Psychological help for patients with dermatological disorders and chronic itching

R. Yaremkevych

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Article info

Received 10.01.2019

Accepted 13.06.2019

Kharkiv Medical Academy of
Postgraduate Education,
Kharkiv, Ukraine

Яремкевич Р.Р. (2019).
Медико-психологічна
допомога пацієнтам з
дерматологічною
патологією та синдромом
хронічного свербіж
Fundamental and applied
researches in practice of
leading scientific schools, 33
(3), 52–57.

Yaremkevych, R. (2019). Psychological help for patients with dermatological disorders and chronic itching. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 33 (3), 52–57.

Somatic diseases are the cause of physical and psychological distress, which necessitates the study of factors affecting on adaptation patients to the disease and its treatment. Materials and methods. At medical center "Asklepiy" during 2016-2018 years, observed 134 patients with dermatological disorders with chronic itching, divided on groups according the level intensity of symptom. A package of psychodiagnostics techniques was used to assess the psychological status of the subjects. Results. Targets of psychological help in psycho-emotional sphere in patients with chronic itching include anxious-depressive symptoms, somatization, hypochondria, decreased mental productivity, insomnia, high levels of aggressiveness, hostility, alexithimia, in behavior patterns – ineffective coping and psychological defense mechanisms, in the psychosocial sphere – problems in interpersonal relations and perception of social support.

Conclusions. Patients with dermatological pathology with chronic itching require implementing psychological help based on a comprehensive differentiated approach.

Keywords: defense psychological mechanisms; dermatology; psychodermatology; chronic itching; psychological help.

Медико-психологічна допомога пацієнтам з дерматологічною патологією та синдромом хронічного свербіж

Р.Р.Яремкевич

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

Соматичні захворювання є причиною фізичного та психологічного дистресу, що обумовлює необхідність дослідження факторів, які впливають на пристосування пацієнтів до хвороби та її лікування.

Матеріали та методи дослідження. На базі медичного центру «Асклепій» протягом 2016 – 2018 років було обстежено 134 дерматологічні пацієнти з синдромом хронічного свербіж, які були розділені на групи в залежності від вираженості симптоматики. Для оцінки психологічного статусу обстежуваних застосовано комплексний пакет психодіагностичних методик. Результати. До мішеней медико-психологічної допомоги у особистісно-психоемоційній сфері у пацієнтів з хронічним свербіжем відносилися тривожно-депресивна симптоматика, соматизація, надмірна концентрація на стані здоров'я, зниження розумової продуктивності, порушення сну, високі рівні агресивності, ворожості, алекситимії, стосовно психологічних патернів протидії стресу – надмірна напруженість та низькоефективні механізми копінг та психологічного захисту, у психосоціалній сфері – порушення міжособистісної взаємодії та сприйняття соціальної підтримки.

Висновки. Пацієнти з дерматологічною патологією, що супроводжується синдромом хронічного свербіж потребують застосування заходів медико-психологічної допомоги на основі комплексного диференційованого підходу.

Ключові слова: мішені психологічної допомоги; дерматологія; психодерматологія; хронічний свербіж; медико-психологічна допомога.

Вступ

У клінічній практиці лікування дерматологічних захворювань все більше уваги звертають на особливості психологічного стану пацієнтів та їх роль у розвитку та перебігу шкірної патології, що стало підґрунтям для формування інтегративного напрямку на зіткненні медицини та наук про психічне здоров'я – психодерматології.

Психодерматологія займається широким колом питань, які стосуються соматопсихічних та психосоматичних зв'язків між шкірою та нервовою системою. За класифікацією Koo&Lee психодерматологічні порушення поділяються на психофізіологічні розлади, психічні розлади з дерматологічними симптомами, дерматологічні розлади з психіатричними симптомами та змішані стани [1].

Дерматологічні захворювання зазвичай не несуть вітальної загрози, проте їх негативний вплив на психічну діяльність може бути не менш потужним. Чинниками, що обумовлюють психопатогенний вплив виступають тривалість захворювання, тяжкість перебігу, характер клінічної симптоматики, наявність синдрому свербіж, болю, візуальна локалізація процесу, вираженість косметологічних дефектів [2, 3]. Відповідно хронічний рецидивуючий перебіг з ураженням видимих ділянок шкіри і формуванням дефектів, що супроводжується постійним сенсорним дискомфортом, який складно контролювати (свербіння, біль, парестезії) є надзвичайно сприятливим підґрунтям для розвитку психопатологічних станів чи психічних розладів.

Хронічний свербіж (ХС) - це дискомфортний сенсорний прояв, викликаний постійним бажанням розчухувати шкіру, що триває більше 4-6 тижнів [4]. Більшість дерматологічних захворювань супроводжується синдромом ХС – атопічний дерматит, псоріаз, кропивниця, екзема [4, 5]. Дослідження ХС у пацієнтів із хворобами шкіри показало негативний вплив на якість життя, психоемоційний стан, працездатність, соціальну активність пацієнтів [6, 7]. Окрім наявності настирливих неприємних відчуттів, ХС важко і не завжди успішно піддається лікуванню [8, 9].

У дослідженнях зарубіжних та вітчизняних авторів наводять переконливі дані ефективності психологічних заходів у роботі з дерматологічними пацієнтами, що стосується покращення психоемоційного стану, підвищення якості життя, прихильності до терапії [10 – 15]. Відповідно, дослідження психологічних особливостей дерматологічних пацієнтів з синдромом ХС має важливе значення для розробки та впровадження медико-психологічної допомоги

Мета

Метою даної роботи було визначити мішені та заходи медико-психологічної допомоги для пацієнтів з дерматологічною патологією, що супроводжується синдромом хронічного свербіж.

Контингент та методи дослідження

З дотриманням принципів етики та деонтології на базі медичного центру «Асклепій» (м. Ужгород) упродовж 2016-2018 років за допомогою комплексу психодіагностичних методик було обстежено 134 пацієнтів з дерматологічною патологією, що клінічно супроводжувалася синдромом ХС. За нозологією у 62,7% хворих діагностувався атопічний дерматит, 23,9% - псоріаз та 13,4% - себореїчний дерматит. Вік пацієнтів коливався від 21 до 56 років. У вибірці жінок було більше, ніж чоловіків (65,7% проти 34,3%).

На основі комп'ютерного додатку «Електронний калькулятор хронічного свербіж» хворих було поділено за критерієм вираженості свербіж на групи в залежності від вираженості синдрому ХС з низькою інтенсивністю – ГН, n=42 (31,3%); середньою інтенсивністю – ГС, n=55 (41,0%); та високою інтенсивністю – ГВ, n=37 (27,6%).

Для оцінки психологічного статусу пацієнтів було застосовано комплекс психодіагностичних методик. Вивчення психоемоційного стану здійснювалося з використанням «Симптоматичного опитувальника Александровича», агресії – за «Опитувальником форм та проявів агресії» А.Басса та А. Дарки» в адаптації А.А.Хвана, Ю.А. Зайцева, Ю.А. Кузнецової (Buss - Durkee Hostility Inventory, BDHI), алекситимії – за «Торонтською алекситимічною шкалою, ТАШ-20-г», особливостей копіну – опитувальником «Способи стрес-долаючої поведінки» Р. Лазаруса и С. Фолкмана (Ways of Coping Questionnaire, WCQ), психологічних механізмів захисту – методики «Індекс життєвого стилю» Р. Плутника та Х.Келлермана (Life Style Index, LSI), якості життя – опитувальника Mezzich. Для статистичної обробки даних використовували MS Excel v.8.0.3.

Виклад основного матеріалу дослідження.

У пацієнтів з дерматологічною патологією підвищення інтенсивності ХС супроводжувалося підвищенням рівня вираженості психопатологічної симптоматики, табл. 1.

Психоемоційний профіль хворих у ГН характеризувався психічною напругою, соматизацією, дратівливістю, розладами сну, гіпотимією, схильністю до прояву гострих емоційних реакцій, відчуттям невпевненості, недооціненості, труднощами у міжособистісній взаємодії. Для пацієнтів з ГС були притаманні сильне психічне напруження, тривожність, пригніченість, дратівлива слабкість, зниження розумової продуктивності, інсомнія, поява думок про наявність серйозних порушень у здоров'ї, драматизація переживань, відчуття самотності, потреба у сторонній увазі та підтримці. Психопатологічний профіль у пацієнтів з ГВ визначали інтенсивний тривожно-депресивний компонент, фізична та психічна втома, порушення сну, виразне суб'єктивне відчуття дискомфорту, надмірність емоційних реакцій на незначні зовнішні подразники, іпохондричність, залежність, втрата розумової продуктивності.

Дослідження агресивності в залежності від інтенсивності синдрому ХС показало зростання форм

агресії на фоні посилення свербіжів – високий загальний показник ворожості виявлено у 13,5% хворих з ГВ, 10,9% пацієнтів з ГС, та 0% осіб у ГН, індексу агресивності відповідно 27,0%, 20,0% та 2,4%. У хворих з ГП та ГС агресія виражалася переважно у формі дратівливості, негативних висловлювань, непрямих проявів, самокритики, образи, недовіри, та найменше фізичної агресії та опозиційності, з вищими рівнями у осіб з помірним синдромом ХС.

У пацієнтів з ГВ домінувало роздратування, поряд з вербальною формою вагому роль відігравала непряма агресія, відчуття образи, за якими слідували фізична агресія, відчуття провини, підозріливість та негативізм. Тобто у зв'язку з соматичним дистресом у пацієнтів наростала агресивність та змінювалася структура форм агресії у вигляді найменш адаптивних варіантів у пацієнтів з інтенсивним свербіжем.

Таблиця 1

Вираженість складових психоемоційного стану, $\bar{x} \pm q$ (бали)				
№	Складові	ГН, n=42	ГС, n=55	ГВ, n=37
1	*Страх, фобії	14,9±6,2	21,5±10,2	24,6±7,5
2	*Депресивні розлади	23,3±9,0	32,0±14,2	46,9±18,2
3	*Занепокоєння (напруга)	31,2±9,7	41,3±14,3	48,6±12,8
4	*Порушення сну	36,9±13,2	50,6±11,9	56,3±15,8
5	*Істеричні розлади	25,9±12,9	34,0±17,8	40,5±17,0
6	*Неврастенічні розлади	23,3±8,5	28,7±15,2	36,2±14,9
7	*Сексуальні розлади	11,8±6,0	16,4±8,7	19,4±11,0
8	*Дереалізація	5,1±4,3	11,0±8,3	14,3±7,1
9	*Нав'язливі стани	8,1±5,9	13,5±10,5	15,9±12,4
10	*Труднощі у соціальних контактах	21,5±9,9	28,7±13,1	39,8±22,7
11	*Іпохондричні розлади	17,1±7,7	24,0±13,5	29,9±12,4
12	*Психастенічні порушення	22,8±9,3	30,2±15,4	35,3±15,5
13	*Соматичні розлади	27,9±9,0	33,5±7,1	36,0±8,4
*Загальний рівень		22,3±5,1	29,1±6,6	33,8±5,6

Примітки: * достовірність різниці між групами $p < 0,001$ між 3-ма групами

Виявлено підвищений рівень алекситимії у дерматологічних пацієнтів у кожній з нозологічних груп. Аналіз компонентів алекситимії в залежності від інтенсивності синдрому ХС показав, що у хворих по мірі підвищення рівня свербіжів зростали труднощі у розпізнаванні емоцій (24,1±4,79 балів у ГН, 26,69±3,05 балів у ГС та 28,27±2,81 балів у ГВ, $p < 0,05$); проблеми з описом власних почуттів (відповідно 16,76±2,27 балів, 17,8±2,04 балів та 19,22±1,8 балів, $p < 0,05$); зовнішньо-орієнтоване мислення (21,48±3,24 балів, 23,33±2,5 балів та 24,46±3,58 балів, $p < 0,05$); та загальний рівень алекситимії (62,33±9,45 балів, 67,82±6,01 балів та 71,95±7,39 балів, $p < 0,05$). Тобто, у пацієнтів з дерматологічною патологією визначався підвищений рівень алекситимії, що проявлялося труднощами у розпізнаванні емоцій, описі почуттів, акцентом на мислення та протидію усвідомленню ролі та впливу переживань, знеціненню значимості емоцій.

У пацієнтів з дерматологічною патологією, що супроводжується синдромом ХС незалежно від нозології копінг-профіль характеризувався виразною опорою на соціальну підтримку, бажанням ділитися своїми переживаннями і отримувати співчуття, уникненням рішення, частим застосуванням способів захисного сприйняття ситуації та пошуком інформації необхідної для її подолання, зверненням уваги на себе з подальшою

самокритикою, низьким контролем власних емоцій та використання активних, дієвих варіантів рішенням проблем.

Виявлено, що збільшення інтенсивності синдрому ХС супроводжувалося зростанням напруженості таких копінг-стратегій як конфронтація (48,4±10,4 балів у ГН, 51,1±10,2 балів у ГС та 55,4±8,6 балів у ГВ, $p < 0,05$), дистанціювання (53,4±12,09 балів, 58,5±12,0 балів та 61,7±11,3 балів, $p < 0,05$) та уникнення (55,4±11,9 балів, 58,5±12,2 балів та 62,2±11,1 балів, $p < 0,05$), і зниженням – самоконтролю (53,9±9,8 балів, 50,6±9,6 балів та 46,5±8,2 балів, $p < 0,05$). Тоді як стосовно пошуку соціальної підтримки, відповідальності, рішення проблеми та позитивної переоцінки, відмінності були відсутні.

В цілому пацієнти застосовували психологічні механізми захисту, що визначалися запереченням стресуючих об'єктів, витісненням психотравмуючих стимулів, фантазуванням, пошуком суб'єктів для позитивної ідентифікації, раціоналізацією, схильністю до трансформації напруги через зміщення, проєкцію чи перехід на більш примітивні способи функціонування.

Соматичний дистрес, представлений ХС, викликав посилення напруженості психологічних механізмів захисту: заперечення (64,7±15,0 балів у ГН, 67,3±14,3 балів у ГС та 73,5±11,1 балів у ГВ, $p < 0,05$); витіснення (60,1±15,4 балів, 63,5±17,3 балів та 69,3±14,8 балів,

$p < 0,05$); регресії ($50,7 \pm 12,4$ балів, $54,3 \pm 14,0$ балів та $63,9 \pm 12,8$ балів, $p < 0,001$); проєкції ($52,3 \pm 12,7$ балів, $56,3 \pm 12,3$ балів та $60,6 \pm 13,8$ балів, $p < 0,05$); заміщення ($51,8 \pm 12,8$ балів, $56,8 \pm 12,2$ балів та $61,3 \pm 13,1$ балів, $p < 0,01$); реактивного утворення ($51,4 \pm 13,3$ балів, $54,5 \pm 13,2$ балів та $59,3 \pm 11,3$ балів, $p < 0,05$). Істотного росту не спостерігалось щодо інтелектуалізації та компенсації.

По мірі зростання інтенсивності виявлено зміну структури психологічних механізмів захисту, а саме зростання ролі витіснення, регресії, проєкції, заміщення та реактивного утворення, що вказувало на низькоефективні способи трансформації психічної напруги.

Аналізуючи психологічні патерни подолання стресу у пацієнтів з ХС встановлено зростання напруження копінгу та психологічних механізмів захисту на фоні підвищення соматичного стресу. У дерматологічних хворих з високою інтенсивністю свербіжжю репертуар антистресових та психостабілізуючих властивостей характеризувався застосуванням неефективних копінг-стратегій та форм трансформації психологічної напруги, що було психопатологічним підґрунтям для розвитку порушення психологічної адаптації.

Наявність синдрому ХС спричиняла зниження якості життя за параметрами фізичного ($8,83 \pm 0,76$ балів у ГН, $7,98 \pm 0,73$ балів у ГС та $7,46 \pm 0,65$ балів у ГВ) та психологічного благополуччя (відповідно $8,88 \pm 0,67$ балів, $8,35 \pm 0,78$ балів та $7,78 \pm 0,85$ балів), автономії ($9,88 \pm 0,33$ балів, $9,69 \pm 0,47$ балів та $9,54 \pm 0,51$ балів),

працездатності ($9,76 \pm 0,43$ балів, $9,53 \pm 0,63$ балів та $8,73 \pm 0,61$ балів), міжособистісної взаємодії ($8,79 \pm 0,52$ балів, $8,56 \pm 0,50$ балів та $8,30 \pm 0,66$ балів), соціоемоційної ($8,60 \pm 0,73$ балів, $8,11 \pm 0,85$ балів та $7,62 \pm 0,59$ балів) та суспільної підтримки ($8,48 \pm 0,74$ балів, $8,0 \pm 0,72$ балів та $7,54 \pm 0,61$ балів), загального сприйняття якості життя ($9,02 \pm 0,60$ балів, $8,73 \pm 0,53$ балів та $8,41 \pm 0,64$ балів) та наростання негативних змін у напрямку від легкої до високої вираженості ХС у хворих, незалежно від нозології, $p < 0,05$. Відмінності у показниках якості життя були несуттєві за критеріями самореалізації та духовної реалізації.

Рівень зниження якості життя диференціювався залежно вираженості симптому свербіжжю. У пацієнтів з легким рівнем ХС визначалися незначні зміни у сприйнятті свого фізичного здоров'я, ситуаційні психоемоційні зрушення та труднощі у міжособистісних контактах, що відображалося на сприйнятті загальної якості життя. Серед хворих з помірним рівнем ХС виявлено більш суттєве порушення фізичного та психологічного благополуччя, з наростанням незадоволеності міжособистісною взаємодією та рівнем зовнішньої підтримки. У пацієнтів з вираженим ХС визначалося різке погіршення фізичного і психічного здоров'я, працездатності, можливості сприймати чи отримувати сторонню допомогу.

На основі отриманих результатів були визначено мішені медико-психологічної допомоги для пацієнтів з синдромом ХС, табл. 2.

Таблиця 2

Мішені медико-психологічної допомоги для дерматологічних пацієнтів з синдромом ХС

Мішень	Мета впливу	Заходи допомоги
Особистісно-психоемоційна сфера		
Тривожно-депресивна симптоматика	Нормалізація емоційного стану	Навики саморегуляції емоційного стану Техніки релаксації Арт-терапія
Соматизована тривога		
Надмірна концентрація на стані здоров'я	Зниження тиску ірраціональних думок	Когнітивно-поведінкова психотерапія Короткотривала динамічна психотерапія
Зниження розумової продуктивності	Посилення когнітивного резерву	Вправи на тренування пам'яті, уваги, раціонального мислення
Порушення сну	Нормалізація сну	Техніки релаксації
Високий рівень агресивності	Зниження агресивності	Когнітивно-поведінкова психотерапія Психологічний тренінг на міжособистісну взаємодію
Високий рівень ворожості	Зниження ворожості	
Високий рівень алекситимії	Покращення розуміння власних емоцій	Короткотривала динамічна психотерапія
Психологічні патерни протидії стресу		
Високий рівень напруженості копінгу	Розширення репертуару адаптивних копінг-стратегій	Когнітивно-поведінкова психотерапія
Стратегії дистанціювання, конфронтація, уникнення, відповідальності		
Високий рівень механізмів захисту заперечення, регресії, витіснення, проєкції, заміщення, реактивного утворення	Корекція дезадаптивних способів психологічного захисту	Короткотривала динамічна психотерапія
Психосоціальна сфера		
Порушення міжособистісної взаємодії	Гармонізація відносин	Когнітивно-поведінкова психотерапія Короткотривала динамічна психотерапія Психологічний тренінг по міжособистісній взаємодії
Сприйняття соціальної підтримки		

Медико-психологічна допомога для пацієнтів з ХС була послідовною комплексною системою диференційованих заходів, спрямованих на зниження

проявів психологічної дезадаптації та покращення прихильності до лікування, рис. 1.

Рис. 1. Система медико-психологічної допомоги для дерматологічних пацієнтів з синдромом ХС

Висновки

Медико-психологічна допомога для пацієнтів з дерматологічною патологією та ХС була спрямованою на корекцію особистісно-психоемоційних зрушень, психологічних патернів протидії стресу та порушень у психосоціалній сфері.

Групу найвищого ризику становили пацієнти з синдромом ХС сильного ступеню прояву, які проявляли виразні ознаки психологічної дезадаптації.

Хворі з дерматологічною патологією та синдромом ХС потребували впровадження у клінічну практику комплексу заходів медико-психологічної допомоги диференційованих в залежності від інтенсивності свербіжів.

Література / References

- Koo J.Y.M., Lee C.S. General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, eds. Psychocutaneous Medicine. New York, NY: Marcel Dekker, Inc. 2003. 1–29.
- Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G. Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. J Am Acad Dermatol. 2017. Vol. 76(5). P. 779-791.
- Юдін М. А. Медико-психологічні аспекти косметологічної медицини // Український вісник психоневрології. 2016. Том 24, вип. 2 (87). С. 95–100.
- Guideline on Chronic Pruritus / [E. Weisshaar, J.C. Szepietowski, U. Darsow. et al.] // European Dermatology Forum [Електронний ресурс]. 2014. Режим доступу:

- http://www.euroderm.org/images/stories/guidelines/EDF-Guideline-on-Chronic-Pruritus_Update2014.pdf
- Leader B., Carr C.W., Chen S.C. Pruritus epidemiology and quality of life. Handb Exp Pharmacol. 2015. Vol. 226.P. 15-38.
- Marron S.E., Tomas-Aragones L., Boira S., Campos-Rodenas R. Quality of Life, Emotional Wellbeing and Family Repercussions in Dermatological Patients Experiencing Chronic Itching: A Pilot Study. Acta Derm Venereol. 2016. Vol. 96(3). P. 331-335.
- Sobell J.M., Foley P., Toth D., Mrowietz U., Girolomoni G., Goncalves J., Day R.M., Chen R., Yosipovitch G. Effects of Apremilast on Pruritus and Skin Discomfort/Pain Correlate With Improvements in Quality of Life in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis. Acta Derm Venereol. 2016. Vol. 96(4). P. 514-20.
- Kouwenhoven T.A., van de Kerkhof P.C.M., Kamsteeg M. Use of oral antidepressants in patients with chronic pruritus: A systematic review. J Am Acad Dermatol. 2017. Vol. 77(6). P. 1068-1073.
- LeBovidge JS, Elverson W, Timmons KG, Hawryluk EB, Rea C, Lee M, Schneider LC. Multidisciplinary interventions in the

- management of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2016. Vol. 138(2). P. 325-334.
- Nguyen CM, Koo J, Cordoro KM. Psychodermatologic Effects of Atopic Dermatitis and Acne: A Review on Self-Esteem and Identity. *Pediatr Dermatol.* 2016. Vol. 33(2). P. 129-135.
- Shenefelt P. D. Psychological intervention sin the management of common skin conditions // *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2010. Vol. 3. P. 51 – 63.
- Montgomery K, Norman P, Messenger AG, Thompson AR. The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *Br J Dermatol.* 2016. Vol. 175(5). P. 930-936.
- Литвиненко М. В. Обґрунтування медико-психологічної допомоги хворим з вугровою хворобою // *Медична психологія.* 2016. Т. 11, № 3. С. 28 – 32.
- Маркова М. В., Усков О.А. Інтрапсихічні та поведінкові паттерни підлітків з atopічним дерматитом як мішені їх медико-психологічної підтримки // *Український вісник психоневрології.* 2015. Том 23, вип. 1 (82). С. 112 – 115.
- Юдін М. А. Медико-психологічний супровід пацієнтів із заниженою самооцінкою у косметологічній практиці // *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools.* 2016. №. 6 (18). С. 153–162.