

# Психічні розлади у хворих з патологією шкіри

Спіріна І. Д.\*, Шорніков А. В.\*, Фаузі Є. С.\*, Шевченко Ю. М.\*,  
Коваленко Т. Ю.\*\*

\*ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

\*\*КЗ «Дитячий санаторій № 1 Дніпропетровської обласної ради»

Проведено аналіз поширеності психічних розладів у хворих з дерматологічними захворюваннями. Доведено, що клінічні прояви шкірних захворювань, особливо з симптомом свербіння, можуть суттєво змінювати психічний стан пацієнтів та бути передумовами виникнення невротичних, афективних, поведінкових та аддиктивних розладів. У той же час, супутні психічні розлади у хворих на соматичну (дерматологічну) патологію суттєво ускладнюють діагностику та надання допомоги пацієнту з основним захворюванням. Досліджено патогенетичні механізми взаємовпливу стресового фактору та психологічного профілю особистості на розвиток та прогресування дерматологічної патології. Виникає необхідність поширення та поглиблення знань практикуючих лікарів дерматологів у питаннях психічної патології, коморбідної дерматологічним захворюванням, та запровадження діючої системи координації між лікарями та службами психічного здоров'я.

**Ключові слова:** депресія, психодерматологія, психосоматика, тривога, шкірні хвороби.

Шкіра, як найбільший орган людського тіла, безумовно має тісні та глибокі зв'язки з центральною нервовою системою, яка регулює її діяльність. Проте більшість пацієнтів, що звертаються до дерматологів, вважають свою проблему суто дерматологічною і відмовляються від психіатричного обстеження і лікування. Багато практикуючих лікарів не приділяють уваги зв'язку дерматологічних розладів з психічними захворюваннями [1]. В останні роки суттєво зростає рівень психосоматичних та соматопсихічних захворювань.

На практиці ми бачимо, що супутні психічні розлади у хворих на соматичні захворювання суттєво ускладнюють діагностику та надання допомоги пацієнту з основним захворюванням. Так, при дослідженні тривоги та депресії у хворих дерматологічного стаціонару з'ясовано, що 56,6 % пацієнтів мають ознаки тривожного та/чи депресивного стану [2]. Клінічні прояви шкірних захворювань, особливо з симптомом свербіння, можуть суттєво змінювати психічний стан пацієнтів та бути передумовами виникнення невротичних, афективних, поведінкових та аддиктивних розладів [3].

Висока поширеність психічної патології серед пацієнтів соматичного профілю формує нагальну потребу запровадження діючої системи координації між лікарями та службами психічного здоров'я. З боку лікарів-дерматологів потрібно формувати глибокі знання щодо пси-

хічної патології та вміти пояснити пацієнту особливості його стану, змотивувати на візит до психолога чи психіатра [4]. Відповідно до умов часу, у світі дедалі ширше розповсюджується новий психодерматологічний підхід до надання допомоги хворим на дерматологічні захворювання, які мають певні психічні порушення. Дані літератури показують, що у психодерматологічних клініках успішність лікування та покращення якості життя хворих, як первинної кінцевої точки, значно вище, ніж при стандартному підході. Таким чином, виникає необхідність поширення та поглиблення знань практикуючих лікарів дерматологів у питаннях психічної патології, коморбідної дерматологічним захворюванням.

Наразі відсутня єдина загальноприйнята класифікація психодерматологічних розладів, але найчастіше виділяють такі [1, 5]:

- психофізіологічні розлади;
- **психічні розлади з дерматологічними симптомами** (первинні психічні розлади);
- **дерматологічні порушення з психіатричними симптомами** (вторинні психічні розлади).

Окрім означених розладів, *Koo* та *Lee* [6] радять включати до класифікації психодерматологічних порушень шкірні сенсорні порушення та використання психотропних засобів для чисто дерматологічних (непсихіатричних) показань. Варто зазначити, що деякі захворювання, наприклад, псоріаз, можуть відразу відноситися

до деяких груп розладів – через неоднозначний вплив на психіку пацієнта.

До психофізіологічних розладів відносять зміни шкіри, які у часі пов'язані з гострим чи хронічним стресом:

- адренергічна кропив'янка;
- atopічний дерматит;
- псоріаз;
- акне вульгаріс;
- себорейний дерматит та дисгідроз.

З позицій вітчизняної психосоматичної медицини, ці розлади фактично є органічними психосоматичними розладами [7]; для них властива наявність так званого «хибного кола», яке підтримує дерматологічну і психічну симптоматику (Рис. 1).

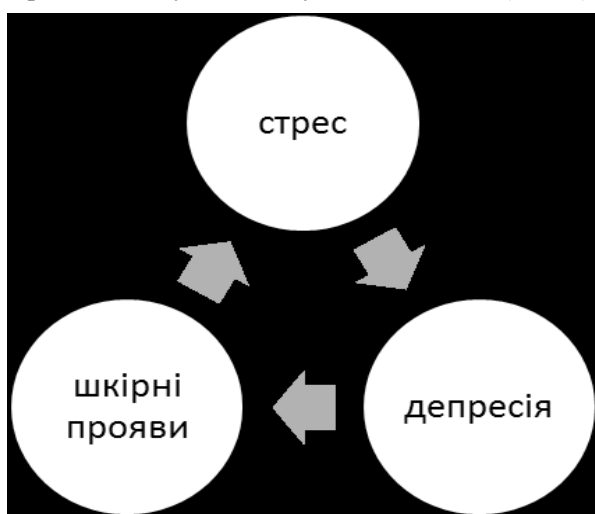


Рисунок 1. «Хибне коло» при психофізіологічних розладах.

**Адренергічна кропив'янка** характеризується появою пухирів після впливу психогенних факторів (психогенна кропив'янка). Клінічно характеризується наявністю дрібних, сверблячих пухирів, які оточені білим ореолом (за рахунок спазмованих капілярів). У патогенезі адренергічної кропив'янки бере участь симпатична нервова система: під впливом психогенного фактору відбувається звільнення адреналіну та норадреналіну, які здатні підвищувати чутливість ацетилхолінових рецепторів [8].

Хворі на **атопічний дерматит** фізично та психологічно залежні від багатьох чинників зовнішнього соціального оточення, бо навіть незначний подразник може спровокувати загострення хвороби та викликати інтенсивний свербіжний стан та психологічний дискомфорт, що значно погіршить якість життя [9]. Психологічний профіль

таких хворих характеризується депресією, напруженістю, тривогою і агресивністю, що зумовлено власне дерматологічною патологією [10]:

- непередбачуваністю перебігу захворювання;
- болісним свербінням;
- косметично значущим характером висипань.

Особливої уваги потребують хворі дитячого та підліткового віку: прояви atopічного дерматиту збільшують вірогідність розвитку акцентуацій особистості та формування неадаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки, що у майбутньому потенційно може призводити до формування розладів особистості [11].

У хворих на **псоріаз** суттєво знижується якість життя, зокрема через негативний вплив косметичних дефектів шкіри (висипання), що значною мірою відображається на психоемоційному стані пацієнтів [12]. Відмічено, що ураження шкіри голови при псоріазі збільшує вірогідність тривоги та депресії у пацієнтів, відповідно знижуючи якість життя [13]. З іншого боку, наявність хронічного стресу через ураження шкіри зменшує активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи і підвищує симпатико-наднирково-медулярну реакцію, стимулюючи прозапальні цитокіни. Таким чином, стрес підтримує і сприяє загостренню псоріазу. Високі рівні прозапальних цитокінів пов'язують псоріаз, психічні стани та інші супутні захворювання при псоріазі (наприклад, атеросклероз) у рамках порочного циклу [14].

У осіб з **акне вульгаріс** на перший план виходять тривога та депресія, особливо якщо відсутня реакція на лікування [15]. **Важкість психічного стану** залежить, серед іншого, від обсягу ураження. Доведено, що у підлітків з акне наявні високі рівні психіатричної супутньої патології, ймовірності самогубств і самопошкодження, тому психіатрична оцінка повинна бути включена до планів лікування акне [16].

Термін «первинні психічні розлади» варто використовувати у випадках, коли пацієнт не має дерматологічного захворювання, але всі шкірні прояви виникають внаслідок якогось психіатричного розладу. У огляді *Tohid et al.* [1] виділяють такі первинні психічні розлади, що призводять до дерматологічних проявів – див. Табл. 1.

Зазначимо, що первинні психічні розлади при

Таблиця 1. Первинні психічні розлади, що призводять до дерматологічних проявів, за [1] зі змінами

Розлад
1. Стрес та тривога
2. Невротичні розлади (обсесивно-компульсивний розлад, дисморфобія, тривожні розлади тощо)
3. Соматоформні розлади (включаючи психогенний свербіж)
4. Симулятивний розлад (шкірний варіант)
5. Розлад імпульсного контролю (трихотиломанія)
6. Розлад харчової поведінки
7. Депресивні епізоди (ендогенні і психогенні)
8. Психози (шизофренія, маячні розлади)

дерматологічних захворюваннях суттєво порушують у пацієнтів їх взаємодію з реальністю та значно впливають на їх поведінку. Через ці порушення поведінки діагностика психічних розладів не є дуже складною, і такі пацієнти вчасно скеровуються для отримання психіатричної допомоги.

У практиці лікарів-дерматологів найбільш поширені «вторинні психічні розлади», коли психологічні проблеми виникають внаслідок хвороби шкіри. Ці розлади фактично є сомато-психічними, а пусковим фактором є наявність психічної травми у вигляді змін зовнішності та актуальної домінуючої проблеми у поверненні стану шкіри до звичайного. При деяких станах психосоціальний вплив порушень шкіри є основною складністю, яку зазнає пацієнт [6]. Найчастіше у цій категорії розглядаються алопеція, вітиліго, вугрова хвороба тощо.

У загальному вигляді механізм формування психогенних психічних розладів, зокрема при вторинних психічних розладах зображено на Рис. 2.

Порідіння волосся, що призводить до видимого облісіння, може супроводжуватися різ-

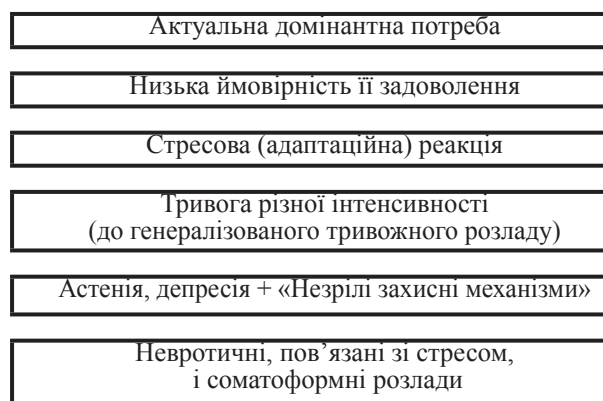


Рисунок 2. Загальний патогенез психогенних розладів [17]

ними психічними розладами. Так, при алопеції у жінок відмічається зниження як загальної соціально-психологічної адаптації, так і якості життя взагалі, що зумовлено не об'єктивною ситуацією, а суб'єктивним ставленням до себе, до хвороби та навколишнього середовища [18]. Також для пацієнтів з алопецією властиві [19]:

- підвищення рівня тривоги;
- депресивні розлади (більшою мірою – психогенні);
- зниження самооцінки;
- алекситимія.

При вітиліго суттєво зростає вірогідність розвитку багатьох психічних розладів, зокрема депресивних, у 4,96-5,05 разів, ніж у осіб без вітиліго [20] – [22]; при цьому аналіз підгруп показує, що поширеність депресії серед жінок з вітиліго є значно вищою, ніж у чоловіків [20].

При вугровій хворобі майже у половини пацієнтів формуються депресивні стани різного ступеня вираженості, високі рівні тривожності, особливо ситуативної, пов'язані з ситуаціями соціальної взаємодії [23], [24].

Термін «шкірні сенсорні порушення» за Коо та Lee [6] описує стани, коли пацієнт має неприємні відчуття на шкірі, такі як свербіж, печіння, повзання тощо без видимої органічної етіології. З позицій сучасної психіатрії, ці порушення є соматоформними розладами та потребують специфічного психіатричного лікування. Однак часто при психіатричному обстеженні пацієнти не мають явних ознак психічної патології. У такому випадку варто оцінювати такі порушення як дерматологічні еквіваленти хронічного больового синдрому або як «дерматологічну» маску прихованої (маскованої) депресії.

Використання психофармакологічних засобів

для лікування дерматологічних станів є відповіддю на пошук нових протисвербіжних засобів. Так, певні препарати, які традиційно використовуються для лікування психічних розладів (амітриптилін, доксерпін), мають більш потужну протисвербіжну дію, ніж традиційні антигістамінні засоби. Окрім цього, при невропатичному болю можливо використання протисудомних препаратів, а при постгерпетичній невралгії – амітриптиліну.

Для покращення надання допомоги хворим з захворюваннями шкіри, особливо тих, у кого підозрюється наявність тривоги та депресії, можливо ще на діагностичному етапі використовувати опитувальники пацієнта про стан здоров'я (*PHQ-9*, *PHQ-2* або подібні) і, залежно від результатів, скеровувати до фахівців з психічного здоров'я (медичного психолога / психіатра) для уточнення рівня тривоги та депресії.

Загальні рекомендації щодо направлення дерматологічного пацієнта до спеціалістів у сфері психічного здоров'я:

- явні ознаки психозу (маячні ідеї, галюцинації, потьмаренні свідомості);
- симулятивний розлад;
- знижений настрій, особливо – з апатією та ангедонією;
- нав'язлива тривога, яка заважає хворому;
- інші нав'язливі думки, особливо які стосуються зовнішності пацієнта;
- наявність дерматологічних симптомів, які не можна пояснити;
- завищені очікування щодо успіхів лікування;
- «використання» дерматологічного захворювання з утилітарною метою;
- ознаки агравації, госпіталізму та сюрсимуляції.

Таким чином, медична допомога особам з психодерматологічними розладами має надаватися командою спеціалістів [25]:

- дерматологом;
- медичним психологом / психіатром;
- терапевтом;
- ендокринологом;
- іншими спеціалістами – за необхідністю [25].

Успіх у лікуванні залежатиме від поєднання традиційного дерматологічного підходу з певними, індивідуально підібраними психотерапевтичними методиками [2].

У комплексі медикаментозного лікування використовують, залежно від захворювання, препарати таких груп:

- антидепресанти;
- протитривожні засоби;
- стабілізатори настрою;

- нейролептики – за необхідністю.

Слід зазначити, що при медикаментозному лікуванні психічної патології ефект настає нешвидко та повного клінічного покращення варто очікувати за 3-5 тижнів лікування.

При призначенні медикаментозного лікування слід дуже ретельно оцінювати можливу взаємодію між лікарськими засобами. Препаратами вибору можуть бути антидепресанти, які метаболізуються цитохромом P450 2C19 та майже не взаємодіють із широким колом препаратів, які можуть застосовуватися для лікування дерматологічних хвороб.

Немедикаментозне лікування психічних порушень у хворих з захворюваннями шкіри має включати психологічне консультування та / чи психотерапію. Психологічне консультування являє собою надання допомоги людям, що звернулися за допомогою, у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем. Фактично, більшість дерматологічних пацієнтів потребують використання цього методу для попередження та вирішення проблем із зовнішністю, які можуть виникати внаслідок захворювання.

Психотерапевтичне лікування психосоматичних розладів у пацієнтів дерматологічного профілю слід проводити у три етапи [26]:

- 1-й етап – невідкладне усунення кризової ситуації;
- 2-й етап – психотерапія та використання у разі потреби відповідних психотропних засобів;
- 3-й етап – тривала корекція особистості хворого, поведінки оточення, лікування хронічної шкірної патології.

Психотерапія пацієнтам із шкірними захворюваннями зазвичай надається в індивідуальній формі. Суттєві відмінності у результатах різних видів психотерапевтичного лікування відсутні, але традиційно перевага надається когнітивній та поведінковій психотерапії – через їхню націленість на симптоми та меншу тривалість лікування.

**Висновки.** Психодерматологічні стани виникають у результаті складної взаємодії між дерматологічним захворюванням та психічними факторами. Наявність психологічного стресу та пов'язаних з ним розладів погіршує перебіг основного захворювання, знижуючи якість життя. Отже, комбінований підхід необхідний для більшого розуміння та лікування психодерматологічних розладів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Tohid H., Shenefelt P. D., Burney W. A., Aqeel N. Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. *Revista Colombiana De Psiquiatria*. 2019. Vol. 48, No 1. P. 50 – 57.
2. Кочорова Л. А., Максимова А. А., Скрипов В. С. Опыт лечения дерматологических больных в психосоматическом отделении. *Вестник Российской Военно-Медицинской Академии*. 2018. № 2. С. 36 – 39.
3. Karavaeva T. A., Korolkova T. N. Psychological mechanisms and psychosomatic relationships in various dermatoses. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018. Т. 17, № 5. С. 7.
4. Юдін М. А. Медико-психологічні аспекти косметологічної медицини. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, № 2. С. 95 – 100.
5. Reichenberg J. S., Kroumpouzou G., Magid M. Approach to a psychodermatology patient. *Giornale Italia Di Dermatologia E Venereologia*. 2018. Vol. 153, No 4. P. 494 – 496.
6. Koo J. Y. M., Lee C. S. General approach to evaluating psycho-dermatological disorders. *Psychocutaneous medicine*. N. Y.: Marcel Dekker, 2003. P. 1 – 29.
7. Спіріна І. Д., Вітенко І. С., Напреєнко О. К. Медична психологія: державний національний підручник. Дніпропетровськ: Ліра, 2012. 442 с.
8. Кривенко В. І., Непрядкіна І. В., Колесник М. Ю. Алергічні ураження шкіри у практиці сімейного лікаря. *Запоріжжя: ЗДМУ*, 2017. 127 с.
9. Гірник Г. Є. Вплив atopічного дерматиту на психологічний стан та соціальну адаптацію пацієнтів. *Галицький лікарський вісник*. 2015. № 22, число 2. С. 22 – 24.
10. Чаріті Д. Т. Психосоматичні аспекти дерматозів. *Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди «Психологія»*. 2016. № 52. С. 473 – 479.
11. Усков О. А., Маркова М. В. Інтрапсихічні та поведінкові паттерни підлітків з atopічним дерматитом як мішені їх медико-психологічної підтримки. *Український вісник психоневрології*. 2015. № 23. Вип. 1. С. 112 – 115.
12. Возняк І. Я., Святенко Т. В. Вивчення якості життя у пацієнтів з псоріатичною хворобою. *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. 2009. № 1/2. С. 273 – 275.
13. Kwan Z., Bong Y. B., Tan L. L. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*. 2018. Vol. 310, No 5. P. 443 – 451.
14. Ferreira B. I., Abreu J. L., Reis J. P., Figueiredo A. M. Psoriasis and associated psychiatric disorders. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*. 2016. Vol. 9, No 6. P. 36 – 43.
15. Öztürk P., Orhan F. Ö., Özer A. Assessment of temperament and character profile with anxiety and depression in patients with acne. *Balkan medical journal*. 2013. Vol. 30, No 2. P. 161 – 166.
16. Eroğlu F. Ö., Aktepe E., Erturan İ. The evaluation of psychiatric comorbidity, self-injurious behavior, suicide probability, and other associated psychiatric factors (loneliness, self-esteem, life satisfaction) in adolescents with acne: a clinical pilot study. *Journal of Cosmetic Dermatology*. 2019. Vol. 18, No 2.
17. Спіріна І. Д., Тимофєєв Р. М., Шорніков А. В. Роль стресової реакції «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом соматоформних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, № 1. С. 92 – 94.
18. Аймедов К. В., Живилко В. В. Комплексна програма психосоціального супроводу жінок з aloпецією. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, № 4. С. 36 – 39.
19. Живилко В. В., Єфременко Т. О. Aloпеція у жінок як дерматологічний та психосоматичний розлад. *Вісник морської медицини*. 2016. № 3. С. 121 – 127.
20. Wang G., Qiu D., Yang H., Liu W. The prevalence and odds of depression in patients with vitiligo: a meta-analysis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2018. Vol. 32, No 8. P. 1343 – 1351.
21. Lai Y. C., Yew Y. W., Kennedy C., Schwartz R. A. Vitiligo and depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Journal of Dermatology*. 2017. Vol. 177, No 3. P. 708 – 718.
22. Patel K. R., Singam V., Rastogi S. Association of vitiligo with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2019. Vol. 33, No 1. P. 191 – 197.

23. Литвиненко М. В. Психоемоційний стан пацієнтів із вугровою хворобою. Медична психологія. 2016. Т 11, № 2. С. 37 – 41.
24. Литвиненко М. В. Вугрова хвороба: погляд крізь призму медичної психології. Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 2. С. 117 – 120.
25. Aymedov K. V. Psychodermatology – biopsychosocial approach. Journal of Education, Health and Sport. 2016. Vol. 6, No 12. P. 941 – 950.
26. Федоренко О. Є. Психосоматика та психотерапія в сучасній дерматології. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2007. № 1. С. 54 – 56.

### Психические расстройства у больных с патологией кожи

**Спирин И. Д., Шорников А. В., Фаузи Е. С., Шевченко Ю. Н., Коваленко Т. Ю.**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

КУ «Детский санаторий № 1» ДООС

Проведен анализ распространенности психических расстройств у больных с дерматологическими заболеваниями. Доказано, что клинические проявления кожных заболеваний, особенно с симптомом зуда, могут существенно изменять психическое состояние пациентов и быть предпосылками возникновения невротических, аффективных, поведенческих и аддитивных расстройств. В то же время, сопутствующие психические расстройства у больных с соматической (дерматологической) патологией существенно затрудняют диагностику и оказание помощи пациенту с основным заболеванием. Исследованы патогенетические механизмы взаимовлияния стрессового фактора и психологического профиля личности на развитие и прогрессирование дерматологической патологии. Возникает необходимость расширения и углубления знаний практикующих врачей дерматологов в вопросах психической патологии, коморбидной дерматологическим заболеваниям, и внедрения действенной системы координации между врачами и службами психического здоровья.

**Ключевые слова:** депрессия, кожные болезни, психодерматология, психосоматика, тревога.

### Mental disorders in patients with skin pathology

**Spirina I. D., Shornikov A. V., Fawzy Ye. S., Shevchenko Yu. M., Kovalenko T. Yu.**

«Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine» SI

“Children’s Sanatorium No 1” MI of Dnipropetrovsk Regional Council

The analysis of the prevalence of mental disorders in patients with dermatological diseases has been conducted. It has been proven that the clinical manifestations of skin diseases, especially those with the symptom of itching, can significantly change the mental state of patients and be prerequisites for the occurrence of neurotic, affective, behavioral, and addictive disorders. At the same time, concomitant mental disorders in patients with somatic (dermatological) pathology significantly complicate the diagnosis and treating of the patient with the underlying disease. The pathogenetic mechanisms of the interaction of stress factor and psychological profile of the personality on the development and progression of dermatological pathology have been studied. There is a need for widening and deepening the knowledge among practicing dermatologists in matters of mental pathology, which is comorbid with dermatological diseases, and introducing the acting system of coordination between doctors and mental health services.

**Keywords:** anxiety, depression, psychodermatology, psychosomatics, skin diseases.

**Спирин Ирина Дмитриевна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

**Шорников Андрей Владимирович** – ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

**Фаузи Елизавета Сергеевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

**Шевченко Юлия Николаевна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

**Коваленко Татьяна Юрьевна** – доктор наук по государственному управлению, главный врач КУ «Детский санаторий № 1» ДООС».

[elizaveta.fedenk@gmail.com](mailto:elizaveta.fedenk@gmail.com)