

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 754 (09.12.2016).
754 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.12.2016. Revised 20.12.2016. Accepted: 25.12.2016.

PSYCHODERMATOLOGY – BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH

Konstantine V. Aymedov

Odessa National Medical University, Ukraine

psychotype@gmail.com

Abstract

Clinical and psychological characteristics of psychosomatic dermatological diseases are discussed. An overview of psychodermatology historical formation as a branch of medicine dealing with mental disorders of both dermatological and psychiatric nature is done. The author emphasizes the lack of awareness among dermatologists and psychiatrists about the existence of “psychodermatology”, a new rapidly developing medical direction. The most common diagnostics associated with dermal mental disorders are atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata, and mental disorders such as delusional parasitosis, neurotic excoriation, trichotillomania are the the most common conditions at the presence of which dermatologists refer the patients for a psychiatrist. Only few dermatologists are ready to take liability and prescribe a psychiatric drug and make a proper psychotherapeutic support. Complex of remedial psychocorrective and psychoprophylactic measures for somatoform disorders that can be used for both general population and the patients under study is offered.

Key words. psychodermatology, psychosomatic medicine, dermatology, dermatosis.

ПСИХОДЕРМАТОЛОГІЯ – БІОПСИХОЦІАЛЬНИЙ ПІДХІД

К. В. Аймедов

Одеського національний медичний університет, Україна

У сучасній медицині широкого поширення набули інтеграційні тенденції, що дозволяють отримати цілісне уявлення про патологію людини. Відображенням цього є такий розділ медицини, як «психодерматологія», що має зв'язок з психологічними особливостями, які лежать в основі початку, перебігу та терапії дерматозів (Смулевіч Б. та ін 2005; Obermayer M. E., 1955; Rostenberg A., 1959; Грач А., Вілкінсон Д. С., 1975; Van Moffaert M., 1982; Gupta M. A. та ін, 1990 ; Буля Д., 2005).[5, 6, 8]

Вперше спроба пояснення шкірних захворювань які мають психогенну природу була зроблена в 1681 році Т. Сіденхеном. Він описав ангіоневротичний набряк як істеричний прояв. Д. Тернер (1726 р.) пояснив рожеві вугрі як результат горя, яке пережила жінка після смерті свого чоловіка. У 1788 році В. Фальконе зробив спробу пов'язати активність шкірного процесу з порушенням іннервації (зв'язку органів і тканин з центральною нервовою системою за допомогою нервів) уражених ділянок шкіри. Надалі теорія патологічної іннервації шкіри була основою формування концепції «неврозу шкіри» [1, 7]. Е. Вілсон цим терміном позначав шкірні захворювання, в основі яких лежать «невротичні конфлікти», що супроводжуються тривогою. Він також вводить термін «невротичні екскоріації», до складу яких включає самопошкодження шкіри у вигляді розчісування, що наносять собі пацієнти, які страждають на психічні розлади. Л. Брок надав опис східного клінічного феномена – «екскоріюваних акне молодих жінок», підкреслюючи, що в подібних випадках (на відміну від невротичних екскоріацій) є дерматологічні причини для самопошкодження у вигляді реально існуючого шкірного захворювання - акне [1, 2, 10]. Автор зазначає, що нав'язливим аутоекстракціям схильні «молоді жінки худой статури та схильних до істеричних реакцій».

Важливо відзначити, що терапевтичні і дерматологічні школи (Мудров М. Я., 1820; Полотебнов А. Г., 1886, 1887; Нікольський П. В., 1887, 1930) переконано і послідовно відстоювали ідею цілісного підходу в медицині, приділяючи особливу увагу наявності тісного взаємозв'язку між психоемоційним станом людини і шкірними захворюваннями [3, 4].

У 1933 р Ф. Шацк в «Керівництві шкірних і венеричних хвороб» Дж. Ябассон публікує главу «Психіка і шкіра» [12]. В якій формулює методологічні підходи до впровадження психологічних (поряд з необхідністю розвитку біологічних) досліджень в клінічну практику дерматології; підкреслює важливість використання статистично достовірних результатів психологічного обстеження (що включає ряд параметрів, в тому числі й оцінку преморбідних особливостей пацієнтів з урахуванням особистісних типологічних відмінностей) на репрезентативній вибірці, а не тільки опису окремих клінічних випадків. Підкреслюючи тісні соматопсихологічні кореляції між шкірою та психікою, автор пропонує вважати стан шкіри одним з показників стану психіки індивідуума.

В рамках психоаналітичного напрямку шкіра розглядається як один з основних каналів довербального спілкування, за яким афект передається соматично (цикли соматосенсорної стимуляції) і стає доступним для спостереження. Порушення цього комунікативного каналу, пов'язане з маніфестацією симптомів захворювання, викликаного довербальною травмою і як результат афективної реакції матері на хворобливі реакції дитини, що в свою чергу закріплює патологічні тілесні симптоми [11].

Психоаналітик Ф. Александер запропонував ємку теорію пояснення психосоматичних зв'язків. Він виділив групу «психосоматичних» хворобливих станів (сім захворювань – «Holy seven»): виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, есенційну гіпертонію, ревматичний артрит, гіпертиреоз, нейродерміт і бронхіальну астму. Відповідно до теорії специфічного психодинамічного конфлікту Ф. Александер створює концепцію інтрапсихічної природи механізмів екзацербції шкірного захворювання. При цьому психогенетичні механізми автор розглядає в безпосередньому зв'язку з фізіологічними і патологічними соматичними процесами [5].

Схема розвитку цих захворювань наступна: несвідомі конфлікти породжують хронічне емоційне напруження, яке призводить до хронічного напруження вегетативної нервової системи, яке, у свою чергу, призводить до функціональних, а потім і незворотних змін внутрішніх органів. Класифікація будувалася на розрізненні симпатичної і парасимпатичної готовності.

У разі захворювань, які традиційно відносяться до розряду психосоматичних, як правило, виражені обидва компоненти, як психосоматичний, так і соматопсихічний. У так званій малій психосоматиці вираженість одного з цих компонентів або незначна, або взагалі заперечується. Взагалі, згідно концепції кільцевої залежності, спроби

розділити хвороби на психосоматичні та соматопсихічні представляються досить умовними. Тобто, висловлюючись простіше, не лише психоемоційний стрес призводить до виникнення патології, але і сама наявність того або іншого розладу викликає у пацієнта той же психоемоційний стрес. У зв'язку з чим логічно вважати, що будь яке психосоматичне захворювання виникає при взаємодії як фізичних, так і психосоціальних чинників [8].

У 1980 році австралійський психоаналітик Ф. Уїтлок в роботі «Психофізіологічні аспекти шкірних хвороб» вводить поняття «псіходерматологія», яке визначається з відповідних теоретичних позицій.

В даний час сфера псіходерматології активно розвивається зарубіжними дослідниками, що працюють в Німеччині, Італії, Великобританії, США, Канаді. У 1995 р створено Європейське товариство дерматологів і психіатрів, проводяться регулярні тематичні симпозиуми, видається фаховий журнал.

На сьогодні відомо більше трьохста різних теорій виникнення психосоматичних та психодерматологічних захворювань, але жодна з них не є основоположною. Перевага віддається системним теоріям, де враховується роль кількох чинників у їх виникненні, серед яких: особистісні характеристики хворого, особливості психотравмуючого фактора, спадковість тощо [5, 6].

Незважаючи на значну кількість робіт, присвячених проблемам психосоматики дерматологічних хвороб, немає єдиної концепції психосоматичного захворювання і у зв'язку з цим – етіопатогенетичної психотерапії, недостатньо розроблені підходи до ранньої діагностики, організації психопрофілактичних заходів, психотерапевтичної корекції при конкретних захворюваннях. Дотепер залишається відкритим питання впливу на внутрішню картину хвороби і якість життя форми і тяжкості захворювання, а також психофізіологічних особливостей, віку, статі та соціального статусу пацієнта.

Однак, психодинамічний напрямок залишається основним в патогенетичних механізмах психосоматичних розладів. В результаті патологічного зміщення і наступної трансформації психічної енергії в «енергію інервації» виникають функціональні, а потім і органічні порушення діяльності внутрішніх органів. Шкідливі психічні фактори зустрічаються практично завжди в соціально-психологічній сфері сучасної цивілізації. Звідси назва «хвороби цивілізації», значна частина яких відноситься до психосоматозів і генез їх має багатфакторний характер [3, 5, 7].

Глибинна психологія пропонує ряд моделей і гіпотез, які пояснюють окремі феномени генезу психосоматичних захворювань і можуть бути корисними при

проведенні психотерапії. Важливо зазначити, що сучасна психотерапія все більше схиляється до необхідності одночасного поєднання різних моделей в розумінні і лікуванні психосоматичних захворювань.

Серед різних моделей, які описують виникнення психосоматичних захворювань, найбільш важливе значення сьогодні надається поведінковим (біхевіористським) і психоаналітичним концепціям.

На думку більшості авторів, у виникненні психосоматичних розладів значну роль відіграє дія 5-х факторів: фрустраційної та емоційної напруженості; енергетичного потенціалу і антистресової стійкості; контролю над соціальною поведінкою; розвиток ендогенної скритої депресії; розвиток органних або системних неврозів.

Диференціально-діагностичні критерії, які дозволяють запідозрити наявність психосоматичного захворювання: атиповість клінічних проявів; невідповідність клінічних проявів із результатами об'єктивного параклінічного обстеження; неефективність лікування у спеціалістів соматоневрологічного профілю.

Таким чином, незважаючи на велику увагу різних авторів проблеми психосоматичних шкірних захворювань, її ключові аспекти ще далекі від вирішення. Дана проблема вимагає клінічного уточнення, як структури преморбіда пацієнтів, які страждають так званими психосоматичними дерматозами, так і актуальними залишаються питання кваліфікації психогенних факторів (тривалість, гострота, ступінь тяжкості, суб'єктивна значимість), об'єктивізації їх стрессогенного впливу на шкірний процес з урахуванням останніх нейробиологічних досягнень, а також уточнення даних про частоту психогенних загострень при дерматологічних захворюваннях.

Сьогодні, враховуючи мультифакторність причинної обумовленості та широкий вплив захворювання на різні сфери функціонування особистості, спираючись на біопсихосоціальну модель захворювання, даним хворим рекомендовані комплексні заходи медико-соціального супроводу за участю трансдисциплінарної команди (лікар-дерматолога, психолога, терапевта, ендокринолога, та/або інші спеціалісти за необхідністю).

Сучасна концепція медичної допомоги наголошує про ведучу роль профілактичної стратегії допомоги населенню, яку розділяють на наступні три типи:

1) універсальна (попереджувальна) профілактика, яка має за мету формування «здорового способу життя» і його активної підтримання, є переважно соціальною і орієнтованою на загальну людську популяцію;

2) селективна (таргетна) профілактика – вибіркова, орієнтована на роботу з особами, або групами осіб, які мають вищий, у порівнянні з середнім в популяції, ризик розвитку психосоматичних захворювань, та спрямована на біологічні, психологічні або соціальні фактори ризику, які є більш притаманними даній групі осіб, порівняно з іншими верствами населення;

3) індикативна (модифікаційна) профілактика – індивідуальна, орієнтована на окремих осіб з наявністю клініко-психопатологічних проявів, вираженість яких не доходить до клінічно окресленого рівню, або з реакціями психічної/психологічної дезадаптації, що можуть призвести до розвитку психосоматичних розладів. В цьому випадку профілактичні втручання націлені на редукцію донозологічних порушень, ідентифікацію й нівеляцію патологічної дії провідних дезадаптуючих факторів, а також з пошук й активацію дефензивних чинників, що мають місце в навколишньому середовищі.

В рамках даної психопрофілактичної парадигми, для універсальної профілактики, наприклад, все населення має однакові ризики, хоча для окремих людей – вони є різними. Для селективної профілактики соціальні чи демографічні показники є корисними для визначення рівнів вразливості, що дає можливість націлюватися на конкретну групу чи конкретні регіони проживання. Для індикативної профілактики в центрі роботи – вразливий індивідуум, але з супроводом скринінгових та моніторингових дій.

На основі узагальнення отриманих даних, нами запропонований комплекс лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних заходів щодо психосоматичних розладів, який може бути застосований як для загальної популяції, так і для контингенту пацієнтів з психодерматологічними захворюваннями (мал. 1).

Таким чином, профілактика виникнення дисгармонійних психологічних особливостей осіб з психосоматичними дерматологічними захворюваннями або осіб групи ризику є складним завданням, що вимагає системного підходу і комплексного рішення.

Системний характер профілактики полягає в тому, що вона повинна впливати на всі чинники: соматичні, соціальні та психологічні, негативний характер яких може стати причиною або сприяти формуванню дезадаптації особистості.

Медична складова профілактики полягає у контролі фізичного стану дерматологічного хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби,

наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при догляді за хворим.

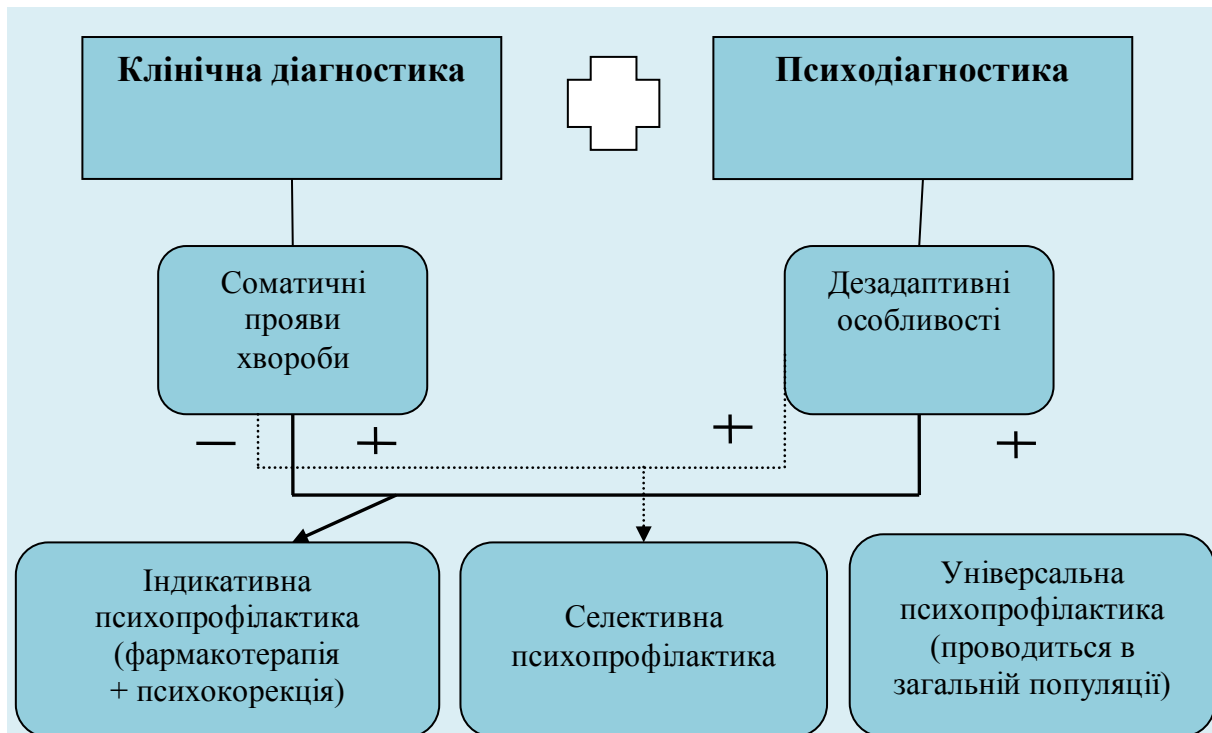


Рис. 1. Алгоритм вибору типу психопрофілактичних заходів

Соціальний компонент має на меті підтримати соціальне життя, і в той же час допомогти хворим та їх оточенню навчитися самостійно вирішувати соціальні проблеми.

Психологічний компонент в рамках профілактичної роботи вирішує завдання полегшення психологічних станів, пов'язаних з дезадаптацією пацієнтів, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення. Завданням психологічної підтримки в рамках профілактики дезадаптації пацієнтів з псоріазом є нормалізація внутрішнього стану хворого, підтримка психологічної рівноваги між хворим і його оточенням на різних етапах протікання захворювання.

Комплексність профілактики припускає проведення різносторонніх коригуючих заходів – організаційних, психокорекційних, застосування арсеналу сучасних методів дії на особистість і середовище, в якому вона функціонує. Це означає, що учасниками процесу профілактики, направленої на попередження дезадаптації хворого з психодерматологічним захворюванням, є не тільки співробітники медичної установи,

на базі якої проводиться лікування пацієнта, але й психологи, соціальні працівники, родина хворого, друзі, інші суспільні інститути [7, 8].

Таким чином, допомога пацієнту з психодерматологічними та психосоматичними захворюваннями або особам групи ризику повинна надаватись командою спеціалістів, де однією з важливих навичок роботи фахівця в галузі медицини є вміння працювати в групі, команді, досягаючи єдиних групових (командних) з метою надання ефективної допомоги пацієнтам.

Література:

1. Венгер О. П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. медичн. наук : 14.01.16 / О. П. Венгер. – Харків, 2003. – 20 с.

2. Гаранян Н. Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств : дисс. на соискание ученой степени докт. псих. наук. – М., 2010. – 507 с.

3. Гиріна О.М. Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при терапії артеріальної гіпертензії / О. М. Гиріна, О. Хаустова, Л. Є. Трачук, С. Г. Сахно // Семейная медицина. – 2012. – № 4. – С. 81–82.

4. Довженківські читання: актуальні питання соціальної і клінічної наркології: матеріали IX Укр. наук.-практ. конф. з участю міжнар. спеціалістів, 8-9 квіт. 2008 р., Харків. – ДУ «Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України»; ред. П. В. Волошин. – Харків, 2008. – 384 с. 5.

5. Коростій В. І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях / В. І. Коростій // Медична психологія. – 2013. – № 3. – С. 56-62.

6. Кришталь Е. В. Патопсихологические особенности формирования депрессивных расстройств у женщин с сексуальными нарушениями / Е. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2012. – № 7 – С. 8-11.

7. Лутов Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами: метод. рекомендации / Н. Б. Лутов, О. В. Макаревич. – СПб.: НИПНИ, 2011. – 19 с.

8. Психотерапія при непсихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектра (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова [та ін.] // Журнал психіатрії і медичної психології. – 2008. – № 2. – С. 25-31.

9. Alexander, F. Psychosomatic medicine: its principles and application / F. Alexander. New York : Norton, 1950. - 300 p.
10. Brocq L. Acne excoriee des jeunes filles. Rev Gen Clin Ther 1898; 12: 193–7.249. Borelli, S. Psyche und Haut / S. Borelli // Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk / J. Jadassohn. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg, N. Y., 1967. - Bd. 8. - S. 264-571.
11. Koponen H. Metabolic syndrome a possible risk factor for depression / H. Koponen // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – V. 69. – P. 178-182 .
12. Sack W. Haut und Psyche. J.Jadassohn (Hrsg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Berlin, 1933.

References:

1. Venger OP. Influence of social factors on the development of neurasthenia, dissociative and phobic anxiety disorders:: synopsis of a candidate thesis on medicine: 14.01.16 / OP. Venger. – Kharkov, 2003. – 20 p. (Ukr.)
2. Garanian NG. Perfectionism and hostility as personal factors of depressive and anxiety disorders: a doctoral thesis on psychology. – Moscow, 2010. – 507 p. (Rus.)
3. Girina OM., et al. Psychocorrective program of a personal direction for the improvement of compliance at arterial hypertension treatment Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при терапії артеріальної гіпертензії // Family medicine. – 2012. – № 4. – P. 81–82. (Ukr.).
4. Dovzhenko's readings: Urgent problems of social and clinical narcology: Materials of the IXth Ukr. Scientific conference with intern. Participation, 8-9, April, 2008.- Kharkov: SE «Research Intitute for neurology, psychiatry and nacrologyunder UAMS»; / Ed. PV. Voloshin. – Kharkov, 2008. – 384 p. (Rus.)
5. Korostiy VI. Forecasting and psychotherapeutic correction of emotional disorders at psychosomatic diseases // Medical psychology. – 2013. – № 3. – P. 56-62 (Ukr.).
6. Kryshtal YeV. Pathopsychological peculiarities of depressive disorders formation in women with sexual pathology // Medical psychology. – 2012. – № 7 – P. 8-11 (Rus.).
7. Lutov NB., et al. Typology of family's attitude to therapy with psychotropic medications: Methodical guidelines. – St. Petersburg : RIPN, 2011. – 19 p. (Rus.)
8. Psychotherapy at non-psychotic disorders of anxiety-depressive spectrum (cognitive-and-reversive approach) / MB. Markova et al. // J Psychiatry Med Psychology. – 2008. – № 2. – P. 25-31 (Ukr.).

9. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and application / F. Alexander. New York : Norton, 1950. - 300 p.
10. Brocq L. Acne excoriee des jeunes filles. Rev Gen Clin Ther 1898; 12: 193–7.249. Borelli, S. Psyche und Haut / S. Borelli // Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten, Ergänzungswerk / J. Jadassohn. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg, N. Y., 1967. - Bd. 8. - S. 264-571.
11. Koponen H. Metabolic syndrome a possible risk factor for depression / H. Koponen // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – V. 69. – P. 178-182 .
12. Sack W. Haut und Psyche. J.Jadassohn (Hrsg.) Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Berlin, 1933.