



Валиуллина Альбина Рауфовна

магистрант

Нурмухаметова Ирина Фасхутовна

канд. психол. наук, доцент, преподаватель

ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет»

г. Уфа, Республика Башкортостан

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Аннотация: как отмечают авторы данной работы, псориаз – это хроническая кожная болезнь с неизвестной причиной, которая проявляется поражением кожи, имеет генетическую и иммунологическую основы. В обзоре научной статьи представлены исторические и современные взгляды на психологический аспект патогенеза псориаза, необходимость поиска новых подходов к лечению и профилактике данного заболевания.

Ключевые слова: псориаз, патогенез, психодерматология, психосоматический, психологический.

Псориаз является одним из немногих кожных заболеваний, которые, без преувеличения, представляют собой проблему как медико-социального, так и медико-психологического характера. В силу своего негативного влияния на качество жизни человека не меньше, чем при других серьезных хронических заболеваниях, таких как рак, гипертензия, диабет, артриты, болезни сердца или депрессия [7], псориаз относится к болезням с неизвестной этиологией и отсутствием целостного представления о патогенезе заболевания.

К развитию заболеваний кожи может приводить множество причин и полноценное понимание патогенеза хронических дерматозов сможет сформироваться только при комплексном изучении данного заболевания: изучении особенностей личности и организма в целом, так как именно от этих особенностей зависит чувствительность к стрессовым ситуациям. Наибольший интерес для

дерматолога представляют, прежде всего, психосоматические болезни. Психосоматические болезни с кожными поражениями представляет собой соматические расстройства, которые возникают под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности психических воздействий, испытанных кожным больным в прошлом или в настоящее время [3].

В начале XVIII века, W. Falkoner впервые предпринял попытку связать активность кожного процесса с нарушением иннервации поражённых участков кожи, и это стало началом психосоматического подхода в дерматологии [2]. В дальнейшем данная теория патологической иннервации кожи достаточно долгое время служила предметом дискуссии. Наряду с этой концепцией рассматривалось происхождение «nevроза кожи», который выделил E. Wilson. «Невроз кожи» автор определял, как кожное заболевание, в основе которого лежит тот или иной «невротический конфликт».

Изучив соответствующую научную литературу и практические исследования авторов, мы видим, что отнесение псориаза к разряду психосоматических заболеваний кожи основано на огромном клиническом материале, который позволяет нам проследить взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией дерматоза [8]. Если сам факт этой взаимосвязи не вызывает сомнений, то пути реализации нейроокутанных воздействий во многом остаются для нас неясными [12].

Провоцирующая роль психогенных факторов на возникновение и течение псориаза отмечалась многими исследователями. Так, например, В.Д. Тополянский и М.В. Струковская подчёркивали значение нервно-психических факторов: ими описаны многочисленные наблюдения, которые подтверждают роль психогенной травмы, умственного переутомления в происхождении и развитии псориаза [13]. По исследованиям С.И. Довжанского, у 52,5% больных обострение псориаза наблюдались после острых нервно-психических потрясений, отрицательных эмоций и нервного перенапряжения. С тяжёлыми психическими потрясениями и выраженнымми негативными эмоциями развитие псориаза связывали более

50% больных, причем надо отметить, что интервал между причиной и следствием у 1/3 этих больных составлял около 2–14 дней, а у остальных – не более 3 недель [4]. Толчком к возникновению болезни могут быть несчастные случаи или смерть близких, конфликты на службе или семейные ссоры или же, общественные проблемы, нравственные потрясения, тяжкие заботы, нанесённые обиды и многие другие негативные последствия.

Помимо чисто временной зависимости между воздействием эмоционального стресса и проявлениями каждой патологии, нередко отмечается такая особенность, как четкая параллель между тяжестью, распространённостью, активностью течения, давностью заболевания и интенсивностью психоэмоциональных расстройств. Данные зарубежных исследований (K.N. Basavaraj, M.A.Navya, R.Rashmi), посвящённых изучению развития псориаза, показали, что обострение псориаза на протяжении 4 недель после воздействия стрессового события можно ожидать более чем у 80% страдающих этой болезнью [1]. Однако после распределения больных на группы по степени тяжести стрессового события (высокая степень стресса или низкая степень стресса) было выявлены существенные различия: больные с высокой степенью стресса чаще жалуются на ухудшение состояния, обнаруживают более высокие показатели по индексу PASI и предъявляют больше жалоб, которые связаны с болезнью, чем больные низкой степенью стресса [10]. Сведения о наличии корреляции между стрессом и обострениями псориаза подтверждаются также психотерапевтическими исследованиями. Так, методики улучшения релаксации и совладания со стрессом привели не только к улучшению самочувствия, но и к нормализации состояния кожи.

Следовательно, псориаз имеет в своём развитии, прежде всего, генетическую и иммунологическую основу, психогенные же факторы играют опосредованную роль, то есть выступают в качестве звена в череде последовательных событий и приводят к возникновению или обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза.

Вместе с тем, детальное изучение патогенеза дерматоза, в частности, исследование обмена и функций нейропептидов, которые во многом предопределяют

течение патофизиологических процессов при псориазе, позволяет объективизировать механизмы психогенного воздействия на кожный процесс и свидетельствует о значимой роли психических травм и неблагоприятных ситуаций в развитии и течении заболевания [11]. Реализация генетической программы, приводящей к манифестации псориатического процесса, осуществляется под контролем и при участии нейро-эндокринной системы. В тоже время именно нейро-эндокринная система первая реагирует на внешние воздействия (стресс), то есть является своеобразным посредником между внешней средой и кожным покровом.

Необходимо отметить, в настоящее время кожу рассматривают как лимфоэпителиальный орган, который обеспечивает лимфоцитам оптимальное окружение и условия для реализации иммунного ответа. Всё это позволяет считать кожу органом, непосредственно участвующим как в реакции организма на стресс, так и в осуществлении иммунного ответа [5]. Особый интерес представляет исследование В.И. Кулагина, О.В. Павловой [11], в котором авторы рассматривают проблемы патогенеза атопического дерматита и псориаза у больных, которые страдают шизофренией. Полученные данные заставляют нас пересмотреть распространённые представления о том, что дерматоз может быть первичным либо вторичным по отношению к нервно-психическим расстройствам. Иными словами, рассматривая принцип целостности организма, мы видим, что одни и те же патологические процессы, которые на нервно-психическом уровне проявляются в виде раздражительности, утомляемости, склонности к депрессии, тревожности и т. д., на уровне кожи они проявляются в виде высыпаний. Если основой атопического дерматита, по мнению исследователей, является общебиологический механизм персеверации (повторного ответа), то основой псориаза является общебиологический механизм ретенции (задержанного ответа), который имеет отношение к состоянию тревоги и реакции организма на стресс, однако обеспечивает не столько разрядку возбуждения в том или ином звене функциональной системы, сколько сохранение инертности такого звена. Именно этим и можно объяснить полученные другими исследователями данные, согласно которым

личностная тревожность при псориазе выше реактивной [6]. Таковы проявления действия механизма ретенции на психологическом уровне. Частое совпадение обострений псориаза с обострениями шизофрении, вероятно, указывает на роль подготовительной фазы тревоги (в соответствии с механизмом ретенции) при том и другом заболевании.

Кроме того, переживания больных с дефектами кожи открытых частей тела проявляются чувством стыда и скованностью. По мнению В.В. Николаева, хроническое кожное заболевание может привести к формированию патологического развития личности, особенно это проявляется в молодом возрасте [9]. Поскольку, люди, в связи подобным заболеванием, часто чувствуют себя отвергнутыми, ощущают своё тело как «нечистое» и боятся, что окружающие считают их заразными. В свою очередь неуверенность при общении с другими людьми очень часто мешает устанавливать более близкие отношения: больные предпочитают находиться в одиночестве, что при длительном течении дерматозов перерастает в замкнутость.

Таким образом, можно заключить, что в основе возникновения и развития псориаза лежит выраженный психоэмоциональный компонент, в то же время заболевание оказывает существенное влияние на психику, личность пациента. Более того, косметический дефект, хроническое течение формируют в общей клинической картине псориаза выраженные психические расстройства, влияющие на качество жизни, дезадаптируя личность в социальном плане.

В настоящее время становится всё более очевидным, что привычное разделение между «органическими» и «функциональными» заболеваниями основано на спорных предпосылках изученных нами мнений авторов. Получены дальнейшие подтверждения того, что болезнь часто возникает вследствие влияния множественных факторов, в частности, при псориазе. В связи с этим возникает особый интерес к роли, которую могут играть психологические и социальные факторы, как очаги проявления данного заболевания.

В заключении отметим, в современном мире практическая медицина расширяет своё поле зрения: больной больше не является лишь носителем какого-либо

заболевшего органа, в частности кожи, и поэтому необходимо большее внимание уделять общему лечению больного, так как болезнь – это следствие неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включён. Проводя терапию псориаза, ассоцииированного с психическими расстройствами, наиболее целесообразным будет считаться комплексный подход, который будет сочетать в себе использование не только дерматотропных и психотропных средств, но и введение в лечение разработанной психокоррекционной программы, которая будет нацелена на скорейшее выздоровление больного.

Список литературы

1. Basavaraj K.H., Navya M.A., Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update // International Journal of Dermatology. 2011. – Vol. – 50. – №7. – P. 783–792.
2. Falconer W. Dissertation on the Influence of the Passions Upon Disorders of the Body. – London: Dilli a. Phillips, 1788.
3. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №1. – С. 51–56.
4. Довжанский С.И., Пинсон И.Я. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псориаза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №1. – С. 14–19.
5. Катунина О.Р. Иммунная система кожи и её роль в патогенезе псориаза // Вестн. дерматол. – 2005. – №1. – Сибирский медицинский журнал. – 2013. – №3. – С. 19–22.
6. Керимов С.Г., Исмайлова М.Ю. Особенности психоэмоционального состояния больных псориазом в период обострения // Первый конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ. – СПб, 2003. – Т. 1. – С. 47.
7. Корсунская И.М. Псориаз. Стратегия терапии псориатической болезни / И.М. Корсунская, М.М. Резникова // Consiliummedicum. – 2004. – №3 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com>

8. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В. Психосоматический больной на приёме у врача. – СПб., 1994. – 167 с.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование / В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 166 с.
10. Нимайер Ф., Купфер Й. Образовательные программы в дерматологии: данные доказательных исследований при атопическом дерматите и псориазе / Пер. с англ. // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2008. – №1. – С. 11–21.
11. Павлова О.В. Иммуномодулирующая терапия псориаза у больных с сопутствующими шизотипическими расстройствами // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №4. – С. 21–23.
12. Павлова О.В. Проблемы современной психодерматологии. – М., 2004. – 165 с.
13. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
14. Якубович А.И., Новицкая Н.Н., Баранчук Н.И. Психосоматические аспекты патогенеза псориаза [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticeskie-aspekty-patogeneza-psoriaza>