

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Запорожский государственный медицинский университет

Отмечена многофункциональность кожных покровов в контексте психодисциплин и особенности нарушений функций при атопическом дерматите. Выделены дерматитобусловленные варианты отношения подростков, страдающих атопическим дерматитом, к собственным кожным покровам. Рассмотрена коморбидная атопическому дерматиту психопатологическая симптоматика, в том числе обсессивно-компульсивного спектра. Установлены уровни личностной и реактивной тревожности у подростков с атопическим дерматитом.

Ключевые слова: атопический дерматит, медико-психологические особенности, психопатология, обсессии, психодиагностика.

Атопический дерматит представляет собой хроническое рецидивирующее поражение кожных покровов, распространенность которого достигает 10–30 % у детей и подростков и 2–10 % — у взрослых [1]. Длительность и площадь поражения кожных покровов, а также ряд субъективно дискомфортных симптомов, обусловленных поражением кожи, определяют медико-социальную значимость патологии.

В контексте психодисциплин, помимо известных анатомо-морфофункциональных задач (например, барьерной), кожные покровы выполняют следующие функции невербального общения индивида и формирования модели собственного «Я»:

- проекция психоэмоционального состояния индивида во внешнюю среду (гиперемия лица, гипергидроз и т. п.);
- формирование психоэмоционального состояния индивида (в том числе посредством первичного контакта младенца с матерью, через ощущение тепла и т. п.);
- воздействие на эмоциональное состояние окружающих (через тактильный контакт, посредством визуального сопровождения);
- обеспечение субъективной «зоны комфорта» индивида через регуляцию близости и дистанции с окружающими;
- формирование самооценки (благодаря визуальному и тактильному состоянию кожных покровов);
- обеспечение и поддержание ауто- и аллоэротизма как компонента полового инстинкта (обеспечение внешней привлекательности для полового партнера, интимные тактильные ощущения и т. п.) [2–4].

Таким образом, в медико-психологическом аспекте кожные покровы, во-первых, являются

предопределяющим компонентом личности человека и ее развития, во-вторых, отражают образ и ожидания других людей [2].

В случае поражения кожных покровов данные этиологически заложенные функции не могут быть реализованы в полной мере, что влечет за собой психоэмоциональный дистресс индивида. Подобное обстоятельство тем более важно в подростковый период, когда происходит становление личности индивида, в том числе путем определения масштабов самопринятия и самоотвержения, а также ментальное предопределение своего места в социуме посредством внутреннего и межличностного конфликтов.

Кожные покровы также способны выступать «проекционным экраном» субъективных переживаний и мыслей индивида как сознательно (посредством аутоагрессивных действий, нанесений татуировок и т. п.), так и подсознательно — через активацию дерматологической патологии [4].

В настоящее время в этиопатогенезе атопического дерматита, помимо эндогенных — генетически обусловленных особенностей иммунной системы, выделяют психогенную составляющую, — в частности, психоэмоциональные нагрузки, выступающие как триггер-фактором, так и предрасполагающим компонентом иммунных нарушений, — что отчасти позволяет рассматривать данную нозологию как психосоматическое расстройство [4].

Сегодня четко установлена взаимосвязь между интрапсихическими и межличностными аспектами психического функционирования человека (в частности, доминирующими копинг-стратегиями, удовлетворенностью внутрисемейными отношениями) и развитием психосоматических поражений кожи. При этом отмечается и обрат-

ная связь — негативное влияние аутоиммунных кожных заболеваний на психоэмоциональную сферу пациентов и их межличностные взаимоотношения [4].

В связи с этим нельзя не отметить этиопсихопатогенетическую роль атопического дерматита в индукции и амплификации ряда психических расстройств невротического регистра, в частности по нозогенным механизмам. Это позволяет говорить о возникновении «circle vicious» — с одной стороны, этиопатогенетическим фактором атопического дерматита может выступать психическая патология, с другой — атопический дерматит выступает фактором амплификации нозогенно обусловленной психической патологии. В свою очередь, это приводит к ухудшению качества жизни больных, вторичной невротизации, психогенно опосредованному утяжелению симптомов атопического дерматита.

В связи с этим психогенная составляющая психосоматической дерматологической патологии имеет важное этиологическое и терапевтическое значение в лечении атопического дерматита и коморбидной психопатологии.

Цель исследования — установить медико-психологические и психопатологические особенности подростков, страдающих атопическим дерматитом.

Были обследованы 34 подростка с атопическим дерматитом, средний возраст которых составлял $16 \pm 1,32$ года, продолжительность заболевания — от 4 до 10 лет. Данные пациенты вошли в основную группу (ОГ) исследования. Группа сравнения (ГС) была сформирована из 30 условно здоровых подростков, их средний возраст составлял $16 \pm 1,33$ года.

В исследовании использованы анамнестический, клинично-психопатологический, психодиагностический методы. Оценка тяжести симптомов атопического дерматита проводилась по международной системе SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) [5]. Особенности эмоциональной сферы определялись с помощью методики диагностики самооценки тревожности Ч. Д. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) в модификации Ю. Л. Ханина (2001) для установления уровня реактивной и личностной тревожности в зависимости от течения атопического дерматита.

На основании проведенного исследования стало возможным выделить два варианта дерматитобусловленного отношения к кожным покровам среди обследованных подростков.

Для *аутодистанцирования* по отношению к собственным кожным покровам (данный вариант выявлялся в 35,29% случаев) характерны: избегание тактильного контакта; отказ от демонстрации своего тела и пораженных участков кожи

окружающим; недостаточный визуальный контроль за пораженными участками кожи; стремление «изолировать», «скрыть» пораженные участки кожных покровов с помощью «закрытой» одежды, бинтования, пластыря и т. п.; нивелирование либо сведение к минимуму этиологически обусловленных поведенческих реакций (почесать в случае зуда и т. п.); отказ либо сведение к минимуму саногенных манипуляций с кожными покровами (в том числе безболезненных).

При этом варианте генез перечисленной симптоматики лежал не в плоскости фобических переживаний (боязнь повредить кожные покровы, болезненных медицинских манипуляций), а являлся ответом на болезненное неприятие собственной внешности.

Примечательно, что данный вариант отношения к кожным покровам наиболее часто коррелировал с повышенными баллами ситуативной и личностной тревожности по сравнению с аутофиксационным вариантом.

Аутофиксация на собственных кожных покровах отличалась повышенным вниманием к ним и носила как сознательный, так и чаще бессознательный характер, проявляясь в поведенческой сфере. Данный вариант выявлялся в 29,41% наблюдений.

Аутофиксационный вариант, в свою очередь, можно разделить на:

— *аутокурационный* (17,64%), подразумевающий сосредоточенность внимания подростка на собственных кожных покровах (в том числе посредством чрезмерного рассматривания здоровых и пораженных участков кожи); стремление к обеспечению тактильного «комфорта», проведению саногенных манипуляций;

— *аутоагрессивный* (11,77%) со скарификацией кожных покровов как на участках поражения, так и вне их, нанесением татуировок, пирсингом.

В 35,30% случаев имело место сочетание описанных вариантов, когда симптоматика из противоположных по направленности вариантов могла присутствовать одновременно либо имела временную или территориальную привязку. Так, подростки, в общественных местах придерживающиеся характерной для аутодистанционного варианта модели поведения, в домашних условиях могли быть склонны к аутофиксационным действиям — постоянно прикасаться руками к пораженным участкам кожи, пристально рассматривать их и т. п.

У 16 (47,05%) подростков отмечались обсессивно-компульсивные явления различной степени выраженности, имеющие прямую этиопсихопатогенетическую взаимосвязь с дерматологической патологией:

— возникновению обсессивно-компульсивной симптоматики во всех случаях предшествовала дерматологическая патология;

— периоды экзацербации обсессивно-компульсивных феноменов отмечались при обострении дерматологической патологии и имели тенденцию к снижению интенсивности психопатологических проявлений в периоды ремиссии атопического дерматита;

— фабула обсессивно-компульсивных переживаний носила выраженную взаимосвязь с дерматологической патологией.

Так, среди этих подростков в 20,58% случаев отмечались навязчивые аутокурационные тенденции: многократное мытье кожных покровов, чрезмерная санация кожных покровов антисептическими препаратами и т. п.; в 20,47% случаев доминировали навязчивые аутоагрессивные действия (стремление к нанесению повреждений кожных покровов — расчесы, скарификация кожи как на участках поражения, так и вне их).

У всех подростков из основной группы были получены высокие баллы по шкалам личностной и реактивной тревожности как в периоды ремиссии дерматита, так и его обострения, что достоверно отличалось от группы контроля (таблица).

Средние показатели реактивной и личностной тревожности у подростков с атопическим дерматитом в периоды обострения и ремиссии, баллы

Шкала	ОГ, n = 34		ГС, n = 30
	стадия обострения	стадия ремиссии	
Индекс SCORAD	32,17±1,04	4,75±0,35	—
Реактивная тревожность	42,50±0,77	32,85±0,88	12,87±0,33
Личностная тревожность	37,58±0,77	33,29±0,82	29,47±0,27

Примечание. $p < 0,001$.

При этом снижение показателей личностной тревожности в период ремиссии дерматита опровергает целесообразность их однозначного рассмотрения в контексте врожденных (истинных) личностных особенностей обследованных. Должны быть идентифицированы как приобретенные благодаря заболеванию характеристики, способные, тем не менее, привести к переформированию личности больных в будущем и выступающие предрасполагающим фактором коморбидных дерматиту психических расстройств невротического регистра.

Повышение показателей реактивной тревожности в периоды, предшествующие обострению дерматита (в среднем на треть по сравнению с исходными), могут говорить об этиологической роли психотравмирующих ситуаций в генезе аутоиммунной патологии кожи. В то же время устойчиво высокие баллы реактивной тревожности в период обострения атопического дерматита позволяет рассматривать его как неоспоримый фактор индукции и поддержания тревоги у подростков.

В результате исследования выделены дерматитобусловленные варианты отношения подростков к собственным кожным покровам: аутодистанционный (35,29% случаев), выражающийся в вытеснении кожных покровов из сферы сознательного; аутофиксационный (29,41%), особенностью которого было сосредоточение внимания подростка на собственных кожных покровах, доминирование значимости кожных покровов в сфере как сознательного, так и бессознательного. Аутофиксационный вариант, в свою очередь, подразделялся на аутокурационный (17,64%), подразумевающий отсутствие деструктивных и доминирование курационных тенденций, направленных на обеспечение «комфорта» кожных покровов, и аутоагрессивный (11,77%), заключающийся в доминировании аутоагрессивных побуждений, направленных на повреждение кожных покровов. В 35,30% случаев имел место смешанный вариант.

Отмечено наличие обсессивно-компульсивных явлений различной степени выраженности у подростков, страдающих атопическим дерматитом (в 47,05% случаев), имеющих прямую этиопсихопатогенетическую взаимосвязь с дерматологической патологией.

Выявлено повышение показателей личностной и реактивной тревожности как в периоды ремиссии дерматита, так и его обострения. При этом отмечено незначительное снижение показателей личностной и реактивной тревожности в периоды ремиссии, что говорит о прямой взаимосвязи эмоционального состояния и дерматологической патологии.

Список литературы

1. *Hinz T.* Neues in der Pathophysiologie der atopischen dermatitis / T. Hinz, A. Staudacher, T. Bieber // *Hautarzt*.— 2006.— № 57.— С. 567–575.
2. *Bartholomew K.* Attachment styles among young adults: a test of a four-category model / K. Bartholomew, L. M. Horowitz // *J. Pers. Soc. Psychol.*— 1991.— № 61.— С. 226–244.
3. *Bowlby J.* Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger / J. Bowlby.— N. Y.: Basic Books, 1973.— 480 p.

4. Atopic dermatitis, attachment and partnership: a psychodermatological case-control study of adult patients / J. Dieris-Hirche, W. E. Milch, J. Kupfer [et al.] // Acta Derm. Venereol.— 2012.— № 92 (5).— С. 462–466.
5. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology.— 1993.— № 186 (1).— P. 23–31.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІДЛІТКІВ ІЗ АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

В. В. ЧУГУНОВ, Н. В. ДАНИЛЕВСЬКА

Відзначено багатофункціональність шкірних покривів у контексті психодисциплін та особливості порушень функцій при atopічному дерматиті. Виділено дерматитобумовлені варіанти ставлення підлітків, які страждають на atopічний дерматит, до власних шкірних покривів. Розглянуто коморбідну atopічному дерматиту психопатологічну симптоматику, у тому числі obsесивно-компульсивного спектра. Встановлено рівні особистісної та реактивної тривожності у підлітків із atopічним дерматитом.

Ключові слова: atopічний дерматит, медико-психологічні особливості, психопатологія, obsесії, психодіагностика.

MEDICO-PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF ADOLESCENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

V. V. CHUGUNOV, N. V. DANILEVSKA

Versatile functions of the skin in the context of the sciences of psychology and psychiatry and the features of their disorders in atopіc dermatitis were noted. Dermatitis-dependent variants of the attitude of adolescents with atopіc dermatitis to their own skin were distinguished. Comorbid psychopathologic signs, including obsесive-compulsive spectrum, were discussed. The levels of trait and state anxiety in adolescents with atopіc dermatitis were determined.

Key words: atopіc dermatitis, medical and psychological characteristics, psychopathology, obsessions, psychodiagnosis.

Поступила 29.09.2015