

*Вестник Челябинского государственного университета. 2014. № 13 (342).
Образование и здравоохранение. Вып. 4. С. 8–14.*

**УДК 612.1:79.0
ББК 52.5: 75.0**

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ И СТРУКТУРА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ЕДИНОБОРЦЕВ, СТРАДАЮЩИХ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е. В. Елисеев, М. В. Трезубова, А. В. Белоедов

ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет», Челябинск, Россия

В результате анализа психической структуры личности спортсменов с применением современных психодиагностических компьютерных систем выявлена зависимость в соотношении частоты психопатологических синдромов и клинической формы атопического дерматита. В структуре личности показано преобладание психостенического радикала, характеризующегося специфическим набором личностных свойств тревожно-мнительного характера, реагирующего определённым образом на ситуационное воздействие и на течение заболевания.

Ключевые слова: *атопический дерматит, психическая структура личности спортсмена, психодиагностические компьютерные системы.*

На первостепенную роль психотравматизации в возникновении целого ряда кожных заболеваний указывали С. И. Довжанский [2], Ю. К. Скрипкин [6], В. Д. Тополянский с соавт. [7], F. Whitlock [12]. Более того, в современной дерматологии достаточно часто встречается мнение о том, что существует и до сих пор не находит должного со стороны науки и общества внимания обратная соматопсихическая составляющая любого кожного заболевания. Это составляющая, прежде всего, как одна из сторон психосоматических и соматопсихических взаимоотношений во внутриличностном плане у человека, проявляется, когда косметический дефект психогенно воздействует на личность, а повторные психотравмы (смех товарищей, стыд близких друзей, зудофобия и др.) совместно с возможными и нередко встречающимися физическими (механическими) повреждениями кожи ухудшают динамику дерматоза [1; 8; 9]. А. Rook и D. Wilkinson также подчёркивают, что если не учитывать эмоциональный фактор при кожном заболевании, то у 40 % больных терапевтическая помощь не эффективна [11].

Согласно данным официальной медицинской статистики [5; 10], одним из чрезвычайно распространённых кожных заболеваний среди населения России и мира является *атопический дерматит*. Панорама нервно-психических расстройств при атопическом дерматите и взаимосвязь их с клинической картиной дерматоза нашли отражение в ряде сугубо медицинских работ [3–5; 10]. Выявление полигональных психосоматических и соматопсихических взаимоотношений во внутриличностном плане у спортсменов является сложнейшей проблемой в современной науке о спорте, лежащей на стыке психологии, биологии, медицины и педагогики. Одним из конфликтных проявлений вышеуказанных взаимоотношений является *психотравматизация*. В спортивной же науке нами не были обнаружены исследования, предлагающие (хотя бы косвенно) методики психодиагностики и психокоррекции пограничных психических состояний (расстройств) у спортсменов с заболеваниями кожи. Более того, нами также не было обнаружено статистики кожных заболеваний у спортсменов, а также работ, раскрывающих взаимосвязь панорамы нервно-психических расстройств при кожных заболеваниях у спортсменов с их спортивной результативностью.

Таким образом, в силу вышеизложенного, а также на основании появления вполне очевидной мысли о том, что недооценка психического состояния может привести к конкретным издержкам не только врачебного сопровождения, но и психической, а с ней и психофизиологической подготовленности (тренированности) спортсменов, нами было принято решение о проведе-

нии комплексных психофизиологических исследований дерматологических больных единоборцев. Определение структуры депрессивного синдрома и исследование других психопатологических состояний у единоборцев является первым шагом в пути отработки единых психодиагностических критериев определения у спортсменов критических и пограничных психических расстройств. Конечным звеном подобных исследований, по нашему мнению, может стать разработка комплексных методов психофизиотерапии в сочетании с применением психофармакотерапии, психотерапии и нелекарственных методов лечения. Нами также предполагается, что перспектива данных исследований имеет вполне определённое место не только в современной клинической медицине (например, психиатрии, дерматологии, психодерматологии и т. д.), но и в психофизиологии, а с ней — педагогике спорта.

Материалы и методы исследования. На основании подробного изучения анамнестических и клинических данных был отобран 61 спортсмен мужского пола, страдающий атопическим дерматитом. Возраст обследуемых варьировался в пределах 19–35 лет. Все спортсмены занимались единоборствами (19 человек — дзюдо, 24 — айкидо, 17 — карате-до, 1 — джиу-джитсу). Средний стаж занятий спортом у единоборцев составлял 5 лет. Все отобранные находились на стационарном лечении в трёх крупнейших клиниках г. Челябинска (городские клинические больницы № 1 и 6, городская больница № 2 (студенческая)) и наблюдались психоневрологом в связи с наличием в клинической картине сопутствующих основному заболеванию психических расстройств разной степени выраженности. При отборе в группу наблюдения не были включены лица с проявлениями эндогенных психозов (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения), а также с грубыми органическими поражениями ЦНС, выраженными изменениями личности и слабоумием. Таким образом, психопатологическая симптоматика у всех наблюдаемых относилась к группе пограничных психических расстройств.

Обследование респондентов дополнялось психодиагностическим методом экспресс-диагностики в виде сокращённого многофакторного опросника для исследования личности «СМОЛ-Эксперт», адаптированного и стандартизированного варианта методики mini-mult с последующей компьютерной обработкой и усреднением результатов тестирования. Оценка проводилась

по восьми клиническим шкалам: 1 — ипохондрия; 2 — депрессия; 3 — истерия; 4 — асоциальная психопатия; 6 — паранойяльные изменения; 7 — психостения; 8 — шизоидия; 9 — гипомания. Результаты тестирования выводились в виде профиля СМОЛ и заключения на печать принтера. По мере накопления материала данные, полученные при помощи компьютерной обработки тестов, после выделения репрезентативных групп обследованных усреднялись и анализировались в виде обобщённого профиля СМОЛ. Комплексная психолого-психиатрическая экспертная диагностика позволяла уточнить соотношение между частотой психопатологических синдромов и клинической формой атопического дерматита, а также судить о структуре и выраженности пограничных психических состояний у единоборцев.

Результаты исследования и их обсуждение.

По типу кожного поражения среди обследованных спортсменов локализованная форма отмечалась у 19 человек, диссеминированная — у 30 респондентов, диффузное поражение кожи — у 12 наблюдаемых.

Клиническая картина психических расстройств при атопическом дерматите характеризовалась спектром пограничных психопатологических образований аффективного, невротического и сверхценного ряда.

Депрессивные состояния были представлены синдромом депрессии различной степени выраженности — от субдепрессии (проявлявшейся неявным снижением настроения, некоторой апатией, подавленностью, несколько сниженной самооценкой, склонностью к пессимистической оценке событий) до явно депрессивного состояния (которое характеризовалось резко сниженным настроением, бездеятельностью, идеями собственной вины, снижением психической и физической активности, чувством отчаяния, мыслями о неразрешимости проблем, безысходности в создавшейся ситуации).

Изученная нами структура депрессивного синдрома в различных случаях имела особенности.

Тревожная депрессия характеризовалась более выраженной тревогой, которая реализовывалась в жалобах на неусидчивость, учащённое сердцебиение, частую одышку. Все наблюдаемые с тревожной депрессией находились в постоянном напряжении, жаловались на массу вегетативных расстройств. Содержание мыслей при тревожной депрессии — тревога за личное будущее.

Обследуемые не решаются надолго покинуть семью для лечения в клинике, так как считают, что дома без них с хозяйством никто не справится, дети не будут накормлены, супруг не получит необходимого внимания, существенно отстанут от остальных на тренировке и, в итоге, не достигнут желаемого (ожидаемого) результата в спорте.

Ипохондрическая депрессия всегда сопровождалась чрезмерно пристальным вниманием к своему здоровью, где наблюдаемые зачастую преувеличивали сам факт болезни. На фоне сниженного настроения они высказывали идеи неизлечимости заболевания, отсутствия результатов от терапии, в более серьёзных случаях начинали подозревать, что врачи скрывают (либо не знают) настоящий диагноз их заболевания. У большинства респондентов будущее выглядит в мрачных тонах, состояние безысходности сочетается с идеями вины за своё состояние. Многие считают, что в чём-то стали обузой для семьи. Часто ипохондрическая депрессия сопровождалась неким сверхценным отношением к болезни (*сверхценная ипохондрия*). Так, в поисках истинного диагноза наблюдаемые, не доверяя врачам, мигрируют из одного лечебного центра в другой, добиваются самых современных и дорогостоящих обследований, пытаются заострить внимание врача на своих предположительных выводах, сами корректируют назначаемую терапию, иногда безосновательно применяя сильнодействующие препараты.

Наблюдавшийся нами **тревожно-фобический синдром** сочетался, как правило, с ипохондрическим или депрессивным, выражался в тревоге, доходившей до состояния паники (что, впрочем, бывало редко), в основном же превалировали идеи угрозы своему социальному статусу, страх появления в обществе (социофобия), страх покраснения (эрейтофобия). Наблюдаемые зачастую из-за этого избегают посещения пляжей, культурных мест и массовых (многолюдных) мест тренировки. Фактически все обследуемые с данным синдромом стремились к уединению, у многих также нередко возникали трудности в семейной адаптации. Иногда можно было отметить симптом, обозначаемый как фобофобия (страх возникновения страха).

Определяемый **неврастенический синдром** на фоне зуда и нарушения сна, бессонницы (диссомнии) разделился на две составляющие: *астенический* — с преобладанием общей слабости, вялости, быстрой утомляемости, снижением работоспособности и бессонницей на фоне зуда и *гипертенический* — с раздражительностью, со-

провождающейся быстрой истощаемостью как эмоциональной, так и физической.

Дисфорический (эксплозивный) синдром наблюдался при хронификации тяжёлого кожного процесса и сопровождался выраженными вспышками злобы, дисфорическими приступами, провоцируемыми самыми незначительными причинами, в которых обследуемый становился неуправляем, агрессивен по отношению как к окружающим, так и к медицинскому персоналу. Наблюдаемые с таким состоянием выглядели угрюмыми, напряжённо молчаливыми, проявляли злопамятность, вязкость, ригидность в своих реакциях, надолго фиксировались на отрицательных эмоциях.

Психопатологические синдромы и их комбинации у обследованных спортсменов представлены на рис. 1. Видно, что наибольшая часть встречаемых синдромов приходится на депрессивный, тревожно-фобический и неврастенический на фоне зуда и диссомнии. Это, несомненно, подчёркивает необходимость учёта психического фактора в терапии атопического дерматита у обследуемых единоборцев.

Однако настоящие исследования также актуализируют роль учёта психического фактора и в практике организации и проведения занятий спортом у лиц, страдающих кожными заболеваниями. Как первое, так и второе требует дифференцированного подхода к диагностике и квалификации пограничных психических состояний (расстройств) у спортсменов, страдающих атопическим дерматитом. Это также актуализирует необходимость разработки и своевременного внедрения специальных психодиагностических и психокоррекционных методов в спорте.

Соотношение между частотой психопатологических синдромов и клинической формой атопического дерматита у обследованных спортсменов представлено на рис. 2.

Как видно, у спортсменов с тяжёлыми поражениями кожи чаще определяется *депрессивный синдром* (у 71 % — диффузная, у 52 % — диссеминированная форма).

Тревожно-фобический синдром встречается одинаково часто при всех формах (у 46 % — с ограниченной, у 46 % — с диффузной, у 48 % — с диссеминированной).

Неврастенический синдром с агрипнией на фоне зуда, практически отсутствуя при локальной форме, чаще встречается при диффузной (у 42 %), чем при диссеминированной форме (у 29 %).

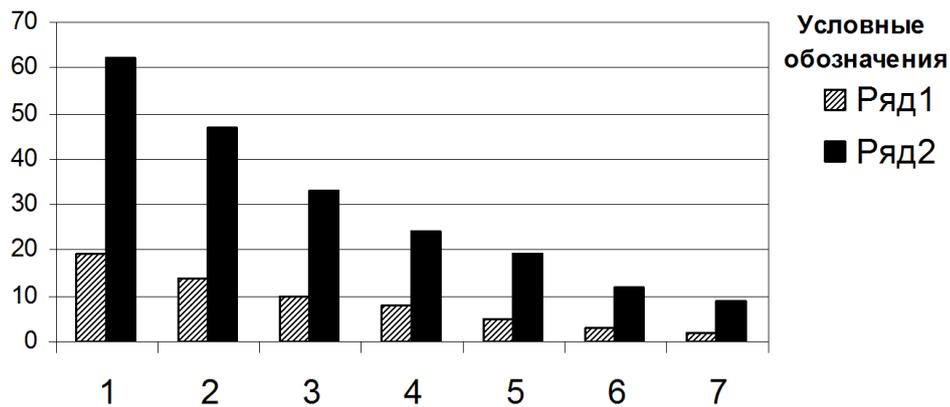


Рис. 1. Клиническая картина (структура) психопатологических синдромов у единоборцев, больных атопическим дерматитом (n = 61):
 ряд 1 — абс. количество наблюдаемых, ряд 2 — количество наблюдаемых, %;
 1 — депрессивный синдром, 2 — тревожно-фобический синдром, 3 — неврастенический синдром на фоне зуда и диссомнии, 4 — астенический синдром, 5 — ипохондрический синдром, 6 — эксплозивно-дисфорический синдром, 7 — сверхценная ипохондрия

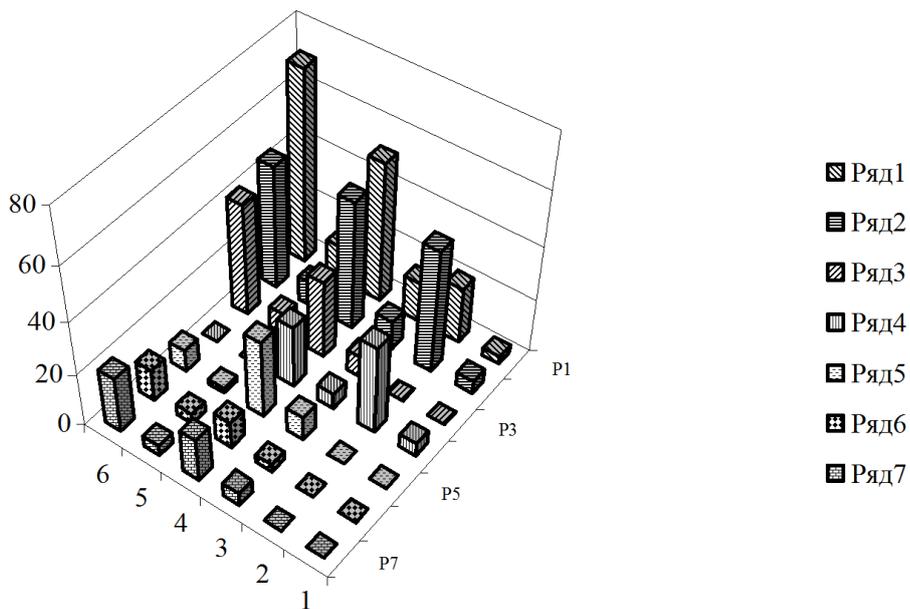


Рис. 2. Частота психопатологических синдромов при различных формах атопического дерматита у обследованных единоборцев (n = 61):
 ряд 1 — депрессивный синдром, ряд 2 — тревожно-фобический синдром, ряд 3 — неврастенический синдром, ряд 4 — астенический синдром, ряд 5 — ипохондрический синдром, ряд 6 — эксплозивно-дисфорический синдром, ряд 7 — синдром сверхценных образований

Примечание. Цифры соответствуют следующим количественным интерпретациям форм атопического дерматита: 1 — локализованная форма (абс.), 2 — локализованная форма (%), 3 — диссеминированная форма (абс.), 4 — диссеминированная форма (%), 5 — диффузная форма (абс.), 6 — диффузная форма (%).

Астенический синдром превалирует при локальной форме (33 %), при более тяжёлых проявлениях частота его заметно снижается (у 23 % при диссеминированной форме с отсутствием при диффузной форме).

Ипохондрический синдром и синдром сверхценных образований явно превалируют при диссеминированной форме (у 35 %) и диффузной (у 29 %), отсутствуя при локальной форме.

Ведущим психопатологическим синдромом при тяжёлых формах атопического дерматита выступал тревожно-депрессивный синдром, сопровождающийся агрипническими расстройствами и дисфорией.

По результатам психодиагностического исследования с помощью методики «СМОЛ-Эксперт» и анализа клинических шкал из общего числа наблюдаемых были выделены 4 подгруппы.

17 обследованных спортсменов имели ведущие шкалы 9, 6, 2 с такими личностными особенностями, как низкая фрустрационная толерантность (устойчивость к стрессорным факторам), тревожность, эмоциональная лабильность, склонность к ажитации, девиантному поведению.

У 14 обследованных спортсменов пики профиля СМОЛ соответствовали клиническим шкалам 1, 3, 4, 6, что интерпретировалось неопределённостью соматических жалоб, повышенным вниманием к себе и своим ощущениям, недостаточной активностью, демонстративностью, стремлением привлечь внимание окружающих к себе и своим проблемам, повышенной утомляемостью.

У 20 обследованных единоборцев имели повышение профиля СМОЛ по шкалам 6, 9, 2, что соответствует таким личностным особенностям, как эгоцентризм, ригидность (патологическая устойчивость аффекта), внутренняя напряжённость, раздражительность, колебания настроения, подозрительность в отношении мотивов других людей.

У 10 обследованных профиль характеризовался подъёмом кривой на клинических шкалах 2, 4, 8 и 9, что характеризует личность такими чертами, как некомформность (асоциальность) установок, упрямство, низкая фрустрационная толерантность, эгоизм, нарциссизм, внутренняя напряжённость, склонность к импульсивным дей-

ствиям, неустойчивость настроения, раздражительность.

Таким образом, основными чертами личности обследуемых спортсменов с атопическим дерматитом являются внутренняя напряжённость, тревожность, низкая фрустрационная толерантность. В первых двух группах, кроме того, определяется ряд наблюдаемых с проявлением в личности психостенического радикала, т. е. в данном случае мы говорим о личностях с тревожно-мнительными чертами и тем самым предрасположенных к тревожным реакциям на любые события. Это, в сочетании с хроническим кожным поражением, протекающим с редкими непродолжительными ремиссиями, выраженным косметическим дефектом, зудом и мучительными переживаниями, способствует формированию сложного психопатологического синдрома.

Заключение.

1. У всех обследуемых спортсменов прослеживается связь между тяжестью и распространённостью кожного поражения и тяжестью и сложностью психопатологического синдрома.

2. Очевидно, что в практике организации и проведения учебно-тренировочного процесса необходим учёт психического фактора у спортсмена, страдающего кожными заболеваниями.

3. Учёт вышеуказанного психического фактора требует дифференцированного подхода к диагностике и квалификации пограничных психических состояний (расстройств) у спортсменов с использованием психопатологического и психодиагностического методов.

4. Личностные особенности спортсменов с атопическим дерматитом влияют не только на структуру и выраженность психопатологических синдромов, но и характеризуются специфическим набором личностных свойств тревожно-мнительного характера (психостенический радикал).

5. Психостенический радикал проявляется в реакции не только на ситуацию, но и на саму болезнь у спортсмена, что при отсутствии должного внимания со стороны спортивной науки может спровоцировать конфликтное взаимоотношение между психосоматическим и соматопсихическим уровнем во внутриличностном плане у спортсменов.

Список литературы

1. Горохова, В. Н. Нервно-психические нарушения у больных экземой и псориазом и особенности их психотерапии : дис. ... канд. мед. наук / В. Н. Горохова. Курск, 1994. 158 с.

2. Довжанский, И. С. Патогенез, клиника и профилактика дерматозов у рабочих на производстве синтетического волокна нитрон : дис. ... канд. мед. наук / И. С. Довжанский. Саратов, 1995. 188 с.
3. Елецкий, В. Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом: (Клинико-терапевтические аспекты) : дис. ... канд. мед. наук / В. Ю. Елецкий. М., 2006. 164 с.
4. Жуков, И. А. Гипносихотерапия кожных больных в клинике с лечебными факторами курорта Сочи Мацеста : дис. ... канд. мед. наук / И. А. Жуков. Сочи, 1995. 176 с.
5. Лесик, Н. В. Патогенетическая терапия больных атопическим дерматитом на основе клинко-психовегетоиммунных соотношений : дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Лесик. М., 2008. 190 с.
6. Скрипкин, Ю. К. Нейродерматозы (вопросы этиологии, патогенеза и терапии) : дис. ... д-ра мед. наук / Ю. К. Скрипкин. М., 1994. 364 с.
7. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. М., 2006. С. 84–96.
8. Фёдоров, С. М. Клиника, течение и лечение псориаза у больных с функциональными и органическими нарушениями нервной системы : дис. ... канд. мед. наук / С. М. Фёдоров. М., 1997. 170 с.
9. Gieler, U. Hauterkrankungen in Psychologischer Sicht / U. Gieler, U. Stangier, E. Brahler. Gottingern ; Bern ; Toronto ; Seattle : Hogrefe-Verlag fur Psychologie, 2003. P. 73–75.
10. Ring, I. Atopic dermatitis: a disease of general visioaktive mediator dysregulation / I. Ring // Int. Arch. Allergy. 2009. P. 233–239.
11. Rook, A. Textbook of dermatology / A. Rook, D. S. Wilkinson. 3rd ed. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 2009. P. 157.
12. Whitlock, F. A. Psychophysiologiclie Aspekte bei Hautkrankheiten / F. A. Whitlock. Erlangen : Perimed, 2010. P. 46–54.

Сведения об авторах

Елисеев Евгений Вадимович — доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой физического воспитания и спорта Челябинского государственного университета, Челябинск, Россия. salage@bk.ru

Трегубова Марина Владимировна — кандидат биологических наук, доцент кафедры физического воспитания и спорта Челябинского государственного университета, Челябинск, Россия. salage@bk.ru

Белоедов Александр Владимирович — старший преподаватель кафедры физического воспитания и спорта Челябинского государственного университета, Челябинск, Россия. salage@bk.ru

*Bulletin of Chelyabinsk State University. 2014. № 13 (342).
Education and Healthcare. Issue 4. P. 8–14.*

DEPRESSURE SYNDROME AND STRUCTURE PATHOPSYCHOLOGICAL CONDITIONS IN ATHLETES SUFFERING FROM SKIN DISEASES

E. V. Eliseev

*Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Department of Physical Education and Sport
of Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia. salage@bk.ru*

M. V. Tregubova

*Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Physical Education and Sport of Chelyabinsk State University,
Chelyabinsk, Russia. salage@bk.ru*

A. V. Beloedov

*Senior Teacher of the Department of Physical Education and Sport of Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia.
salage@bk.ru*

As a result of analysis of mental frame of the person of the sportsmen with application modern psychodiagnostic of computer systems the dependence in the ratio frequencies of psychopathologic sets of symptoms and clinical form atopic dermatitis is revealed. The personality structure was shown to be dominated by the

psycho-asthenic radical with a characteristic anxiety-hypochondria complex that responded in a specific manner to both environmental stimuli and clinical course of dermatitis.

Keywords: *atopic dermatitis, psychic personality structure sportsmen, computerized psycho-diagnostic system.*

References

1. Gorokhova, V. N. Nervno-psikhicheskie narusheniya u boljnihkh ehkzemoyj i psoriazom i osobnosti ikh psikhoterapii [Neuropsychiatric disorders in patients with eczema and psoriasis and features of their psychotherapy] : dis. ... kand. med. nauk / V. N. Gorokhova. Kursk, 1994. 158 s.
2. Dovzhanskiyj, I. S. Patogenez, klinika i profilaktika derma-tozov u rabochikh na proizvodstve sinteticheskogo volokna nitron [Pathogenesis, clinical and prevention of dermatitis in workers in the production of synthetic fiber nitron] : dis. ... kand. med. nauk / I. S. Dovzhanskiyj. Saratov, 1995. 188 s.
3. Eleckiyj, V. Yu. Pogranichnihe psikhicheskie rasstroystva u boljnihkh psoriazom i neyrodermitom: (Kliniko-terapevticheskie aspektih) [Borderline mental disorders in patients with psoriasis and atopic dermatitis (Clinical and therapeutic aspects)] : dis. ... kand. med. nauk / V. Yu. Eleckiyj. M., 2006. 164 s.
4. Zhukov, I. A. Gipnopsikhoterapiya kozhnikh boljnihkh v klinike s lechebnihmi faktorami kurorta Sochi Macesta [Hypnotherapy skin of patients in the clinic with medical factors of the resort of Sochi Matsesta] : dis. ... kand. med. nauk / I. A. Zhukov. Sochi, 1995. 176 s.
5. Lesik, N. V. Patogeneticheskaya terapiya boljnihkh atopicheskim dermatitom na osnove kliniko-psikho-vegetoimmunnihkh sootnosheniyj [Pathogenetic therapy of patients with atopic dermatitis based on clinical and psychovegetative ratios] : dis. ... kand. med. nauk / N. V. Lesik. M., 2008. 190 s.
6. Skripkin, Yu. K. Neyjrodermatozih (voprosih ehtiologii, patoge-neza i terapii) [Neyrodermatozov (questions of etiology, pathogenesis and therapy)] : dis. ... d-ra med. nauk / Yu. K. Skripkin. M., 1994. 364 s.
7. Topolyanskiyj, V. D. Psikhosomaticheskie rasstroystva [Psychosomatic disorders] / V. D. Topolyanskiyj, M. V. Strukovskaya. M., 2006. S. 84–96.
8. Fedorov, S. M. Klinika, techenie i lechenie psoriaza u boljnihkh s funkcionalnihmi i organicheskimi narusheniyami nervnoy sistemih [Clinic, course and treatment of psoriasis in patients with functional and organic disorders of nervous system] : dis. ... kand. med. nauk / S. M. Fedorov. M., 1997. 170 s.
9. Gieler, U. Hauterkrankungen in psychologischer Sicht / U. Gieler, U. Stangier, E. Braehler. Gottingern ; Bern ; Toronto ; Seattle : Hogrefe-Verlag fur Psychologie, 2003. P. 73–75.
10. Ring, I. Atopic dermatitis: a disease of general visoaktive mediator dysregulation / I. Ring // Int. Arch. Allergy. 2009. P. 233–239.
11. Rook, A. Textbook of dermatology / A. Rook, D. S. Wilkinson. 3rd ed. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 2009. P. 157.
12. Whitlock, F. A. Psychophysiologiclie Aspekte bei Hautkrankheiten / F. A. Whitlock. Erlangen : Perimed, 2010. P. 46–54.