

УДК 616.895-085.851-057.875
DOI: 10.36979/1694-500X-2024-24-9-142-150

ПРЕДИКТОРЫ ЭКСКОРИАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова, Р.М. Мисиров

Аннотация. Обследовано 100 респондентов, обучающихся в вузах Кыргызстана и ряда других стран, посредством использования стандартизованных шкал тревоги, депрессии и шкалы DISP (Snorgason I., 2016), отражающей вероятность развития эксkoriационного расстройства. В результате выявлены умеренный (67 %) и высокий уровни личностной тревоги (33 %), высокий уровень ситуативной тревоги (54 %) и легкий уровень депрессии (39 %). Вероятные признаки развития эксkoriационного расстройства выявлены у четверти респондентов (26 %), соответствующие критериям рубрики: «Патологические эксkoriации» (ICD-11: 6B25.1). Статистически значимые корреляции между эксkoriационными действиями и уровнем личностной тревоги ($r = 0,3$; $p < 0,05$), локализацией эксkoriационных действий и уровнем депрессии ($r = -0,21$; $p < 0,05$), частотой эксkoriационных действий и уровнем личностной тревоги ($r = 0,4$; $p < 0,05$), импульсивностью эксkoriационных действий и уровнем личностной ($r = 0,4$; $p < 0,01$) и ситуативной тревоги ($r = -0,4$; $p < 0,01$), степенью удовлетворения в процессе эксkoriационных действий и уровнем личностной тревоги ($r = 0,3$; $p < 0,05$) и депрессии ($r = 0,3$; $p < 0,05$). Таким образом, доминирующие умеренный (0,01) и высокий уровни тревоги (0,01), легкий уровень депрессии (0,01), а также достоверно выраженные корреляции аффекта и эксkoriационных действий (0,01) формируют замкнутый круг: «дистресс – искажённое восприятие образа «Я» – аффективные сдвиги – эксkoriационные действия – эксkoriационное расстройство – аффективные сдвиги – искажение восприятие образа «Я» – эксkoriационные действия – дистресс». Этот феномен следует учитывать при разработке методических и учебно-образовательных программ с включением профилактических и психокоррекционных мероприятий по снижению уровня дистресса у студентов и терапии пациентов с эксkoriационным расстройством.

Ключевые слова: эксkoriационное расстройство; патологические эксkoriации; тревога; депрессия; качество жизни; психотерапия.

МЕДИЦИНАЛЫК ЖОГОРКУ ОКУУ ЖАЙЛАРЫНЫН СТУДЕНТТЕРИНИН ЭКСКОРИАЦИЯЛЫК БУЗУЛУШУНУН БОЖОМОЛДОРУ

М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова, Р.М. Мисиров

Аннотация. Биз Кыргызстандагы жана башка бир нече өлкөлөрдөгү университеттерде окуган 100 респондентти стандартташтырылган тынчсыздануу, депрессия жана DISP масштабдарын колдонуу аркылуу сурамжылоо жүргүздүк (Snorgason I., 2016), бул эксkoriациялык бузулуунун (ЭБ) пайда болуу ыктымалдуулугун чагылдырат. Натыйжада, орточо (67 %) жана жеке тынчсыздануунун жогорку деңгээли (33 %), кырдаалдык тынчсыздануунун жогорку деңгээли (54 %) жана жеңил депрессия (39 %) аныкталган. Сурамжылоого катышкандардын төрттөн биринде (26 %), «патологиялык эксkoriация» (ICD-11: 6B25.1) деген бөлүмдүн критерийлерине ылайык. Эксkoriациялык аракеттер (ЭА) менен жеке тынчсыздануунун деңгээлинин ($r = 0,3$; $p < 0,05$), ЭА локалдаштырылышы жана депрессиянын деңгээли ($r = -0,21$; $p < 0,05$), ЭА жыштыгы жана жеке тынчсыздануунун деңгээли ($r = 0,4$; $p < 0,05$), ЭА импульсивдүүлүгү жана жеке тынчсыздануунун деңгээли ($r = 0,4$; $p < 0,01$) жана кырдаалдык тынчсыздануу ($r = -0,4$; $p < 0,01$), ЭА процессиндеги канааттануу деңгээли жана жеке тынчсыздануу деңгээли ($r = 0,3$; $p < 0,05$) жана депрессия ($r = 0,3$; $p < 0,05$). Ошентип, басымдуу орточо (0,01) жана тынчсыздануунун жогорку деңгээли (0,01), жеңил депрессия (0,01), ошондой эле аффект менен ЭА (0,01) ортосундагы ишенимдүү байланыштар кайталанма чөйрөнү түзөт: «өзүн-өзү дистресс – «Мен» образын терс кабыл алуу – аффекттин деңгээлинин жогорулашы – эксkoriациялык аракеттер – эксkoriациялык бузулуу – аффекттин деңгээлинин жогорулашы – «Мен» образын терс кабыл алуу – дистресс – эксkoriациялык аракеттер – эксkoriациялык бузулуусу». Бул көрүнүш методологиялык жана билим берүү программаларын иштеп чыгууда, студенттердеги стрессти азайтуу жана эксkoriациялык бузулуу менен ооруган бейтаптарды дарылоо боюнча профилактикалык жана психокоррекциялык чараларды камтыганда эске алынышы керек.

Түйүндүү сөздөр: эксkoriациялык бузулуу; патологиялык эксkoriация; тынчсыздануу; депрессия; жашоо сапаты; психотерапия.

PREDICTORS OF EXCORIATION DISORDERS IN MEDICAL STUDENTS

M.R. Sulaymanova, A.B. Kutlikova, K.A. Tobokelova, R.M. Misirov

Abstract. The article surveyed 100 respondents studying at universities in Kyrgyzstan and several other countries through the use of standardized anxiety, depression and DISP scales (Snorrason I., 2016), reflecting the likelihood of developing excoriation disorder (ER). As a result, moderate (67 %) and high levels of personal anxiety (33 %), high level of situational anxiety (54 %) and mild depression (39 %) were revealed. Probable signs of ER development were detected in a quarter of respondents (26 %), corresponding to the criteria of the heading: "Pathological excoriation" (ICD-11:6B25.1). Statistically significant correlations between excoriation actions (ED) and the level of personal anxiety ($r = 0,3$; $p < 0,05$), localization of ed and the level of depression ($r = -0,21$; $p < 0,05$), frequency of ed and the level of personal anxiety ($r = 0,4$; $p < 0,05$), impulsivity of ED and the level of personal anxiety ($r = 0,4$; $p < 0,01$) and situational anxiety ($r = -0,4$; $p < 0,01$), the degree of satisfaction in the ED process and the level of personal anxiety ($r = 0,3$; $p < 0,05$) and depression ($r = 0,3$; $p < 0,05$). Thus, the dominant moderate (0.01) and high levels of anxiety (0.01), mild depression (0.01), as well as reliably pronounced correlations of affect and ED (0.01) form a vicious circle «distress – the distorted perception of the «I» – affective shifts – excoriation actions – excoriation disorder – affective shifts – the distortion of the perception of the «I» – excoriation actions – distress». This phenomenon should be taken into account when developing methodological and educational programs with the inclusion of preventive and psychocorrective measures to reduce the level of distress in students and therapy of patients with excoriation disorder.

Keywords: excoriation disorder; pathological excoriation; anxiety; depression; quality of life; psychotherapy.

В международной классификации болезней ICD-11 Экскориационные расстройства (ЭР) включены в раздел «Патологические телесно направленные повторяющиеся действия (6B25) в блоке L1-6B2 «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства» под шифром 6B25.1: «Патологические эксориации» [1]. Пациенты с ЭР неоднократно ковыряют или царапают кожу. Такие действия не вызваны проблемами внешнего вида или здоровья (например, для того, чтобы удалить повреждение, которое они считают непривлекательным). Некоторые пациенты расчесывают здоровую кожу, другие раздражают мелкие повреждения, такие как мозоли, пустулы или струппя. У пациентов экскориационные действия (ЭД) часто происходят автоматически, другие делают это более осознанно [2]. Такое расчесывание не вызвано навязчивыми идеями или беспокойством по поводу внешнего вида как, например, при дисморфофобии [3]. Тем не менее расчесыванию кожи может предшествовать чувство напряжения или беспокойства, которое облегчается после этого, что часто сопровождается чувством удовлетворения. ЭД могут приводить к значительным повреждениям, которые сопровождаются безуспешными попытками уменьшить или прекратить этот процесс [4].

ЭР часто начинается в подростковом возрасте, хотя может развиваться в разные периоды жизни. Частота встречаемости ЭР в популяции варьирует от 3,0 до 22 %, из которых до 75 % – женщины [2, 5, 6]. Чувство стыда и смущения

может заставить людей с ЭР полностью избегать социума, а находясь в изоляции, они часто не обращаются за медицинской помощью [7]. Среди дерматологических пациентов ЭР регистрируются лишь в 2–9 % случаев, и, таким образом, лечение последствий ЭД проводится в основном симптоматическое [8]. Таким образом, ЭД могут приводить к выраженному дистрессу или значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Цель – изучение клинико-психологических факторов в структуре аффективных сдвигов, обуславливающих развитие экскориационных нарушений у студентов, для разработки профилактических и психокоррекционных мероприятий в процессе работы с ЭР.

Материалы и методы исследования. После получения информированного согласия, нами обследовано 100 респондентов, из которых 69 (69,0 %) женщин и 31 (31,0 %) мужчина в возрасте от 18 до 30 лет (после получения информированного согласия). В обследовании принимали участие студенты медицинских вузов: КРСУ, КГМА, РУДН.

Методы исследования: стандартизованная шкала Спилбергера – Ханина ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности, стандартизованная шкала депрессии Цунга, опросник DISP (Snorrason I., 2016) [9], адаптированный нами в условиях исследуемого контингента [10]. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием

пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. При исследовании уровня аффекта нами выявлены: умеренный уровень личностной тревожности у 67 респондентов (67 %), высокий уровень личностной тревожности – у 33 респондентов (33 %); высокий уровень ситуативной тревожности у 54 респондентов (54 %), у 5 (5 %) – низкая ситуативная тревожность; у 39 респондентов (39 %) – легкий уровень депрессии, у 6 респондентов (6 %) – умеренный уровень депрессии (таблица 1, рисунок 1).

Таким образом, у респондентов доминировали умеренный и высокий уровни личностной тревожности; высокий уровень ситуативной тревожности, легкий уровень депрессии (рисунок 2).

Согласно опроснику DISP, нами выявлены следующие результаты, соответствующие признакам эксориационного расстройства, согласно МКБ – 10, МКБ – 11.

Повторяющиеся действия ковыряния кожи определяются у 68 % респондентов (рисунок 3).

ЭД приводили в свою очередь, к значительным кожным повреждениям у 35 % респондентов (рисунок 4).

Самыми распространенными местами повреждения являются: лицо – у 30 % респондентов, руки и кисти – у 15 %, на коже волосистой части головы – у 33 %, кожа спины – у 7 %, кожа рук – у 15 %, кожа ног – у 12 % (рисунок 5).

Эксориационные действия сопровождаются безуспешными попытками уменьшить или прекратить этот процесс у 38 % (рисунок 6).

27 % респондентов чувствовали себя неловко или стыдились вида мест с расчесанной кожей или стыдятся за свою неспособность контролировать свое поведение (рисунок 7).

11 % респондентов избегали определенных мест, людей или занятий из-за своей привычки ковырять (расчесывать) кожу (рисунок 8).

У респондентов эксориационные действия часто происходят автоматически у 52 %, другие делают это более осознанно – 48 %. Такое расчесывание не вызвано навязчивыми идеями или беспокойством по поводу внешнего вида как, например, при дисморфобии (рисунок 9).

Расчесыванию кожи предшествовало чувство напряжения или беспокойства, которое облегчалось у 53 % после расчесывания кожи (рисунок 10).

Из общего числа респондентов только 9 % респондентов обращались за помощью к дерматологу, а 3 % – даже к молдо (местному священнослужителю) (рисунок 11).

Проведенный нами корреляционный анализ выявил следующие наиболее статистически значимые взаимообуславливающие связи: привычка совершать ЭД достоверно коррелирует с уровнем личностной тревоги ($r = 0,3; p < 0,05$), область ЭД (преимущественно область головы, в частности лица) обратно статистически значимо коррелирует с уровнем депрессии ($r = -0,3; p < 0,05$), частота совершения ЭД статистически значимо коррелирует с уровнем личностной тревоги ($r = 0,4; p < 0,05$), уровень импульсивности в процессе ЭД высоко достоверно прямо коррелирует с уровнем личностной тревоги ($r = 0,4; p < 0,01$) и имеет высоко достоверную обратную связь с уровнем ситуативной тревожности ($r = -0,4; p < 0,01$), степень удовлетворения в процессе ЭД прямо достоверно коррелирует с уровнем личностной тревоги ($r = 0,3; p < 0,05$) и уровнем депрессии ($r = 0,3; p < 0,05$) (рисунок 12).

Таким образом, чем выше уровень ЛТ, тем выраженнее частота ЭД ($r = 0,4; p < 0,05$), интенсивность ЭД ($r = 0,3; p < 0,05$), импульсивность ЭД ($r = 0,4; p < 0,01$) и чувство удовлетворения ($r = 0,3; p < 0,05$). Чем ниже уровень СТ, тем больше импульсивность в процессе ЭД ($r = -0,4; p < 0,01$). Чем выше уровень депрессии, тем менее выражена область ЭД ($r = -0,3; p < 0,01$), с другой стороны – выраженнее чувство удовлетворения ($r = 0,3; p < 0,05$), что свидетельствует об усилении самоагрессивных тенденций.

Выводы

1. У большинства респондентов доминировали умеренный уровень личностной, высокий уровень ситуативной тревожности, а также легкий уровень депрессии.

2. Более чем у 26 % респондентов обнаружены признаки, соответствующие критериям диагностики ЭР согласно МКБ-10 и МКБ-11.

Таблица 1 – Уровень тревоги и депрессии у респондентов

Уровень тревожности	Шкала тревоги Спилбергера – Ханина			
	личностная тревожность		ситуативная тревожность	
	N	%	N	%
Низкая тревожность	0	0	5	5
Умеренная тревожность	67	67	41	41
Высокая тревожность	33	33	54	54
Шкала депрессии Цунга				
Уровень депрессии	N		%	
Норма	55		53,9	
Легкая депрессия	39		38,2	
Умеренная депрессия	6		5,9	



Рисунок 1 – Уровень личностной и ситуативной тревоги у респондентов

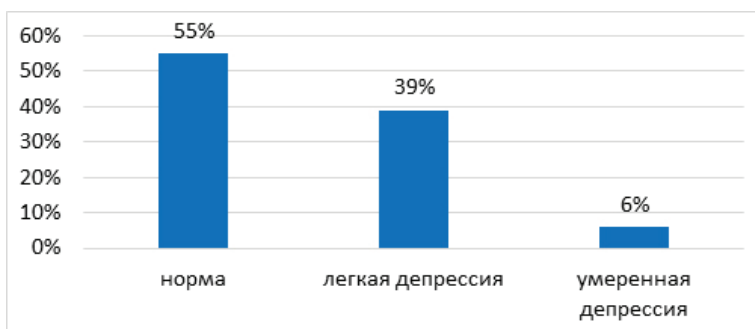


Рисунок 2 – Уровень депрессии у респондентов по шкале Цунга

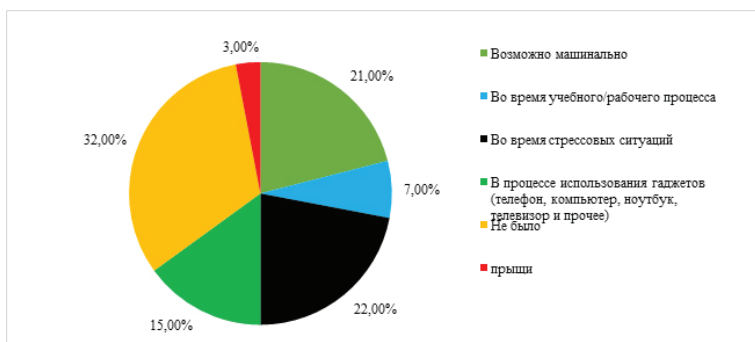


Рисунок 3 – Частота возникновения экскорационных действий в определенных ситуациях

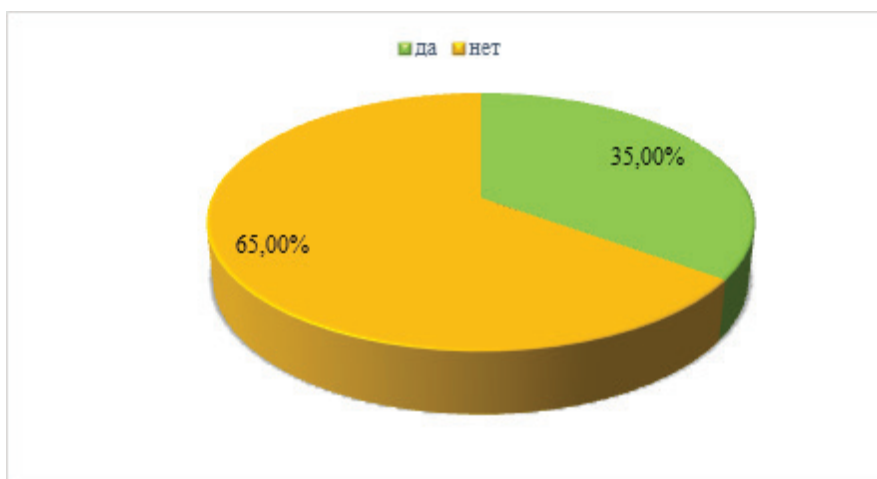


Рисунок 4 – Частота повреждения кожи у респондентов в результате эксориационных действий



Рисунок 5 – Локализация эксориационных действий

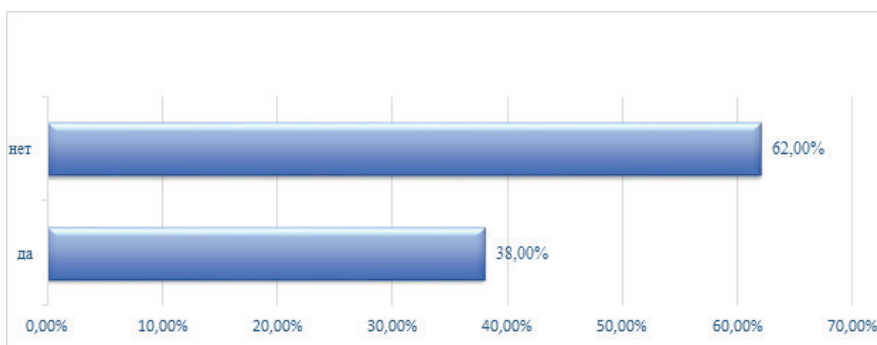


Рисунок 6 – Попытки противодействия эксориационным действиям

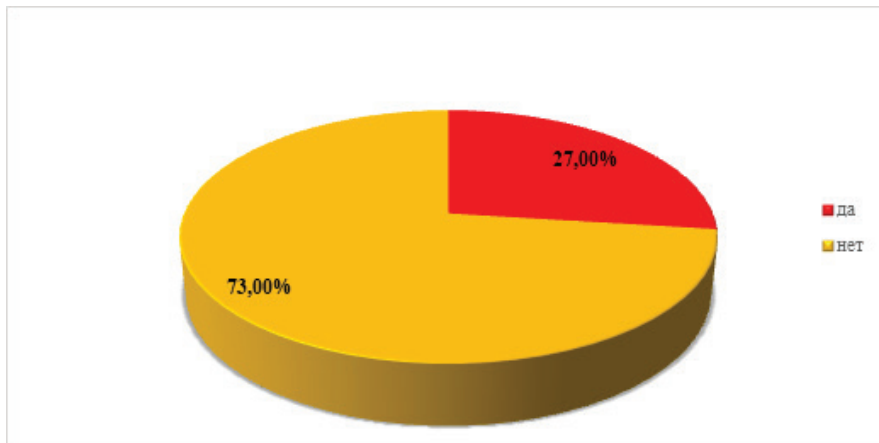


Рисунок 7 – Частота возникновения чувства вины при эксориационных действиях

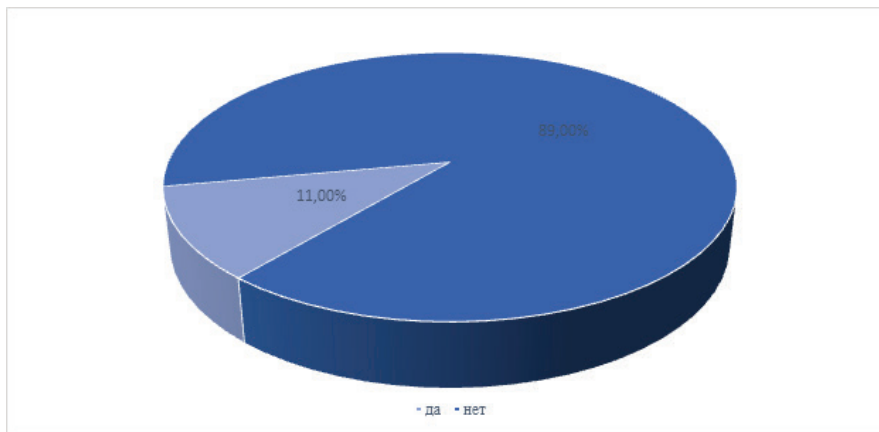


Рисунок 8 – Частота избегания определённых ситуаций из-за эксориационных действий

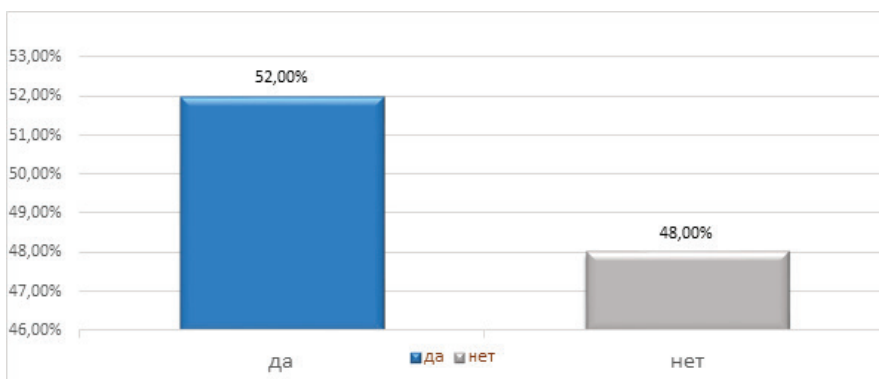


Рисунок 9 – Частота осознанности/неосознанности эксориационных действий

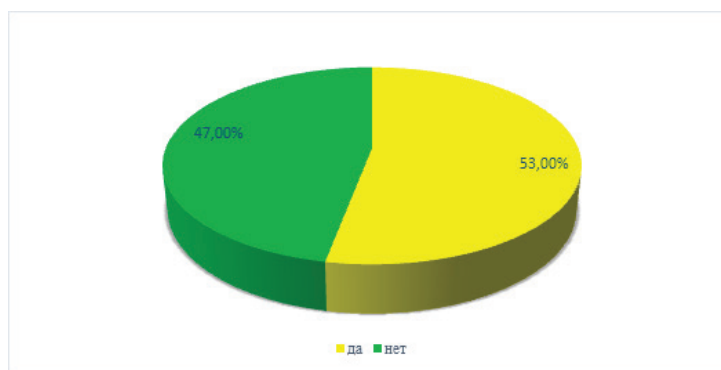


Рисунок 10 – Частота чувства облегчения и удовлетворения после эксориационных действий

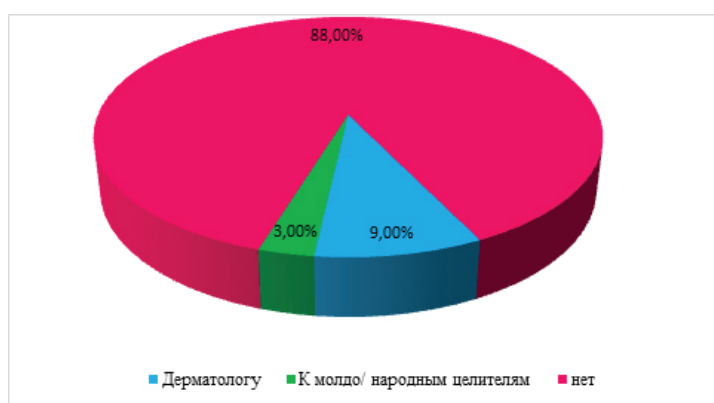


Рисунок 11 – Обращение к специалистам для предотвращения эксориаций

Корреляция между уровнем аффекта и ЭД	Привычка ковырять (расчесывать) кожу	Области ЭД	Частота ЭД	Повреждение кожи в результате ЭД	Избегание общественных мест	Попытки предотвращения ЭД	Обеспокоенность внешним видом как результат ЭД	Импulsивность в процессе эксориаций	Импulsивность в процессе ЭД	Облегчение в процессе ЭД	Удовлетворение в процессе ЭД
Личностная тревожность	0,3*	-0,01	0,4*	0,03	0,1	0,01	-0,1	0,11	0,4**	0,1	0,3*
Ситуативная тревожность	-0,2	-0,1	-0,087	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	-0,4**	0,2	0,12
Депрессия	0,1	-0,3*	0,080	0,1	0,2	-0,1	-0,1	0,12	0,1	0,15	0,3*

Примечание. * – достоверная корреляция ($P < 0,05$); ** – высоко достоверная корреляция ($p < 0,01$); «-» – обратная корреляция.

Рисунок 12 – Наиболее выраженные результаты корреляционного анализа



Рисунок 13 – Феномен развития эксориационных нарушений

3. Из всех респондентов только 9 % обратились за помощью к дерматологу, а 3 % – даже к молдо.

4. Выявлены множественные статистически значимые корреляционные связи между уровнем аффекта и признаками ЭР.

5. Чем выше уровень ЛТ, тем выраженнее частота ЭД, интенсивность ЭД, импульсивность ЭД, чувство удовлетворения от процесса ЭД.

6. Чем выше уровень депрессии, тем менее выражена область ЭД, с другой стороны – сильнее чувство удовлетворения, что свидетельствует об усилении самоагрессивных тенденций.

7. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в основе формирования ЭР находится сложное клинико-психологическое образование, состоящее из аффективных сдвигов в результате хронического дистресса и личностной реакции на него в виде искажённого восприятия образа «Я», что формирует замкнутый круг: «дистресс ↔ искажённое восприятие образа «Я» ↔ аффективные сдвиги ↔ ЭД ↔ ЭР ↔ аффективные сдвиги ↔ искажение восприятия образа «Я» ↔ эксориационные действия ↔ дистресс» (рисунок 13).

8. Данный феномен, свидетельствует о вероятности возникновения ЭР у студентов-медиков,

что следует учитывать при разработке методических и учебно-образовательных программ у студентов вузов с включением профилактических и психокоррекционных мероприятий по снижению уровня дистресса и развития симптомов ЭР.

Поступила: 21.06.24; рецензирована: 05.07.24; принята: 08.07.24.

Литература

1. МКБ -11 (ICD-11), глава 6: Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития. Статистическая классификация / под общ. ред. Г.П. Костюка. М.: «КДУ» «Университетская книга», 2021. С. 432.
2. Farhat L.C., Reid M., Bloch M.H. et al. Prevalence and gender distribution of excoriation (skin-picking) disorder: A systematic review and meta-analysis // J Psychiatr Res. 161: 412–418, 2023. DOI: 10.1016/j.jpsychires. 2023.03.034.
3. Сулайманова М.Р. Клинико-психологические механизмы развития дисморфических нарушений, с учётом пандемии COVID-19 / М.Р. Сулайманова, Л.А. Айдаралиева [и др.] // Вестник КРСУ. 2022. Т. 22. № 5. С. 102–107.
4. Сулайманова М.Р. Основы психопатологии в общей медицинской практике: учеб. пособие / М.Р. Сулайманова. 2-е изд., испр. и доп. Бишкек: Издательский дом КРСУ, 2024. 172 с.

5. Львов А.Н. Невротические экскорации, коморбидные инволюционной истерии / А.Н. Львов, М.А. Терентьева // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. № 6. С. 40–44.
6. McDonald K.A., Jafferany M., & Rohani K. (2020). Excoriation disorder versus skin-centered body dysmorphic disorder: A clinical and therapeutic update // *Dermatologic Therapy*, e13994.
7. J. Torales, N. Ruiz Díaz, I. Barrios, R. Navarro. Psychodermatology of Skin Picking (Excoriation disorder): A comprehensive review: A comprehensive review // *Dermatologic Therapy* 33, June 2020, (e13661): 1–7.
8. Тлиш М.М. Сложности диагностики аутодеструктивных дерматозов / М.М. Тлиш, М.И. Каргашевская, Т.Г. Кузнецова, Ф.А. Псавок // *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2019; 3 (12): 39–41. URL: https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/Slozhnosti_diagnostiki_autodestruktivnyh_dermatozov/ (дата обращения: 25.02.2024).
9. Snorrason I., Lee H.J. Assessing Excoriation (Skin-Picking) Disorder: Clinical Recommendations and Preliminary Examination of a Comprehensive Interview // *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 31; 19 (11): 6717. DOI: 10.3390/ijerph19116717. PMID: 35682303; PMCID: PMC9180539. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9180539/> (дата обращения: 25.02.2024).
10. Сулайманова М.Р. Исследование повышенного чувства неполноценности как потенциального эндофенотипического маркера экскорационного расстройства у студентов / М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова, Р.М. Мисиров // *Вестник КPCУ*. 2024. Т. 24. № 5. С. 119–127.