

УДК: 159.923:615

© Чаріті Джастін Такйун, 2016 р.

orcid.org/0000-0002-6332-9263

dx.doi.org/10.5281/zenodo.44917

Чаріті Джастін Такйун
Національний університет
імені В.Н.Каразіна, м. Харків

ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРМАТОЗІВ

Ряд шкірних захворювань (атопічний дерматит, псоріаз, екзема та ін.) відносять до психосоматичних захворювань. У багатьох хворих з афективними розладами з'являється висип на шкірі та свербіння. У свою чергу, хвороба сприяє виникненню негативних емоційних реакцій на сам факт її існування, на оточуючих, що ще більше посилює патологічний шкірний процес. Реакція хворих дерматологічного профілю зумовлена поширеністю і характером ураження і преморбідними особливостями особистості. Окремий аспект проблеми містить питання коморбідності шкірних проявів з невротичними розладами.

Ключові слова: дерматоз, психосоматика, шкіра, нозогенії.

Чарити Джастин Такйун

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОЗОВ

Ряд кожных заболеваний (атопический дерматит, псориаз, экзема и др.) относят к психосоматическим заболеваниям. У многих больных с аффективными расстройствами появляется сыпь на коже и зуд. В свою очередь, болезнь способствует возникновению негативных эмоциональных реакций на сам факт ее существования, на окружающих, что еще больше усиливает патологический кожный процесс. Реакция больных дерматологического профиля обусловлена распространенностью и характером поражения и преморбидными особенностями личности. Отдельный аспект проблемы включает вопросы коморбидности кожных проявлений с невротическими расстройствами.

Ключевые слова: дерматоз, психосоматика, кожа, нозогении.

Charity Justin Tuckyun

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF DERMATOSIS

A number of skin diseases (atopic dermatitis, psoriasis, eczema, etc.) are referred to psychosomatic diseases. A lot of patients with affective disorders develop skin rash and pruritus. In its turn, the disease facilitates the appearance of negative emotional reactions to the very fact of its existence, to the people around, which makes the pathological skin process even worse. The reaction of the patient of dermatological profile is conditioned by the prevalence and character of affection and premorbid features of personality. A certain aspect of the problem includes the questions of comorbidity of skin manifestations with neurotic disorders.

Keywords: dermatosis, psychosomatics, skin, nosogeny.

Постановка проблеми. Шкірні захворювання є широко поширеними. Дерматозами страждає понад 20% населення, проте, за медичною допомогою звертається менше $\frac{1}{4}$ хворих. Шкіра не тільки найбільший за розмірами орган людського тіла, а й біологічний бар'єр. Крім того, її стан сильно впливає на самовідчуття людини і сприйняття його оточуючими. Гострі та хронічні порушення нормальної функції шкіри в тій, чи іншій мірі позначаються на діяльності всього організму. Захворювання шкіри мають багатоаспектну шкідливу дію, викликаючи не тільки локальні порушення, але і погіршення стану здоров'я і звуження соціальних можливостей [3; 4; 10; 11; 19; 27; 28 та ін.].

Мета статті – здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми психосоматичних аспектів дерматозів.

Перші дані з психодерматології стали з'являтися ще в кінці 18 ст. Це пов'язано з ім'ям W. Falconer, яким була зроблена спроба пов'язати активність шкірного процесу з порушенням іннервації уражених ділянок шкіри [1]. З плином часу теорія патологічної іннервації шкіри була основою формування концепції «неврозу шкіри». Засновник віденської дерматологічної школи F. Hebra в якості одного з основних етіологічних факторів екземи розглядає безпосередній вплив психоемоційного стану хворого [1].

П.В. Нікольській припустив про наявність тісного зв'язку екзематозного процесу з симптомокомплексом, властивим істерії [8]. L. Brocq, L. Jacquet ввели термін «нейродерміт», у початковому варіанті – «психонейродерміт». J.H. Stokes ввів термін «психонейрогенний фактор» для опису реакцій особистості пацієнта з захворюванням шкіри на психотравмуючу ситуацію. W. Sack підкреслював тісні зв'язки між шкірними покриттями і психікою. W. Sack пропонує вважати стан шкіри одним з показників стану психіки індивідуума [1].

В рамках психоаналітичного напрямку шкіра розглядається як один з основних каналів довербального спілкування, по якому афект передається соматично і стає доступний спостереженню. Порушення комунікативного каналу, пов'язане з маніфестацією симптомів захворювання, викликає довербальну травму як результат реакції матері на хворобливі реакції дитини, що закріплює патологічні тілесні симптоми [1].

F. Alexander підкреслював, що шкіра має властивість специфічної органічної схильності до реакції на стрес [15]. У відповідності з теорією специфічного психодинамічного конфлікту, F. Alexander створює концепцію інтрапсихічної природи механізмів екзацерації шкірного захворювання. Її основою є психологічні конфлікти. Сучасні психодерматологи, слідом за F. Alexander, розглядають шкіру як орган, найбільш уразливий для стресогенного впливу завдяки поєднанню ряду чинників (рис.1): генетичної і конституціональної схильності; емоційних впливів, опосередкованих

центральною нервовою системою; інтрапсихічними процесами, що включають самооцінку, індивідуальність, еротизм, схильність до конверсії.

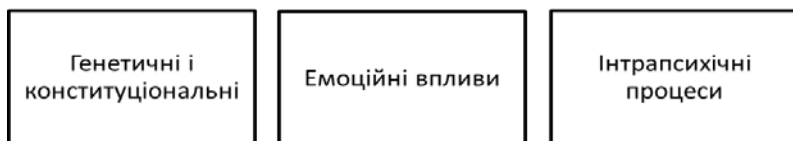


Рис. 1. Чинники стресогенного впливу на шкіру.

На відміну від багатьох дослідників психоаналітичного напрямку, на думку яких генезис соматичних порушень обумовлений суто психологічними механізмами, F. Alexander, виділяє проміжну ланку – патофізіологічні (вроджені чи набуті) порушення, які, з одного боку, провокують і підтримуються психогенними факторами, а з іншого – здатні приводити до реальних морфологічних змін шкіри. Автор наводить опис «порочного кола» при сверблячих дерматозах, коли тривале розчісування під впливом стресу веде до зміни структури шкірного покриву і шкірної чутливості до зовнішніх подразників.

R. Griesemer [за 1], що обстежив хворих з різними дерматозами, 76% з екземою верхніх кінцівок і 70% з atopічним дерматитом, відзначає тригерну роль психоемоційного чинника. С. Koblenzer повідомляє про 81% хворих на atopічний дерматит, чий стан погіршується в результаті перенесеного емоційного стресу [1]. Т.В. Раєва [12] виділяє несприятливі дії, що сприяють дебюту і рецидиву дерматозу. Психотравмуючі ситуації різної тяжкості і тривалості виявлені в 47,2% випадків. Диференціація стресогенних факторів, у тому числі за гендерною ознакою, також представлена Т.В. Раєвою більш докладно: у жінок переважають сімейні стресори, у чоловіків – виробничі. При цьому 34% хворих відзначають дебют або рецидив шкірного захворювання через 1-2 дні після стресогенного впливу (важкого – 28% спостережень, легкого або середнього ступеня вираженості в інших випадках). А. Picardi і D. Abeni для більш повного пояснення «психосоматичного ефекту» шкірних захворювань вважають за доцільне досліджувати додаткові фактори хронічного стресу, а також верифікувати сприйняття стресу хворим [15].

Однією з найбільш поширених форм психодерматологічної патології є нозогенія, які обумовлені психотравмуючим впливом шкірного захворювання, пов'язаним з суб'єктивно тяжкими проявами хвороби, соціальною стигматизацією, обмеженнями у побутовій та професійній діяльності. Згідно А.Б. Смулевічу, нозогенні реакції включають дві основні складові:

психогенну (семантика діагнозу, побоювання соціальних наслідків захворювання, труднощі подолання його проявів) і біологічну, обумовлену соматично зміненим ґрунтом (важкі прояви захворювання, накопичення психічних розладів певних психопатологічних реєстрів, асоційованих з соматичною патологією) [13].

Формування іпохондричного розвитку відбувається у випадках, коли в якості ведучого, який зумовлює патологічну динаміку особистості фактора, виступає психотравмуюча ситуація хронічного шкірного захворювання. Серед стресогенних факторів, що впливають на формування нозогеній, в першу чергу необхідно вказати тривалість шкірного захворювання, що протікає з вираженим свербінням, а в частині випадків – з косметичним дефектом.

А. Рікарді зі співавт. в результаті обстеження пацієнтів з псоріазом, акне, алопецією, кератозом та ін. робить висновок, що розвиток психічних розладів на тлі хронічних дерматозів пов'язаний з локалізацією висипань.

Як найбільш поширений психічний розлад, що обумовлений стресогенним впливом хронічних дерматозів, розглядається депресія. За даними G. Schneider зі співавт. [1], у 70% хворих дерматозами реєструються переважно депресії; 50% пацієнтів потребують спеціалізованої медичної допомоги. За даними M. Gupta і A. Gupta, тяжкість коморбідної депресії безпосередньо корелює з виразністю свербіння і шкірних висипань при псоріазі; полегшення шкірних симптомів асоційоване з редукцією афективних розладів [за 15].

Деякі автори рекомендують обстежити всіх пацієнтів з акне молодого і юнацького віку на наявність депресії. V. Henkel зі співавт., прагнучи підкреслити виражений стресогенний вплив вугрів, пропонують відносити всіх хворих вугровою хворобою до групи суїцидального ризику.

В ряду конституційних аномалій, що призводять до маніфестації психогеній, переважають характерологічні девіації істеричного, шизоїдного і психастенічного круга. Найбільш вразливою категорією в плані нозогенних реакцій є молоді жінки з розладами особистості драматичного кластеру. Загроза втрати зовнішньої привабливості пов'язана в цих випадках з формуванням зтяжених гіпотимічних станів. При акне навіть легкі і середньотяжкі форми висипань можуть призводити до депресії, подібної по глибині як при важкому псоріазі. М.А. Колесніков виділяє у хворих екземою астенодепресивні, тривожні і іпохондричні реакції, типологічна характеристика яких обумовлена преморбідними особливостями особистості [за 7].

За даними В.Ю. Єлеського [2], який вивчав психічні розлади у хворих на псоріаз, в 70,6% випадків виявляються психічні розлади непсихотичного реєстру: психологічно зрозумілі реакції, аномальні реакції і па-

тологічний розвиток особистості. Такі розлади виникають внаслідок психогенного і соматогенного впливу дерматозу.

За спостереженнями Т.В. Раєвої, при локалізованих формах дерматозів з рідкими рецидивами відзначаються переважно депресивні невротичні реакції, які є початковим етапом формування психічних розладів у хворих зі шкірною патологією. Підґрунтя, що обумовлює повторні невротичні реакції, з часом за механізмом сенсibilізації набуває нових якостей, що в свою чергу сприяє виникненню розгорнутих психічних розладів, які автор кваліфікує як психопатологічний стан невротичного рівня. Поширені форми дерматозів супроводжуються стійкими невротичними станами (депресивними, астенодепресивними і тривожно-депресивними) [15].

У дослідженні Л.М. Дубровіної змішаний тип психологічного реагування на хворобу з переважно інтерпсихічною спрямованістю формується у 51,9% підлітків, які страждають на atopічний дерматит.

Важкий перебіг atopічного дерматиту характеризується зниженням рівня самопочуття, активності і настрою у 84,6% дітей підліткового віку, підвищенням значень особистісної тривожності у 66,7%, інтрапсихічними патернами поведінки (63,2%) з переважанням тривожного типу, що свідчить про «відхід у хворобу».

У дітей з atopічним дерматитом підліткового віку знижується рівень самопочуття, активності, настрою, відзначається підвищення значень особистісної та ситуативної тривожності.

Висновки. Ряд шкірних захворювань (atopічний дерматит, псоріаз, екзема та ін.) відносять до психосоматичних захворювань.

У багатьох хворих з афективними розладами з'являється висип на шкірі та свербіння. У свою чергу, хвороба сприяє виникненню негативних емоційних реакцій на сам факт її існування, на оточуючих, що ще більше посилює патологічний шкірний процес.

Реакція хворих дерматологічного профілю зумовлена поширеністю і характером ураження і преморбідними особливостями особистості. Окремий аспект проблеми містить питання коморбідності шкірних проявів з невротичними розладами.

Отже, незважаючи на доволі тривалий шлях психодерматології та безумовні надбання у цій галузі знань, ще залишаються невизначеними деякі можливі питання, зокрема потребує подальшого вивчення віковий аспект психологічних аспектів дерматозів.

Перспективою подальших досліджень є вивчення особливостей протікання дерматозів в підлітковому віці, індивідуально-психологічні і гендерні особливості підлітків з патологією шкіри.

Література

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.; пер с англ. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 373 с.
2. Елецкий В.Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом (клинико-терапевтические аспекты) / Елецкий В.Ю. — Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1986. — С. 4-5.
3. Иванов О.Л. Психодерматология: история, проблемы, перспективы / О.Л. Иванов, А.Н. Львов, В.В. Остришко, В.С. Новоселов, Д.Б. Колесников // Рос. журн. кожн.-вен. бол. — 1999. — №1. — С. 28-38.
4. Иванова И.Н. Психологические аспекты атопического дерматита. / И.Н. Иванова, А.А. Антониев // Вестн. дерматол. и венерол. — 1991. — № 11. — С. 38-42.
5. Кошевенко Ю.Н. Психосоматические дерматозы в косметологической практике. Особенности клиники, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации / Ю.Н. Кошевенко // Рос. журн. кожн.-вен. бол. — 1999. — № 6. — С. 60-65.
6. Никольский П.В. Причины кожных болезней (Вступительная лекция, читаемая в Императорском Варшавском университете 1-го сент. 1900 г.) / П.В. Никольский. — Варшава, 1901. — 13 с.
7. Павлова О.В. Основы психодерматологии / О.В. Павлова. — М.: ЛКИ, 2007. — С. 4-50.
8. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина. Психические расстройства в общей медицине / А.Б. Смулевич. — М., 2007. — С. 3-10.
9. Терентьева М.А. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах / М.А. Терентьева, Т.А. Белоусова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — № 6. — С. 270-272.
10. Хомуленко Т.Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід. Навчально-методичний посібник / Т.Б. Хомуленко, І.О. Філенко, К.І. Фоменко, О.С. Шукалова, М.В. Коваленко. — Х.: Диска плюс, 2015. — 264 с.
11. Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти / Т.Б. Хомуленко, Я.О. Василенко, М.В. Коваленко // Вісник ХНПУ імені Г.С.Сковороди. Сер. Психологія, Вип. 49. — Х.: ХНПУ, 2014. — С. 176-192.
12. Alexander F. Psychosomatic medicine / Alexander F. — New York: Norton, 1950. — P. 190-229.
13. Arima M. Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using a psychological test / M. Arima, Y. Shimizu, J. Sowa // J. Dermatol. — 2005. — №32 (3). — P. 160-168.
14. Brocq L. Notes pour servir a l'histoire des neurodermatites / L. Brocq, L. Jacquet // Ann. Dermatol. Syphiligraphie. — 1891 — № 97. — 193 p.
15. Brocq L. Acne excoriée des jeunes filles / L. Brocq // Rev Gen Clin Ther 1898. — № 12. — P. 193-200.
16. Buske-Kirschbaum A. Psychobiological Aspects of Atopic Dermatitis / A. Buske-Kirschbaum, A. Geiben, D. Hellhammer // Overview Psychother. Psycho-som. — 2001. — №70. — P. 6-16.

17. Champion R.H. Atopic dermatitis / R.H. Champion, W.E. Parish // Textbook of dermatology. — Oxford: Blackwell Scientific Publications. — 1994. — P. 589-610.

18. Charman C.R. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema / C.R. Charman, A.D. Morris, H.C. Williams // Br. J. Dermatol. — 2000. — № 142. — P. 931.

19. Consoli S. Sensitive skin: psychological effects and seasonal changes / S. Consoli, L. Misery, E. Myon, N. Martin // J. Eur. Acad. Dermatol Venereol. — 2007. — № 21 (5). — P. 620-628.

20. Falconer W. Dissertation on the Influence of the Passions Upon Disorders of the Body / Falconer W. — London: Dilli & Phillips, 1788.

21. Finlay A. The Dermatology Life Quality Index: assessing the efficacy of biological therapies for psoriasis / A. Finlay, R. Katugampola, V. Lewis // Br. J. Dermatol. — 2007. — № 156 (5). — P. 945-950.

22. Fortune D. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being / D. Fortune, H. Richards, B. Kirby // Br. J. Dermatol. — 2004. — № 151 (6). — P. 1219-1226.

23. Gieler U. Psychophysiological Aspects of Atopic Dermatitis / U. Gieler, V. Niemeier // Psychocutaneous Medicine. — New York: Marcel Dekker, 2003. — P. 41-65.