

УДК 616.89-616.511+616.5-002-056.43

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛИЧНОСТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

*Л.Н. Ковалёва, В.И. Хрущ*

Одесский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** экзема, атопический дерматит, психоэмоциональный статус, стандартизированный метод исследования личности, «Адаптол».

В последние годы отмечается возрастающий интерес к исследованиям, посвященным изучению индивидуально-психологических особенностей больных различными дерматозами [7, 9, 15, 20]. Особенно актуальна научно-практическая проблема, над которой работают ВОЗ, ряд некоммерческих организаций и т. п., — разработка концепции качества жизни (КЖ). Многие специалисты, занимающиеся проблемами КЖ, предлагают понимать под качеством жизни степень комфортности как внутри человека, так и в рамках общества [5, 14, 16]. Согласно одной из медицинских трактовок, КЖ — это восприятие пациентом своего положения в зависимости от болезни в контексте его систем ценностей, планов, возможностей, его психологического статуса и т. п. [6, 18].

Стремительный темп жизни общества, увеличение эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий, нередко возникающие «ножницы» между природными возможностями человека и условиями его жизни и т. п. приводят к росту заболеваемости хроническими дерматозами — «болезнями цивилизации». Неблагоприятные факторы КЖ отягощают течение любой болезни, но наиболее уязвимы пациенты с косметическими недостатками кожи, в частности, при экземе и атопическом дерматите (АтД) и т. п. [1, 11, 16, 17].

Исследования, проводимые в нашей стране, направлены преимущественно на изучение влияния КЖ и психоэмоциональных факторов на течение упорных форм дерматозов, а также на разработку методов психотерапевтической и фармакологической коррекции этих нарушений [2, 4, 10, 12]. Зарубежные авторы в основном трактуют заболевания кожи с точки зрения классической психосоматики [18, 19, 21, 22].

Для оценки психологической структуры больных, страдающих экземой и АтД, исследователи применяли различные методики [2, 8, 15]. Еще в 1977 г. Р.А. Лурия [13] отмечал, что индивидуально-личностный профиль больного — это «все то, что переживает и испытывает пациент, вся масса его ощущений... его представление о своей болезни, о ее причинах... весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и

травм». Анализ данных литературы позволяет сделать заключение о разнонаправленной трактовке характера психологических изменений у больных экземой и АтД. Недооценка психического состояния пациентов приводит к издержкам врачебной деятельности. Если не учитывать эмоциональный фактор при кожных заболеваниях, то у 40% больных терапевтическая помощь неэффективна [6, 11].

Цель исследования — изучение особенностей психологического профиля и их психокоррекция, а также оценка качества жизни больных экземой и атопическим дерматитом в южном регионе Украины.

### Материал и методы исследования

Нами изучены особенности психоэмоциональной сферы у 112 больных, среди которых 59 (52,7%) человек страдали экземой (35 (59,3%) мужчин и 24 (40,7%) женщины в возрасте от 18 до 60 лет) и 53 (47,3%) — АтД (25 (47,2%) мужчин и 28 (52,8%) женщин в возрасте от 18 до 55 лет). Средняя продолжительность болезни при экземе составила  $(12,6 \pm 1,2)$  года, при АтД —  $(19,4 \pm 2,3)$  года.

Для оценки степени тяжести АтД использовали шкалу SCORAD, сочетающую объективные (интенсивность и распространенность кожного процесса) и субъективные (интенсивность дневного кожного зуда и нарушение сна) критерии. SCORAD предусматривает оценку в баллах шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, эксфолиация, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивали по 4-уровневой шкале: 0 — отсутствие, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная. При оценке площади поражения кожного покрова пользовались «правилом девятки». Расчет индекса SCORAD производили по формуле:  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$ , где А — сумма баллов распространенности поражения кожи; В — сумма баллов интенсивности клинических симптомов; С — сумма баллов субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Группу сравнения составили 30 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Для психологического тестирования применяли стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ) — вариант MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) [3]. Использовали буклет-

ный вариант теста. На основании полученных результатов утверждения группировали по десяти основным клиническим шкалам (1-я — ипохондрическая, 2-я — депрессивная, 3-я — истероидная, 4-я — асоциальной психопатии, 5-я — сексуальных изменений, 6-я — паранойальных установок, 7-я — психастеническая, 8-я — аутизация, 9-я — гипоманиакальная, 10-я — социальной интраверсии) и трем шкалам достоверности (L, F и K). Психологическую сферу больных экземой и АтД изучали в динамике дважды (в диагностический период — от момента обращения больного к врачу до клико-лабораторного обследования и постановки диагноза и в период окончания курса терапии).

Полученные данные обрабатывали с помощью пакета статистических программ Excel. Достоверность различий оценивали с использованием t-критерия Стьюдента.

### Результаты и их обсуждение

Для настоящего исследования были отобраны больные микробной экземой и АтД в период обострения заболевания: индекс SCORAD 40—90 баллов (таблица). В диагностическом периоде из 59 пациентов экземой у 20 (33,9%) констатировали депрессивный синдром (плохое настроение, опасение за свое здоровье, мучительное чувство стыда за косметические недостатки). Психотравмирующее действие усиливалось в связи с нарушением жизненных планов, различными ограничениями (диета и т. п.), невозможностью вести полноценный образ жизни. Этих больных беспокоили мысли о болезни и ее последствиях, особенно социальных, они испытывали страх быть отвергнутыми.

У 28 (47,5%) больных экземой на фоне подавленного настроения наблюдали тревожно-депрессивные реакции. У остальных 11 (18,6%) пациентов с экземой имела место недооценка заболевания (отсутствие достаточный объем знаний о заболевании).

Среди больных АтД в диагностическом периоде 30 (56,6%) пациентов беспокоили неотступные мысли о болезни и ее последствиях, особенно социальных. Некоторые пациенты заболевание АтД воспринимали как катастрофу с сильными переживаниями факта болезни с последующей пессимистической оценкой перспектив. 13 (24,5%) больных отмечали выраженную тревогу, которая проявлялась в жалобах на неусидчивость, одышку, сердцебиение, раздражительность. Хотя половину пациентов с АтД беспокоило их будущее (подчеркивали свои жизненные трудности, пытались вызвать сочувствие), они не решались покинуть семью для лечения в клинике. У 6 (11,3%) больных на фоне подавленного настроения, тревоги, чувства отчаяния, безысходности наблюдали чувство социальной и физической неполноценности, пессимистическую оценку перспектив. У 4 (7,5%) пациентов — расстройства ограничивались субклиническим уровнем при сложившемся представлении о легком излечении АтД.

Для выявления факторов, предшествующих дебюту заболевания или его рецидиву, использовали тест СМИА.

Контрольную группу обследованных ( $n = 30$ ) составили 20 (66,7%) мужчин и 10 (33,3%) женщин в возрасте от 19 до 56 лет. По данным СМИА, профили личности здоровых лиц находились в состоянии определенной гармонии (от 49 до 66 Т баллов). У мужчин профили личности были в пределах 53—65 Т баллов (от  $53,0 \pm 1,09$  до  $65,0 \pm 0,33$ ), а у женщин — 49—66 Т баллов (от  $49,1 \pm 1,31$  до  $64,9 \pm 1,49$ ) при стандартной нижней и верхней границе нормы 30—70 Т баллов.

Учитывая односторонность психоэмоциональных изменений личности (и мужчин, и женщин) группы контроля, графическая структура профилей отражает усредненные кривые. По данным СМИА, дезадаптация у больных, связанная с заболеваниями экземой и АтД, носит иной характер, однако структура усредненного профиля характеризуется однородностью психоэмоциональных расстройств личности пациентов независимо от пола.

Из 112 розданных анкет СМИА было обработано 96 (85,7%) анкет, из них 55 (57,3%) — больных экземой и 41 (42,7%) — АтД. Из 16 (14,3%) оставшихся пациентов 3 (18,8%) отказывались от заполнения анкет (реакция самозащиты и «ухода в себя»), а 13 (81,2%) в основном давали заведомо ложную информацию — извращение показателей по шкалам лжи и достоверности.

Проведенный анализ результатов СМИА свидетельствует о том, что у больных экземой в диагностическом периоде вне зависимости от пола эмоциональные расстройства имели значительную интенсивность по 1, 2, 4 и 7-й шкале (соответственно у женщин —  $(82,47 \pm 2,82)$ ,  $(83,0 \pm 2,05)$ ,  $(90,32 \pm 2,55)$  и  $(99,62 \pm 3,05)$  Т баллов, у мужчин —  $(78,42 \pm 2,25)$ ,  $(82,9 \pm 2,33)$ ,  $(93,62 \pm 2,35)$  и  $(96,29 \pm 3,45)$  Т баллов). Усредненный профиль этих лиц достоверно ( $P < 0,05$ ) выходил за рамки психологической нормы (более 70 Т баллов) (рис. 1). У женщин более выражена озабоченность состоянием своего здоровья на фоне тенденции к депрессии по сравнению с мужчинами. Почти в одинаковой степени достоверно повышается значение по шкалам депрессии, асоциальной психопатии и психастении. Разница (F-L и F-K) до 10 Т баллов у больных экземой указывает на изменение используемых способов интрапсихической адаптации. У 3 (5,5%) больных была выражена тенденция к аггравации:  $(75,41 \pm 1,62)$  Т баллов по шкале F, и снижению самоконтроля.

Более психотравмирующим был диагностический период у больных АтД (рис. 2). Соотношение показателей шкал L, F и K: соответственно  $(59,76 \pm 1,75)$ ,  $(69,14 \pm 1,95)$ ,  $(49,81 \pm 1,53)$  Т баллов у больных мужчин и  $(52,59 \pm 1,75)$ ,  $(68,22 \pm 1,77)$ ,  $(49,12 \pm 1,32)$  Т баллов у женщин, свидетельствуют о наличии выраженной тревоги. Разница в 20 Т баллов у лиц обоих полов указывает на стремление больных вызвать сочувствие, жалость, повышенное внимание к себе. На первом плане у женщин — реакции истероидного типа (шкала 3:  $(89,91 \pm 2,3)$  Т баллов против  $(79,05 \pm 1,72)$  — у мужчин).

Более выражена депрессия (2-я шкала) у мужчин, чем у женщин: соответственно  $(85,2 \pm 2,02)$  против

Таблиця. Оцінка ступеня тяжкості atopічного дерматиту по шкалі SCORAD, балли

Клінічна форма (n = 53)	До лікування	Після лікування
Еритематозно-сквамозна, n = 21 (39,6%)	57 ± 1,8	19 ± 6,4
Лихеноїдна, n = 23 (43,4%)	68 ± 2,6	23 ± 7,6
Пруригоподібна, n = 9 (17,0%)	75 ± 2,3	25 ± 3,8

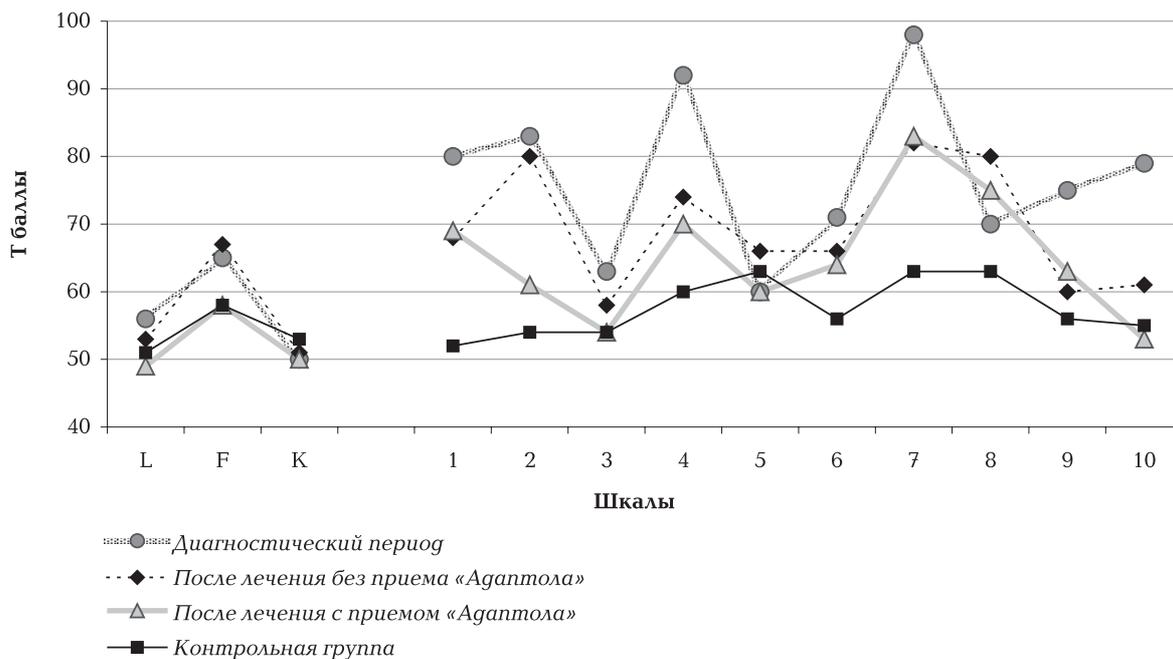


Рис. 1. Динаміка усередненого профіля лічущих екземой

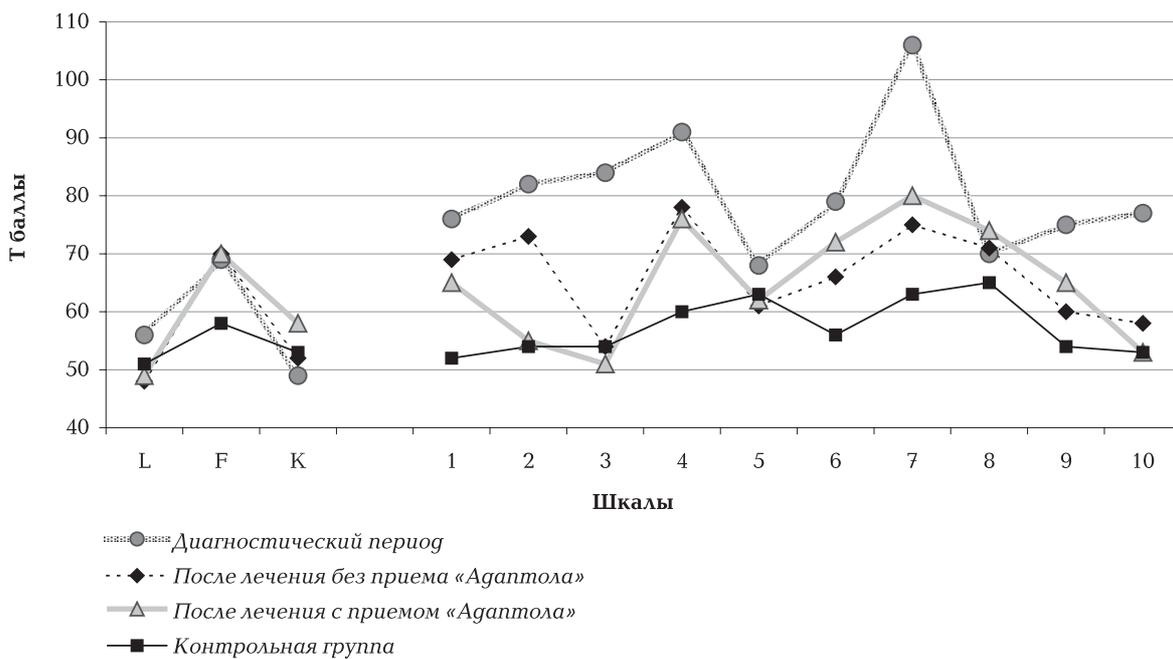


Рис. 2. Динаміка усередненого профіля пацієнтів з atopічним дерматитом

(79,19 ± 1,35) Т баллов. Параллельно наблюдали у мужчин ухудшение контроля за эмоциональными реакциями (4-я шкала: (95,42 ± 2,34) против (87,52 ± 1,98) Т баллов у женщин) на фоне выраженной ипохондрии (1-я шкала: соответственно (75,71 ± 1,03) против (77,35 ± 2,71) Т баллов). Подъем профиля по клиническим шкалам 1, 2, 3, 4 в сочетании с повышением профиля по шкалам 7, 10 (соответственно (102,53 ± 2,05) и (79,85 ± 2,02) Т баллов у мужчин против (110,92 ± 3,42) и (75,12 ± 1,54) Т баллов у женщин) свидетельствует о наличии у больных АтД подавленности и тревоги, истерии и аффектации, ориентации на заботу о своем физическом благополучии и склонности к ипохондрической фиксации на болезненных ощущениях и социопатии. У женщин на фоне конфликтности и склонности к асоциальному поведению наблюдали достоверное ( $P < 0,01$ ) состояние стресса при декларируемом оптимизме с эгоцентризмом.

Глубина нарушений по клиническим шкалам СМИА и при экземе, и при АтД прямо пропорциональна распространенности и тяжести течения кожного процесса. На первый план выступают симптомы в виде психастенической и депрессивной выраженной акцентуации характерологических черт на фоне социопатии, причем превалируют эти изменения у больных АтД.

С целью устранения выявленных при тестировании СМИА психоэмоциональных расстройств, которые использовали как симптомы-мишени, для улучшения психологической адаптации в окружающей среде и повышения трудовой активности больных экземой и АтД проводили индивидуально реабилитационные мероприятия с использованием психофармакологического средства — «Адаптола» (транквилизатор дневного действия, не обладающий сомнолептическим эффектом, препарат утвержден приказом МОЗ Украины № 125 от 02.04.02, рег. свид. № П.10.00/02313). Препарат с учетом особенностей психологического реагирования назначали в виде таблеток по 300 мг 2 раза в день в течение одного месяца. Общепринятую терапию применяли у 55 больных с экземой (из них 28 (50,9%) получали дополнительно «Адаптол») и 41 — с АтД (из них у 26 (63,4%) в комплексное лечение был включен «Адаптол»).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аряев Н.А. Клиническое значение атопического дерматита в педиатрической практике // Перинатология и педиатрия. — 2005. — № 1/2. — С. 59—63.
2. Белоусова Т.А. Нейрогенные факторы патогенеза экземы: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1984. — 183 с.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.И., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. — М.: Медицина, 1976. — 171 с.
4. Герреро Д., Сегар Ш. Преимущества применения нового смягчающего средства (триксеры) у пациентов, страдающих атопическим дерматитом // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. — 2002. — № 3. — С. 41—44.

Клинически положительный эффект проявлялся в уменьшении раздражительности, возбудимости, эмоционального напряжения, улучшении сна. Поведение больных становилось адекватным ситуации. Уменьшалось чувство тревоги, внутреннего напряжения, повышалась работоспособность, оживлялись эмоциональные реакции.

Сравнительные результаты лечения в виде суммарных показателей с коррекцией «Адаптолом» и без таковой представлены графически на рис. 1 и 2. К моменту окончания курса лечения и у мужчин, и у женщин, больных экземой и АтД, показатели профиля СМИА снижены по всем шкалам, особенно при дополнительном назначении «Адаптола».

Исключение: по шкале 7 (88,38 ± 1,05 — у женщин и 77,92 ± 1,15 — у мужчин) у больных экземой и по шкалам 4 и 7 (соответственно 73,04 ± 2,34 и 80,95 ± 2,58 у мужчин и 78,95 ± 1,58 и 79,48 ± 2,48 у женщин) у больных АтД. Различия со значениями шкал 1, 2, 4 и 7 при экземе и шкал 1, 2, 3, 4, 7 и 10 при АтД в контрольной группе, диагностическом периоде и периоде окончания терапии достоверны (в порядке убывания от  $P < 0,01$  до  $P < 0,05$ ). А разность  $F - K$  до 8 баллов (соответственно 58,31 ± 2,05 — 50,32 ± 1,98) при экземе и до 12 баллов (70,05 ± 1,25 и 58,22 ± 1,08) при АтД указывала на значительное снижение признаков тревоги и повышение адаптационных возможностей испытуемых на фоне проведенной комплексной терапии с «Адаптолом».

## Выводы

Таким образом, у большинства больных экземой и АтД, независимо от пола и клинических проявлений заболевания, наблюдаемые высокие показатели психоэмоциональных нарушений свидетельствуют о дезадаптогенных проявлениях и истощении компенсаторно-приспособительных механизмов как у мужчин, так и у женщин.

У пациентов с экземой и АтД доминируют психастенические и депрессивные состояния на фоне нарушения социальной адаптации. При АтД выраженность психоэмоциональных изменений усиливается. Целесообразна психофармакологическая коррекция «Адаптолом», повышающая толерантность нервной системы и способствующая социально-психологической реабилитации больных экземой и АтД.

5. Данильчева И.В., Ильина Н.И. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом // Consilium Medicum. — 2001. — № 3—4. — С. 217—224.
6. Довжанский И.В. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. — 2001. — № 3. — С. 12—13.
7. Елецкий В.Ю. Пограничные психические расстройства у больных с псориазом и нейродермитом (Клинико-терапевтические аспекты): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1986. — 19 с.
8. Звлявская Л.И. Психотерапия невротоподобных состояний. — К.: Здоровье, 1987. — 128 с.
9. Иванова И.Н., Антоньев А.А. Психологические аспекты атопического дерматита // Вестн. дерматол. и венерол. — 1991. — № 11. — С. 38—42.

10. *Гринчин Г.В.* Оптимізація профілактично-реабілітаційних заходів при лікуванні хворих на вугрову хворобу // Журн. дерматовенерол. і косметол.— 2003.— № 1—2.— С. 13—16.
11. *Коляденко В.Г., Федоренко А.Е., Головченко Д.Я.* Медичинська деонтологія в дерматології і венерології.— К.: Здоров'я, 1989.— 164 с.
12. *Коляденко В.Г., Чернишов П.В.* Ренесанс дерматології // Україн. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 4.— С. 89—90.
13. *Кубанова А.А., Мартынов А.А.* Концепція визначення якості життя хворих в дерматології // Вестн. дерматол. і венерол.— 2004.— № 4.— С. 16—19.
14. *Лесик Н.В.* Патогенетичська терапія хворих atopічним дерматитом на основі аналізу клініко-вегетативних співвідношень: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 1986.— 19 с.
15. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и язтрогенные заболевания, 4-е изд.— М., 1977.— 86 с.
16. *Новик А.А., Иванова Т.И., Кайнг П.* Концепція дослідження якості життя в медицині. СПб.: ЭЛБИ, 1999.— 140 с.
17. *Остришко В.В., Иванов О.Л., Новоселов В.С.* Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных atopічним дерматитом // Вестн. дерматол. і венерол.— 1998.— № 2.— С. 34—35.
18. *Таганов О., Жукова І.* «Ігри розуму» // Les Nouvelles Esthétiques Україна.— 2006.— № 1 (35).— С. 38—44.
19. *Шупенько Н.М., Шупенько Е.Н.* Целесообразность применения препаратов «Прурисед» и «Cu-Zn» (гель и крем) как средств наружной терапии atopіческого дерматита // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 1.— С. 67—70.
20. *Finlay A.Y.* Quality of life issues and economic burden of psoriasis and atopіc dermatitis // Clin. Drug Invest.— 1995.— N 10.— P. 1—6.
21. *Lawson V., Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y. et al.* The family impact of childhood dermatitis: the Dermatitis Family Impact questionnaire // Br. J. Dermatol.— 1998.— 138.— P. 107—113.
22. *Ring J.* Atopіc dermatitis: a disease of general vasoactive mediator dysregulation // Int. Arch. Allergy.— 1979.— Vol. 59, № 2.— P. 233—239.
23. *Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.S.G.* Textbook of dermatology.— 3rd ed.— Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1979.— P. 57—69.
24. *Stquet M.J., Hays R.D., Fayers P.M.* Quality of assessment in clinical trials: methods and practice.— New York: Oxford University press., 1998.— 360 p.

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХООСОБИСТІСНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ ТА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

**Л.М. Ковальова, В.І. Хрущ**

Подано результати вивчення та зіставлення психоособистісних особливостей у 112 хворих на екзему та atopічний дерматит: відповідно 59 (52,7%) та 53 (47,3%) хворих. Використовували стандартизований метод дослідження людини. У досліджених пацієнтів домінують психастенічні та депресивні стани на тлі порушення соціальної адаптації. При atopічному дерматиті виразність психоемоційних змін збільшується. У хворих з екземою та atopічним дерматитом стандартизований метод дослідження людини є адекватним маркером для психоособистісної характеристики, а психокорекція «Адаптолом» — раціональним компонентом лікування.

## PECULIARITIES OF THE PSYCHOPERSONAL STATUS AMONG ECZEMA AND ATOPIC DERMATITIS PATIENTS IN SOUTHERN REGION OF UKRAINE

**L.N. Kovaleva, V.I. Khrushch**

Results of study and comparison of the psychopersonal peculiarities in 112 patients (59 (52.7%) with eczema and 53 (47.3%) with atopіc dermatitis) are presented. Standardized method of research in human subjects (SMRH) has been used. Psychasthenic states and depressions were dominating against a background of social dis-adaptation. Intensity of psychoemotional changes was increasing in atopіc dermatitis patients. SMRH is an adequate method for psychopersonal characteristics of patients with eczema and atopіc dermatitis. Psycho-correction by medication Adaptol was considered to be a rational component of therapy.