: a multicenter study // J Dermatol. 2017. Vol. 44, N 8. P. 885–891. doi: 10.1111/1346-8138.13841
29. Wu J.H., Cohen B.A. The stigma of skin disease // Curr Opin Pediatr. 2019. Vol. 31, N 4. P. 509–514. doi: 10.1097/MOP.0000000000000792
30. Parkhouse A.R. Experiences of stigma-stress among people living with psoriasis in the United States // Am J Health Behav. 2019. Vol. 43, N 2. P. 243–257. doi: 10.5993/AJHB.43.2.2
31. Tee S.I., Lim Z.V., Theng C.T., et al. A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016. Vol. 30, N 7. P. 1159–1164. doi: 10.1111/jdv.13615
32. Korkoliakou P., Efstathiou V., Giannopoulou I., et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis // An Bras Dermatol. 2017. Vol. 92, N 4. P. 510–515. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175660
33. Bangemann K., Schulz W., Wohlleben J., et al. Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: protective and exacerbating factors // Hautarzt. 2014. Vol. 65, N 12. P. 1056–1061. doi: 10.1007/s00105-014-3513-9
34. Alariny A.F., Farid C.I., Elweshahi H.M., Abbood S.S. Psychological and sexual consequences of psoriasis vulgaris on patients and their partners // J Sex Med. 2019. Vol. 16, N 12. P. 1900–1911. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.017
35. Fleming P., Bai J.W., Pratt M., et al. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017. Vol. 31, N 5. P. 798–807. doi: 10.1111/jdv.13891
36. Kwan Z., Bong Y.B., Tan L.L., et al. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis // Arch Dermatol Res. 2018. Vol. 310, N 5. P. 443–451. doi: 10.1007/s00403-018-1832-x
37. Cohen B.E., Martires K.J., Ho R.S. Psoriasis and the risk of depression in the US population: national health and nutrition examination survey 2009–2012 // JAMA Dermatol. 2016. Vol. 152, N 1. P. 73–79. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.3605
38. Lamb R.C., Matcham F., Turner M.A., et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting // Br J Dermatol. 2017. Vol. 176, N 4. P. 1028–1034. doi: 10.1111/bjd.14833
39. Singh S., Taylor C., Kornmehl H., Armstrong A.W. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis // J Am Acad Dermatol. 2017. Vol. 77, N 3. P. 425–440.e2. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019
40. Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., et al. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study // Br J Dermatol. 2016. Vol. 175, N 3. P. 493–500. doi: 10.1111/bjd.14633
41. Gupta M.A., Pur D.R., Vujcic B., Gupta A.K. Suicidal behaviors in the dermatology patient // Clin Dermatol. 2017. Vol. 35, N 3. P. 302–311. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.006
42. Kaufman K.R. Etanercept, anticytokines and mania // Int Clin Psychopharmacol. 2005. Vol. 20, N 4. P. 239–241. doi: 10.1097/00004850-200507000-00008
43. Komiya E., Tominaga M., Kamata Y., et al. Molecular and cellular mechanisms of itch in psoriasis // Int J Mol Sci. 2020. Vol. 21, N 21. P. 8406. doi: 10.3390/ijms21218406
44. Elewski B., Alexis A.F., Lebwohl M., et al. Itch: an under-recognized problem in psoriasis // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019. Vol. 33, N 8. P. 1465–1476. doi: 10.1111/jdv.15450
45. Roblin D., Wickramasinghe R., Yosipovitch G. Pruritus severity in patients with psoriasis is not correlated with psoriasis disease severity // J Am Acad Dermatol. 2014. Vol. 70, N 2. P. 390–391. doi: 10.1016/j.jaad.2013.09.030
46. Szepletowski J.C., Reich A. Pruritus in psoriasis: An update // Eur J Pain. 2016. Vol. 20, N 1. P. 41–46. doi: 10.1002/ejp.768
47. Mrowietz U., Chouela E.N., Mallbris L., et al. Pruritus and quality of life in moderate-to-severe plaque psoriasis: post hoc explorative analysis from the PRISTINE study // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015. Vol. 29, N 6. P. 1114–1120. doi: 10.1111/jdv.12761
48. Jafferany M., Davari M.E. Itch and psyche: psychiatric aspects of pruritus // Int J Dermatol. 2019. Vol. 58, N 1. P. 3–23. doi: 10.1111/ijd.14081
49. Zhu B., Edson-Heredia E., Guo J., et al. Itching is a significant problem and a mediator between disease severity and quality of life for patients with psoriasis: results from a randomized controlled trial // Br J Dermatol. 2014. Vol. 171, N 5. P. 1215–1219. doi: 10.1111/bjd.13065
50. Bundy C., Borthwick M., McAteer H., et al. Psoriasis: snapshots of the unspoken: using novel methods to explore patients' personal models of psoriasis and the impact on well-being // Br J Dermatol. 2014. Vol. 171, N 4. P. 825–831. doi: 10.1111/bjd.13101
51. Бакулев А.Л. Псориаз: клинические особенности, факторы риска и ассоциированные коморбидные состояния // Клиническая фармакология и терапия. 2019. Т. 28, № 1. С. 35–39. doi: 10.32756/0869-5490-2019-1-35-39
52. Damiani G., Cazzaniga S., Conic R.R., Naldi L.; Psocare Registry Network. Pruritus characteristics in a large Italian cohort of psori-

atic patients // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019. Vol. 33, N 7. P. 1316–1324. doi: 10.1111/jdv.15539

**53.** Bahali A.G., Onsun N., Su O., et al. The relationship between pruritus and clinical variables in patients with psoriasis // *An Bras Dermatol*. 2017. Vol. 92, N 4. P. 470–473. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175402

**54.** Mansouri S., Ebongo C., Benzekri L., et al. Factors predicting pruritus in psoriasis // *Presse Med*. 2019. Vol. 48, N 5. P. 580–581. doi: 10.1016/j.lpm.2019.02.016

**55.** Gupta M.A., Gupta A.K., Schork N.J., Ellis C.N. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria // *Psychosom Med*. 1994. Vol. 56, N 1. P. 36–40. doi: 10.1097/00006842-199401000-00005

**56.** Czarnecka-Operacz M., Polańska A., Klimañska M., et al. Itching sensation in psoriatic patients and its relation to

body mass index and IL-17 and IL-31 concentrations // *Postepy Dermatol Alergol*. 2015. Vol. 32, N 6. P. 426–430. doi: 10.5114/pdia.2015.56097

**57.** Reich A., Hrehorów E., Szepletowski J.C. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients // *Acta Derm Venereol*. 2010. Vol. 90, N 3. P. 257–263. doi: 10.2340/00015555-0851

**58.** Pithadia D.J., Reynolds K.A., Lee E.B., Wu J.J. Psoriasis-associated itch: etiology, assessment, impact, and management // *J Dermatol Treat*. 2020. Vol. 31, N 1. P. 18–26. doi: 10.1080/09546634.2019.1572865

**59.** Николаевская А.О., Алехина Е.А. Клиническая психология и психология здоровья // *Сибирский психологический журнал*. 2018. № 69. С. 100–112. doi: 10.17223/17267080/69/6

**60.** Stumpf A., Schneider G., Ständer S. Psychosomatic and psychiatric disorders and psychologic factors in pruritus // *Clin Dermatol*. 2018. Vol. 36, N 6. P. 704–708. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.015

## REFERENCES

- Olisova O, Garanyan L. Epidemiology, etiopathogenesis, comorbidity in psoriasis — new facts. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2017;20(4):214–219. (In Russ). doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-4-214-219
- Parisi R, Symmons D, Griffiths C, Ashcroft D. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377–385. doi: 10.1038/jid.2012.339
- Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(3):377–390. doi: 10.1016/j.jaad.2016.07.064
- Kwon CW, Fried RG, Nousari Y, et al. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? *Clin Dermatol*. 2018;36(6):698–703. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.009
- Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, et al. Risk factors for the development of psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2019;20(18):4347. doi: 10.3390/ijms20184347
- Wu JJ, Feldman SR, Koo J, Marangell LB. Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2018;29(5):487–495. doi: 10.1080/09546634.2017.1395800
- Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016;9(6):36–43.
- Patel KR, Lee HH, Rastogi S, et al. Association of psoriasis with psychiatric hospitalization in United States children and adults. *Dermatology*. 2019;235(4):276–286. doi: 10.1159/000499564
- Bolotna L, Sarian O. Psychopathological disorders as comorbidity in patients with psoriasis (review). *Georgian Med News*. 2020;(301):143–147.
- Lim DS, Bewley A, Oon HH. Psychological profile of patients with psoriasis. *Ann Acad Med Singap*. 2018;47(12):516–522.
- Korkoliakou P, Efsthathiou V, Giannopoulou I, et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2017;92(4):510–515. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175660
- Zeidler C, Pereira MP, Huet F, et al. Pruritus in autoimmune and inflammatory dermatoses. *Front Immunol*. 2019;10:1303. doi: 10.3389/fimmu.2019.01303
- Dickison P, Swain G, Peek JJ, Smith SD. Itching for answers: Prevalence and severity of pruritus in psoriasis. *Australas J Dermatol*. 2018;59(3):206–209. doi: 10.1111/ajd.12747
- Dodoo-Schittko F. Psoriasis: the significance of psychological stress. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1002. doi: 10.1111/bjd.16472
- Hunter HJ, Griffiths CE, Kley CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *Br J Dermatol*. 2013;169(5):965–974. doi: 10.1111/bjd.12478
- Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol*. 2011;50(7):783–792. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x
- Roussel L, Halioua B. Stress and psoriasis. *Int J Dermatol*. 2018;57(10):1165–1172. doi: 10.1111/jid.14032
- Pancar Yuksel E, Durmus D, Sarisoy G. Perceived stress, life events, fatigue and temperament in patients with psoriasis. *J Int Med Res*. 2019;47(9):4284–4291. doi: 10.1177/0300060519862658
- Snast I, Reiter O, Atzmony L, et al. Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1044–1055. doi: 10.1111/bjd.16116
- Lada G, Talbot PS, Bewley A, Kley CE. Mental health and dermatology practice in the COVID-19 pandemic. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(7):816–817. doi: 10.1111/ced.14330
- Ozaras R, Berk A, Ucar DH, et al. Covid-19 and exacerbation of psoriasis. *Dermatol Ther*. 2020;33(4):e13632. doi: 10.1111/dth.13632
- Karavaeva TA, Korol'kova TN. Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses. *Clinical Dermatology and Venereology*. 2018;17(5):7–17. (In Russ). doi: 10.17116/klinderma2018170517
- Ruzhinskikh AG, Solovjeva SL. Personality and psychological characteristics traits of patients with various degrees of severity of psoriasis. *Neurology Bulletin*. 2016;48(3):25–33. (In Russ).

24. Gisondi P. High prevalence of alcohol use disorders in patients with inflammatory skin diseases applies to both psoriasis and eczema. *Br J Dermatol.* 2017;177(3):606–607. doi: 10.1111/bjd.15674
25. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, et al. Relationship between self-esteem and stigmatization in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol.* 2020;37(4):597–602. doi: 10.5114/ada.2020.93242
26. Pashinyan AG, Dvornikov AS, Doncova EV. Assessing the quality of life of patients with psoriasis: a review of current research. *Medical business.* 2019;2:32–35. (In Russ). doi: 10.24411/2071-5315-2019-12109
27. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003–2011. *PLoS One.* 2012;7(12):e52935. doi: 10.1371/journal.pone.0052935
28. Alpsoy E, Polat M, FettahlioGlu-Karaman B, et al. Internalized stigma in psoriasis: a multicenter study. *J Dermatol.* 2017;44(8):885–891. doi: 10.1111/1346-8138.13841
29. Wu JH, Cohen BA. The stigma of skin disease. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(4):509–514. doi: 10.1097/MOP.0000000000000792
30. Parkhouse AR. Experiences of stigma-stress among people living with psoriasis in the United States. *Am J Health Behav.* 2019;43(2):243–257. doi: 10.5993/AJHB.43.2.2
31. Tee SI, Lim ZV, Theng CT, et al. A prospective cross-sectional study of anxiety and depression in patients with psoriasis in Singapore. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(7):1159–1164. doi: 10.1111/jdv.13615
32. Korkoliakou P, Efsthathiou V, Giannopoulou I, et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2017;92(4):510–515. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175660
33. Bangemann K, Schulz W, Wohlleben J, et al. Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: protective and exacerbating factors. *Hautarzt.* 2014;65(12):1056–1061. doi: 10.1007/s00105-014-3513-9
34. Alariny AF, Farid CI, Elweshahi HM, Abbood SS. Psychological and sexual consequences of psoriasis vulgaris on patients and their partners. *J Sex Med.* 2019;16(12):1900–1911. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.08.017
35. Fleming P, Bai JW, Pratt M, et al. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis: a systematic review of observational studies and clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(5):798–807. doi: 10.1111/jdv.13891
36. Kwan Z, Bong YB, Tan LL, et al. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis. *Arch Dermatol Res.* 2018;310(5):443–451. doi: 10.1007/s00403-018-1832-x
37. Cohen BE, Martires KJ, Ho RS. Psoriasis and the risk of depression in the US population: national health and nutrition examination survey 2009–2012. *JAMA Dermatol.* 2016;152(1):73–79. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.3605
38. Lamb RC, Matcham F, Turner MA, et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *Br J Dermatol.* 2017;176(4):1028–1034. doi: 10.1111/bjd.14833
39. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77(3):425–440.e2. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019
40. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, et al. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Br J Dermatol.* 2016;175(3):493–500. doi: 10.1111/bjd.14633
41. Gupta MA, Pur DR, Vujcic B, Gupta AK. Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clin Dermatol.* 2017;35(3):302–311. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.01.006
42. Kaufman KR. Etanercept, anticytokines and mania. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005;20(4):239–241. doi: 10.1097/00004850-200507000-00008
43. Komiya E, Tominaga M, Kamata Y, et al. Molecular and cellular mechanisms of itch in psoriasis. *Int J Mol Sci.* 2020;21(21):8406. doi: 10.3390/ijms21218406
44. Elewski B, Alexis AF, Lebwohl M, et al. Itch: an under-recognized problem in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(8):1465–1476. doi: 10.1111/jdv.15450
45. Roblin D, Wickramasinghe R, Yosipovitch G. Pruritus severity in patients with psoriasis is not correlated with psoriasis disease severity. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):390–391. doi: 10.1016/j.jaad.2013.09.030
46. Szepletowski JC, Reich A. Pruritus in psoriasis: An update. *Eur J Pain.* 2016;20(1):41–46. doi: 10.1002/ejp.768
47. Mrowietz U, Chouela EN, Mallbris L, et al. Pruritus and quality of life in moderate-to-severe plaque psoriasis: post hoc explorative analysis from the PRISTINE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(6):1114–1120. doi: 10.1111/jdv.12761
48. Jafferany M, Davari ME. Itch and psyche: psychiatric aspects of pruritus. *Int J Dermatol.* 2019;58(1):3–23. doi: 10.1111/ijd.14081
49. Zhu B, Edson-Heredia E, Guo J, et al. Itching is a significant problem and a mediator between disease severity and quality of life for patients with psoriasis: results from a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2014;171(5):1215–1219. doi: 10.1111/bjd.13065
50. Bundy C, Borthwick M, McAteer H, et al. Psoriasis: snapshots of the unspoken: using novel methods to explore patients' personal models of psoriasis and the impact on well-being. *Br J Dermatol.* 2014;171(4):825–831. doi: 10.1111/bjd.13101
51. Bakulev AL. Psoriasis: clinical features, risk factors and associated comorbid conditions. *Clinical Pharmacology and Therapy.* 2019;28(1):35–39. (In Russ). doi: 10.32756/0869-5490-2019-1-35-39
52. Damiani G, Cazzaniga S, Conic RR, Naldi L; Psocare Registry Network. Pruritus characteristics in a large Italian cohort of psoriatic patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(7):1316–1324. doi: 10.1111/jdv.15539
53. Bahali AG, Onsun N, Su O, et al. The relationship between pruritus and clinical variables in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2017;92(4):470–473. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175402
54. Mansouri S, Ebongo C, Benzekri L, et al. Factors predicting pruritus in psoriasis. *Presse Med.* 2019;48(5):580–581. doi: 10.1016/j.lpm.2019.02.016

- 55.** Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med.* 1994;56(1):36–40. doi: 10.1097/00006842-199401000-00005
- 56.** Czarnecka-Operacz M, Polańska A, Klimańska M, et al. Itching sensation in psoriatic patients and its relation to body mass index and IL-17 and IL-31 concentrations. *Postepy Dermatol Alergol.* 2015;32(6):426–430. doi: 10.5114/pdia.2015.56097
- 57.** Reich A, Hrehorów E, Szepietowski JC. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(3):257–263. doi: 10.2340/00015555-0851
- 58.** Pithadia DJ, Reynolds KA, Lee EB, Wu JJ. Psoriasis-associated itch: etiology, assessment, impact, and management. *J Dermatolog Treat.* 2020;31(1):18–26. doi: 10.1080/09546634.2019.1572865
- 59.** Nikolaevskaya AO, Alekhina EA. Clinical psychology and health psychology. *Siberian Psychological Journal.* 2018;69:100–112. (In Russ). doi: 10.17223/17267080/69/6
- 60.** Stumpf A, Schneider G, Ständer S. Psychosomatic and psychiatric disorders and psychologic factors in pruritus. *Clin Dermatol.* 2018;36(6):704–708. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.015

## ОБ АВТОРАХ

\* **Дороженок Игорь Юрьевич**, к.м.н., доцент;  
адрес: Российская Федерация, 119992, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 2;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1613-2510>;  
eLibrary SPIN: 8701-7958;  
e-mail: idoro@bk.ru

**Ильина Екатерина Валерьевна**, клинический ординатор;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0091-4294>;  
e-mail: ekaterinailina19962@gmail.com

\* Автор, ответственный за переписку

## AUTHORS INFO

\* **Igor Yu. Dorozhenok**, MD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor;  
address: st. Bolshaya Pirogovskaya, 2, building 2, 119992,  
Moscow, Russia;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1613-2510>;  
eLibrary SPIN: 8701-7958;  
e-mail: idoro@bk.ru

**Ekaterina V. Ilina**, Clinical Resident  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0091-4294>;  
e-mail: ekaterinailina19962@gmail.com

\* The author responsible for the correspondence