

УДК 616.89-06-08
ББК 53.57

Ф.В. ОРЛОВ

ПСИХОТЕРАПИЯ ФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ (клинический случай)

Ключевые слова: специфические нозофобии, атопический дерматит, когнитивная психотерапия, личностно ориентированная психотерапия.

Психические расстройства, сопровождающиеся с соматическими нарушениями, являются актуальной проблемой в медицине. Клиническое своеобразие расстройств требует индивидуализации лечения с учетом особенностей личности и синдромальной структуры заболевания. В качестве примера описывается история болезни пациента со специфическими нозофобиями и атопическим дерматитом у личности с истероидными и психастеническими чертами. В клиническом случае демонстрируется использование клиентцентрированной и когнитивно-поведенческой психотерапии с интеграцией в систему патогенетической психотерапии. Психотерапия оказалась клинически эффективным немедикаментозным методом лечения как фобических расстройств, так и кожной патологии.

F. ORLOV

PSYCHOTHERAPY OF A FOBIC DISORDER COMBINED WITH ATOPIC DERMATITIS (Clinical Case)

Key words: specific nosophobia, atopic dermatitis, cognitive psychotherapy, personality-oriented psychotherapy

Mental disorders, accompanied by somatic disorders, are an actual problem in medicine. Clinical peculiarity of these disorders requires individualization of treatment and taking into account personality characteristics and syndromic structure of the disease. As an example, a clinical case of a patient with specific nosophobia and atopic dermatitis in a person having hysteroid and psychasthenic characteristics is described. This clinical case demonstrates the use of client-centered and cognitive-behavioral psychotherapy with integration into the system of pathogenetic psychotherapy. Psychotherapy turned out to be a clinically effective non-drug treatment method for both phobic disorders and skin pathology.

Невротические, соматоформные, аффективные расстройства часто сопровождаются высыпаниями и симптомами атопического дерматита. Подобная симптоматика может возникать в периоды декомпенсации личностных расстройств [6, 9, 13, 15]. Психопатологические расстройства диагностируются у 86% больных с кожной патологией [2–8]. Выявляется взаимосвязь между обострением атопического дерматита и ухудшением психического состояния [3, 7]. Дерматоз может быть первичным, играя роль психогении, либо вторичным проявлением психосоматического, соматизированного расстройства [3, 5, 14, 16]. Клиническое своеобразие расстройств требует индивидуализации лечения с учетом как синдромальной структуры заболевания, так и личностных особенностей. На устранение или ослабление отдельных симптомов болезни в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личностного функционирования ориентированы симптоматические методы психотерапии [10]. Осознание больным причинно-следственных связей между их личностными особенностями и развитием фобических расстройств (ФР) является задачей патогенетической психотерапии [1].

Использование клиентцентрированной и когнитивно-поведенческой психотерапии с интеграцией в систему патогенетической психотерапии показано

в описании истории болезни с диагнозом атопического дерматита и специфической нозофобии у личности с истероидными и психастеническими чертами.

Пациентка А., 28 лет, обратилась за психотерапевтической помощью по рекомендации врача-дерматолога в связи с атопическим дерматитом. Высыпания на коже обеих кистей связывает с психоэмоциональным напряжением. Предъявляет жалобы на раздражительность, несдержанность, пониженное настроение, плаксивость, ранимость, обидчивость. Отмечает страх инфицирования СПИД, гепатитом, бешенством, ботулизмом.

Родилась единственным ребенком в семье врача и учителя. Родители в разводе 23 года. Маму характеризует как «железную леди», которая навязывает свое мнение. В школе училась хорошо. Училась в медицинском колледже по специальности «Сестринское дело», в то же время заочно училась на психолога, работала санитаркой. Замуж вышла в 19 лет. В первом браке детей не было, развелись по инициативе мужа. Во втором браке родила двоих детей. Младшему сыну один год, кормит грудным молоком. Взаимоотношения с мужем в последнее время стали ухудшаться. Раньше муж был заботливый, а в последнее время стал «хамить». Раздражается, когда муж не кладет вещи на свои места, разбрасывает носки по комнате. Себя считает аккуратной, педантичной. Любит порядок, расставляет книги на полке по цветам обложки, скатерти всегда белые, чистые, «никаких жирных пятен на скатерти», обувь всегда идеально чистая. Любит красиво и модно одеваться, выделяться среди других людей. Считает себя несколько эгоистичной.

В августе 2014 г. впервые обратилась к психотерапевту с жалобами на раздражительность, пониженное настроение, плаксивость, ранимость. Посетила однократно сеанс групповой гипносуггестивной психотерапии. Поскольку «лежать на сеансе было трудно, скучно», прекратила посещение психотерапевта. Назначенные лекарства (феназепам, эсциталопрам) не принимала. При обращении к дерматологу в связи проявлениями нейродермита было рекомендовано повторно обратиться к психотерапевту.

Впервые мысли о возможном заражении разными инфекциями появились во время обучения в медицинском колледже при изучении инфекционных болезней. Стала обращать внимание на сроки изготовления и хранения продуктов. Не покупала консервированные продукты со сроком изготовления более трех месяцев. В местах общественного питания перестала есть термически не обработанную пищу. Избегала контакта с домашними животными. Дома не заводила кошек, не трогала животных из-за страха заразиться бешенством.

Во время психологического обследования контактна, разговорчива, охотно беседует, в беседе откровенна, настроена на получение помощи. В суждениях последовательна, активна, стремится разобраться в сложившейся ситуации и своем состоянии и найти рациональный выход для себя. Фон настроения в процессе беседы выравнивается. Имеется настроенность на изменение неконструктивных способов межличностного взаимодействия с близкими, принятие себя, своих чувств. Критические способности достаточные.

Интеллект выше среднего уровня. Мышление последовательное, образное при некоторой склонности к детализации, подверженное влиянию эмоциональной сферы. Абстрактный уровень мышления достаточный, мыслительные операции на довольно высоком уровне. При опосредовании ассоциации порой носят лично значимый характер, при этом эмоционально окрашены. При обобщении, сравнении понятий испытуемая выделяет существенные признаки. Суждения последовательные, порой эгоцентричные и категоричные. Память, внимание без заметных нарушений.

Заострены черты эмоциональной лабильности со склонностью к тревожно-депрессивным реакциям. Тщательный контроль, высокие требования к себе и ущемление насущных потребностей во внимании, поддержке и принятии способствуют накоплению внутреннего напряжения, что в сочетании с блокированием возможности свободного проявления чувств может приводить к эмоциональным всплескам. Стремится быть в центре внимания, для нее важны положительные оценки и поддержка со стороны, стремится к признанию, демонстративна и в целом оптимистична. Уровень активности достаточно высокий, способна к инициативным смелым поступкам. Характеризуется упорством, целеустремленностью, стремлением к доминированию в близком окружении, уверена в себе, самооценка болезненная.

По данным теста Люшера и СМИЛ: высокая самооценка, потребность в самореализации, значимость собственной социальной позиции, противодействие обстоятельствам, препятствующим свободной самореализации личности, экстравертированность. Полученный профиль также отражает высокий уровень активности, способность к вытеснению отрицательных сигналов, эмоциональную незрелость, устранение тревоги за счет соматизации, при этом для пациентки характерно высокое чувство ответственности.

Итак, при психологическом исследовании диагностируется заострение эмоционально-лабильных черт со склонностью к тревожно-депрессивным реакциям при сохранном интеллекте у личности с гиперстеническими, психастеническими и истероидными чертами.

Было принято решение воздержаться от психофармакотерапии в связи с грудным вскармливанием ребенка. Во взаимоотношениях между врачом и пациенткой руководствовались подходом клиентцентрированной психотерапии. Первые сеансы психотерапии были направлены на установление доверительных отношений.

Приемы психотерапии на начальных этапах подбирались с учетом симптоматики, были направлены на осознание пациенткой психологических причин болезни. Проведен совместный врача с пациенткой анализ внутренней картины болезни с выяснением представлений о болезни, определением связей симптомов нейродермита с эмоциональными расстройствами, возникающими в определенной ситуации. Для снижения раздражительности проводилась прогрессирующая мышечная релаксация. Когнитивная психотерапия была направлена на проведение связи эмоционального состояния в определенной ситуации с ее мыслями, дальнейшей идентификацией автоматических мыслей, выявлением искажений мышления. Пациентка обучалась связывать ситуацию и свои мысли с эмоциональным ответом с дальнейшим исправлением ошибок в мышлении (табл. 1).

В лечении использовалась техника систематической десенситизации. После достижения релаксации представлялись ситуации страха с последующим преобразованием и преодолением их в воображении (визуализация ситуации покупки продуктов безотносительно сроков изготовления и хранения продуктов; вегетарианского обеда из салатов в кафе; сдачи крови; поглаживания собаки). Использовались упражнения с образами, в которых преодолеваются трудности, визуализируются приятные воспоминания.

Дома пациентка выполняла задания по ауторелаксации, составлению протоколов самонаблюдения для регистрации ситуаций эмоционального напряжения, идентификации автоматических и поиска альтернативных

мыслей. С целью расширения и тренировки социального поведения проводилась поведенческая психотерапия. Пациентка вместе с детьми ходила в зоопарк, где трогала и гладила животных. Этого она раньше не могла делать из-за страха заразиться бешенством. Дома завела котенка, при покупке консервированных продуктов перестала смотреть на сроки изготовления продуктов.

Таблица 1

Протокол самонаблюдения при страхе

Ситуация	Эмоция	Мысли автоматические	Мысли альтернативные
Обнаружение вмятины на банке в магазине	Страх заболеть ботулизмом	Через продукты можно заразиться ботулизмом	Вмятина на банке появляется не от ботулизма, а от внешнего воздействия
Покупка продуктов со сроком изготовления не более 3 мес.	Страх заболеть ботулизмом	Через просроченные продукты можно заразиться ботулизмом	Сроки хранения продуктов могут быть более 3 месяцев.
Во время обеда в кафе не заказывает салаты	Страх заболеть ботулизмом	Через пищу без термической обработки можно заразиться ботулизмом	Ботулизм передается через консервированные продукты
Сдача крови на анализы	Страх заболеть СПИДом	У меня СПИД	У меня СПИДа не может быть, нет оснований
Повторная сдача крови на анализы, в связи с просрочкой	Страх заболеть СПИДом, страх смерти	Я умру, надо написать завещание	Анализ крови действителен в течение определенного срока
На улице с ребенком прошла мимо собаки	Страх заболеть бешенством	Собака – носитель бешенства. Я или ребенок могли заразиться	Бешенство не насморк, чтобы передавался через воздух или контактным путем. У собаки не было проявлений бешенства.

В ходе психотерапии пациентка стала менее раздражительной, кожа левой кисти стала чистой, перестала шелушиться. Однако в ситуации психоэмоционального напряжения симптоматика вновь обострилась в связи с переживаниями при покупке мебели. Снова стала раздражительной, появились на коже высыпания, проявляет повышенный интерес к результатам анализов на сифилис, гепатит.

В процессе дальнейшей когнитивной психотерапии проводилась связь эмоциональных реакций со своими неадаптивными мыслями с дальнейшим их исправлением (табл. 2).

Важной задачей психотерапии явилось осознание связи фобии не только с жизненными событиями, но и с субъективным (эмоциональным, когнитивным, поведенческим) отношением к этим обстоятельствам, личностным реагированием. Анализ нарушенных отношений в семье также показывает связь переживаний в определенной ситуации с личностным реагированием. С целью осознания вытесненного материала и проведения связи с актуальными эмоциональными конфликтами было предложено нарисовать рисунок на тему «Мой страх». Пациентка нарисовала паука со множеством глаз, поскольку пауков боится с детства. При этом отмечает, что «болезнь – это то, чем я не могу управлять». Изображение множества глаз пациентка связала с потребностью одобрения со стороны окружающих людей, «хочется быть в центре внимания, наряжаться, устала дома сидеть одна с детьми».

Таблица 2

Протокол самонаблюдения при эмоциональном напряжении

Эмоция	Ситуация	Мысли автоматические	Мысли альтернативные
Раздражение, «бесит»	В комнате обои не доклеены	Муж сам должен догадаться доклеить обои	Людей «гну» под свою линию
Обида	Муж не делает комплименты	Муж должен чувствовать, что хочет жена	Комплименты делает, когда я добрая, не придираюсь к нему
Раздражение, «бесит»	Муж вешает штаны на детские вещи, разбрасывает носки где попало.	Он делает это специально. В семье все должна контролировать жена.	Приходит с работы усталый. Многие мужчины так поступают
Раздражение, «бесит»	Ребенок не собирает игрушки	Меня должны слушаться	Ребенок вместе со мной игрушки собирает
Раздражение, «бесит»	Ребенок не надевает варежки	Глупый ребенок	Ему всего лишь один год, научится
Беспокойство	Должны прийти гости	Дома должна быть идеальная чистота	Хорошо, если дома будет чисто. Когда есть маленькие дети, дома может быть беспорядок

На следующем этапе лечения проводился анализ требований и желаний пациента в рамках личностно-ориентированной психотерапии. При психологическом исследовании у пациентки выявляются потребность тщательного контроля и соблюдения норм поведения, высокие требования к себе и окружающим. В то же время для нее важны положительная оценка, поддержка и внимание со стороны, признание. Как видно, сосуществование психастенических и истерических черт характера определяет смешанный тип внутриличностного конфликта, что приводит к эмоциональным всплескам, раздражительности. Анализ и разрешение внутриличностных конфликтов являются важными задачами этого этапа психотерапии.

В ходе проведенной психотерапии эмоциональное состояние выровнялось, что сказалось на нормализации семейных отношений, исчезли кожные проявления нейродермита, дезактуализировались страхи инфицирования СПИДом, гепатитом, бешенством, ботулизмом.

Рекомендована дальнейшая симптоматическая психотерапия в виде сеансов ауторелаксации, самостоятельного выполнения упражнений с образами, в которых преодолеваются трудности, ситуации страха, составления протоколов самонаблюдения для регистрации состояний эмоционального напряжения, а также патогенетическая личностно-ориентированная психотерапия, направленная на реконструкцию системы отношений.

Таким образом, в приведенном клиническом случае в возникновении атопического дерматита психические факторы играют основную роль. На психогенную природу дерматита указывают предшествующая им ФР, взаимосвязь между обострением атопического дерматита и ухудшением психического состояния, периодами декомпенсации личностных расстройств. В связи с этим важное значение приобретают эмоциональные, когнитивные и поведенческие механизмы личностного функционирования.

Среди исследователей нет единства взглядов и подходов в квалификации выявляемых психических расстройств у больных с кожной патологией. Психические расстройства в дерматологии включают психические расстройства с преимущественной проекцией на кожные покровы, психические расстройства,

провоцированные дерматологической патологией, а также дерматологическую патологию, спровоцированную психическими расстройствами [12]. Мало изучена проблема коморбидности психических расстройств и кожной патологии. В отечественной литературе преимущественно рассматривается первичность заболеваний кожи. Существуют лишь единичные публикации, посвященные изучению дерматологической патологии, спровоцированной психическим расстройством [5–8, 11, 14]. В статье приведен клинический случай атопического дерматита, в обострении которого существенная роль принадлежит ФР. Важная роль в развитии кожных болезней принадлежит преморбиду больного. В литературе имеются указания на склонность к психастеническим реакциям при экземах [14], истерическим и ипохондрическим состояниям при атопическом дерматите [5]. В описанном случае показана роль личностных особенностей в развитии атопического дерматита в связи с наличием коморбидности с ФР. У больной выявляются психастенические и истероидные черты личности, которые обуславливают смешанный истеропсихастенический внутрличностный конфликт, сопровождающийся психоземotionalным напряжением.

Существенное значение психических факторов в возникновении, течении и прогнозе кожных заболеваний имеет участие психотерапевта в лечении этих больных [2]. Т.В. Раевой описана психотерапия при депрессии и невротических расстройствах, коморбидных с хроническим дерматозом [11]. И.Ю. Дороженко считает, что лечение этого контингента не обходится без психофармакотерапии [4].

В связи с вышесказанным особого внимания заслуживают вопросы психотерапии психических нарушений у дерматологических больных. Описанный клинический случай может служить основой для создания эффективных программ лечения дерматологических больных с психическими нарушениями и позволяет более дифференцированно проводить психотерапию этим пациентам. Клиентцентрированная, когнитивно-поведенческая психотерапия успешно дополняет личностно-ориентированную психотерапию и может быть интегрирована в нее.

Литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия. СПб.: Академический проект, 1997. 335 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. 320 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад П. Психосоматическая медицина. М., 1999. 376 с.
4. Дороженко И.Ю. Терапия психодерматологических расстройств // Дерматология, 2011. № 2. С. 31–34.
5. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 2000. 124 с.
6. Ишутина Н.П., Раева Т.В. Клинико-психологические аспекты дезадаптации при атопическом дерматите // Клиническая психология. 2001. № 1. С. 133–135.
7. Лусс Л. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции // Доктор.Ру. Сер. Аллергология. Дерматология. 2010. № 2 (53). С. 55–59.
8. Миченко А.В., Львов А.Н. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 1. С. 47–52.
9. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 148 с.
10. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л. Основы психотерапии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2016. 192 с.
11. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2006. 341 с.

12. Смуглевич А.Б. Психические расстройства в дерматологической клинике // Психические расстройства в общей медицине. 2006. № 1. С. 4–9.
13. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. СПб.: Речь, 2005. 624 с.
14. Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.В. Психологические особенности больных экземой и псориазом // Российский медико-биологический вестник имени акад. И.П. Павлова. 2009. № 3. С. 93–98.
15. Gieler U., Horing C.M. Atopic dermatitis. Psychosomatic and psychotherapeutic treatment. *Hautarzt*, 2008, vol. 59, no. 4, pp. 308–313.
16. Raap U., Werfel T., Jaeger B., Schmid-Ott G. Atopische Dermatitis und psychischer Stress. *Hautarzt*, 2003, № 54, pp. 925–929.

References

1. Aleksandrov A.A. *Sovremennaya psikhoterapiya* [Modern psychotherapy. Course of lectures]. St. Petersburg, Akademicheskii proekt Publ., 1997, 335 p.
2. Antropov Yu.F., Shevchenko Yu.S. *Psikhosomaticheskie rasstroystva i patologicheskie privychnye deystviya u detey i podrostkov* [Psychosomatic frustration and pathological habitual actions in children and teenagers]. Moscow, 2000, 320 p.
3. Broytigam V., Kristian P., Rad P. *Psikhosomaticheskaya meditsina: kratkiy uchebnik* [Psychosomatic medicine: short textbook]. Moscow, 1999, 376 p.
4. Dorozhenok I.Yu. *Terapiya psikhodermatologicheskikh rasstroystv* [Therapy of psychodermatological frustration]. *Dermatologiya* [Dermatology], 2011, no. 2, pp. 31–34.
5. Zaytseva O.G. *Psikhicheskie rasstroystva u bol'nykh khronicheskimi dermatozami: dis. ... kand. med. nauk* [Mental disorders at patients with a chronic dermatosis: Abstract Diss.]. Krasnodar, 2000, 124 p.
6. Ishutina N.P., Raeva T.V. *Kliniko-psikhologicheskie aspekty dezadaptatsii pri atopicheskom dermatite* [Kliniko-psychological aspects of a disadaptation at an atopic dermatitis]. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology], 2001, no. 1, pp. 133–135.
7. Luss L. Rol' psikhosomaticheskikh rasstroystv pri atopicheskom dermatite. *Vozmozhnosti korrektsii. Doktor. Ru*, 2010, no. 2(53), pp. 55–59.
8. Michenko A.B., L'vov A.H. *Atopicheskiy dermatit: aspekty psikhosomaticheskikh rasstroystv* [Atopic dermatitis: aspects of psychosomatic frustration]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental disorders in the general medicine], 2008, no. 1, pp. 47–52.
9. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Orlov F.V. *Diskursivnyy tip lichnosti pri nevroticheskikh rasstroystvakh* [Diskursivny type of the personality at neurotic frustration]. Cheboksary, Chuvash State Univesity Publ., 2012, 148 p.
10. Orlov F.V., Nikolaev E.L. *Osnovy psikhoterapii* [Fundamentals of psychotherapy]. Cheboksary, Chuvash State Univesity Publ., 2016, 192 p.
11. Raeva T.V. *Psikhicheskie rasstroystva v dermatologicheskoy klinike (kliniko-patogeneticheskie, sotsial'no-psikhologicheskie i reabilitatsionnye aspekty): diss. ... d-ra med. nauk* [Mental disorders in dermatological clinic (kliniko-pathogenetic, social and psychological and rehabilitation aspects): Abstract Diss.]. Tomsk, 2006, 341 p.
12. Smulevich A.B. *Psikhicheskie rasstroystva v dermatologicheskoy klinike* [Mental disorders in dermatological clinic]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental disorders in the general medicine], 2006, no. 1, pp. 4–9.
13. Sobchik L.N. *Psikhologiya individual'nosti: teoriya i praktika psikhodiagnostiki* [Identity psychology: theory and practice of psychodiagnostics]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2005, 624 p.
14. Terent'ev S.Yu., Ermoshina N.P., Yakovleva N.V. *Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh ekzemoy i psoriazom* [Psychological features of patients with eczema and psoriasis]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiiy vestnik im. akad. I. P. Pavlova* [The Russian medicobiological messenger of the academician I.P. Pavlov], 2009, no. 3, pp. 93–98.
15. Gieler U., Horing C.M. Atopic dermatitis. Psychosomatic and psychotherapeutic treatment. *Hautarzt*, 2008, vol. 59, no. 4, pp. 308–313.
16. Raap U., Werfel T., Jaeger B., Schmid-Ott G. Atopische Dermatitis und psychischer Stress. *Hautarzt*, 2003, № 54, pp. 925–929.

ОРЛОВ ФЕДОР ВИТАЛЬЕВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (orlovf@yandex.ru).

ORLOV FEDOR – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
