

Личностные особенности больных с заболеваниями КОЖИ

Е.В. Дворянкова^{1,2}, Н.А. Шевченко³

¹ ФГБУН Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва, Россия;

² Семейный медицинский центр «Пангея», Москва, Россия;

³ ГБУ Центр комплексной реабилитации инвалидов «Бугово», Москва, Россия

edvoriankova@gmail.com

Аннотация

Заболевания кожи оказывают значимое влияние на различные аспекты жизни больных, а также могут быть причиной развития психоэмоциональных, психосоциальных проблем, нарушения социальной адаптации. Для ряда заболеваний кожи описаны свойственные им определенные характерологические особенности и типы личности больных. У больных акне преобладают психологические и даже психические расстройства, связанные с воздействием хронического психоэмоционального стресса. Они часто страдают депрессивными и тревожными расстройствами. Для больных псориазом характерны черты личности типа D, что проявляется в переживании этими пациентами сильных негативных эмоций, которые они, однако, не демонстрируют из-за страха неодобрения и отвержения. Это приводит к дискомфорту, неуверенности в себе, склонности к беспокойству, самобичеванию. Изучение врожденных личностных качеств больных с конкретными нозологиями имеет большое значение для понимания лечащим врачом особенностей реагирования пациентов, их приверженности к лечению, а также для выявления сопутствующих расстройств психоэмоционального спектра и психиатрической патологии. Лучшее понимание психологических особенностей больных позволяет применять целенаправленные подходы к устранению психосоциальных нарушений, связанных с заболеванием, повышать эффективность терапевтических мероприятий, а также качество жизни больных. В статье описан клинический случай проявления псориазического типа личности у больного акне.

Ключевые слова: акне, псориаз, тип личности, клиническая психология, психосоматика, алекситимия.

Для цитирования: Дворянкова Е.В., Шевченко Н.А. Личностные особенности больных с заболеваниями кожи. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 19–23. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00145

Personality traits in patients with skin diseases

Evgeniya V. Dvoriankova^{1,2}, Nikolay A. Shevchenko³

¹ Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology RAS, Moscow, Russia;

² "Pangea" Family Medical Center, Moscow, Russia;

³ Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo", Moscow, Russia

edvoriankova@gmail.com

Abstract

Skin diseases have a significant effect on various aspects of patients' life and can cause psycho-emotional and psychosocial problems, as well as social maladaptation. Typical personality traits and personality types of the patients have been reported for a number of skin disorders. Psychological or even psychiatric disorders associated with the effects of chronic psycho-emotional stress prevail in patients with acne. These patients often suffer from depression and anxiety disorders. The type D personality characteristics are typical for patients with psoriasis: these patients experience strong negative emotions that are not, however, demonstrated due to fear of disapproval and rejection. This results in discomfort, self-doubt, propensity for anxiety, and self-recrimination. Studying innate personality traits in patients with certain disorders is important for health care providers to understand the features of the patients' responses and their adherence to treatment, as well as to detect the concomitant psycho-emotional disorders and mental diseases. Better understanding of the patients' psychological features makes it possible to use targeted approaches to treatment of the disease-associated psychosocial problems, as well as to increase the disease. The paper reports a clinical case of psoriasis personality shown by the patient with acne.

Key words: acne, psoriasis, personality type, clinical psychology, psychosomatics, alexithymia.

For citation: Dvoriankova E.V., Shevchenko N.A. Personality traits in patients with skin diseases. Clinical review for general practice. 2022; 4: 19–23. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00145

Введение

Сложно найти человека, который не хотел бы что-то изменить в своем теле и в том, как он выглядит. Но если для одних это является лишь желанием, стремлением, то для других это становится навязчивой идеей.

Состояние кожного покрова играет важную роль не только в физическом, но и психическом благополучии человека. Формирование внешних, косметических дефектов в большинстве случаев инициирует целый ряд проблем, связанных с восприятием образа собствен-

ного тела. Кожные заболевания, такие как акне, псориаз, витилиго, приводят к развитию выраженного косметического дефекта, и больные, страдающие этими и другими кожными заболеваниями, сопровождающимися видимыми симптомами, имеют повышенный риск развития депрессии, беспокойства, чувства стигматизации и мыслей о нанесении себе вреда.

Восприятие образа собственного тела влияет на эмоции человека, его мысли и поведение в повседневной жизни, и, прежде всего, оно оказывает значимое воз-

действие на межличностные отношения и качество жизни.

Несмотря на то что подавляющее большинство заболеваний кожи напрямую не представляют опасности для жизни пациента и в малой степени приводят к инвалидизации, они могут «разрушать жизнь» [1] в результате хронического течения, отсутствия надлежащего ответа на предпринятое лечение, а также внешней стигматизации.

Психологические последствия кожных заболеваний могут исказить не только то, как люди воспринимают самих себя, но и то, как они относятся к окружающим. Это может влиять на многие аспекты повседневного функционирования, включая образ жизни, работу, межличностные отношения. Негативное влияние дерматологических заболеваний на качество жизни пациентов сопоставимы с последствиями других хронических, соматических заболеваний, приводящих к стойкой утрате трудоспособности и летальному исходу, таких как болезни сердца или рак [2]. С другой стороны, переживание больными с дерматологической патологией хронического психоэмоционального стресса, в большей степени связанного с переживанием собственно недуга, может приводить в дальнейшем к обострениям и неудачам в терапии основного заболевания кожи.

К сожалению, эти особенности болезней кожи часто недостаточно осознаются и нередко недооцениваются медицинскими работниками. Рассмотрение психосоциальных аспектов кожных заболеваний имеет важное значение в клинической практике для всестороннего, целостного исследования проблемы и оказания медицинской помощи таким больным в полном объеме.

Следует также отметить, что психосоциальное влияние заболеваний кожи имеет последствия, которые выходят далеко за рамки жизни самого пациента. Они опосредованно могут оказывать как экономическое, так и неэкономическое воздействие на общество в целом и на систему здравоохранения [3]. Кроме этого, переживание таким пациентом психоэмоционального стресса также может негативно сказываться на приверженности его к лечению и приводить к невыполнению рекомендаций врача или вовсе к отказу от терапии. При некоторых дерматологических заболеваниях больные могут испытывать трудности с идентификацией, описанием и выражением своих собственных чувств, также известные как «алекситимия». Эти факторы, в свою очередь, могут затруднить своевременное выявление у них психосоциальных проблем.

Клинический случай

Под нашим наблюдением находился больной А., которому на момент первого обращения было 18 лет. Он предъявлял жалобы на высыпания на коже лица и туловища, сопровождающиеся болезненностью.

Из анамнеза стало известно, что пациент болен с 13-летнего возраста, когда впервые на коже лица появились воспалительные высыпания. Он неоднократно

обращался за помощью к врачам-дерматологам, получал терапию топическими лекарственными средствами с противовоспалительным действием, антибиотиками, без положительного эффекта.

При осмотре на момент первого обращения на коже лица, груди и спины были обнаружены множественные открытые и закрытые комедоны, папулы, пустулы, узлы и кисты с гнойным содержимым, застойно-синюшного цвета диаметром до 1,0–1,5 см, плотные и болезненные при пальпации, а также множественные атрофические рубцы. Кожные покровы сальные, с неприятным запахом. Больному А. была назначена системная терапия доксициклином 200 мг/сут в течение 14 дней, изотретиноином в стартовой дозе 40 мг/сут, наружно – азелаиновая кислота, топические антисептики, специальный уход за кожей с использованием средств лечебной косметики. Кроме этого, были проведены вскрытие и дренаж кист.

Терапию у дерматолога больной А. проходил в течение 11 мес с положительным эффектом. Однако на визитах к врачу обращали на себя внимание его жалобы ипохондрического характера, часто необоснованные, замкнутость, отсутствие зрительного контакта. Он путался при предъявлении жалоб и при сборе анамнеза, ссылаясь на «забывчивость». Лечащим врачом было заподозрено у него психоэмоциональное расстройство, и было предложено обратиться за помощью к клиническому психологу.

В психологической работе больной А. находился в течение 15 мес, которая проводилась параллельно с терапией у дерматолога. В качестве первичного запроса пациент предъявлял проблемы с общением, сложности в поиске единомышленников и друзей. На психологических сессиях периодически он находился в субдепрессивном или дисфорическом состоянии, зачастую демонстрировал невозможность вспомнить эмоционально значимые события, при этом показатели непосредственной и опосредованной слухоречевой памяти у него были выше нормы. Также пациент отмечал раздражительность в бытовых ситуациях и отсутствие понимания со стороны близких людей. Периодически он демонстрировал паранойяльные мысли, высказывая предположения о том, что все члены семьи настроены против него. При этом в ходе обсуждения ситуации и критического разбора, менял свое мнение на противоположное. Временами, на сессиях отмечались истерические реакции, которые быстро купировались и подвергались разбору.

В ходе работы с клиническим психологом несколько сессий были посвящены преодолению ощущения непонимания окружающими пациента. Свое субдепрессивное состояние он нередко объяснял конфликтом с окружающими.

С мая по август 2022 г. больной А. демонстрировал общее улучшение психоэмоционального состояния. Однако в августе 2022 г. у него был диагностирован псориаз, что повлекло резкое ухудшение психоэмоционального статуса, которое сам пациент связывал с нача-

лом учебного года. При этом он активно выражал беспокойство по поводу выявленного у него нового заболевания кожи.

Псориазические высыпания на коже у больного А. впервые возникли в августе 2022 г. и проявлялись в виде ограниченных папул и бляшек ярко-розового цвета, покрытых серебристо-белыми чешуйками в зоне краевого роста волос с переходом на кожу лба. Данные высыпания сопровождалась периодически возникающим ощущением зуда.

Для лечения псориаза волосистой части головы больному А. были рекомендованы комбинированные топические кортикостероиды, содержащие салициловую кислоту, шампуни из серий лечебной косметики. Предложенная терапия произвела положительный эффект, была достигнута ремиссия псориаза.

По состоянию на конец сентября 2022 г. с пациентом продолжает проводиться психокоррекционная работа. Активную терапию у дерматолога он закончил.

Психологические аспекты и эффекты акне

Больные акне часто бывают введены в заблуждение, находясь под влиянием расхожих мифов и слухов относительно природы самого заболевания и методов его лечения. Это способствует тому, что они обращаются за медицинской помощью достаточно поздно, надеясь на самопроизвольное излечение, народные способы лечения, либо на определенном этапе недооценивая значимость заболевания.

Следует отметить, что некоторые бытующие мнения являются верными, например, что плохая гигиена, гормональные изменения и предменструальный синдром, погрешности в диете, использование определенной косметики, психоэмоциональный стресс, инфекция, интенсивное потоотделение способствуют развитию акне и усугубляют их течение [4]. Тем не менее распространенность ложных мифов и плохая медицинская осведомленность населения оказывают большое негативное влияние на развитие и тяжесть течения заболевания, приводя к тому, что к дерматологу больные обращаются уже в запущенных случаях, с тяжелыми формами акне.

Несмотря на то что угревая болезнь не представляет непосредственной угрозы для жизни, известно, что данное заболевание оказывает сильное воздействие на психоэмоциональный статус пациента, проявляющееся в виде хронического стресса, формирования личности типа D, социальной фобии, страха, тревожности, депрессии, возникновении суицидальных мыслей/попыток, социальной и сексуальной дисфункции, сокращения возможностей трудоустройства и общей стигматизации.

Наличие выраженного косметического дефекта у больных акне приводит их в состояние хронического стресса. На этом фоне больные могут испытывать навязчивое желание выдавливать комедоны и пустулы, сковырнуть папулы, что только усугубляет клинические проявления заболевания, а также приводит к формиро-

ванию вторичной гиперпигментации и рубцов. Кроме этого, затяжной психоэмоциональный стресс также оказывает значимое отрицательное влияние на барьерную функцию кожи, заживление ран и восприимчивость к некоторым бактериальным инфекциям. Компульсивное переедание на фоне стресса может приводить к ожирению, метаболическим нарушениям, способствующим активации себоцитов и усугублению клинических проявлений акне. Высвобождение связанных со стрессом нейропептидов с последующей выработкой цитокинов способствует усилению воспаления [5]. Двуплоскостная связь акне с нарушением сна также является отражением стрессового состояния пациентов.

Таким образом, развитие акне нередко бывает связано с резким ухудшением качества жизни, снижением производительности труда, нарушением социализации больных. Данная ситуация может усугубляться развитием множества психических расстройств, которые ассоциируют с этим заболеванием кожи: тревожные расстройства, расстройства адаптации, расстройства личности, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, что по данным разных авторов наблюдается почти у 1/4 больных акне [6]. Но наиболее тревожащим коморбидным состоянием у больных акне является самоповреждающее поведение, вплоть до суицидальных попыток, что связано со снижением уровня самооценки и последующим усилением ощущения безнадёжности и враждебности окружающего мира.

Таким образом, формирование личностных особенностей у больных акне находится в тесной связи с испытываемым ими хроническим психоэмоциональным стрессом. Течение данного заболевания часто сопровождается симптомами тревоги и депрессии и резко негативно влияет на качество жизни больного.

Психологический профиль больного псориазом

Если в большинстве научных публикаций, посвященных психоэмоциональному статусу больных акне, в качестве основных его особенностей указывается высокий уровень тревоги и депрессии, а также состояние хронического психоэмоционального стресса, то для больных псориазом более четко описан их личностный профиль, имеющий специфические черты.

Результаты ряда исследований, проводившихся в этом направлении, продемонстрировали значительные отличия личностных черт больных псориазом от относительно здоровых лиц. Так, наиболее примечательным видится, что больные псориазом отдают предпочтение практическому, а не абстрактному мышлению, им не хватает новаторства, и они демонстрируют зависимость и недоминирующие типы личности [7]. Кроме этого, такие пациенты наиболее часто обладают типом личности D, который характеризуется высоким уровнем негативной аффективности и социального торможения [8].

Негативная аффективность реализуется явлениями девитализации, психического отчуждения, сопровождающимися сознанием измененности собственной

жизнедеятельности, глубинного неблагополучия, включает в себя переживание негативных эмоций и плохую самооценку. Эта личностная переменная наиболее характерна для депрессивных состояний [9].

Социальное торможение – это сознательное или подсознательное избегание индивидом социального взаимодействия, по сути, боязнь того, «что подумают другие». Эта личностная характеристика проявляется страхом оказаться в глупом положении или стать объектом чьих-то суждений и является серьезным препятствием на пути к достижению или воплощению идей ее носителем.

В современном мире, когда психосоциальный стресс является одним из признанных факторов риска развития целого ряда заболеваний, были выделены особые личностные черты, которые делают людей более уязвимыми к стрессорным воздействиям. Так, был выделен тип личности D, который характеризуется сочетанием таких черт, как «негативное реагирование» и «социальное подавление». Сочетание негативной аффективности и социального торможения у людей с типом личности D означает, что они испытывают сильные негативные эмоции, которые не демонстрируют из-за страха неодобрения и отвержения. Это приводит к психологическому дискомфорту, неуверенности в себе, беспокойству, самобичеванию, что усугубляет испытываемый психоэмоциональный стресс [10]. Важно отметить, что у пациентов с псориазом, была обнаружена связь личности типа D с усилением воспринимаемой ими собственной стигматизации, причем аспект социальной изоляции составляет больший компонент этой ассоциации [11].

Наличие эмоционального торможения у больных псориазом приводит к тому, что им трудно сообщать о своих эмоциях и потребностях, и это соответствует высокой распространенности среди них алекситимии.

Алекситимия – это термин, впервые предложенный Р.Е. Sifneos в 1972 г., который буквально означает отсутствие слов для обозначения эмоций. Распространенность этой личностной характеристики у пациентов с псориазом достигает 40% [12]. Алекситимия включает в себя элементы нетипичной индивидуальности и ослабленной интуиции и определяется ограниченной способностью идентифицировать эмоции и передавать их, а также трудности с отличением чувств от телесных ощущений. Для него также характерны ограниченное воображение и внешне ориентированное познание. Но особенно важной для клинического контекста является неспособность больного описывать свои эмоции, которая приводит к тому, что он неправильно интерпретирует физические проявления эмоционального возбуждения как симптомы соматического заболевания. Было высказано предположение, что алекситимия предрасполагает к неэффективному совладанию со стрессом, что является известным пусковым фактором псориаза [13].

Другой важной личностной характеристикой, которая была обнаружена у пациентов с псориазом, является отсутствие осознания своего тела, также связанное с алекситимией [14].

Следует отметить, что концепция осознания своего тела чрезвычайно важна при псориазе, поскольку правильная интерпретация симптомов и уход за собой важны для успешной терапии. Незнание собственного тела (незнание или игнорирование телесных симптомов) связано с высокой частотой возникновения зуда, боли, усталости, невротического расчесывания кожи, невротизма и беспомощности, избегания совладания у пациентов с псориазом.

Обсуждение

Таким образом, больной А., находящийся под нашим наблюдением, представляет собой достаточно сложный случай психоэмоционального состояния, которое не только негативно сказывается на множестве аспектов его жизни, но и может затруднять терапию его заболеваний, несмотря на имеющийся в настоящее время прогресс.

Изначально больной А. находился под воздействием типичных мифов об акне, что наряду с его личностными особенностями определило позднее обращение к врачу. При этом у него наблюдались психологические нарушения, характерные для данного заболевания: он находился в состоянии хронического психоэмоционального стресса, у него наблюдались признаки депрессии. Однако на себя обращали внимание и другие его особенности личности, более характерные для псориаза: алекситимия, параноидность, недоверчивость, наличие истерических реакций, ипохондрических мыслей. Он страдал от чувства непонимания и отвержения окружающими его людьми, часто необоснованными. Тем не менее на момент прохождения нашим больным психологического тестирования, как и в процессе его работы с клиническим психологом, вплоть до августа 2022 г., у него еще не был диагностирован псориаз, и его личностные характеристики не вполне соответствовали психотипу больного акне.

Таким образом, основываясь на данном примере, можно предположить, что для ряда хронических заболеваний, в том числе и для псориаза, формирование определенных личностных характеристик может быть неким предиктором заболевания. Безусловно, на формирование личности больного оказывает влияние большое количество разнообразных факторов, включающих и само наличие заболевания. Однако наш собственный клинический опыт, а также опубликованные научные данные позволяют предположить, что особенности личности больных псориазом являются конституциональным отличием и характеристикой, которая присутствует у них еще до дебюта самого заболевания.

Заключение

Больные с дерматологической патологией сталкиваются со сложными биопсихосоциальными взаимодействиями. Учитывая видимый характер поражений кожи, наличие сопутствующей патологии и часто хроническое течение этих болезней, является очевидным,

что такие пациенты испытывают значительную психологическую нагрузку.

Влияние различных заболеваний на психосоциальные аспекты жизни больных и наоборот весьма обширны. Изучение врожденных личностных качеств больных с конкретными нозологиями имеет большое значение для понимания лечащим врачом особенностей реагирования пациентов, их приверженности лечению, а также для выявления сопутствующих расстройств психоэмоционального спектра и психиатриче-

ской патологии. Лучшее понимание психологических особенностей больных позволяет применять целенаправленные подходы к устранению психосоциальных нарушений, связанных с заболеванием, повышать эффективность терапевтических мероприятий, а также качество жизни больных.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Koo J, Lebwohl A. *Psycho dermatology: the mind and skin connection. Am Fam Physician* 2001; 64 (11): 1873–8. PMID: 11764865.
2. Ahmed A, Leon A, Butler DC, Reichenberg J. *Quality-of-life effects of common dermatological diseases. Semin Cutan Med Surg* 2013; 32 (2): 101–9. DOI: 10.12788/j.sder.0009
3. Basra MKA, Shahruckh M. *Burden of skin diseases. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9 (3): 271–83. DOI:10.1586/erp.09.23
4. Markovic M, Soldatovic I, Bjekic M, Sipetic-Grujicic S. *Adolescents' self-perceived acne-related beliefs: from myth to science. An Bras Dermatol* 2019; 94 (6): 684–90. DOI: 10.1016/j.abd.2019.02.005
5. Dreno B, Bagatin E, Blume-Peytavi U et al. *Female type of adult acne: Physiological and psychological considerations and management. JDDG* 2018; 16 (10): 1185–94. DOI: 10.1111/ddg.13664
6. Singam V, Rastogi S, Patel KR et al. *The mental health burden in acne vulgaris and rosacea: an analysis of the US National Inpatient Sample. Clin Exp Dermatol* 2019; 44 (7): 766–72. DOI: 10.1111/ced.13919
7. Martín-Brufau R, Ulnik JC, Redondo CB, Berná FJC. *Personality in patients with psoriasis. URL: www.intechopen.com/books/psoriasis/personality-and-psoriasis. Accessed on 10 December, 2018.*
8. Basinska MA, Wozniowicz A. *The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 381–7. DOI: 10.5114/pdia.2013.39437
9. Molina-Leyva A, Caparros-delMoral I, Ruiz-Carrascosa JC et al. *Elevated prevalence of type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 1710–7. DOI: 10.1111/jdv.12960
10. Emons WH, Meijer RR, Denollet J. *Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: evaluating type-D personality and its assessment using item response theory. J Psychosom Res* 2007; 63: 27–39. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.010
11. van Beugen S, van Middendorp H, Ferwerda M et al. *Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. Br J Dermatol* 2017; 176: 687–94. DOI: 10.1111/bjd.14875
12. Dehghani F, Dehghani F, Kafaie P, Taghizadeh MR. *Alexithymia in different dermatologic patients. Asian J Psychiatr* 2017; 25: 42–5. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.10.011
13. Mizara A, Papadopoulos L, McBride SR. *Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. Br J Dermatol* 2012; 166: 986–93. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2011.10799.x
14. van Beugen S, Ograczyk A, Ferwerda M et al. *Body attention, ignorance and awareness scale: assessing relevant concepts for physical and psychological functioning in psoriasis. Acta Derm Venereol* 2015; 95: 444–50. DOI: 10.2340/00015555-1977

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Дворянкова Евгения Викторовна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., ЦТП ФХФ РАН, врач-дерматолог, Семейный медицинский центр «Пангея». E-mail: edvoriankova@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2458-419X

Evgeniya V. Dvoriankova – D. Sci. (Med.), Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology RAS; Dermatologist, "Pangea" Family Medical Center. E-mail: edvoriankova@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2458-419X

Шевченко Николай Алексеевич – мед. психолог, ГБУ ЦРИ «Бутово». E-mail: nikola.shevchenko@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1216-5721

Nikolay A. Shevchenko – Medical Psychologist, Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo". E-mail: nikola.shevchenko@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1216-5721

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022