



ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ

*«Что надо знать о связи психики и кожи.
Новый взгляд на междисциплинарный подход»*



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ



**ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ**

www.псориазрегион.рф

www.кожа-аллергия.рф

Психодерматология — это сравнительно новое и стремительно развивающееся направление в медицине, объединяющее психиатрию, психологию, косметологию, педиатрию и дерматовенерологию.

Количество кожных заболеваний, ассоциированных со стрессом составляет не менее 40-45% от общего числа дерматозов. Именно поэтому наибольший терапевтический эффект в мировой практике достигается при участии мульти-дисциплинарной команды, в которую помимо дерматолога входят психиатр (психотерапевт) и психолог.

Данная брошюра предназначена для врачей-специалистов и психологов, оказывающих помощь пациентам с дерматологическими заболеваниями. Содержит в себе краткое изложение современных знаний о связи кожи и психики, конкретные рекомендации для более успешного лечения.

Автор:

Евланова Анна Борисовна, клинический психолог
ГБУЗ «Санкт-Петербургский Городской Кожно-венерологический диспансер»
Evlanov1@yandex.ru

Под редакцией:

Mohammad Jafferany, Доктор Медицины, член Американской Ассоциации психиатров, клинический профессор Central Michigan University College of Medicine, Исполнительный секретарь Ассоциации Психодерматологической медицины Северной Америки (APMNA)

Оформление:

М. А. Гольцов

Содержание

<i>1. Что такое психодерматология?</i>	4
<i>2. Кто изучает и практикует психодерматологию?</i>	4
<i>3. Какие цели и задачи ставят специалисты в области психодерматологии?</i>	4
<i>4. Как помогает знание психодерматологии врачу-специалисту?</i>	5
<i>5. Какая связь между психикой и кожными заболеваниями?</i>	5
<i>6. Какие виды психодерматозов встречаются в практике дерматовенеролога?</i>	7
<i>7. Как выявить пациентов, нуждающихся в психологической или психиатрической помощи?</i>	9
<i>8. Что может сделать врач-дерматовенеролог для улучшения психологического состояния пациента?</i>	13
<i>9. Как построить доверительные отношения с пациентом?</i>	14
<i>10. Как убедить пациента обратиться за помощью к специалисту по психическому здоровью?</i>	16
<i>11. Как может помочь пациенту с кожным заболеванием специалист по психическому здоровью?</i>	16
<i>12. Как общаться со «сложными» пациентами и избегать конфликтов?</i>	18
<i>13. Как общаться с маленькими пациентами?</i>	19
<i>14. Как не «брать на себя» психологические проблемы пациента?</i>	20
<i>Приложение</i>	21
<i>Список литературы</i>	22

1. Что такое психодерматология?

Элементы психосоматического подхода к кожным болезням встречаются еще в трудах античных врачей, н.п. в работах Гиппократов. В конце 18 века У. Фалконер впервые связал активность кожного процесса с нарушением иннервации пораженных участков кожи. Связь кожи и психики изучается активно начиная с 19 века. К настоящему времени накоплено множество доказательств того, что нервная система и кожа, (возникнув из одного зародышевого листка — эктодермы), являются ближайшими родственниками в организме и оказывают друг на друга сильное влияние.

Наблюдения за *нейро-иммуно-кожным взаимодействием* объединились в область медицины, получившую название «**Психодерматология**».

2. Кто изучает и практикует психодерматологию?

Специалисты в области дерматологии, врачи общей практики, психологи, психотерапевты, психиатры во всем мире (Европейское Общество Дерматологии и Психиатрии (ESDaP), Ассоциация Психодерматологической медицины Северной Америки) занимаются исследованиями в данной области, публикуют их результаты, встречаются на ежегодных международных мероприятиях для обмена опытом и поддерживают постоянную связь.

3. Какие цели и задачи ставят специалисты в области Психодерматологии?



Обеспечить пациентов с дерматозами максимально эффективными методами лечения, с учетом их биологических, психологических и социальных потребностей



Распространять знания о взаимосвязи психики и кожи, заинтересовывать и привлекать специалистов в области дерматологии и психиатрии к более широкому видению кожных заболеваний и подходов к их лечению за пределами традиционного

4. Как помогает знание психодерматологии врачу-специалисту?

Понимание механизмов взаимосвязи душевных и дерматологических проблем позволят специалисту:

- ✓ Видеть психопатологии, сопровождающие и/или вызывающие кожные заболевания
- ✓ Дать пациенту необходимую психологическую поддержку
- ✓ Построить эффективные отношения «врач-пациент»
- ✓ Добиться выполнения пациентом рекомендаций
- ✓ Стать более эффективным специалистом
- ✓ Предупредить собственное профессиональное выгорание

5. Какая связь между психикой и кожными заболеваниями?

Благодаря изучению взаимосвязей психики, нервной и иммунной систем, стало известно о механизмах психосоматических взаимосвязей — мыслительный процесс вызывает электрическую активность в коре головного мозга, которая в свою очередь передается в таламус и гипоталамус. Там, она преобразуется в химические субстанции (нейротрансмиттеры, нейрогормоны и нейропептиды), которые с кровотоком и по нервам достигают всех клеток организма и, в частности, клеток кожи.

Таким образом, можно говорить, что кожа отражает психические процессы (мышление и эмоции), а также влияет на их протекание. Хорошо известно, что страх, стыд, злость, ужас сопровождаются изменением цвета, текстуры и уровня увлажненности кожи.

Если гормоны стресса (кортизол, адреналин и др.) вырабатываются кратковременно, то вреда здоровью они не нанесут, более того, поддержат иммунную систему в состоянии оптимального напряжения. Результат длительной или избыточной реакции на стресс (аллостатическая нагрузка) наоборот, ослабляет иммунитет, ведет к преждевременному изнашиванию организма, воздействуя на все органы, в том числе на самый большой орган — кожу. Сосуды становятся более хрупкими, замедляется формирование новых клеток и их регенерация, Кортизол действует на фибробласты, замедляя выработку коллагена, эластина и гиалуроновой кислоты, что ведет к потере тургора кожи, провоцирует преждевременное старение. Спазм сосудов, сопровождающий выработку гормонов стресса, приводит к нарушению питания кожи. А повышение уровня сахара в результате работы гормонов стресса, нарушая гидролипидную мантию, приводит к сухости кожи, потери тонуса. Депрессии сопровождаются увеличением уровня циркулирующих цитокинов, способных негативно отразиться на кожных воспалениях. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), вызывая длительное повышение симпатической нервной активности и усиленную выработку гистамина, способно провоцировать манифестацию хронической *идиопатической крапивницы*¹. Наконец, мышечные зажимы, как результат длительных негативных эмоций (нахмуренный лоб, поджатые губы, напряженная челюсть) приводят к преждевременному старению кожи лица, формированию глубоких морщин.

Таким образом, под влиянием избыточной реакции на стресс, дебютируют, обостряются или перестают отзываться на терапию многие кожные заболевания.

В свою очередь, кожные изменения, провоцируют психические и психологические проблемы в виде нарушения сна, депрессий, тревожных расстройств, социофобий, неврастении и пр., замыкая, тем самым порочный круг «стресс-болезнь-стресс»².

Как следствие, достигается высокая коморбидность дерматологических заболеваний с невротическими, аффективными расстройствами, расстройствами личности³.

6. Какие виды психодерматозов встречаются в практике дерматовенеролога?

Психодерматозы бывают двух видов:

С ПЕРВИЧНЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Кожные изменения, в происхождении которых задействована психиатрическая патология — галлюцинации, бред, навязчивости, компульсии, тяжелые депрессии и тревожные состояния, которые могут быть симптомами шизофрении, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР)⁴, ипохондрии, большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социофобии, биполярного расстройства, расстройства личности, пост-травматического стрессового расстройства (ПТСР), дисморфобии

К дерматозам, появлению которых всегда предшествует психиатрическое неблагополучие относятся:

<i>Дерматозы самоповреждений</i>	Результат различных манипуляций с кожей для совладания с эмоциями — н.п. экскорированное акне, травматический хейлит, онихофагия, искусственно вызванная (имитационная) пурпура или <i>синдром Мюнхаузена</i>
<i>Артефактный дерматит</i> (синонимы — искусственный дерматит, фактический дерматит)	Преднамеренный дерматит, причиняемый самому себе, который трудно диагностировать и лечить. Больной создает болезненные очаги на легкодоступных участках тела. Такое поведение женщины демонстрируют чаще чем мужчины (в соотношении 3:1), в основном на фоне психологического стресса. Также оно более присуще людям, имевшим ранее отношения к медицине (медицинским сестрам и парамедикам). Повреждения при артефактном дерматите обычно имеют острые геометрические границы, за пределами которых кожа выглядит здоровой. Они могут инфицироваться и осложняться ⁵ . Самоповреждения могут быть основаны на эмоциональной потребности вызывать заботу. Для таких пациентов трудно или невозможно совладать со своими эмоциями, им легче перенести их в физический симптом. Они редко признаются в самоповреждениях, даже если врач высказывает свои подозрения. Только истинно доверительные отношения и внимание к эмоциональному кризису пациента способны разрешить ситуацию самотравмирования, наряду с психотерапевтическим лечением
<i>Психогенная экскорация</i>	В отличие от пациентов с артефактным дерматитом, пациенты с <i>психогенной экскорацией</i> , не скрывают происхождение образований на коже, особенно если доктор их определяет и проявляет понимание. В лечении таких расстройств хорошо себя зарекомендовали ингибиторы обратного захвата серотонина, лекарства — антагонисты опиоидных рецепторов, поведенческие и релаксационные техники ⁶

<i>Трихотилломания</i>	Расстройство, понуждающее человека выдергивать волосы в ответ на растущее чувство тревоги с последующим чувством удовольствия и облегчения. Трихотилломания может выглядеть как алопеция или воспаление волосяных фолликул. Заболевание часто коморбидно с обсессивно-компульсивным расстройством, тревожным расстройством, депрессией, пищевыми расстройствами и расстройством личности ⁷
<i>Дерматозы, вызванные тактильным, обонятельным, ипохондрическим бредом и галлюцинациями</i>	Поиск паразитов на коже и дисморфическое расстройство ⁸
<i>Соматоформные расстройства</i>	Например, чувство зуда, жжения, дискомфорта в различных участках тела — на языке, коже головы, области вульвы (глоссодиния, триходиния, вульводиния — соответственно), парестезии
<i>Дерматозы, связанные с навязчивыми действиями и мыслями</i>	Например, экзема от частого мытья рук, лихен простой хронический, трихотилломания, кожная ипохондрия

Самоповреждающее поведение пациентов вызывает у врачей-дерматологов массу негативных чувств — от растерянности до злости и отчаяния. Справиться с ними поможет понимание эмоциональной природы заболевания и, конечно, совместное ведение таких пациентов с психотерапевтом или психиатром.

Надо отметить, что манифестация психического заболевания нередко начинается именно с жалоб на проблемы с кожей. Для успешного лечения этой группы дерматозов необходимо участие психиатра и психофармакологическое лечение.

Безусловно максимально успешное лечение дерматозов этой группы и продление периодов ремиссии состоится при дополнительном психотерапевтическом лечении.

ДЕРМАТОЗЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Это заболевания кожи, при которых триггерным фактором выступил психологический стресс; а также травмирующие психику кожные патологии, вовлеченные в цикл «болезнь-стресс-болезнь». К дерматозам этой группы относятся такие болезни как псориаз, витилиго, атопический дерматит, алопеция, ихтиоз, гидраденит, эпидермолиз. Их сопровождают: переживание косметического дефекта, стигматизация, страх, стыд, катастрофические мысли, депрессия, злость, тревога, отвержение и неприятие себя, социальная изоляция, моральная усталость

Эти формы дерматозов чаще всего коморбидны со следующими психическими расстройствами:

Виды	Доля в в структуре психических патологий пациентов с дерматозами
<i>Депрессии — Большое депрессивное расстройство F-33, малое депрессивное расстройство F33.0 и депрессивное расстройство вследствие соматического заболевания F-32</i>	(50-70% по данным G/Schneider и соавт.)
<i>Тревожные расстройства — генерализованное тревожное расстройство F41.1, Тревожное расстройство вследствие соматического заболевания F41.8 Также может наблюдаться одновременно тревожное и депрессивное расстройство, вызванные соматическим заболеванием, что в МКБ соответствует отдельной нозологической единице — F41.2</i>	до 30% ⁹
<i>Нозогенные реакции с выявлением социофобий и сенситивных идей отношений (убежденности в негативном отношении со стороны других людей)</i>	более 30% ¹⁰

7. Как выявить пациентов, нуждающихся в психологической или психиатрической помощи?

По разным данным около 40-45% пациентов дерматолога имеют психиатрическую или психосоциальную коморбидность, провоцирующую дерматоз и/или утяжеляющую его течение. Дерматологу, как узкому специалисту, будет проще диагностировать и лечить заболевание, если жалобы на эмоциональное состояние он рассмотрит как часть клинической картины, исследует их и, при необходимости подключит коллегу из области психического здоровья. Для пациентов с психодерматозами первой группы, участие в проводимом лечении психиатра и психофармакотерапия является **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ**.

Простой вопрос «Как Ваше настроение в последнее время?» поможет врачу-дерматологу выявить психосоматического пациента. Для больного, испытывающего трудности в распознавании и описании своих эмоций, больше подойдут вопросы «Как Вы спите?», «Как аппетит?», «Как жизненный тонус?»

Можно исследовать эмоциональное состояние с помощью простой в заполнении и обработке Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS).

HADS: каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа; выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части

Часть I (оценка уровня тревоги)		Часть II (оценка уровня депрессии)	
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе		1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	
все время	3	определенно, это так	0
часто	2	наверное, это так	1
время от времени, иногда	1	лишь в очень малой степени, это так	2
совсем не испытываю	0	это совсем не так	3
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться		2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии шутку	
определенно это так, и страх очень велик	3	определенно, это так	0
да, это так, но страх не очень велик	2	наверное, это так	1
иногда это меня беспокоит	1	лишь в очень малой степени, это так	2
совсем не испытываю	0	совсем не способен	3
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове		3. Я испытываю бодрость	
постоянно	3	совсем не испытываю	3
большую часть времени	2	очень редко	2
время от времени и не так часто	1	иногда	1
только иногда	0	совсем нет	0
4. Я легко могу присесть и расслабиться		4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	
определенно, это так	0	практически все время	3
наверное, это так	1	часто	2
лишь изредка, это так	2	иногда	1
совсем не могу	3	совсем нет	0
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь		5. Я не слежу за своей внешностью	
совсем не испытываю	0	определенно, это так	3
иногда	1	я не уделяю этому столько времени, сколько нужно	2
часто	2	может быть, я стал меньше уделять этому времени	1
очень часто	3	я служу за собой так же, как и раньше	0
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться		6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	
определенно, это так	3	точно так же, как и обычно	0
неверное, это так	2	да, но не в той степени, как раньше	1
лишь в некоторой степени, это так	1	значительно меньше, чем обычно	2
совсем не испытываю	0	совсем так не считаю	3
7. У меня бывает внезапное чувство паники		7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио или телепрограммы	
очень часто	3	часто	0
довольно часто	2	иногда	1
не так уж часто	1	редко	2
совсем не бывает	0	очень редко	3
Общее количество баллов		Общее количество баллов	

Интерпретация результатов: 0-7 баллов — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 баллов — «субклинически выраженная тревога/депрессия», 11 баллов и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия»

Можно предложить пациенту самому регулярно проверять себя с помощью этого теста **в приложении CheckSkin** для пациентов с хроническими заболеваниями кожи.

Заподозрить психосоматический компонент в кожном заболевании можно если:

- лечение не дает ожидаемого результата;
- если результат есть, но пациент неохотно это признает;
- если жалобы не соответствуют актуальному состоянию здоровья;
- пациент предъявляет большое количество разноплановых жалоб и практикует многочисленные «походы» по специалистам;
- у пациента определяются «маски тревожности», «маски депрессии».

Маски тревожности

Кожные — мелкие (1–1.5 см) красные пятна на белом фоне или наоборот (не связанные с основным дерматологическим заболеванием) на лице, шее, предплечьях; гусиная кожа на предплечьях, волосы «дыбом» на руках, зуд («мелкие почесывания»); повышенная потливость, чаще всего – на ладонях, а также – на лице, особенно на лбу и верхней губе

Сердечно-сосудистые — тахикардия, «бьющаяся» жилка в области виска или шеи

Дыхательные — жалобы на затрудненное дыхание, нехватку воздуха, одышку на вдохе. Характерные движения головы на вдохе — вперед и наверх. Искусственно форсированный вдох. Мелкое покашливание

ЖКТ — сухость во рту (пациент постоянно облизывает губы, с трудом проглатывает слюну. Можно заметить характерное движение головы вперед). Или наоборот — обильное слюноотделение; жалобы на ком в горле, отрыжка (часто сопровождающаяся многоречивостью); жалобы на боль в области желудка и кишечника спастического характера; «урчание» в животе, частые позывы на дефекацию (пациент «ерзает» на стуле)

Урогенитальные — чувство тяжести, дискомфорта в области половых органов. Редко декларируется пациентом, но хорошо заметно у детей и подростков — проявляет себя как непроизвольное стремление дотронуться до этой области, что-то поправить

Костно-мышечные — тремор рук, губ, подбородка, спастические сокращения мышц — верхней и нижней губы, века, носа. Тикообразные подергивания. Бегающий, не останавливающийся взгляд

Позы — Напряженные мышцы, сжатые пальцы, напряженная в голени, стоящая на носке нога, локализация рук в урогенитальной зоне, ноги закрученные «винтом». Пациент сидит на краешке стула — ярко выраженная тревожность

Действия — различные виды манипуляций. Чаще — мелкими предметами — деталями одежды: пуговицами, молнией; брошками, очками, кольцами, серьгой, мочкой уха или кончиком носа, раскачивание на стуле, движения ног с пятки на носок, прикусывание губ, языка, пальцев, «выискивание» чего-либо на одежде, постукивание рукой или ногой. Во время курения — частые затяжки, частый сброс пепла, различные манипуляции с сигаретой. Если посмотреть со стороны на курящего тревожного человека, то можно увидеть длинный столбик огня на его сигарете, т.к. бумага у него прогорает быстрее чем табак. Пьет мелкими глотками, часто помешивает. Речь характеризует ускоренный темп, обилие вводных слов, перебивание. Может наблюдаться чрезмерно демонстративная поза у нестероидного пациента. Иногда поведение такого пациента выглядит как сопротивление общению с доктором — когда доктор говорит, он его перебивает, а когда молчит — тоже молчит

Маски депрессии

- выраженные нарушения внимания, воли, эмоциональная несдержанность;
- слабодушие, раздражительность;
- нарушения сна;
- снижение активности;
- снижение самооценки, чувство вины;
- снижение инстинктивных потребностей;
- озлобленность;
- жалобы на работу ЖКТ;
- одышка на выдохе.

8. Что может сделать врач-дерматовенеролог для улучшения психологического состояния пациента?

Психика пациента с хроническим кожным заболеванием уже во многом «завязана» на факте болезни. Любой пациент с видимым дефектом кожи, сталкивается с реальным или кажущимся ему, принятием, опасением со стороны окружающих, трудностями в личных взаимоотношениях (н.п. 43% пациентов с псориазом замечали, что болезнь влияет на их отношения с другими людьми, из них половина избегает интимных контактов)¹¹; поэтому сфера межличностного общения для такого пациента одновременно чувствительна и эмоционально перегружена (см. приложение «*Социально-психологические последствия для пациента хронических дерматозов*»).

Врач-дерматолог на приеме представляет как бы «идеального» партнера, собеседника — он понимает суть заболевания, не опасается контакта, не навязывает ярлыков, излучает оптимизм и желание помочь. Такое общение с врачом может стать точкой опоры, моделью принимающего, непредвзятого отношения — без страха и нездорового любопытства.

Для многих пациентов это первый адекватный опыт отношения к болезни и к себе, который он потом сможет перенести в свою обычную жизнь и повысит ее качество. Это тот случай, когда дерматолог, одним только корректным отношением может выполнить важную психотерапевтическую функцию.

Также для облегчения психологического состояния больного доктор может:

Повысить информированность пациента о заболевании. Простым языком, без терминологии, объяснить суть заболевания и методы лечения, избегая слов «неизлечимое» и «плохо изученное»

Сделать акцент на возможности ремиссий, в том числе длительных, подчеркивая роль самого пациента, его образа жизни в их достижении

Обратить внимание на возможные «маски депрессии и тревожности» у пациента или же напрямую спросить его о настроении, качестве сна и аппетита, наличии хронического психологического стресса. По результатам наблюдения/опроса рекомендовать пациенту консультацию психолога, психотерапевта или психиатра, в зависимости от выраженности симптомов

Проявить терпимость по отношению к проявлениям агрессии, раздражения, рассеянности, снижению качества психических функций (памяти, внимания, скорости мышления)

9. Как построить доверительные отношения с пациентом?

Пациенты с кожными недугами часто проживают свою жизнь в изоляции, ограничивая близкие контакты, поэтому врач может стать одним из немногих доверенных лиц, с которым можно открыто обсуждать свои проблемы. Пациент, чувствуя поддержку от врача, с большей вероятностью будет выполнять рекомендации, не будет прибегать к нетрадиционным, часто травмирующим, методам лечения, «бегать» по другим специалистам, обесценивая работу своего лечащего врача. Более того, лечение, назначенное врачом, с которым сложился хороший терапевтический альянс, приносит **большой эффект**.

Многочисленные исследования на тему «Что хотят пациенты в разговоре с врачом» позволили выявить основные их потребности.

Большинство пациентов хотят, чтобы:

- Врач представился и называл их по имени
- Прием происходил в отдельном помещении
- Разговор с врачом происходил на доступном языке
- Им разъясняли незнакомые термины
- Им говорили правду
- Спрашивали разрешение на медицинские процедуры
- Уйти от врача с ощущением, что их выслушали и поняли
- Им дали возможность задать вопросы

Чтобы построить доверительные отношения с пациентом, избежать конфликтов и обеспечить успех лечения рекомендуется:

- Разделять важную информацию о лечении на маленькие части. Убедиться, что пациент понял одну часть, прежде чем перейти к другой.
- Использовать меньше сложной информации. Объясняя суть диагноза и лечения, постараться заменить сложные термины на слова, понятные шестикласснику.
- Описать курс лечения и ожидаемый результат. Если есть альтернативный способ лечения, его тоже надо объяснить.
- Убедиться, что пациент все понял. Сразу же устранять любые недопонимания.
- Предоставить источники дополнительной информации, если пациент стремится узнать больше.
- «Растопить лед» при помощи короткого разговора, заканчивать разговор на беззаботной ноте (погода, экономика, медицинские новости, текущие события).
- Поддерживать зрительный контакт, когда пациент говорит о своих проблемах или задает вопросы.
- Создать по-возможности, расслабленную атмосферу. Больной человек, как ребенок, очень чувствителен к холодной и строгой атмосфере.

Идеальное место для обсуждения сложных задач (н.п. радикальные методы лечения) — это кабинет врача, а не палаты или коридоры. Чем спокойней обстановка, тем более взвешенные и разумные решения может принять пациент. Люди часто жалеют о решениях, принятых в спешке, поэтому пациенту надо дать время подумать.

Даже в неблагоприятной с медицинской точки зрения ситуации пациенту помогает оптимизм на дальнейшую борьбу с недугом, надежда доктора на достижение какого-то результата, даже если не полного исцеления.

10. Как убедить пациента обратиться за помощью к специалисту по психическому здоровью?


Приходя на прием к дерматологу, пациент рассчитывает на конкретную помощь в связи с конкретной кожной проблемой. Предложение посетить психиатра может быть воспринято с непониманием и даже с агрессией. Поэтому, в любом случае, важно дать понять пациенту, что оставаясь его лечащим врачом, не умаляя важности основного лечения, доктор желает оказать ему максимально эффективную помощь, и поэтому рекомендует дополнительную консультацию, н.п. психиатра.

11. Как может помочь пациенту с кожным заболеванием специалист по психическому здоровью?

В психиатрической практике для лечения дерматологических пациентов используются антидепрессанты, противотревожные и антипсихотические препараты в зависимости от симптоматики. Трициклические антидепрессанты, обладая также антигистаминным эффектом, могут особенно успешно применяться в комплексном лечении дерматозов^{12 13}.

В работе с пациентами с хроническими дерматозами у специалистов по психическому здоровью, помимо психофармакотерапии, есть широкий выбор методов и техник коррекции эмоционального состояния:





В том числе сравнительно молодые техники и методы — медитации Mindfulness, Метод ДПДГ (англ.EMDR) — десенсибилизация и переработка движением глаз (применяется для лечения посттравматических стрессовых расстройств), НЛП и многие другие.

Особое внимание в процессе психотерапии или психологического консультирования уделяется качеству сна пациента с хроническим кожным заболеванием.

Нарушение сна у пациента могут происходить по нескольким причинам:

- зуд (так н.п. свыше 50% пациентов с атопическим дерматитом жалуются на то, что зуд мешает им спать в течение 5–7 ночей в неделю)¹⁴;
- дискомфорт;
- тревожные и депрессивные мысли;
- повышение симпатического нервного тонуса;
- изменение функции терморегуляции поврежденной кожей, влияющей на скорость засыпания.

Независимо от причины, нарушение сна приводит к подавлению барьерной функции кожи, увеличению активности естественных киллеров и провоспалительных цитокинов в плазме, что потенциально способно ухудшить протекания многих дерматологических патологий. Недостаточное восстановление во сне значительно влияет на качество жизни — ухудшается память и внимание, появляется раздражительная слабость, снижается стрессоустойчивость и работоспособность, ухудшаются отношения на работе и в семье. У детей с атопическим дерматитом из-за нарушения сна нередко диагностируют синдром дефицита внимания.

Улучшить качество сна пациента с хроническим дерматозом поможет психотерапия и, при необходимости, психофармакотерапия, назначаемая специалистом в зависимости от происхождения и выраженности проблемы.

12. Как общаться со «сложными» пациентами и избегать конфликтов?

Хронический дерматоз, влияя на все сферы био-психо-социальной жизни (см. Приложение), нередко приводит к тому, что ресурсы адаптации к болезни у пациента заканчиваются. Это может проявляться неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов). Такой пациент, испытав воздействие всех этих факторов в очереди на прием, с трудом усвоив информацию, полученную в регистратуре, не справившись с эмоциями, может вступить в конфликт с медицинским персоналом. Правильным поведением персонала в такой ситуации будет дать ему немного ресурсов — успокоить:

- *если человек стоял до этого, предложить ему сесть;*
- *не повышать голос, а наоборот понизить;*
- *не нагружать его избыточной информацией; дать ему ручку и бумагу — записать то, что он не может понять или повторить.*

Особая «врачебная дипломатия» требуется для установления контакта с истеричными, агрессивными, тревожными, плачущими или апатичными пациентами:

Истеричный пациент — проявляет бурные эмоции, может кричать, размахивать руками, одновременно плакать. Истерика всегда происходит в окружении зрителей и имеет свойство вовлекать окружающих. Постарайтесь удалить зрителей, замкнуть внимание на себе, если не возможно удалить зрителей — стать самым внимательным слушателем, слушать, кивать, поддерживать, меньше говорить самому, короткими простыми фразами, не спорить. И истерика пойдет на спад.

С агрессивными пациентами надо разговаривать спокойно, постепенно снижая темп и громкость речи, обращайтесь к человеку по имени, задавайте вопросы, которые помогут ему понять и сформулировать свои требования к ситуации, н.п. «Как вы считаете, что будет лучше сделать?» Не старайтесь переспорить. Если пациент приходит на прием недовольный результатами лечения, раздраженный, испытывает злость на врача, ему надо дать выговориться, выпустить пар, а потом только можно будет обратиться к его разуму:

- объяснить, почему не происходит улучшение (фоновая патология, вредные привычки, невыполнение предписаний врача, тяжесть состояния);
- указать ему на пусть небольшие, но улучшения;
- обсудить дальнейший план лечения;
- подчеркнуть, что он получает оптимальное лечение по срокам и по существу.

Пациенту важно понимать, что он получает оптимальное лечение по срокам и по существу.

Тревожный пациент — часто это впервые заболевший человек. Его тревога связана с дефицитом информации. Ему важно помочь узнать больше о его проблеме или подсказать достоверный источник информации. Очень поможет составление плана лечения, действий. Важно не оставлять тревожного пациента один на один с переживаниями. По-настоящему психотерапевтический эффект на таких пациентов оказывает посещение различных **Школ**, организуемых лечебным заведением.

Слезы — нормальная реакция в сложной эмоциональной ситуации. Невозможно и бессмысленно сразу успокоить человека. Надо дать этой реакции состояться. Дать понять пациенту, что ему сочувствуют и поддерживают. Предложить салфетку и, если слезы затянулись — воды.

Апатичного пациента характеризует сниженная эмоциональная и поведенческая активность (впрочем, под этим видом может скрываться тяжелое переживание). Общение с таким пациентом может быть для специалиста не менее стрессовым чем встреча с открытой агрессией. Важно не пытаться «выдергивать» пациента из этого состояния. Общаться, задавая простые вопросы — «как вас зовут?» «как себя чувствуете?» Оказывать поддержку.

Для того, чтобы снять дискомфорт от общения с «трудными» пациентами, доктору рекомендуется делать небольшие перерывы — пройтись, расслабиться, умыться, снять обувь, принять удобную позу, выпить воды или чаю, подышать с акцентом на выдох, сделать несколько физических упражнений и при первой возможности — дать себе полноценный отдых.

13. Как общаться с маленькими пациентами?

Около 40% подростков и четверть детей с атопическим дерматитом прочувствовали на себе **негативное отношение** со стороны общества в связи с болезнью. 35% пациентов детского возраста со среднетяжелым и тяжелым течением атопического дерматита испытывали злость из-за своего внешнего вида¹⁵, а 39% — **стеснение**

(часто или всегда)¹⁶. Уже в детстве заболевание вписано в эмоциональную жизнь ребенка и психологическую атмосферу семьи. Тем важнее для него позитивное, лишенное драматизации взаимодействие с лечащим врачом, опыт восприятия своей личности отдельно от болезни.

Разговор с ребенком младше 12 лет на приеме врача-дерматолога должен занимать не больше 7-10 минут, включая вопросы про симптомы и небольшой тренинг, как выполнять рекомендации врача. Детям (и в их присутствии) не сообщают «плохие новости», говорят с ними на простом языке, без негатива, не обсуждают с ними «технические» вопросы. Остальной разговор происходит с родителями, можно в присутствии ребенка. Лучше если он в это время будет увлечен игрой или рисованием.

Выстроенный таким образом прием помогает сделать маленькому пациенту вывод: с этим можно справиться, родители и доктор обо мне позаботятся, и я тоже теперь знаю, что могу делать. Это поможет вырастить в нем надежду на то, что он справится, сможет жить с заболеванием.

14. Как не «брать на себя» психологические проблемы пациента?

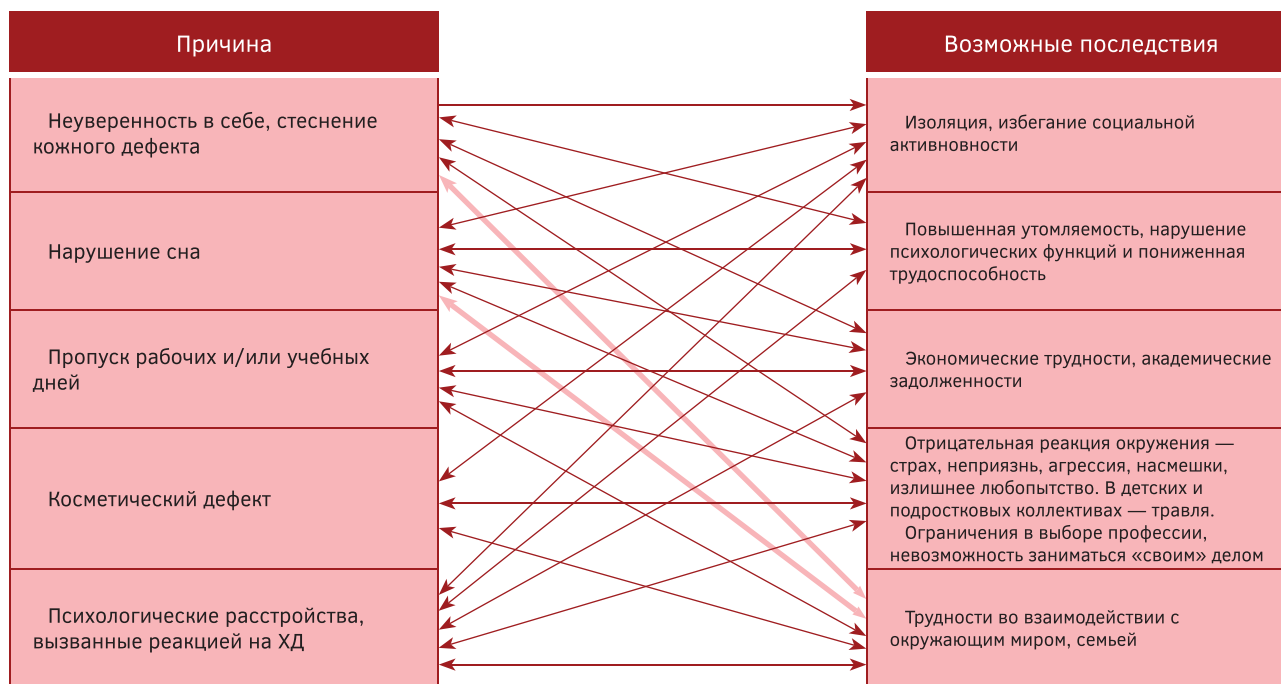
Не имея прежде опыта работы с психологическими проблемами, врач-дерматолог может испытывать дополнительную нагрузку и нетерпение, выслушивая жалобы пациента на настроение и обстоятельства жизни. Чтобы *сохранить собственное душевное здоровье* очень важно разделять понятия «*эмпатия*» и «*сострадание*». В первом случае, доктор понимает состояние больного, сочувствует и делает выводы как специалист, но **не страдает вместе с ним**, не пропускает чужую боль через свое сердце. Эмпатия это способность быть наблюдателем, исследователем, не откликаясь эмоционально на проблемы пациента.

Только через эмпатию а не сострадание можно предотвратить профессиональное выгорание — усталость, равнодушие, отсутствие удовольствия от работы.

Также важно отдавать себе отчет, что внимание к психологической сфере пациента повышает уровень дерматолога, как специалиста, открывает новые возможности в работе. Повышение квалификации и отслеживание новых тенденций в своей сфере — мощнейший механизм профилактики профессионального выгорания.

Приложение к пункту 12 Био-психо-социальные последствия хронических дерматозов

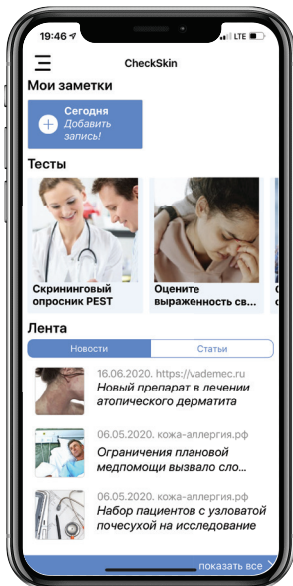
«Карта проблем»



Список литературы:

1. Павлова О. В. Особенности этиологии, патогенеза и лечения хронической крапивницы в зависимости от роли стрессовых факторов в ее развитии: Дис. канд. мед. наук. М, 2001
2. Зайцева О. Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: Дис. канд.мед.наук. Спб., 2000
3. Горохова В. Н. Нервно-психические нарушения у больных экземой, псориазом и нейродермитом и особенности их психотерапии: Автореф. Дис. канд.мед. наук. Курск, 1974
4. Stein D. J., Hollander E.: Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Dermatol 1992; 26: pp. 237-242
5. Hollender M. H., Abram H. S.: Dermatitis factitia. South Med J 1973; 66: pp.1279-1285
6. Arnold L. M., Auchenbach M. B., McElroy S. L.: Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches in treatment. CNS Drugs 2001; 15: pp. 351-359
7. Duke D. C., Keeley M. L., Geffken G. R., et al.: Trichotillomania: a current review. Clin Psychol Rev 2010; 30: pp. 181-193
8. Gould W. M., Gragg T. M.: Delusions of parasitosis: an approach to the problem. Arch Dermatol 1976; 112: pp.1745-1748
9. (Смулевич А. Б., Иванов О. Л., Львов А. Н. и др., 2004; Терентьева М. А., Белоусова Т. А., 2004; Дороженюк И. Ю., 2009
10. Gupta M. A., Gupta A. K.: Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4: pp. 833-842
11. McCormick HLJ ManagCare 2016;22 (4 Suppl): S104-7
12. Lee C. S., Accordino R., Howard J., et. Al.: Psychopharmacology in dermatology. Dermatol Ther 2008; 21: pp.69-82
13. (Lee C.S., Accordino R., Howard J. et al., 2008).
14. (E. Simpson, T. Bieberand, L. Eckert «Patient burden of moderate to severe atopic dermatitis (AD) Insight from a phase2b clinical trial of dupilumab in adults»/ Am Acad Dermatol, vol. 74, no3, pp. 491-498, 2016
15. (T. Zuberbier, S. Orlov and A. Paller, «Patient perspectives on the management of atopic dermatitis», J Allergy Clin Immunol, vol.118, no1, pp. 226-232, 2006
16. (C. L. Carrol, etal «The burden of atopic dermatitis impact on the Patient, family and Society», pediatric Dermatology pp.22(3)192-9, 2005

Для заметок



Попробуйте бесплатное приложение
для вашего смартфона

CheckSkin

Незаменимые функции приложения:



Контроль
течения
псориаза



Новые
методики
лечения



Навигация
до нужного
специалиста

Скачайте приложение в



Москва, 2020