

3. Korn T., Bettelli E., Oukka M., Kuchroo V.K. IL-17 and Th17 cells. *Annu. Rev. Immunol.* 2009; 27: 485–517. doi: 10.1146/annurev.immunol.021908.132710.
4. Ackerman A.B. *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases: a method by pattern analysis*. Philadelphia: Lea Febiger; 1978.
5. Pinkus H., Mehregan A.H. *A guide to dermatohistopathology*. New York: Appleton-Century Crofts; 1981.
6. Lever W.F., Schaumburg-Lever J. *Histopathology of the skin*. 6th ed. Toronto: Lippincott; 1983.
7. Elder E.E., Elenitsas R., Johnson B.L., Murphy G.F., Xu X. *Lever's histopathology of the skin*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams Wilkins; 2009.
8. Rodionov A.N., Samtsov A.V., Barbinov V.V., Akhmedov I.G. *Expert system in dermatopathology*. J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol. 1995; 5(Suppl. 1): 139.
9. Barbinov V. *Expert systems in dermatohistopathology: knowledge engineering in computer technology teaching and diagnostics (Ekspertnye sistemy v dermatogistopatologii: inzheneriya znaniy v komp'yuternykh tekhnologiyakh prepodavaniya i diagnostiki)*. Dis. St. Petersburg; 1998. (in Russian)
10. Samtsov A.V., Barbinov V.V., Reshetnik D.A., Minulin I.K., Bogdanov G.V., Kavokin M.K. Organization histological diagnosis of dermatoses using video information technology. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; 6: 11–9. (in Russian)

Received 13.01.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014
УДК 616.5-002-056.43-06:616.89]-07

Уровень тревожности и дерматологический индекс качества жизни больных атопическим дерматитом

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

Кафедра кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России

Нарушение психоэмоциональной сферы, сопровождающее большинство заболеваний кожи, в том числе и атопический дерматит, обуславливает тяжелое течение болезни и резистентность к проводимой терапии. Проведено психодиагностическое исследование у 80 больных атопическим дерматитом. Обследование включало клинический осмотр больных с определением дерматологических и психологических индексов и тестирование, позволяющее определить качество жизни и выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных атопическим дерматитом. Выявлены особенности психоэмоциональной сферы у больных атопическим дерматитом.

Ключевые слова: атопический дерматит; оценка уровня тревожности; дерматологический индекс качества жизни.

ANXIETY LEVEL AND DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX IN PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Orlov E.V., Mostovaya L.I., Konnov P.E., Arsenyeva A.A.

Samara State Medical University, 443099, Samara, Russia

Disorders in the psychoemotional sphere, associated with the majority of cutaneous disease, including atopic dermatitis, are responsible, among other things, for severe course of the disease and its drug resistance. Psychodiagnostic studies were carried out in 80 patients with atopic dermatitis. The examinations included clinical examination with evaluation of dermatological and psychological indexes and tests for evaluating the quality of life and severity of depressive and anxiety disorders in the patients. Specific features of the psychoemotional sphere of patients with atopic dermatitis were detected.

Key words: atopic dermatitis; evaluation of anxiety level; quality of life dermatological index.

Известно, что стресс способен провоцировать обострение хронических психосоматических заболеваний. Не вызывает сомнений влияние психологических факторов на развитие и течение заболеваний кожи.

Сведения об авторах:

Орлов Евгений Владимирович – доктор мед. наук, профессор (kafkvbsamgmu@mail.ru); Мостовая Людмила Ивановна – кандидат мед. наук; Коннов Павел Евгеньевич – кандидат мед. наук, доцент (konnoff@yandex.ru); Арсеньева Антонина Александровна – аспирант (a.arseniyeva2014@yandex.ru).

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".

Так, 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 редукации напряжения [3].

Corresponding author:

Orlov Evgeniy, MD, PhD, D.Sc, prof. (kafkvbsamgmu@mail.ru).

Атопический дерматит (АД) – хроническое иммуннойроаллергическое заболевание кожи с генетической предрасположенностью, которое проявляется зудящими эритематозно-лихеноидными высыпаниями на разных участках кожного покрова и в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов [4]. Заболеваемость среди взрослого населения составляет до 2% от общей численности популяции с некоторыми вариациями в зависимости от уровня урбанизации и экологии [5, 6].

Наследственная предрасположенность играет главную роль в развитии АД, формируя сложный патогенез, который реализуется дисфункцией иммунной системы с гиперпродукцией IgE, нарушениями цитокиновой регуляции и соотношения Th1/Th2 [7].

Как заболевание, обострения которого могут быть спровоцированы психогенными факторами, АД был отнесен Францем Александером [8] к классическим психосоматическим заболеваниям.

Отмечена важная роль в возникновении и обострении заболевания стрессовых ситуаций. Более трети случаев АД связано с основным пусковым фактором – психическим напряжением, что подтверждается клинической эффективностью методов активного воздействия на центральную нервную систему с помощью электросна и гипнотерапии [9, 10]. В ряде работ 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, если развивается вследствие имеющегося дерматоза. Вторичные невротические состояния в свою очередь часто сопровождаются распространением поражения кожи, вызывая у пациентов физический дискомфорт, и являются причиной психологических проблем. Так, для больных АД характерны возбудимость, потеря эмоциональной самостоятельности, враждебность, склонность к агрессивным импульсам, трудность установления контакта в семье и коллективе, тревожность, склонность к депрессии, а также тенденции к интроверсии, астеническим и дистоническим реакциям [5, 6]. Психогении, способные вызывать обострения АД, 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 АД могут появиться в течение нескольких дней или 3–6 мес. Однако работ, в которых анализируются связь обострений АД с психотравмирующими ситуациями и способы их преодоления, немного.

Цель настоящей работы – психодиагностическое исследование больных АД.

Материалы и методы

Обследованы 80 больных (48 женщин и 32 мужчины) с различными клиническими формами АД. Средний воз-

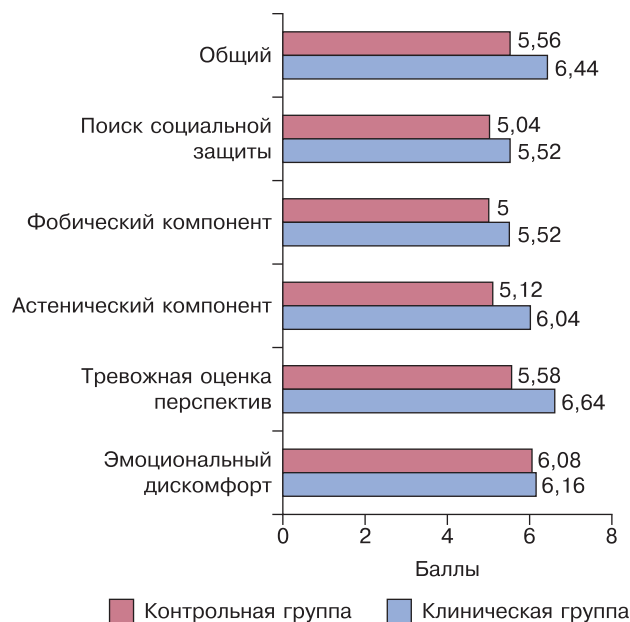


Рис. 1. Показатели личностной тревожности в клинической и контрольной группах (в баллах).

раст пациентов составил $30,7 \pm 11,2$ года. 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, физикального осмотра и анализа лабораторных показателей. Контрольную группу составили 40 условно-здоровых лиц, выявленных на профилактическом медицинском осмотре, у которых на момент обследования не было заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы математического анализа данных SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

Работу с пациентом начинали с клинико-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 бессонницу, вызванную кожным зудом, предъявляли 67 (83,8%), выраженную астению, включающую чувство усталости, быструю утомляемость, снижение интереса к выполняемой деятельности – 58 (72,5%), чувство напряженности, беспокойства, раздражительности – 64 (80%) пациента. Смогли вспомнить стрессовое или психотравмирующее событие, произошедшее незадолго до очередного обострения АД, или связать усиление симптомов заболевания с хронической психотравмирующей ситуацией 69 (86,3%) больных.

Личностная тревожность представляет собой устойчивую индивидуальную характеристику, которая отражает предрасположенность субъекта воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающие личному благополучию и безопас-

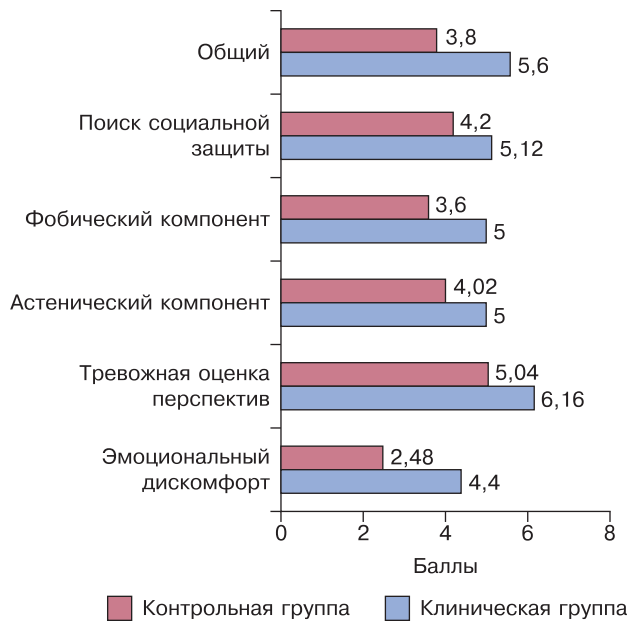


Рис. 2. Показатели ситуативной тревожности в клинической и контрольной группах (в баллах).

ности. При анализе данных личностной тревожности 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 АД, чем в контрольной группе.

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 на перспективу, общую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Соответственно пациенты с АД 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 АД как на уровне устойчивых личностных характеристик, так и на уровне ситуативного реагирования на свое актуальное состояние. Эти данные согласуются с жалобами пациентов в ходе проведения клинико-психологической беседы, связанными с дефицитом информации о течении и прогнозе заболевания и страхами перед его негативным влиянием на дальнейшую жизнь. Страх "не ужиться" с болезнью, как правило, не вербализовался в конкретной форме, однако проявлялся

в отказе от планирования будущего, отрицании совместимости нормальной жизнедеятельности с проявлениями болезни.

Статистически значимые различия между клинической и контрольной группами приходятся на шкалу ЭД ($t = 2,5$; $p < 0,05$) и общий показатель ситуативной тревожности ($t = 2,8$; $p < 0,01$). Соответственно больные АД испытывают более выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами агитации, а также более высокий уровень ситуативной тревожности в целом по сравнению с группой контроля.

Поскольку обследование больных АД проводили в условиях стационара в период обострения, справедливо рассматривать повышение ситуативной тревожности как реакцию в первую очередь на само заболевание, которое, как отмечено ранее, не только приводит 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 38 (47,5%) больных с показателем сформированной алекситимии. У 4 (5%) больных, набравших менее 62 баллов, был выявлен "неалекситимический" тип личности. Еще 38 (47,5%) пациентов попали в так называемую зону риска развития алекситимии.

В контрольной группе преобладал "неалекситимический" тип личности, выявленный у 26 (65%) пациентов, 10 (25%) опрошенных попали в "зону риска", у них отмечались трудности в вербализации чувств и экспрессивном выражении эмоций. Выраженная алекситимия выявлена только у 4 (10%) опрошенных.

Статистический анализ данных, полученных по методике TAS, показал, что уровень алекситимии у пациентов, страдающих АД, 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 АД к вербализации аффективных состояний, сложностях в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Алекситимия может рассматриваться не только как фактор риска развития 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 АД свойственны чрезмерная ответственность за происходящее, трудно-

сти 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 психологическими тестами оценивали и общепринятый дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). При оценке отдельных показателей ДИКЖ было отмечено, что пациентов больше беспокоят сильный 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. АД 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/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 выраженное влияние на данный компонент КЖ оказывали факторы, отражающие смущение в связи с состоянием 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 КЖ этих больных составил $22,11 \pm 0,02$ балла, 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) имелись у пациента с тяжелым, упорно рецидивирующим течением АД.

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

- Больные АД испытывают связанный с заболеванием выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся сниженным эмоциональным фоном, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации. Ожидания негативной перспективы свойственны больным АД как на уровне устойчивых личностных характеристик, так и на уровне ситуативного реагирования на свое актуальное состояние.

- Высокий уровень алекситимии больных АД 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.

- Влияние АД 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

1. Klauder J.V. Psychogenic aspects of diseases of the skin. *Arch. Neurol. Psychiat.* 1935; 33: 221.
2. Yeo Jin Im R.N. *Attachment behavior in mothers of atopic dermatitis child*. International Society for the Scientific Study of Subjectivity, Sept. 23–25, University of Georgia, Athens; 2004.
3. Miller H., Baruch D.W. A study of hostility in allergic children. *Am. J. Orthopsychiatry*. 1950; 20(3): 506–19.
4. Кочергин Н.Г. Атопический дерматит, чувствительные участки кожи и выбор наружной терапии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2009; 4: 80–5.
5. Дороженко И.Ю., Львов А.Н., Бобко С.И. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2011; 1: 20–5.
6. 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.
7. Schultz–Larsen F., Hanifin J.M. Epidemiology of atopic dermatitis. *Immunol. Allergy Clin. North Am.* 2002; 22: 1–24.
8. Александер Ф. *Психосоматическая медицина*. Пер. с англ. М.: Геррус; 2000.
9. Потоцкий И.И., Гребенников В.А. *Нейродермит*. Киев: Здоров'я; 1986.
10. Скрипкин Ю.К. *Нейродермит (вопросы этиологии, патогенеза и терапии)*. М.: Медицина; 1967.

Поступила 23.03.14

REFERENCES

1. Klauder J.V. Psychogenic aspects of diseases of the skin. *Arch. Neurol. Psychiat.* 1935; 33: 221.
2. Yeo Jin Im R.N. *Attachment behavior in mothers of atopic dermatitis child*. International Society for the Scientific Study of Subjectivity, Sept. 23–25, University of Georgia, Athens; 2004.
3. Miller H., Baruch D.W. A study of hostility in allergic children. *Am. J. Orthopsychiatry*. 1950; 20(3): 506–19.
4. Kochergin N.G. Atopic dermatitis, sensitive skin and selection of external therapy. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2009; 4: 80–5. (in Russian)
5. Dorozhenko I.Y., Lvov A.N., Bobko S.I. Modern aspects of the use of psychotropic drugs in dermatological practice. *Rossiyskiy zhurnal kozhnikh i venericheskikh bolezney*. 2011; 1: 20–5. (in Russian)
6. 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 Russian)
7. Schultz–Larsen F., Hanifin J.M. Epidemiology of atopic dermatitis. *Immunol. Allergy Clin. North Am.* 2002; 22: 1–24.
8. Aleksander F. *Psychosomatic medicine (Psikhosomaticheskaya meditsina)*. Per. from Engl. Moscow: Gerrus; 2000. (in Russian)
9. Pototsky I.I., Grebennikov V.A. *Neurodermatitis (Neyrodermit)*. Kiev: Zdorov'ya; 1986. (in Russian)
10. Skripkin Yu.K. *Neurodermatitis: etiology, pathogenesis and therapy (Neyrodermit: voprosy etiologii, patogeneza i terapii)*. Moscow: Meditsina; 1967. (in Russian)

Received 23.03.14