

ДИНАМИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ ЕДИНОБОРЦЕВ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Е.В. Елисеев*, О.Р. Зиганшин**, М.В. Трегубова*

*Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск,

**Челябинская государственная медицинская академия, г. Челябинск

Целью исследования являлось установление личностных психических особенностей у спортсменов, страдающих atopическим дерматитом. В результате анализа психической структуры личности спортсменов с применением современных психодиагностических компьютерных систем выявлена зависимость в соотношении частоты психопатологических синдромов и клинической формы atopического дерматита.

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

Актуальность. Выявление полигональных психосоматических и соматопсихических взаимоотношений во внутриличностном плане у спортсменов является сложнейшей проблемой современной науки о спорте, лежащей на стыке психологии, биологии, медицины и педагогики. Одним из конфликтных проявлений вышеуказанных взаимоотношений является психотравматизация.

На первостепенную роль психотравматизации в возникновении целого ряда кожных заболеваний указывали В.Н. Горохова [1], Б.Т. Глухенький [2], С.М. Федоров [8], I. Ring [11]. 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. Эта составляющая, прежде всего, как одна из сторон психосоматических и соматопсихических взаимоотношений внутриличностного плана 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 [5, 7]. Дж. Пегано и В.Ю. Елецкий также подчеркивают, что если не учитывать эмоциональный фактор при кожном заболевании, то у 40 % больных терапевтическая помощь не эффективна [3, 6].

Согласно данным официальной медицинской статистики [4], одним из чрезвычайно распространенных кожных заболеваний среди населения России и мира является *атопический дерматит*. Панорама нервно-психических расстройств при atopическом дерматите и взаимосвязь их с клинической картиной дерматоза нашли отражение в ряде сугубо медицинских работ [9, 10, 12]. В спортивной же науке нами не были обнаружены исследования, предлагающие (хотя бы косвенно) крите-

рии психодиагностики и психокоррекции пограничных психических состояний (расстройств) у спортсменов с заболеваниями кожи.

Более того, нами 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 врачебной деятельности, но и психической, а с ней и психофизиологической подготовленности (тренированности) спортсменов, нами было принято решение о проведении комплексных психофизиологических исследований дерматологически больных единоборцев. Как видится нам, настоящие исследования ложатся в основу отработки единых психодиагностических критериев определения у спортсменов критических и пограничных психических состояний (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 определенное место не только в современной клинической медицине (например, психиатрии, дерматологии, психодерматологии и т. д.), но и в психофизиологии, а с ней – и в педагогике спорта.

Методика исследования. На основании подробного изучения анамнестических и клинических данных был отобран 61 спортсмен мужского пола, страдающий atopическим дерматитом. Возраст обследуемых варьировал от 19 до 35 лет. Все спортсмены занимались единоборствами (19 человек –

дзюдо, 24 – айкидо, 17 – каратедо, 1 – джиуджитсу). Средний стаж занятий спортом у единоборцев составлял 5 лет. Все отобранные находились на стационарном лечении в трех крупнейших клиниках г. Челябинска (городская клиническая больница № 1, городская больница № 2 (студенческая), городская клиническая больница № 6) и наблюдались психоневрологом в связи с наличием в клинической картине сопутствующих основному заболеванию психических расстройств разной степени выраженности. При отборе в группу наблюдения исключались 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 сокращенного 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 обобщенного 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 и их обсуждение. По типу кожного поражения среди обследованных спортсменов локализованная форма отмечалась у 12, диссеминированная – у 30 респондентов, диффузное поражение кожи – у 19 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, учащенное 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. Больные 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, зачастую больные преувеличивали сам факт болезни. На фоне сниженного настроения они высказывали идеи неизлечимости заболевания, отсутствия результатов от терапии, в более серьезных 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 свое состояние. Многие считают, что в чем-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 бывало редко), в основном же превалировали идеи угрозы своему социальному статусу, страх появления в обществе (социофобия), страх покраснения (эреитофобия). Наблюдаемые зачастую из-за этого избегают посещения пляжей, культурных мест и 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 (дис-

сомнии) разделился на две составляющие: *астенический* – с преобладанием общей слабости, вялости, быстрой утомляемости, снижением работоспособности и бессонницей на фоне зуда и *гиперстенический* – с раздражительностью, сопровождающейся быстрой истощаемостью как эмоциональной, так и физической.

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

Психопатологические синдромы и их комбинации у обследованных больных представлены в табл. 1.

Таблица 1
Частота психопатологических синдромов

Психопатологический синдром	Количество больных	
	абс.	%
Депрессивный	38	62
Тревожно-фобический	28	47
Неврастенический на фоне зуда и диссомнии	20	33
Астенический	19	24
Ипохондрический	11	19
Эксплозивно-дисфорический	7	12
Сверхценных образований	5	9

Как видно из табл. 1, наибольшая часть встречаемых синдромов приходится на депрессивный, тревожно-фобический и неврастенический на фоне зуда и диссомнии.

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

Как видно из табл. 2, у больных с тяжелыми 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 агриппнией на фоне зуда, практически отсутствуя при локальной форме, чаще встречается при диффузной (у 42 %), чем при диссеминированной форме (у 29 %).

Астенический синдром превалирует при локальной форме (33 %), при более тяжелых 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 тяжелых формах атопического дерматита выступал тревожно-депрессивный синдром, сопровождающийся агриппническими расстройствами и дисфорией.

По результатам психодиагностического исследования с помощью методики «СМОЛ-Эксперт» и анализу клинических шкал были выделены 4 подгруппы больных.

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, а также враждебность по отношению к лечащему врачу.

У 14 обследованных спортсменов пик профиля СМОЛ соответствовал клиническим шкалам 1, 3, 4, 6, что интерпретировалось неопределенностью 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 напряженность, раздражительность, колебания настроения, подозрительность в отношении мотивов других людей.

У 10 обследованных профиль характеризовался подъемом кривой на клинических шкалах 2, 4, 8 и 9, что характеризует личность такими чертами, как неконформность (асоциальность) установок, упрямство, низкая фрустрационная толерантность, эгоизм, нарциссизм, внутренняя напряженность, склонность к импульсивным действиям, неустойчивость настроения, раздражительность.

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

Таблица 2
Частота психопатологических синдромов при различных формах атопического дерматита

Психопатологический синдром	Форма атопического дерматита					
	локализованная		диссеминированная		диффузия	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Депрессивный	5	21	31	52	26	71
Тревожно-фобический	11	46	22	48	17	46
Неврастенический на фоне зуда и диссомнии	0	0	17	29	15	42
Астенический	8	33	13	23	0	0
Ипохондрический	0	0	17	29	3	8
Эксплозивно-дисфорический	0	0	6	10	7	12
Сверхценных образований	0	0	9	16	8	21

Для сравнительного контроля основного исследования была отобрана группа больных с псориазом, т. е. с заболеванием, исключающим зудящие дерматозы и с отсутствием выраженных аллергических реакций. При оценке компьютерной интерпретации усредненный профиль контрольной группы показал отсутствие психопатологии, сопровождающейся снижением функций. Полученный профиль также характеризовался особенностями, представляющими собой варианты нормы с отсутствием озабоченности, связанной с тревогой за состояние своего здоровья. Респонденты контрольной группы отличались стремлением строго следовать морально-этическим нормам поведения и критичностью.

Выводы

1. Прослеживается связь между тяжестью и распространенностью кожного поражения и тяжестью и сложностью психопатологического синдрома.
2. Очевидно, что в практике организации и построения учебно-тренировочного процесса необходим учет психического фактора у спортсмена, страдающего кожными заболеваниями.
3. Учет 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 больных атопическим дерматитом влияют не только на структуру и выраженность психопатологического синдрома, но и на психологический статус во время занятий спортом, а также характеризуются специфическим набором личностных свойств тревожно-мнительного характера (психастенический радикал). Последний 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 внутриличностного плана у спортсменов.

Литература

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. – 226 с.
2. Глухенький, Б.Т. Псориаз / Б.Т. Глухенький // «Лікування та Діагностика». – 2008. – № 1. – С. 47–50.
3. Елецкий, В.Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом (клинико-терапевтические аспекты): дис. ... канд. мед. наук / В.Ю. Елецкий. – М., 2006. – 246 с.
4. Лесик, Н.В. Патогенетическая терапия больных атопическим дерматитом на основе клинико-психовегетативных соотношений: дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Лесик. – М., 1988. – 198 с.
5. Непомнящих, Г.И. Псориаз и описторхоз: Морфогенез гастроинтестинальной патологии / Г.И. Непомнящих, С.А. Хардинова, С.В. Айдагулова. – М.: Изд-во РАМН, 2009. – 175 с.
6. Пегано, Дж. Лечение псориаза – естественный путь / Дж. Пегано. – Киев: Кудиц-образ, 2001. – 272 с.
7. Скрипкин, Ю.К. Нейродерматозы (вопросы этиологии, патогенеза и терапии): дис. ... д-ра мед. наук / Ю.К. Скрипкин. – М., 1984. – 318 с.
8. Федоров, С.М. Клиника, течение и лечение псориаза у больных с функциональными и органическими нарушениями нервной системы: дис. ... канд. мед. наук / С.М. Федоров. – М., 1987. – 228 с.
9. Хардинова, С.А. Псориаз, кишечное всасывание / С.А. Хардинова, Э.И. Белобородова, П.Н. Пестерев. – Томск: НТЛ, 2010. – 120 с.
10. Baker, B.S. Recent Advances in PSORIASIS: The Role of the Immune System / B.S. Baker. – ICP Imperial College Press, 2011. – 180 p. – www.psora.df.ru/baker.html
11. Ring, I. Atopic dermatitis: a disease of general vasoactive mediator dysregulation / I. Ring // *Int Arch Allergy*, 2009. – № 59. – P. 233–239.
12. Rook, A. Textbook of dermatology / A. Rook, D.S. Wilkinson // Ebling. – 3rd Ed. – Oxford: Blackwell Scientific Publications, 2009. – P. 318–321.

Поступила в редакцию 2 октября 2012 г.