

Л.В. Кочорова, А.А. Максимова, В.С. Скрипов

## Опыт лечения дерматологических больных в психосоматическом отделении

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

**Резюме.** На основании результатов медико-социального исследования определено отношение больных к возможности сочетать традиционное лечение основного дерматологического заболевания с психотерапевтическими методиками. Составлен социальный портрет дерматологического пациента психосоматического отделения, который требует индивидуального подхода в процессе лечения. Из всех обследованных 38,5% пациентов имели дерматологический диагноз, входящий в рубрику «Дерматит и экзема». В структуру психиатрической патологии наибольшую вклад (30,6%) внесли расстройства, относящиеся, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, к рубрике «Органические, включая симптоматические психические расстройства». Сочетание тревожных и депрессивных состояний имеют 23,9% пациентов, депрессию – 19,6%, тревогу – 13,1% опрошенных пациентов. Тревожные расстройства более распространены среди женщин по сравнению с мужчинами – 22,7% против 4,2% соответственно. Кроме того, 13% оценивают свое настроение как плохое, а 56,5% – как удовлетворительное. Установлено, что 67,4% пациентов считают лечение в психосоматическом отделении более эффективным по сравнению с обычным дерматологическим отделением. 65,2% пациентов отмечают улучшение своего психоэмоционального фона с момента начала лечения. Также установлено, что пациенты понимают причины своего основного заболевания и важность всестороннего лечения, т. е. лечения как дерматологического заболевания, так и коррекции психического статуса с помощью различных психотерапевтических методик. Выявлена комплаентность пациентов при использовании методик психотерапевтического воздействия. 73,9% пациентов отмечают важность психотерапевтического подхода в процессе стационарного этапа лечения, а 50% выразили желание продолжить получать психотерапевтические консультации после выписки из стационара.

**Ключевые слова:** психосоматическое отделение, тревога, депрессия, дерматозы, психотерапевтическое лечение, невроты, психодерматология, психосоматика.

**Введение.** В природе многих кожных заболеваний психической патологии издавна отводилось особое место. Основы подобного подхода разрабатывал в своих трудах Гиппократ. Особую связь психического состояния и различных кожных заболеваний отмечали в своих работах многие дерматологи. В последующем их эмпирические предположения об опосредованности кожных заболеваний психической травматизацией получали научное подтверждение.

В настоящее время область психодерматологии активно развивается зарубежными исследователями, работающими в Германии, Италии, Великобритании, Соединенных Штатах Америки, Канаде. В России исследованиями в данной области занимаются академик А.Б. Смулевич, профессор А.Н. Львов, И.Ю. Дороженко [3] и другие. Подчеркивая важность данного направления медицины, необходимо упомянуть, что в 1995 г. на базе Европейской ассоциации дерматологов и венерологов создано Европейское общество по дерматологии и психиатрии, XVI заседание которого прошло в Санкт-Петербурге в 2015 г.

Тем не менее психодерматология остается пока еще недооцениваемой областью дерматологии, а между тем базовая психиатрическая коморбидность возникает у одной трети дерматологических пациентов, а психическое заболевание может быть либо

причиной, либо следствием дерматологических заболеваний. Пациенты с психическими заболеваниями не понимают или часто не признают патогенетическую взаимосвязь между нарушением психики и дерматологическим заболеванием и поэтому являются одними из самых сложных пациентов для лечения [6].

Многочисленные исследования в области психопатологических расстройств у дерматологических больных и разработка способов и методик их коррекции позволили выделить новую ветвь в дерматологии, которая получила название психосоматической дерматологии. При отсутствии явной психотической симптоматики пациенты с дерматовенерологическими заболеваниями не попадают в поле зрения психиатра или психотерапевта, если только сами не требуют соответствующей консультации. Особая роль патологических психоэмоциональных реакций в генезе кожных проявлений послужила основой для выделения из психодерматологической патологии так называемых психосоматических кожных заболеваний [4].

Важнейшим вопросом в оказании медицинской помощи является качество оказываемых услуг, оценка которого опирается в том числе и на мнение и удовлетворенность пациентов [2]. Понимание пациентами важности психотерапевтического компонента лечения дает высокую комплаентность, что, соответственно,

обуславливает более высокие шансы на выздоровление или достижение более длительной ремиссии дерматологического заболевания.

Становится все более очевидным, что при лечении пациентов с сочетанием дерматологической и психиатрической патологии наилучшие результаты достигаются при участии мультидисциплинарной команды врачей в специализированных психосоматических отделениях [7, 8]. Исследования S. Aguilar-Duran et al. [5] показали экономическую эффективность такого лечения. Тем не менее, несмотря на эти данные и спрос со стороны пациентов, создание таких отделений носит единичный характер не только в России, но и во всем мире.

**Цель исследования.** Определить отношение больных к возможности сочетания традиционной терапии основного дерматологического заболевания с психотерапевтическими методиками на основании результатов медико-социального исследования.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в психосоматическом отделении кожно-венерологического диспансера, где оказывается помощь пациентам, страдающим как дерматологической, так и психиатрической патологией. Госпитализация в отделение осуществляется в плановом порядке, по направлению врача районного кожно-венерологического диспансера, через отборочную комиссию. Пациенты направляются в отделение с острыми дерматологическими заболеваниями или с обострениями хронических дерматологических заболеваний и одновременно с обострением психического заболевания, как правило, протекающего в форме невроза, при котором пациенты не представляют угрозы для себя и окружающих.

С целью изучения особенностей медико-социального состава пациентов было проанализировано 303 истории болезни. Также в ходе исследования было опрошено 138 пациентов (66 женщин и 72 мужчины) дерматологического психосоматического отделения. Опрос проводился с помощью специально разработанной анкеты для изучения социального портрета и мнения пациентов, а также с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS). Шкала была разработана в 1983 г. A.S. Zigmond и R.P. Snaith [9] с целью скрининга состояний тревоги и депрессии в общемедицинской практике и состоит из двух частей, в каждой из которых предложено ответить на 7 вопросов. Для оценки степени тревоги и депрессии использовали HADS, которая валидирована в России (русская версия А.В. Андрюшенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский [1]) и часто используется в российских исследованиях. Преимуществом данной анкеты является ее простота и быстрота заполнения. Каждому утверждению соответствует 4 варианта ответов (от 0 до 3), при этом чем больше обследуемый набирает баллов, тем более выражена у него тревога и/или депрессия. Интерпретация результатов ответов производится по

следующим критериям: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11–14 баллов и более – клинически выраженная тревога/депрессия.

В ходе исследования составляли социальный портрет пациентов данного отделения, а также выясняли мнение пациентов о влиянии основного дерматологического заболевания на их жизнь, оценивали понимание важности оказываемой им психотерапевтической помощи.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст опрошенных пациентов составил  $63,2 \pm 1,3$  года. Более трети из них (37%) провели в отделении более 21 дня.

Среди изученной группы пациентов (по данным историй болезни) мужчины составили 57,4%, женщины – 42,6%. Наибольший процент составили пациенты в возрастных группах 61–75 лет и 76 лет и старше, на их долю пришлось равное количество пациентов – по 31,7%. Наименьшее количество пациентов пришлось на возрастную группу 18–30 лет – 5%. Больные в возрастном диапазоне 31–45 лет составили 13,9%, чуть больший вклад внесли пациенты в возрастном интервале 46–60 лет – 17,8%.

Среди женщин наблюдается четкая тенденция к увеличению количества пациенток в более старших возрастных группах по сравнению с более младшими. Практически треть пациентов (30,4%) состоят в браке, 82,6% обследованных имеют детей. В структуре пациентов преобладают лица со средним специальным образованием (50%); 28,3% пациентов имеют среднее общее образование; 21,7% опрошенных имеют высшее образование. Более трети опрошенных пациентов (37%) – лица трудоспособного возраста, однако лишь 15,2% пациентов работают. Более половины пациентов (57,4%) имеют ту или иную группу инвалидности.

Все пациенты, согласно рубрикам Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), были разделены на группы. Выявлено, что 38,5% от общего количества исследованных пациентов имели дерматологический диагноз, входящий в рубрику L20 «Дерматит и экзема», в том числе атопический дерматит, себорейный дерматит, контактный дерматит. 26,7% от общего числа пациентов имели дерматологический диагноз, входящий в рубрику L40–L45 «Папулосквамозные нарушения», в том числе псориаз, парapsoriasis, красный плоский лишай.

Выявлено, что наибольшую долю (30,6%) психиатрической патологии занимают расстройства, относящиеся к рубрике F00–F09 «Органические, включая симптоматические психические расстройства», в том числе органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, расстройство личности органической этиологии, органическое заболевание головного мозга смешанного генеза, легкое когнитивное расстройство и органическое аффективное расстройство. Также значимый вклад (24,8%) внесли расстройства, относящиеся к рубрике F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом, и сомато-

формные расстройства», в том числе психастения, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциативные (конверсионные) расстройства, соматоформные расстройства, а также реакция на стресс и нарушения адаптации.

Установлено различие в частоте некоторых сочетаний основного психиатрического и дерматологического диагнозов среди разных групп пациентов. Так, наиболее частым сочетанием оказалась комбинация таких групп диагнозов, как «Органические, включая симптоматические психические расстройства» и группы «Дерматит и экзема» (15,7%). У пациентов с диагнозами группы «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» имела место дерматологическая патология, входящая в рубрику «Дерматит и экзема», а также «Папулосквамозные нарушения» (по 7,9%). Среди пациентов с диагнозами из группы «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» (9,9%) также преобладали заболевания из рубрики «Дерматит и экзема».

Полученные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на разнообразие сочетаний психиатрических диагнозов с дерматологическими диагнозами, с наибольшей частотой разные виды психиатрической патологии встречаются при дерматологических заболеваниях, входящих в рубрику «Дерматит и экзема». Так как большая часть дерматологических заболеваний данной рубрики имеет хроническое течение, то у данных пациентов формируются устойчивые коморбидные связи между психиатрической и дерматологической патологией, сохраняющиеся на всем протяжении дерматологического заболевания. Пациенты с этими дерматологическими заболеваниями нуждаются в лечении мультидисциплинарной бригадой, включающей в себя дерматолога и психиатра.

Выявлено, что 56,5% пациентов оценивают свое настроение как удовлетворительное, а 13% – как плохое. Отлично и хорошо оценили свой эмоциональный фон лишь 10,9 и 19,6% больных соответственно, что ниже данных в общей популяции, представленных в других исследованиях.

23,9% пациентов, по данным анкеты HADS, имеют сочетание тревожных и депрессивных состояний в том или ином виде; 19,6% имеют депрессию в той или иной форме, а 13,1% имеют расстройство тревожного спектра. Таким образом, 56,6% пациентов имеют признаки тревожного и/или депрессивного состояния. Также выявлено, что тревожные состояния в той или иной форме более распространены среди женщин (22,7%) по сравнению с мужчинами, среди которых она распространена лишь в 4,2% случаев ( $\chi^2=8,9$ ;  $p<0,01$ ).

Выявлено, что 34,7% пациентов полностью довольны условиями жизни, 45,7% обследованных удовлетворены условиями жизни, но лишь отчасти, а 19,6% совсем не довольны условиями своей жизни. При этом 66,6% пациентов довольны своей работой, а 33,4% работают только ради денег. Установлено, что 80,4% пациентов испытывают моральный дис-

комфорт из-за своего основного заболевания. 37% пациентов связывают свое заболевание со стрессом, а 30,4% лишь отчасти видят эту связь. В целом 67,4% пациентов осознают роль стресса в возникновении своего заболевания.

Важность психотерапевтического подхода в процессе стационарного этапа лечения отмечают 73,9% пациентов. Ровно половина из всех опрошенных пациентов выразили желание продолжить получать психотерапевтические консультации после выписки из стационара.

Подавляющее большинство пациентов (67,4%) считают лечение в психосоматическом отделении более эффективным по сравнению с обычным дерматологическим отделением. 65,2% пациентов отмечают улучшение своего психоэмоционального фона с момента начала лечения. Из всех пациентов 47,8% отмечают улучшение настроения, а 17,4% – и существенное улучшение психоэмоционального фона.

Установлено, что среди пациентов, которые провели в стационаре менее 5 дней, только треть (33,3%) не испытывают признаков тревоги/депрессии. Данный процент можно объяснить наличием маскированных состояний, а также другими психиатрическими нозологиями. С 21-го дня лечения количество таких ответов возрастает практически в 2 раза и достигает уже 61,1%. Оставшиеся 38,9% пациентов с установленными признаками тревоги и/или депрессии на данном сроке лечения требуют дальнейшей коррекции своего психического статуса либо в условиях стационара, либо амбулаторно.

**Заключение.** Установлено, что пациенты психосоматического дерматологического отделения имеют различный социальный состав, но без особенностей. При этом наблюдаются различные сочетания дерматологического и психиатрического диагнозов. Следовательно, данная патология должна лечиться сочетанно с использованием дерматологического подхода и специальных психотерапевтических методик. Среди дерматологической патологии, сочетающейся с психиатрическим расстройством, наибольшее число пациентов имеют диагноз, входящий в раздел «Дерматиты и экзема» МКБ-10. 73,9% пациентов считают важными психологические и психотерапевтические консультации в процессе лечения, а 50% считают важным получать данный вид консультаций и после окончания стационарного этапа лечения. 67,4% больных осознают роль психических факторов в возникновении и провокации их дерматологического состояния. Косвенным, но важным показателем эффективности работы стационара является мнение пациентов о том, что лечение в психосоматическом отделении является более эффективным по сравнению с обычным дерматологическим отделением.

#### Литература

1. Андрюшенко, А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, VDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А.В. Андрюшенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский // Журн. неврол. и психиатр. – 2003. № 5. – С. 11-17.

2. Динилина, Е.П. Методические проблемы исследования оценки качества медицинских услуг / Е.П. Динилина, Ю.С. Белобородова, А.А. Белобородов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. № 2. С. 434–438.
3. Смулевич, А.Б. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / А.Б. Смулевич [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. № 1. С. 4–14.
4. Смулевич, А.Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / А.Б. Смулевич [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – № 11. – С. 4–13.
5. Aguilar-Duran, S. How to set up a psychodermatology clinic / S. Aguilar-Duran [et al.] // Clin Exp Dermatol. – 2014. № 39 (5). – P. 577–582.
6. Brown, G.E. Psychodermatology / G.E. Brown [et al.] // Advances in psychosomatic medicine. – 2015. № 34. – P. 123–134.
7. Gupta, M.A. Current concepts in psychodermatology / M.A. Gupta, A.K. Gupta // Curr Psychiatry Rep. – 2014. № 16 (6). – P. 449.
8. Lowry, C.L. A study of service provision in psychocutaneous medicine / C.L. Lowry [et al.] // Clin Exp Dermatol. – 2014. № 39 (1). – P. 13–18.
9. Zigmund, A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmund, R.P. Snaith // Acta Psychiatr Scand. – 1983. № 67 (6). – P. 361–370.

L.V. Kochorova, A.A. Maksimova, V.S. Skripov

### Experience of dermatological patients' treatment in the psychosomatic unit

**Abstract.** *The patients' attitude to the possibility of combining the traditional treatment of the basic dermatological disease with psychotherapeutic methods, based on the results of medical and social research, is determined. A social portrait of a dermatological patient of a psychosomatic department has been drawn up, which requires an individual approach in the treatment process. Of all the examined patients, 38,5% of patients had a dermatologic diagnosis, included in the rubric «Dermatitis and eczema». In the structure of psychiatric pathology, the greatest contribution (30,6%) was made by disorders related to the International Classification of Diseases of the 10th revision to the heading «Organic, including symptomatic psychiatric disorders». The combination of anxious and depressive states have 23,9% of patients, depression – 19,6%, anxiety – 13,1% of the patients surveyed. Anxiety disorders are more common in women than in men – 22,7% versus 4,2%. In addition, 13% assess their mood as poor, and 56,5% as satisfactory. It was found that 67,4% of patients consider treatment in the psychosomatic department more effective than in the usual dermatological department. 65,2% of patients note improvement of their psycho-emotional background from the moment of treatment start. It has also been established that patients understand the causes of their underlying illness and the importance of comprehensive treatment that is, both treating the dermatological disease and correcting the mental status with the help of various psychotherapeutic techniques. The compliance of patients with the use of methods of psychotherapeutic influence was revealed. 73,9% of patients note the importance of the psychotherapeutic approach during the inpatient phase of treatment, and 50% expressed a desire to continue receiving psychotherapeutic counseling after discharge from the hospital.*

**Key words:** *psychosomatic unit, anxiety, depression, dermatosis, psychotherapeutic treatment, neuroses, psychodermatology, psychosomatics.*

Контактный телефон: 8-911-736-25-14; e-mail: lerhe90@mail.ru