

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ И ПСОРИАЗОМ

С. Ю. Терентьев, Н. П. Ермошина, Н. В. Яковлева

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Представлен анализ значимости влияния симптомов экземы и псориаза на психологическое состояние пациентов. Экзема и псориаз рассматриваются как психосоматические кожные заболевания, в манифестации/обострении которых существенная роль принадлежит психогенным факторам.

Ключевые слова: экзема, псориаз, психология.

Изучение психологических особенностей у больных хроническими дерматозами является одной из актуальных проблем современной медицины. Пациенты с экземой и псориазом составляют соответственно 30-40% [18] и 18-20% [4] от общего числа больных кожными заболеваниями. Успех лечения этих дерматозов во многом зависит от комплексного подхода к данной проблеме, так как у таких больных выявлены сложные психосоматические и соматопсихические взаимоотношения [6].

Существует несколько этапов развития учения об экземе, когда главное значение в этиологии и патогенезе заболевания придавали нервной системе, эндокринно-метаболическим нарушениям, инфекционно-аллергическим факторам, генетической предрасположенности и иммунной недостаточности. Поскольку решающее значение тех или иных эндогенных и экзогенных факторов остаётся спорным, принято считать экзему полиэтиологическим заболеванием. По современным представлениям патогенез экземы включает комплекс дополняющих друг друга нейроиммуновегетодистонических, инфекционно-аллергических и метаболических механизмов [2].

У больных истинной экземой в период обострения процесса отмечаются характерные изменения вегетативной нервной системы: симпатическая направленность показателей тонуса и реактивности сердечно-сосудистой системы и усиленные экссудативные реакции кожи на введение гистамина [6]. Основное значение для определения прогноза течения болезни принадлежит психическим факторам, реализующим своё влияние на кожный процесс через вегетогуморальные звенья [2].

У больных псориазом можно констатировать проявления нарушения функций центральной, периферической и вегетативной нервной системы, эндокринных желёз, метаболические изменения, особенно выраженные при остром и распространённом псориазе [9].

Существует несколько концепций, объясняющих этиопатогенез псориаза. Наиболее распространёнными являются инфекционно-бактериологическая [1,18], инфекционно-вирусологическая [3,16], инфекционно-иммунологическая [4,17], нервно-эндокринная. Ни одна из гипотез не является полностью доказанной и

основным остаётся мультифакторальный подход к объяснению этиопатогенеза заболевания.

Мордовцев В. Н. (1991), Ginsburg I. H. (1996) пишут о генетической предрасположенности к псориазу, другие авторы [8] отмечают среди факторов риска возникновения заболевания стрессогенные, относя его к реестру психосоматических болезней.

Рахматов А. Б. (1990) обнаружил взаимосвязь между уровнем HLA-B13 и HLA-B17, нарушением биоэлектрической активности головного мозга и «невротическим» или «психотическим» профилем (по MMPI) у больных псориазом. Этот же автор выявил прямую зависимость между продолжительностью клинической ремиссии и эмоциональной устойчивостью пациентов.

По мнению Gupta M. A. Et al. (1996) в патогенезе псориаза и экземы важная роль принадлежит острой или хронической психотравмирующей ситуации.

Полотебнов А. Г., изучая патогенез хронических дерматозов, пришёл к выводу, что в их основе лежат функциональные нарушения нервной системы [12].

Разнатовский К. И. (1997) отмечает в 85% случаев связь между действием стресса и началом или обострением дерматоза, причём у мужчин, факторы, влияющие на стресс производственного, а у женщин - семейного характера [14].

Medansky R. S., Handler R. M. (1981) считают, что 80% кожных заболеваний имеют психогенную природу. С. И. Довжанский, С. Р. Утц (1992) отмечают, что начало и обострение хронических дерматозов тесно связано с эмоциональным потрясением.

Психогенные факторы вызывают изменения в коже посредством вегетативной нервной системы, гуморальных и сосудистых механизмов. Изменение просвета сосудов и притока крови к коже при частой и быстрой смене эмоций может подготовить почву для развития дерматозов, способствуя возникновению воспалительного процесса. Эти данные говорят о взаимосвязи переживаний индивида и изменений в коже. Окончательное понимание патогенеза хронических дерматозов может сформироваться только при изучении особенностей личности и организма в целом, так как именно от этих особенностей зависит чувствительность к стрессовым ситуациям. Этому способствует изучение возникновения психовегетативного синдрома - предболезненного состояния, важного звена патогенеза психосоматических расстройств, а так же вегетососудистой дистонии – одного из этапов развития психосоматической болезни [6].

Кроме того, наличие высыпаний на коже становится дополнительным психотравмирующим фактором, приводящим к снижению самооценки, вызывающим фрустрацию, проявляющуюся разнообразными дисфункциональными реакциями. Видимый косметический дефект может привести к социальной дезадаптации с потерей многих интересов [20]. Переживания больных с поражениями кожи открытых частей тела проявляются чувством стыда, скованностью. Они ощущают своё тело как «нечистое» и боятся, что окружающие считают их состояние заразным. Неуверенность при общении с другими людьми часто мешает устанавливать более близкие отношения. Больные стремятся к уединению. При длительном течении дерматозов нарастает замкнутость. Хроническое кожное заболевание может привести к формированию патологического развития личности, особенно в молодом возрасте [11].

При псориазе и экземе косметический дефект и нарушенные общественные отношения могут значительно снизить качество жизни пациентов и стать причиной

хронического стресса, который в свою очередь влияет на течение болезни и провоцирует её обострения [22].

В большинстве работ взаимосвязь кожной патологии и психологических нарушений рассматривается с позиции первичности заболеваний кожи [5]. Значительно меньше написано о первичности психических нарушений.

У больных псориазом и экземой отмечаются различные психологические особенности, а также личностные реакции на болезнь [11].

Хайрнасов Р. Р. (2005), используя в обследовании больных псориазом экспериментально-психологическую методику изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга; тематический апперцепционный тест; «Шестнадцатифакторный личностный опросник»; копинг-опросник П. Виталиано; методику «исследования механизмов психологической защиты»; проективный рисунок «Персона изнутри и снаружи»; торонтскую алекситимическую шкалу, пришёл к выводу, что такие больные испытывают чувство вины, имеют низкую фрустрационную толерантность. Они склонны к пассивным формам поведения. Им свойственно ограничение планирования, целеполагания, ожидания. Кроме того, этим больным присущи такие качества, как тревожность, эмоциональная неустойчивость, ранимость, зависимость, недоверие, замкнутость, избегание общества, настороженность, склонность к фантазиям и пассивному созерцанию происходящего. Помимо этого, для них характерно слабое использование механизмов психической защиты с достоверным снижением показателей «отрицания», «замещения», «вытеснения», безынициативность, уход от социального контакта, а также выделен феномен алекситимии [20].

Зайцева О. Г. (2000), используя в своих исследованиях ММРІ, личностный опросник Бехтеревского института (ЛЮБИ), методику самооценки Дембо-Рубинштейн, пришла к выводам, что у больных псориазом и экземой отмечается высокая комфорбидность и перекрытие симптоматики соматоформных расстройств с дистимией, неврастения, ипохондрия, тревожность; эмоциональная лабильность, «уход в болезнь», а также наблюдается тенденция к ограничительному поведению [6].

Ряд авторов применяли в исследованиях, помимо экспериментально-психологических методик, клинические и физиологические методики. Такой подход позволяет оценить состояние больных с системных позиций.

Якушкина Н. Ю. (2006), исследуя психологический статус больных хронической идиопатической экземой с помощью тестов Айзенка, Тейлор, Спилберга, САН, сделала вывод, что у этих больных повышена раздражительность и тревожность, кроме того отмечается низкий уровень САН. Оценивая при этом состояние эндокринной, вегетативной системы, системы крови, она пришла к выводу о разнонаправленном, но взаимосвязанном нарушении механизмов межсистемной интеграции [21].

И. И. Китаева (2003), используя шкалу тревожности Спилберга-Ханина, опросник депрессии Бэка, метод цветových выборов, шкалу жизненных событий Холмса и Рэя, сокращённый многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) для изучения психоневрологических синдромов у больных псориазом, определила у них более высокие средние показатели реактивной личностной тревоги, депрессии, выраженность психофизиологической дезадаптации, повышение стрессодоступности и снижение стрессоустойчивости. Кроме того, она отмечает у таких больных более выраженные тенденции к соответствию

нормативным критериям как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций организма, пессимистической оценке своих перспектив, эмоциональной лабильности. Состояние вегетативного тонуса оценивалось с помощью специальных анкет, разработанных Всероссийским центром вегетативной патологии, включающих «Опросник для выявления признаков вегетативных нарушений», заполняемый обследуемым, и «Схему исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», заполняемую врачом. Для более полной характеристики вегетативного тонуса в сердечно-сосудистой системе использовались вегетативный индекс Кердо и индекс минутного объема крови. Для изучения вегетативной реактивности использовались результаты исследования глазосердечного рефлекса Даньини-Ашнера. Исследование вегетативного обеспечения деятельности проводилось с помощью классического варианта ортоклиностагической пробы (проба положения), описанного в руководстве W. Birkmayer (1976). При этом у 71% обследованных больных отмечались вегетативные расстройства. У 66% пациентов констатировано наличие синдрома вегето-сосудистой дистонии. Доля пациентов с вегетативными нарушениями возрастала с увеличением длительности заболевания. Наличие вегетативной дисфункции не зависело от возраста начала, формы, стадии и типа течения дерматоза. Были выявлены положительные корреляции выраженности вегетативных нарушений с длительностью дерматоза и неблагоприятным характером течения заболевания. У пациентов, страдающих псориазом, преобладал тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Таким образом, был сделан вывод о том, что больных псориазом характеризует высокая частота вегетативных нарушений (71%), в основе которых лежат нарушение баланса между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатикотонии, нарушение адекватности вегетативного реагирования и вегетативного обеспечения деятельности [7].

Исходя из вышеизложенного следует, что для больных экземой характерна склонность к психастеническим реакциям, шизоидный тип мышления, повышенная ситуационная личностная тревожность, сниженный уровень субъективного самочувствия, повышенный уровень депрессии, психологическая дезадаптация, снижение качества жизни, напряжение защитных психологических механизмов отрицания [19].

К психологическим особенностям пациентов, страдающих псориазом относятся: маниакальный тип мышления, психологическая дезадаптация, снижение уровня субъективного самочувствия и качества жизни, напряжение защитных психологических механизмов отрицания и вытеснения [19]. Кроме того, для таких больных психологические, особенно эмоциональные факторы, наряду с физическими проблемами, играют одну из ведущих ролей в восприятии качества жизни [13]. У этих пациентов отмечаются ипохондрические и истерические состояния, наряду с шизоидными и паранойяльными нарушениями, увеличение выраженности конфликтности [15], чрезмерная обидчивость, подозрительность, застреваемость на аффекте, пессимистическая оценка перспектив, дезадаптация систем доверия и зависимости, мнительность [10].

При исследовании состояния вегетативной нервной системы у больных хроническими дерматозами отмечены повышенная симпатическая и парасимпатическая активность вегетативных центров в состоянии покоя, избыточное вегетативное обеспечение деятельности, нарушение вегетативных

рефлексов. Эти расстройства носят неспецифический характер и свидетельствуют о нарушении процесса адаптации с истощением функциональных резервов организма [19].

Выводы

- 1) У больных псориазом и экземой встречаются психоэмоциональные нарушения, оказывающие отрицательное влияние на течение этих дерматозов.
- 2) Выявленные расстройства возникают либо первично, и на их фоне развивается хронический дерматоз, либо вторично - на фоне дерматоза.
- 3) Применение в исследованиях, помимо психологических, клинических и физиологических методик позволяет оценить состояние больных с системных позиций.
- 4) Для комплексного этиопатогенетического лечения больных псориазом и экземой необходимы своевременная диагностика и коррекция психосоматических расстройств, проведение медико-психологической реабилитации этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов А.А. Некоторые клинико-эпидемиологические и психо-сексуальные аспекты псориаза / А.А. Антонов, Н.С. Немков, Л.Н. Провизион // Сов. медицина. - 1997. - №7. - С. 76-79.
2. Белоусова Т.А. Нейрогенные факторы патогенеза экземы: дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Белоусова.- М., 1984. - 162 с.
3. Довжанский С.И. К вопросу о заболеваемости псориазом / С.И. Довжанский, Н.Е. Никифорова, А.П. Суворов // Вестн. дерматологии и венерологии. - 1976. - №4. - С. 54-58.
4. Довжанский С.И. Псориаз и псориазическая болезнь / С.И. Довжанский, С.Р. Утц. - Саратов: Изд-во СГУ, 1992. - Ч. 2. - 95 с.
5. Зайновски К. Особенности отношения к болезни у больных псориазом./ К. Зайновски, У. Хаустен, П. Винецки // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и психосоматической патологии: сб. науч. тр.- Л.: Ленингр. науч.- исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1990. - С. 38- 43.
6. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами: дис. ... канд. мед. наук / О.Г. Зайцева.- Краснодар, 2000.- 124 с.
7. Китаева И.И. Психоневрологические синдромы у больных псориазом: автореф. дис... канд. мед. наук / И.И. Китаева. - Н. Новгород, 2003. - 27 с.
8. Кошевенко Ю.Н. Опыт естественного оздоровления больных психосоматическими дерматозами (на примере псориаза) / Ю.Н. Кошевенко // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: сб. тр. юбил. конф., посвящ. 5-летию каф. кожных и венерических болезней педиатр. ф-та РГМУ. - М., 1997. - С. 121-124.
9. Мордовцев В.Н. Псориаз / В.Н. Мордовцев, Г.В. Мушет, В.И. Альбанова.- Кишинёв: Штиница, 1991. - 187 с.
10. Мушет Г.В. Изменение психоэмоциональной сферы у больных псориазом / Г.В. Мушет, А.М. Ямковой // Здоровоохранение (Кишинёв).- 1988. - №3. - С. 14-16.
11. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование / В.В. Николаева. - М.: Изд-во МГУ, 1987. - 166 с.
12. Полотебнов А.Г. Нервные болезни кожи / А.Г. Полотебнов.- М.: Медицина, 1972. - 196 с.

13. Психологические аспекты качества жизни у больных псориазом / Т.В. Раева [и др.] // Рос. журн. кожных и венерических болезней. - 2006. - №4. - С. 32-35.
14. Разнатовский К.И. Роль социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов в развитии гемодинамических, микроцеркуляторных и гормональных нарушений при дерматозах ладонно-подошвенной локализации и методы их комплексной нейрорегуляторной коррекции: дис. ... д-ра мед. наук / К.И. Разнатовский. - СПб., 1997. - 290 с.
15. Рахматов А.Б. Психоэмоциональный статус больных псориазом / А.Б. Рахматов, Р.Г. Школьник // Вестн. дерматологии и венерологии. - 1987. - №7. - С. 66-68.
16. Рахматов А.Б. Причины клинического полиморфизма и факторы риска псориаза: дис. ... д-ра мед. наук / А.Б. Рахматов. - Ташкент, 1990.
17. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: учебник / Ю.К. Скрипкин, А.Л. Машкилейсон, Г.Я. Шарапова. - М.: Медицина, 1997. - 462 с.
18. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей / Ю.К. Скрипкин, В.Н. Мордовцев. - М.: Медицина, 1999.
19. Сухарев А.В. Медико-психологическая коррекция в условиях дерматологического стационара / А.В. Сухарев, Р.Н. Назаров // Рос. журн. кожных и венерических болезней. - 2006. - №4. - С. 25-27.
20. Хайрнасов Р.Р. Исследование психологических характеристик мужчин, больных псориазом, в связи с задачами психокоррекционной работы: дис. ... канд. психол. наук / Р.Р. Хайрнасов. - Самара, 2005. - 121 с.
21. Якушкина Н.Ю. Коррекция психонейроэндокринного статуса и качества жизни больных хронической идиопатической экземой: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Ю. Якушкина. - Курск, 2006. - 22 с.
22. Panconesi E. Psychophysiology of Stress in Dermatology / E. Panconesi, G. Hautmann // Dermatologic Clinics. - 1996. - Vol. 46, №3. - P. 399-421.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ECZEMATOUS AND PSORIATIC PATIENTS

S.Yu. Terentyev, N.P. Ermoshina, N.V. Yakovleva

The significance of the effect of symptoms in eczema and psoriasis on the psychological status of the patients is analyzed. Eczema and psoriasis are considered as psychosomatic skin diseases, manifestation/exacerbation psychogenic factors being of great importance.

Key words: Eczema, psoriasis, psychology

Ермошина Надежда Петровна – заведующая курсом дерматовенерологии кафедры инфекционный болезней с курсом инфектологии, к.м.н., доцент ФПДО ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru
Яковлева Наталья Валентиновна - заведующая кафедрой психологии, к.псих.н, доцент ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru