

О. С. Белугина, О. А. Скугаревский, Н. З. Яговдик, И. Н. Белугина

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСОРИАЗА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Псориаз является наиболее распространенным хроническим кожным воспалительным заболеванием. Стресс принято считать одной из причин возникновения и рецидива данной патологии. Субъективное восприятие стресса и индивидуальная способность справляться со стрессом тесно связана с возможностью личности понимать чувства и эмоции (свои и окружающих), способами совладания со стрессом, механизмами психологических защит, стрессоустойчивостью и особенностями исполнительских функций (когнитивной гибкостью).

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

Материалы и методы. Нами обследовано 67 пациентов с псориазом. Среди методов исследования были выбраны: анамнестический метод, визуально-аналоговая шкала интенсивности зуда, психологические методы (опросник Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо, опросник Плутчика-Келлермана-Контэ, опросник Холмса-Раге, опросник способов совладающего поведения по Лазарусу, опросник соматизированных расстройств) и нейропсихологический метод (компьютерная версия Висконсинского теста сортировки карточек).

Результаты. Низкий показатель эмоционального интеллекта, использование дезадаптивных копинг-стратегий, примитивных механизмов психологических защит, соматизация, низкая сопротивляемость стрессу и нарушение исполнительских функций увеличивают шансы развития более тяжелой клинической картины у пациентов с псориазом.

Заключение. Полученные данные говорят о важности мультидисциплинарного подхода к лечению псориаза (дерматолог, психолог или психотерапевт). Командный подход, возможно, сможет помочь усовершенствовать стратегии раннего вмешательства с целью профилактики, повышения эффективности лечения и предотвращения рецидивов у пациентов с псориазом.

Ключевые слова: Псориаз, клиническая картина, эмоциональный интеллект, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты, стрессоустойчивость, соматизация, исполнительские функции, когнитивная гибкость.

O. S. Belugina, O. A. Skugarevsky, N. Z. Jagovdik, I. N. Belugina

CLINICAL MANIFESTATIONS OF PSORIASIS: PSYCHOLOGICAL CONSTRUCT

Psoriasis is the most common chronic inflammatory skin disease. Stress is considered to be one of the causes of this pathology. The subjective perception of stress and the individual's ability to cope with stress are closely related to the person's ability to understand feelings and emotions, coping strategies, psychological defense mechanisms, stress resistance and executive functions (cognitive flexibility).

Objective. To study the severity of psychological and neuropsychological parameters in relation to the clinical manifestations of psoriasis.

Materials and methods. 67 patients with psoriasis were enrolled in the study. Research methods: anamnesis, Visual Analogue Scale (for itch intensity), The Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test, Life Style Index, Social Readjustment Rating Scale, The Ways of Coping Checklist, Screening for Somatoform Symptoms and computer version of the Wisconsin Card Sorting Test.

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

Conclusions. The research findings are indicating the importance of a multidisciplinary treatment approach to psoriasis (dermatologist, psychologist or psychotherapist). Perhaps, team approach can

be useful on the early intervention strategies, for treatment improvement and relapse prevention in patients with psoriasis.

Key words: *Psoriasis, clinical manifestation, emotional intelligence, coping-strategies, psychological defense mechanisms, stress resistance, somatization, executive functions, cognitive flexibility.*

Псориаз (Psoriasis) – кожная патология, характеризующаяся симметричными папулезными высыпаниями на каждом покрове, слизистых оболочках, придатках кожи и суставах. В некоторых случаях псориаз сопровождается умеренным зудом в области высыпаний (Молочков, 2007). Распространенность псориаза в общей популяции: 0,75–2 % (Сосновский А. Т. и соавт., 2001). Среди данной группы пациентов заболевание ассоциировано с стрессовым событием от 31 до 80 % случаев (Молочков, 2007).

Реакция на стресс обусловлена не только условиями, которые он создает, но и индивидуальной способностью преодолевать стресс: эмоциональным интеллектом (способность идентифицировать и выражать свои чувства; понимать эмоции и намерения свои и окружающих) [1]; механизмами психологической защиты (поведение, связанное со снижением тревожности в стрессовой ситуации); копинг-стратегиями (способность совладать с негативными эмоциями) [2] и исполнительскими функциями (процессы, позволяющие реагировать на тот или иной стимул в ситуации стресса) [6].

У пациентов с псориазом присутствуют сложности с эмоциональной осведомленностью. Также эти пациенты могут использовать малоэффективные (примитивные) механизмы психологических защит и дезадаптивные копинг-стратегии [2]. Помимо этого, есть исследования, подтверждающие нарушения исполнительских функций у пациентов с психосоматической патологией [10]. Таким образом, изучение ассоциированности психологических и нейропсихологических показателей с клиническими проявлениями псориаза представляет большой интерес для современной психодерматологии.

Цель исследования

Изучить степень выраженности психологических и нейропсихологических параметров относительно клинических проявлений псориаза.

Материалы и методы

Для участия в одномоментном поперечном исследовании были отобраны 67 пациентов с псориазом (37 (55 %) мужчин и 30 (45 %) женщин) в период обострения, которые находились на лечении в УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» города Минска (переименован в сентябре, 2021: УЗ «Минский городской клинический центр дерматовенерологии») в промежуток с 2018 по 2020 год. Средний возраст в исследуемой группе составил 32,6 лет ($\pm 9,61$).

1. Сила зуда изучалась при помощи «Визуально-аналоговой шкалы», «ВАШ» (“Visual Analog Scale”, VAS). Эта методика представляет собой непрерывную шкалу

в виде горизонтальной линии, на которой нужно отметить степень интенсивности зуда от 0 до 10.

2. Эмоциональный интеллект изучался при помощи опросника Дж. Маера, П. Сэловея и Д. Карузо (“The Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test”, “MSCEIT 2.0”). MSCEIT 2.0 состоит из вербальных заданий, фотографий лиц людей, пейзажей и абстрактных форм при помощи которых изучаются домены эмоционального интеллекта: опытный (способность переживать и классифицировать эмоции) и стратегический (умение рассуждать об эмоциях и использовать эмоции в процессе социального взаимодействия) [4].

3. Механизмы психологической защиты изучались при помощи опросника Плутчика-Келлермана-Контэ «Индекс жизненного стиля» (“Life Style Index”, LSI). Опросник состоит из утверждений, которые описывают поведение, реакции и чувства людей в различных ситуациях. Испытуемому в процессе исследования следует согласиться или нет с данными утверждениями. Благодаря данной методике можно выявить механизмы психологической защиты: вытеснение (бессознательное забывание), отрицание (непринятие реальности), регрессия (детская реакция на стресс: плач или обиды), проекция (приписывание своих чувств другому объекту), компенсация (стремление преодолеть недостатки в существующей или иной сфере), замещение (смещение негатива на эмоционально более «слабый» объект), рационализация (стремление оправдать неприятную ситуацию), гиперкомпенсация (форма компенсации при которой человек преуспевает в сфере, где имеется дефект, а также начинает доминировать в ней) и общую напряженность механизмов психологической защиты [5].

4. Уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации изучался при помощи опросника Холмса-Пейджа (“The Holmes and Rahe Stress Inventory” или “Social Readjustment Rating Scale”, SRRS). В данном опроснике описаны ситуации, которые могут быть причиной стресса в течение последнего года у испытуемого. Большая сопротивляемость стрессу (менее 150 баллов) характеризуется очень высокой стрессоустойчивостью [8].

5. Копинг-стратегии совладения со стрессом изучались при помощи опросника «Способы совладающего поведения» по Лазарусу (“The Ways of Coping Checklist”, R. S. Lazarus). Данная методика представлена списком утверждений и степенями согласия с ними. Опросник помогает изучить степень выраженности копинг-стратегий: конфронтация (усиление активности для изменения сложившейся ситуации), дистанцирование (сознательное отстранение от проблемы), самоконтроль (контроль над собственными действиями), поиск социальной под-

держки (поиск помощи от окружающих), принятие ответственности (признание проблемы), бегство-избегание (уход от проблемы), планирование решения проблемы (стремление разобраться и решить проблему) и положительная переоценка (сохранение оптимизма) [3].

6. Соматизация изучалась при помощи Опросника соматизированных расстройств ("Screening for Somatic Symptoms", SOMS-2). В этом опроснике представлен список различных соматических жалоб. Испытуемому следует выбрать симптомы, которые его беспокоили течение 2-х последних лет или на данный момент [7].

7. Исполнительские функции изучались при помощи компьютерной версии Висконсинского теста сортировки карточек ("Wisconsin Card Sorting Test", WCST). В процессе исследования испытуемому предъявляются 4 «базовые» карточки и 5-я «опорная» карточка, которая может быть сходна по одному из параметров (категорий) с одной из 4-х карточек: цвет, форма или количество объектов. Участнику исследования следует сопоставить карточки и определить критерий, по которому «опорная» и одна из «базовых» карточек являются сходными. Критерии, по которым «опорная» карточка может быть сходна с одной из «базовых», меняются периодически в процессе выполнения теста.

Параметры для оценки результатов теста: Trials Administered – общее количество предъявляемых карточек (меньшее количество говорит о лучшем результате); Categories Completed – число законченных категорий (большее количество говорит о лучшем результате); Perseverative Errors – персеверативные ошибки. Отражают обстоятельность мышления; Nonperseverative Errors – неперсеверативные ошибки. Ошибки в рамках одной категории; Total Correct – общее количество правильных ответов; Total Errors – общее количество неправильных ответов; Failure to Maintain Set – неспособность удержать счет. Отражает способность следовать правилам; Distraction Errors – ошибка, возникающая при нарушениях фиксации внимания. Возникает при случайной сортировке карточек; Trial to Complete 1st Category – количество карточек, пройденных тестируемым для завершения первой категории. Связано с способностью обучаться и с сообразительностью [9].

Обработка данных проводилась при помощи статистической платформы Jamovi, версии 1.2.22 для macOS. Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Исходные клинические проявления кожной патологии оценивались методом описательной статистики. Оценка ассоциированности параметров проводилась при помощи таблиц сопряженности: χ^2 квадрат критерия (The Chi-Square Test of Association) и отношения шансов (ОШ) при достоверности 95 % (ДИ). Для анализа частот в таблице сопряженности, если ожидаемые частоты в ячейках таблицы были < 5 , был использован Точный теста Фишера (Fishers exact test). Статистически достоверными считались различия на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлена характеристика клинических проявлений у пациентов с псориазом.

С учетом характера распределения данных для категоризации параметров на «высокую» и «низкую» интенсивность для дистанцирования был выбран 66 перцентиль (%), использование эмоций в решении проблемы было категоризировано по 80 %, принятие ответственности – 80 %, соматизация – 38 %, общая напряженность механизмов психологических защит – 25 %, понимание и анализ эмоций – 35 %, стрессоустойчивость – 65 %, рационализация – 60 %. Общее количество правильных ответов было категоризировано на «большое» и «малое» количество по 61 %. Для категоризации параметров на «длительно» и «не длительно» для длительности заболевания был выбран 60 %, а для последней ремиссии – 60 %. Скорость разрешения процесса была категоризирована на «быстро» и «медленно» по 63 %.

По медиане на «высокую» и «низкую» интенсивность были категоризованы: интенсивность зуда, бегство-избегание, гиперкомпенсация, проекция, отрицание, проекция. Количество госпитализаций было категоризировано на «малое» и «большое».

Прогрессирование заболевания было категоризировано на «быстро» (дни) и «медленно» (недели); поражение суставов, поражение половых органов и складок, поражение открытых участков тела, поражение волосистой части головы, поражение лица, наличие дежурных бляшек были категоризованы, как «есть» и «нет».

Результаты исследования говорят о том, что нарушение эмоциональной осведомленности ассоциировано с сильной интенсивностью зуда и более короткой последней ремиссией.

Использование дезадаптивных копинг стратегий увеличивает шансы в структуре клинических проявлений заболевания более высокой интенсивности зуда, быстрого прогрессирования заболевания, большего количества госпитализаций и поражения половых органов и складок.

Использование примитивных механизмов психологической защиты ассоциировано с большим количеством госпитализаций, поражением суставов, поражением половых органов и складок, поражением открытых участков тела и лица. Сильная напряженность механизмов психологических защит ассоциирована с более длительным течением заболевания, возможно, так как защиты работают «на износ» и не справляются со стрессом [4].

Напряженность механизмов соматизации была ассоциирована с длительным течением заболевания, медленной скоростью разрешения заболевания и наличием дежурных бляшек. Низкая стрессоустойчивость увеличивает шансы поражения суставов.

Нарушение исполнительских функций увеличивает шансы поражения волосистой части головы.

В таблице 2 представлен вклад степени выраженности нейрпсихологических и психологических параметров в клинические проявления псориаза.

Таблица 1. Характеристика клинических проявлений у пациентов с псориазом

Параметр		Всего, n = 67 (53,2 %)	Мужчины, n = 37 (55 %)	Женщины, n = 30 (45 %)
Наследственность, кожная патология n (%)	Да	22 (33 %)	10 (45 %)	12 (55 %)
	Нет	45 (67 %)	27 (60 %)	18 (40 %)
Сроки прогрессирования n (%)	Быстро	18 (27 %)	8 (44 %)	10 (56 %)
	Медленно	49 (73 %)	29 (59 %)	20 (41 %)
Давность поражения (годы) Me (25–75 %)		10 (4,5–15 %)	9 (5–15 %)	11,5 (3,5–19 %)
Количество обострений Me (25–75 %)		5 (3–10 %)	5 (2–10 %)	5 (3–10 %)
Общее количество госпитализаций Me (25–75 %)		3 (1–4 %)	3 (1–5 %)	2 (1–4 %)
Количество госпитализаций за последний год Me (25–75 %)		1 (1–1 %)	1 (1–1 %)	1 (1–1 %)
Сроки последней ремиссии (месяцы) Me (25–75 %)		3 (0–6,5 %)	1 (0–5 %)	3 (0–11 %)
Наличие дежурных бляшек n (%)	Да	42 (63 %)	22 (52 %)	20 (48 %)
	Нет	25 (37 %)	15 (60 %)	10 (40 %)
Причины обострения n (%)	Стресс	62 (93 %)	34 (52 %)	28 (48 %)
	Другое	5 (7 %)	3 (60 %)	2 (40 %)
Поражение половых органов и складок n (%)	Да	14 (21 %)	5 (35 %)	9 (65 %)
	Нет	53 (79 %)	32 (60 %)	21 (40 %)
Поражение ногтей n (%)	Да	17 (25 %)	11 (64 %)	6 (36 %)
	Нет	50 (75 %)	26 (52 %)	24 (48 %)
Поражение суставов n (%)	Да	15 (22 %)	6 (40 %)	9 (60 %)
	Нет	52 (78 %)	31 (60 %)	21 (40 %)
Интенсивность зуда Me (25–75 %)		5 (3–7 %)	4 (1–7 %)	5,5 (4–7 %)
Избавляется от зуда n (%)	Расчесывает до появления кровотечения	33 (49 %)	17 (51 %)	16 (49 %)
	Другое	34 (51 %)	20 (58 %)	14 (42 %)
Улучшение процесса высыпания (дни) Me (25–75 %)		4 (3–7 %)	4 (3–10 %)	4 (3–7 %)
Сезонность	Да	53 (79 %)	30 (56 %)	23 (44 %)
	Нет	14 (21 %)	7 (50 %)	7 (50 %)
Аллергологический анамнез	Да	9 (13 %)	4 (44 %)	5 (56 %)
	Нет	58 (87 %)	33 (56 %)	25 (44 %)
Поражение волосистой части головы	Да	12 (20 %)	5 (14 %)	7 (29 %)
	Нет	47 (80 %)	30 (86 %)	17 (71 %)
Поражение открытых участков тела	Да	55 (93 %)	32 (91 %)	23 (96 %)
	Нет	4 (7 %)	3 (9 %)	1 (4 %)
Высыпания на лице	Да	31 (53 %)	15 (43 %)	16 (67 %)
	Нет	28 (47 %)	20 (57 %)	8 (33 %)

Таблица 2. Вклад степени выраженности психологических и нейропсихологических параметров в клинические проявления псориаза (методики: MSCEIT v. 2.0, LSI, SRRS, Опросник Лазаруса, SOMS-2 и WCST)

Методика	Показатель и его значение	ОШ (±95 % ДИ)	Статистическая значимость значений	Клиническая характеристика псориаза
Опросник Лазаруса	Дистанцирование ≥ 10	4,12 (1,34–12,7)	$\chi^2 = 6,46$; $p = 0,011$	Сильная интенсивность зуда (≥ 5)
MSCEIT v. 2.0	Использование эмоций в решении проблемы $\leq 0,47$	3,815 (1,092–13,33)	$p = 0,036$	
Опросник Лазаруса	Дистанцирование ≥ 5	5,54 (1,143–20,160)	$p = 0,032$	Быстрое прогрессирование заболевания
	Принятие ответственности ≥ 9	4,32 (1,0–18,5)	$\chi^2 = 4,31$; $p = 0,038$	
LSI	Бегство-избегание ≥ 11	3,02 (1,1–8,32)	$\chi^2 = 4,7$; $p = 0,031$	Большое количество госпитализаций ≥ 3
SOMS-2	Соматизация ≥ 5	5,25 (1,74–15,2)	$\chi^2 = 9,30$; $p = 0,002$	
LSI	Общая напряженность механизмов психологических защит ≥ 25	3,96 (1,14–13,7)	$\chi^2 = 5,06$; $p = 0,024$	Длительное течение заболевания (годы) ≥ 10
MSCEIT v. 2.0	Понимание и анализ эмоций $\leq 0,425$	3,14 (1,05–9,45)	$p = 0,037$	
SOMS-2	Соматизация ≥ 7	4,1 (1,4–12)	$\chi^2 = 6,97$; $p = 0,008$	Последняя ремиссия (месяцы) ≤ 3
				Скорость разрешения процесса (дни) ≥ 6

Методика	Показатель и его значение	ОШ (±95 % ДИ)	Статистическая значимость значений	Клиническая характеристика псориаза
LSI	Гиперкомпенсация ≥29	5,194 (1,4457–18,664)	$p = 0,012$	Поражение суставов
SRRS	Стрессоустойчивость ≥245	3,70 (1,12–12,2)	$p = 0,027$	
Опросник Лазаруса	Дистанцирование ≥8	4,43 (1,11–17,72)	$p = 0,035$	Поражение половых органов и половых складок
LSI	Проекция ≥42	5,17 (1,289–20,71)	$p = 0,020$	
	Отрицание ≥42	4,12 (1,140–14,92)	$p = 0,031$	
	Общая напряженность механизмов психологических защит ≥30	5,36 (1,09–26,30)	$p = 0,039$	
	Рационализация ≤50	6,13 (1,019–36,9)	$p = 0,048$	Поражение открытых участков тела
WCST	Общее количество правильных ответов ≤75	5,91 (1,527–2,9)	$p = 0,01$	Поражение волосистой части головы
LSI	Проекция ≥42	4,958 (1,626–15,2)	$\chi^2 = 8,52$; $p = 0,004$	Поражение лица
	Общая напряженность механизмов психологических защит ≥30	3,60 (1,136–11,41)	$\chi^2 = 5,01$; $p = 0,025$	
SOMS-2	Соматизация ≥7	4,8 (1,43–12,2)	$p = 0,007$	Дежурные бляшки

Выводы

1. Психологические параметры (сниженный эмоциональный интеллект, использование дезадаптивных копинг-стратегий, примитивных механизмов психологических защит, соматизация и низкая стрессоустойчивость) и нейропсихологические параметры (нарушение исполнительских функций) тесно ассоциированы с более тяжелой клинической картиной псориаза.

2. Одним из оптимальных подходов к лечению псориаза может считаться командный подход: дерматолог, психолог или психотерапевт.

Результаты работы говорят о важности использования оценки психологических и нейропсихологических параметров в клинической практике с целью своевременного психологического вмешательства и возможной превенции рецидивов, а также тяжелого течения псориаза.

Литература

1. Белугина, О. С. Алекситимия как один из факторов риска развития кожной патологии при субъективном переживании стресса / О. С. Белугина, О. А. Скугаревский // Медицинский журнал. – 2017. – № 2(60). – С. 4–9.
2. Белугина, О. С., Психосоматическая концепция псориаза и atopического дерматита: затруднения в эмоциональной осведомленности, пороговая сопротивляемость стрессу и дезадаптивный копинг / О. С. Белугина, О. А. Скугаревский // Журнал имени Ганнушкина П. Б.: Психиатрия и психофармакотерапия. – 2020. – № 5(22). – С. 32–35.
3. Битюцкая, Е. В. Опросник Способов Копинга: Методическое пособие / Е. В. Битюцкая. – 2015. – 80 с.
4. Сергиенко, Е. А. Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера-Сэловея-Карузо (MSCEIT V2.0) / Е. А. Сергиенко, И. И. Ветрова // Психологические исследования. – 2014.
5. Cramer, P. Understanding defense mechanisms / P. Cramer // Psychodyn. Psychiatry. – 2015.
6. Clancy, B. Educating executive function / B. Clancy // Cognitive science. – 2017. – № 8(1-2).

7. Hiller, W. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments / W. Hiller, A. Janca // Acta Neuropsychiatrica. – 2003. – № 4(15). – P. 167–179.
8. Holmes, H. H. The Social Reajustment Scale / H. H. Holmes, R. H. Rahe // J. of Psychosom. Res. – 1967.
9. Nyhus, E. The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: a critical update / E. Nyhus, F. Barceló // Brain and Cogn. – 2009. – Vol. 71, № 3. – P. 437–451.
10. Triverdi, J. K. Cognitive deficits in psychiatric disorders: current status / J. K. Triverdi // Indian J Psychiatry. – 2006. – № 48(1). – P. 10–20.

References

1. Belugina, O. S., Aleksitimiya kak odin iz faktorov riska razvitiya kozhnoj patologii pri sub'ektivnom perezhivanii stressa / O. S. Belugina, O. A. Skugarevskij // Medicinskij zhurnal. – 2017. – № 2(60). – S. 4–9.
2. Belugina, O. S., Psihosomaticheskaya koncepciya psoriaza i atopicheskogo dermatita: zatrudneniya v emocional'noj osvedomlennosti, porogovaya soprotivlyaemost' stressu i dezadaptivnyj koping / O. S. Belugina, O. A. Skugarevskij // Zhurnal imeni Gannushkina P. B.: Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2020. – № 5(22). – S. 32–35.
3. Bityuckaya, E. V. Oprosnik Sposobov Kopinga: Metodicheskoe Posobie / E. V. Bityuckaya. – 2015. – 80 s.
4. Sergienko, E. A. Emocional'nyj intellekt: russkoyazychnaya adaptaciya testa Mejera-Seloveya-Karuzo (MSCEIT V2.0) / E. A. Sergienko, I. I. Vetrova // Psihologicheskie issledovaniya. – 2014.
5. Cramer, P. Understanding defense mechanisms / P. Cramer // Psychodyn. Psychiatry. – 2015.
6. Clancy, B. Educating executive function / B. Clancy // Cognitive science. – 2017. – № 8(1-2).
7. Hiller, W. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments / W. Hiller, A. Janca // Acta Neuropsychiatrica. – 2003. – № 4(15). – P. 167–179.
8. Holmes, H. H. The Social Reajustment Scale / H. H. Holmes, R. H. Rahe // J. of Psychosom. Res. – 1967.
9. Nyhus, E. The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: a critical update / E. Nyhus, F. Barceló // Brain and Sogn. – 2009. – Vol. 71, № 3. – P. 437–451.
10. Triverdi, J. K. Cognitive deficits in psychiatric disorders: current status / J. K. Triverdi // Indian J Psychiatry. – 2006. – № 48(1). – P. 10–20.

Поступила 21.01.2022 г.