

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-6-37-43>

Диагностика уровня тревожности и дерматологического индекса качества жизни у больных хроническим актиническим дерматитом

Коннов П. Е. *, Орлов Е. В., Мостовая Л. И., Арсеньева А. А.

Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации
443099, Российская Федерация, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Обследовано 65 пациентов с хроническим актиническим дерматитом с определением дерматологических и психологических индексов, позволяющих определить качество жизни и выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных.

Ключевые слова: **хронический актинический дерматит, оценка уровня тревожности, дерматологический индекс качества жизни**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Коннов П. Е., Орлов Е. В., Мостовая Л. И., Арсеньева А. А. Диагностика уровня тревожности и дерматологического индекса качества жизни у больных хроническим актиническим дерматитом. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(6):37–43. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-6-37-43>



Diagnostics of anxiety and dermatological index of life quality in patients with chronic actinic dermatitis

Pavel E. Konnov*, Evgeny V. Orlov, Lyudmila I. Mostovaya, Antonina A. Arsenyeva

Samara State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation
Chapaevskaya str., 89, Samara, 443099, Russian Federation

65 patients with chronic actinic dermatitis were examined, with the determination of dermatological and psychological indices, allowing to determine the quality of life and the severity of depressive and anxiety disorders in patients.

Keywords: chronic actinic dermatitis, assessment of the level of anxiety, dermatological quality of life index

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Konnov P. E., Orlov E. V., Mostovaya L. I., Arsenyeva A. A. Diagnostics of anxiety and dermatological index of life quality in patients with chronic actinic dermatitis. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2019;95(6):37–43. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-6-37-43>

■ Актуальность

Известно, что стресс способен провоцировать обострение хронических психосоматических заболеваний. На сегодняшний день уже не вызывает сомнений влияние психологических факторов на развитие и течение заболеваний кожи.

По образному выражению J. Klauder [1], «душа влияет на кожу сильнее, чем на любой другой орган... Кожа — орган, который по своей значимости для выражения эмоций сравним только с глазами».

В рамках психоаналитического направления кожа рассматривается не только как один из основных каналов невербального общения [2], но и как орган выражения определенных потребностей, в частности потребности в редукции напряжения [3].

«Состояние духа определяет состояние тела» — в 1818 году эту мысль решил высказать вслух немецкий врач, психиатр И. Хейнрот. В своей лекции он впервые использовал понятие «психосоматическая медицина». Целый ряд соматических заболеваний И. Хейнрот объяснял, как результат выраженных эмоциональных переживаний, особенно негативных, а также сексуальных страданий. Через десять лет М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное, но одновременно дополняющее по отношению к понятию «психосоматическое» [2].

Наиболее часто психоэмоциональные расстройства встречаются у больных зудящими дерматозами — в 70 % случаев [3, 4].

Психическая патология нередко способствует дезадаптации дерматологических пациентов и существенно снижает ответ на стандартную дерматологическую терапию. Нозогенные реакции детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры дерматоза: высокую субъективную значимость соматического страдания; тяжесть симптомов дерматоза, снижающих качество жизни, создающих ограничения в социальной и профессиональной сфере [5].

Более трети случаев хронических дерматозов связано с основным пусковым фактором — психическим напряжением, что подтверждается клинической эффективностью методов активного воздействия на центральную нервную систему с помощью электросна и гипнотерапии [6]. В ряде работ неоднократно показано, что указанный дерматоз может начинаться или рецидивировать после разнообразных нервно-психических травм, длительных волнений, тяжелых переживаний. Возникшее при этом невротическое состояние, выражающееся в нарушении сна, повышенной раздражительности, угнетенном состоянии, плаксивости, эмоциональной лабильности, может быть первичным, если оно предшествует появлению кожного заболевания, или вторичным, возникающего в результате имеющегося дерматоза. Вторичные невротические состояния сопровождаются часто распространенными поражениями кожи, которые вызывают у пациентов физический дискомфорт и являются причиной психологических проблем.

Некоторые исследователи подчеркивают особенности нарушений нервной системы у больных хроническими дерматозами. Для таких пациентов характерны возбудимость, потеря эмоциональной самостоятельности, враждебность, наклонность к агрессивным импульсам,

трудность установки контакта в семье и коллективе, тревожность, склонность к депрессии, а также тенденции к интроверсии, астеническим и дистоническим реакциям [7, 8].

Хронический актинический дерматит (ХАД), ранее известный как фоточувствительная экзема, фоточувствительный дерматит рассматривается как состояние с ненормальной фоточувствительностью, характеризующееся зудящими экзематозными поражениями на участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей.

Заболеванию подвержены мужчины среднего и пожилого возраста. ХАД не может явиться непосредственной причиной смерти больного, однако течение заболевания может быть тяжелым, что приводит к потере трудоспособности. Для диагностики ХАД учитываются три основных критерия: 1) воздействие минимальных эритемных доз УФ-А и УФ-В; 2) стойкие экзематозные очаги в местах, подверженных облучению и иногда необлученных участков; и 3) гистопатологические изменения, напоминающие хроническую экзему [9, 10].

Л. А. Лусс [11] (2010) отмечает, что в течение последних двадцати лет в психосоматике развивается новый подход, направленный на сближение общей медицины, психологии и психиатрии. Сейчас психические факторы рассматриваются как одна из причин заболевания наряду с другими. В фокусе внимания исследований патогенеза находятся вопросы взаимовлияния, взаимосвязи психогенных и соматогенных механизмов.

В дерматологии показатели качества жизни пациентов является важным критерием. Заболевание кожи имеют сильное влияние на социальные взаимоотношения, повседневную деятельность и психологический статус. Помимо физической оценки эффективность лечения можно оценить с помощью оценки качества жизни. И, наконец, назначение дорогостоящего лечения легче обосновать с учетом влияния заболевания на качество жизни [12, 13].

Психогении, способные вызывать обострения, отличаются неоднородностью, к ним могут относиться не только тяжелые психотравмирующие ситуации (аварии, угрожающие жизни заболевания, смерть близкого человека), но и такие психосоциальные воздействия, как отпуск, дальняя поездка или увольнение с работы. При этом клинические проявления могут появиться в течение периода от нескольких дней до 3–6 месяцев.

Однако работ, в которых анализируется связь обострений ХАД с психотравмирующими ситуациями и способами их преодоления, немного.

Цель — провести психодиагностическое исследование больных хроническим актиническим дерматитом.

Материалы и методы

Обследованы 65 больных с клиническими проявлениями ХАД. Практически все пациенты были лица мужского пола (63 больных) и 2 пациента женского пола. Обращая внимание на возрастной состав, можно отметить, что основной контингент больных — лица старше 50 лет: 61 пациент (93,9 %), причем в возрасте от 50 до 60 лет этот показатель составил 64,6 %, старше 60 лет — 32,3 %, возраст остальных больных (3,1 %) — 39–50 лет. Все больные находились на обследовании

и лечении в клинике кожных и венерических болезней Самарского государственного медицинского университета. Диагноз заболеваний устанавливали при первичном обращении на основании анамнеза, клинической картины, физического осмотра и анализа лабораторных показателей. При проведении исследования использовали индивидуальную регистрационную карту, разработанную с учетом целей настоящего исследования. Контрольную группу составили 64 человека, условно здоровых лиц, выявленных на профилактическом медицинском осмотре, на момент обследования у которых не было острых и хронических заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Подсчет данных осуществлялся в программе математического анализа данных SPSS 21.0.

Результаты исследования

Работа с пациентом начиналась с клиничко-психологической беседы, имеющей одновременно несколько целей: получение информации, установление контакта и мотивация пациента на дальнейшую работу. В ходе беседы пациенты преимущественно жаловались на интенсивный кожный зуд и косметический дефект, оказывающие выраженное негативное влияние на их профессиональную деятельность и социальное взаимодействие. Жалобы на нарушение сна, вызванные кожным зудом, предъявляли 47 (72,3 %) пациентов, на выраженную астению, включающую чувство усталости, быструю утомляемость, снижение интереса к выполняемой деятельности — 38 (58,4 %), на чувство напряженности, беспокойства, раздражительности — 43 (66,1 %). 41 (63,0 %) пациент смогли вспомнить стрессовое или психотравмирующее событие, повлиявшее на усиление симптомов с хронической психотравмирующей ситуацией.

Анализируя данные личностной тревожности, которая представляет собой устойчивую индивидуальную характеристику, отражающую предрасположенность субъекта воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающих личному благополучию и безопасности, было отмечено, что практически все показатели шкал методики в клинической группе выше, чем

в контрольной (рис. 1), причем превышение границы нормы (6 баллов) гораздо чаще встречается у больных ХАД, чем у обследуемых контрольной группы.

Наиболее выраженное превышение имеют шкала ОП (тревожная оценка перспектив) и общий показатель личностной тревожности. Шкала ОП демонстрирует проекцию страхов пациентов не на текущее положение дел, а в перспективу, общую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Соответственно пациенты с ХАД в период обострения видят свое будущее в негативном свете, что подкрепляется повышенными показателями эмоционального дискомфорта и астении.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны к чрезмерной требовательности, категоричности, акцентированы на завышенной оценке значимости ситуации. Такой тип реагирования ведет к дестабилизации эмоционального состояния и может влиять на поведение, способствуя закреплению его неадаптивных паттернов.

Соотношение шкал ситуативной тревожности (рис. 2) в основной группе также выше, чем в контрольной, но превышение верхней границы отмечается только по критерию ОП.

Таким образом, ожидания негативной перспективы свойственны больным ХАД на уровне как устойчивых личностных характеристик, так и ситуативного реагирования на свое актуальное состояние. Эти данные согласуются с жалобами пациентов, полученными в ходе проведения клиничко-психологической беседы и связанными с дефицитом информации о течении и прогнозах заболевания и страхами перед его негативным влиянием на дальнейшую жизнь. Страх «не ужиться» с болезнью, как правило, не вербализировался в конкретной форме, однако проявлялся в отказе от планирования будущего, отрицания совместимости нормальной жизнедеятельности с проявлениями болезни.

Статистически значимые различия между клинической и контрольной группами приходятся на шкалу ЭД (эмоциональный дискомфорт) ($t = 2,5; p < 0,05$) и общий показатель ситуативной тревожности ($t = 2,8; p < 0,01$). Соответственно больные ХАД испытывают

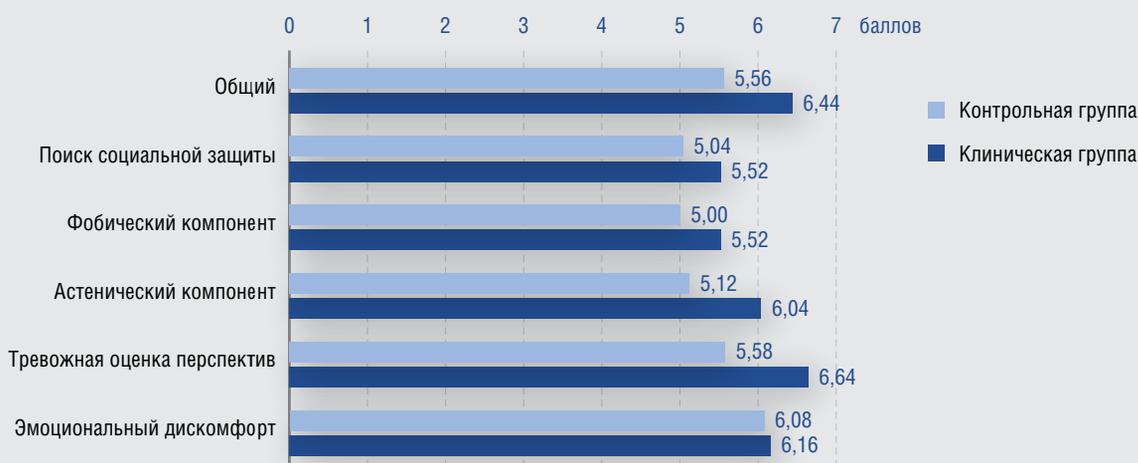
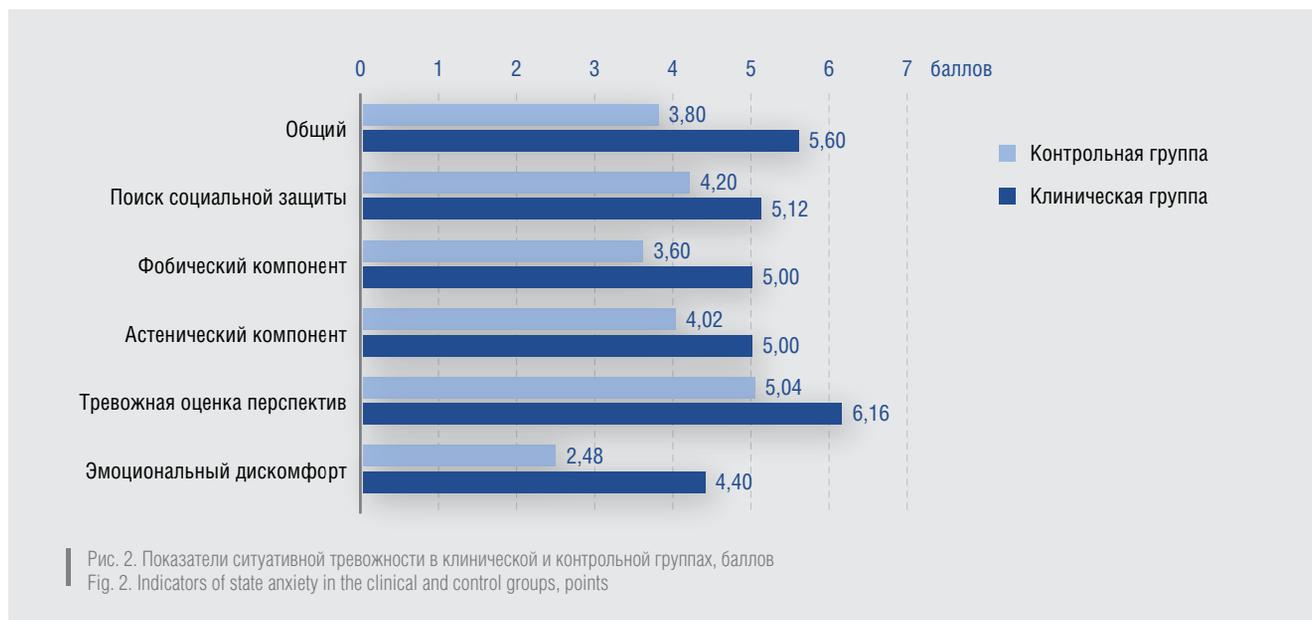


Рис. 1. Показатели личностной тревожности в клинической и контрольной группах, баллов
Fig. 1. Indicators of trait anxiety in the clinical and control groups, points



более выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации, а также более высокий уровень ситуативной тревожности в целом, в группе контроля.

Поскольку обследование больных ХАД проводили в условиях стационара в период обострения, справедливо рассматривать повышение ситуативной тревожности как реакцию в первую очередь на само заболевание, которое, как уже отмечалось ранее, приводит не только к появлению жалоб соматического характера, но также существенно влияет на психологическое состояние пациентов в целом. Этот факт объясняет наблюдаемые статистически значимые различия ($p < 0,01$) между двумя группами.

По данным Торонтской алекситимической шкалы (TAS), «алекситимический» тип личности диагностируется при результатах тестирования, превышающих 74 балла. Всего в клинической группе было выявлено 31 (47,5 %) больной с показателем сформированной алекситимии. У 3 (5 %) набравших менее 62 баллов, был выявлен «неалекситимический» тип личности. Еще 31 (47,5 %) попал в так называемую «зону риска» развития алекситимии.

В контрольной группе преобладающим явился «неалекситимический» тип личности, выявленный у 41 (65 %) пациентов, еще 16 (25 %) попали в «зону риска», у них отмечают трудности в вербализации чувств и экспрессивном выражении эмоций. Выраженная алекситимия была выявлена только у 6 (10 %) опрошенных.

Статистический анализ данных, полученных по методике TAS, показал, что уровень алекситимии у пациентов, страдающих ХАД, статистически значимо выше, чем в контрольной группе ($t = 4,3$; $p < 0,01$).

Высокий уровень алекситимии, выявленный в клинической группе, свидетельствует о сниженной способности больных ХАД к вербализации аффективных состояний, сложностях в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Алекситимия может рассматриваться не только как фактор риска раз-

вития психосоматических заболеваний, но и как личностная характеристика, формирующая определенный паттерн поведения, направленный на сдерживание или игнорирование эмоций, их ограниченную переработку. Люди с высоким уровнем алекситимии сфокусированы в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. При этом подавленные аффекты находят выход в виде физиологического ответа, проявляющегося в соматической симптоматике заболевания.

Таким образом, больным ХАД свойственна чрезмерная ответственность за происходящее, трудности в поиске и принятии социальной поддержки, а также неспособность к конфронтации в стрессовых и психотравмирующих ситуациях и неумение извлекать из них пользу для коррекции неэффективного стресс-совладающего поведения.

Параллельно с проводимыми психологическими тестами оценивали и общепринятый дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). При оценке отдельных показателей ДИКЖ было отмечено, что пациентов больше беспокоят кожный зуд, плохой сон и плохое настроение — $2,78 \pm 0,02$ балла.

Среднее значение при оценке профессиональной активности составило $1,52 \pm 0,01$ балла. В наибольшей степени ограничивает больных в достижении успехов на работе/школе, препятствует продвижению в карьере ($1,76 \pm 0,02$ балла).

Удовлетворенность отношением к себе со стороны коллег в среднем составила $7,81 \pm 0,15$ балла. Полученные данные свидетельствуют о значимом влиянии ограничений на работе / в школе, обусловленных обострением заболевания на уровень качества жизни (КЖ).

При оценке шкалы, которая раскрывает самовосприятие, среднее значение составило $2,16 \pm 0,02$ балла.

Наиболее важным и значимым влиянием на данный компонент ДИКЖ оказывали факторы, отражающие смущение от внешнего вида собственной кожи ($3,16 \pm 0,02$ балла), раздражение по поводу своей внешности ($2,9 \pm 0,01$ балла), моральные страдания ($2,64 \pm 0,02$ балла).

Суммарный показатель ДИКЖ этих больных составил $22,11 \pm 0,02$, что расценивается как значимое снижение КЖ вследствие влияния факторов, которые способны оказать воздействие на человека при наличии указанной патологии. При этом следует отметить, что самые высокие показатели ДИКЖ — 23,24 балла — соответствовали пациенту с тяжелым торпидно протекающим течением ХАД.

Заключение

На основании результатов психодиагностического исследования можно сделать ряд выводов об индивидуально-психологических характеристиках, свойственных большинству больных ХАД.

1. Больные ХАД испытывают связанный с заболеванием выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном,

эмоциональной напряженностью, элементами ажитации. Ожидания негативной перспективы свойственны больным ХАД на уровне как устойчивых личностных характеристик, так и ситуативного реагирования на свое актуальное состояние.

2. Высокий уровень алекситимии больных ХАД свидетельствует о сниженной способности к вербализации аффективных состояний, сложностях в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. При этом подавленные аффекты находят выход в виде физиологического ответа, проявляющегося в соматической симптоматике заболевания.

3. Влияние ХАД на психологическое состояние больных весьма значительно и в первую очередь актуально при обострении процесса, что указывает на значимость коррекции психологического дискомфорта, в том числе и медикаментозной (противотревожной) терапии. ■

Литература/References

1. Klauder J. V. Psychogenic aspects of diseases of the skin. Arch Neural Psychiat. 1935;33:221. DOI: 10.1001/jama.1936.02770010028008
2. Broytigam V., Christian P., Rad M. Psychosomatic Medicine: lane with it. M.: GEOTAR Medicine, 1999. 373 p.
3. Harth W., Gieler U. Psychosomatische Dermatologie. Hautarzt. 2008;59(5):415–432. DOI: 10.1007/3-540-29283-7
4. Schneider G., Gieler U. Psychosomatic dermatology — state of the art. Z Psychosom Med Psychother. 2001;47(4):307–331. DOI: 10.1159/000086323
5. Utz S. R., Morrison A., Davydov A. Evaluation of psychosomatic changes and study the state of the autonomic nervous system in patients with rosacea. Saratov Scientific-medical Zh. 2012;8(2):664–667.
6. Потоцкий И. И., Гребенников В. А. Нейродермит. Киев: Здоров'я, 1986. 136 с. [Pototsky I. I., Grebennikov V. A. Neurodermatitis. Kiev: Zdorov'ya, 1986. 136 p. (In Russ.)]
7. Дороженок И. Ю., Львов А. Н., Бобко С. И. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011;1:20–25. [Dorozhenok I. Y., Lvov A. N., Bobko S. I. Modern aspects of the use of psychotropic drugs in dermatological practice. Rossijskiy zhurnal kozhnyh i venericheskikh bolezney. 2011;1:20–25. (In Russ.)]
8. Орлов Е. В., Меркулова Т. Б., Шакшина А. А. Влияние современных анксиолитиков на качество жизни больных хроническими дерматозами. Клиническая дерматология и венерология. 2011;6:79–84. [Orlov E. V., Merkulova T. B., Shakshina A. A. The impact of modern anxiolytics on quality of life of patients with chronic dermatoses. Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya. 2011;6:79–84. (In Russ.)]
9. Paek S. Y., Lim H. W. Chronic actinic dermatitis. Dermatol Clin. 2014;32:355–361. DOI: 10.1016/j.det.2014.03.007
10. Forsyth E. L., Millard T. P. Diagnosis and Pharmacological Treatment of Chronic Actinic Dermatitis in the Elderly. Drugs Aging. 2010;27(6):451–456. DOI: 10.2165/11315930-000000000-00000
11. Luss L. A. Psychosomatic disorders in patients with atopic dermatitis. Doktor.Ru. Ser.: Allergology. Dermatology. 2010;2(53):55–58.
12. Jong C. T., Finlay A. Y., Pearse A. D. et al. The quality of life of 790 patients with photodermatoses. British Journal of Dermatology. 2008;159:192–197. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2008.08581
13. Орлов Е. В., Коннов П. Е., Арсеньева А. А. Оценка качества жизни и эффективности комбинированной фармакотерапии с применением анксиолитика у больных хроническим актиническим дерматитом. Клиническая дерматология и венерология. 2017;1:64–67. [Orlov E. V., Konnov P. E., Arseniev A. A. Assessment of quality of life and efficacy of combination pharmacotherapy with the use of anxiolitika patients with chronic actinic dermatitis. Clinical Dermatology and Venereology. 2017;1:64–67. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/klinderma201716164-67

Информация об авторах

Павел Евгеньевич Коннов* — к.м.н., доцент, доцент кафедры кожных и венерических болезней, заведующий отделением кожных и венерических болезней клиники кожных и венерических болезней Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: konnoff@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6505-7943>

Евгений Владимирович Орлов — профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; <https://orcid.org/0000-0002-2220-793X>

Людмила Ивановна Мостовая — доцент кафедры медицинской психологии и психотерапии Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; <https://orcid.org/0000-0001-5602-7040>

Антонина Александровна Арсеньева — к.м.н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней Самарского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации; <https://orcid.org/0000-0002-7933-3515>

Information about the authors

Pavel E. Konnov* — Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Assoc. Prof. of the Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, Head of the Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases of the Clinic of Skin and Sexually Transmitted Diseases, Samara State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: konnoff@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6505-7943>

Evgeny V. Orlov — Prof., Head of the Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, Samara State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0002-2220-793X>

Ludmila I. Mostovaya — Assoc. Prof., Department of Medical Psychology and Psychotherapy, Samara State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0001-5602-7040>

Antonina A. Arsenyeva — Cand. Sci. (Med.), Assistant, Department of Skin and Sexually Transmitted Diseases, Samara State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; <https://orcid.org/0000-0002-7933-3515>