

ПСОРИАЗ И ПСИХИКА, КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М.Л.Аграновский

А.Б.Рахматов

Р.Х.Махмутов

*Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Ферганский
медицинский институт общественного здоровья*

РЕФЕРАТ

ПСОРИАЗ И ПСИХИКА, КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М.Л.Аграновский, А.Б.Рахматов, Р.Х.Махмутов

Рассматриваются вопросы изучения структуры психопатологических расстройств занимающих весомое место в психике больных псориазом оказывающие негативное влияние как на течение хронического дерматологического заболевания так и на социальную составляющую пациентов, а также вопросы психотерапевтической коррекции больных псориазом, позволяющие значительно повышать терапевтическую эффективность применяемых методов терапии, а также удлиняющих сроки клинической ремиссии, что отображается на качестве жизни пациентов.

Ключевые слова: псориаз, психика, психотерапия, невротические расстройства.

Андижан, Ташкент, Фергана – 2024 год

В соответствии с современными представлениями псориаз относится к генетически детерминированным, аутоиммунным, аутосомно-доминантным с неполной пенетрацией генов заболеванием многофакторной природы, характеризующимся поражением кожи и патологическими изменениями в различных органах и системах [4]. По данным многих исследований [В.А. Охлопков, 2004; С.И. Довжанский, И.Я. Пинсон, 2006; Н.В. Кунгуров и др., 2008; А.А Кубанова и др., 2008; J.G. Krueger, A. Bowcock, 2005; R.G.V. Langley et al., 2005; Sh. Kagami et al., 2010] заболевание нередко носит непрерывный рецидивирующий характер.

Психогенные факторы интерпретируются как патопластические, т.е. участвующие в его формировании и обострении [2, 4, 14]. Являясь хроническим, рецидивирующим, приводящим к ранней инвалидизации и сопровождающимся социальной стигматизацией заболеванием, псориаз оказывает значимое влияние на эмоциональный фон и переживается больными как ситуация стресса, который может менять привычную «картину мира» пациента [1, 4].

Согласно данным Дороженок И.Ю. (Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2009. № 3. С. 18–25) нозогенные реакции, вызванные вследствие влияния внутренней картины болезни, приводят к негативному влиянию на течение псориаза, так как встраиваются в основные патогенетические механизмы заболевания [4]. Novitskaya N.N. (Extended abstract of PhD dissertation (Medicine). Novosibirsk, 2009. 22 p. (in Russian)), Picardi A., Amerio P., Baliva G. (et al. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Dermato Venereologica*. 2004. Vol. 84, N 3. pp. 213–217) считают, что имеющиеся аффективные реакции воздействуют на формирование и рецидивирование хронического дерматоза, существенно снижают ответ от проводимой стандартной дерматотропной терапии и приводят к ухудшению качества жизни [4]. Исследования Petrova N.N., Smirnova I.O., Likhonos L.M. (Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoii psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2013. № 1. pp. 63–70. (in Russian)), Raeva T.V. (Extended abstract of MD dissertation (Medicine). Tomsk, 2006. 24 p. (in Russian)) показывают, что наиболее часто у больных псориазом встречаются такие психопатологические расстройства как тревожные, фобические и депрессивные [4]. Так, Т.В. Раева указывает, что депрессивные расстройства у больных псориазом отмечаются в 35,8% случаев. Ею выделялись отдельные варианты его течения: депрессивный, астено-депрессивный и тревожно-депрессивный [4,6].

Согласно отчёту по стандартам работы психодерматологических служб Великобритании от 2012 года около 17% дерматологических пациентов нуждаются в психологической поддержке в связи с дискомфортом, вызванным кожным заболеванием. У 14% пациентов отмечали психологический фактор в усугублении кожной симптоматики; 8% сообщали об ухудшении изначальных психических нарушений в связи с кожным заболеванием; у 3% были установлены первичные психические расстройства. 85% пациентов назвали психосоциальные аспекты кожного заболевания в качестве основных беспокоящих их симптомов (Bewley A., Affleck A., Bundy C., 2013).

У больных псориазом отмечается высокий уровень социальной стигматизации [4]. В исследованиях А. Мкртчяна подтверждается факт наибольшего уровня стигматизации у больных псориазом по сравнению с группами больных зудящими дерматозами и гнездной алопецией, который составлял 47,2% [4,8]. Другие авторы отмечают, что наличие социальной стигматизации и косметического дефекта тяжело переживаются больными псориазом. Больные начинают стремиться к уменьшению количества социальных контактов, особенно с незнакомыми людьми, для них становятся характерными чувства стыда, гнева, раздражения, беспокойства и смущения; также наблюдается формирование избирательного поведения и утаивание заболевания от других людей. В этой связи авторы отмечают у больных сложности в получении высокооплачиваемой работы, эпизоды увольнения под различными предлогами из-за имеющегося косметического дефекта. Это, в свою очередь, усиливает их социальную дезадаптацию, снижает качество жизни, увеличивает негативные переживания [2, 4, 6, 7, 9].

В условиях Узбекистана, узбекского менталитета наличие видимого дерматологического дефекта ещё больше ухудшает состояние больных псориазом ввиду возможно высокой стигматизации в обществе, не принятия данной болезни как не заразной и убежденностью основной части населения в большой вероятности обязательной наследственной предрасположенности, что является препятствием для заключения браков, которые считаются важным атрибутом жизни местного населения.

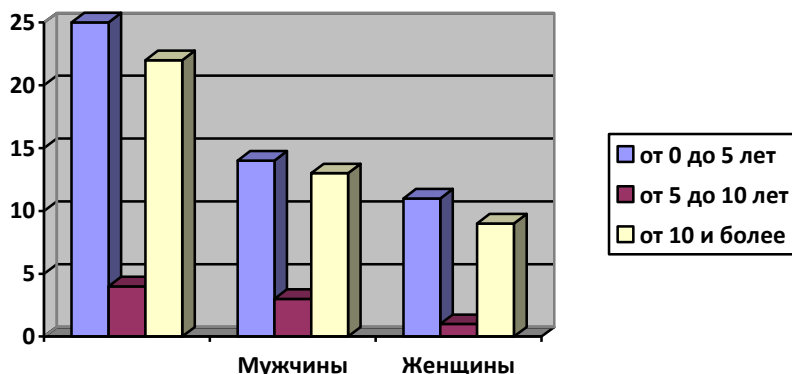
Из года в год увеличивается число больных, страдающих различными дерматозами. Проведение эпидемиологических исследований в различных регионах Узбекистана (2002 – 2004 гг.) показало, что социально значимые дерматозы возникали после нервно-психических травм у 20 – 30% пациентов, причём доля данного триггерного фактора в обострении кожного процесса была ещё больше. Несмотря на данный факт, в последующем, как правило, врачами не применялись какие-либо психотерапевтические методы, препараты, нормализующие или влияющие на функционирование центральной нервной системы, за редким исключением использовались самые простые седативные средства (валериана, пустырник и др.) [14, 15].

Целью настоящего исследования явилось изучить психопатологические расстройства при псориазе. Исследование проводилось на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, а также в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 нами были

обследованы 51 больных псориазом (мужчины - 30 человек, женщины - 21 человек) в возрасте от 18 до 72 лет принимавших амбулаторное и стационарное лечение.

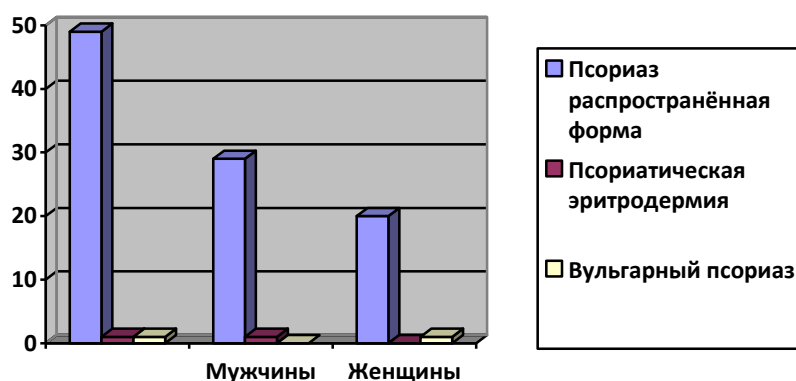
Количество пациентов, у которых срок начала патологического кожного процесса составил до 5 лет - 25 человек (мужчин - 14, женщин - 11) (49%), от 5 до 10 лет - 4 человек (мужчин - 3, женщин - 1) (7,8%), от 10 и более лет - 22 человек (мужчин - 13, женщин - 9) (43,2%) Т1.

Т1. Стаж болезни



Число пациентов с диагнозом псориаз распространённая форма 49 человек (мужчин - 29, женщин - 20) (96%), с диагнозом псориазная эритродермия 1 человек (мужчин - 1, женщин - 0) (2%), с диагнозом вульгарный псориаз 1 человек (мужчин - 0, женщин - 1) (2%) Т2.

Т2. Количества пациентов согласно дерматологическому диагнозу

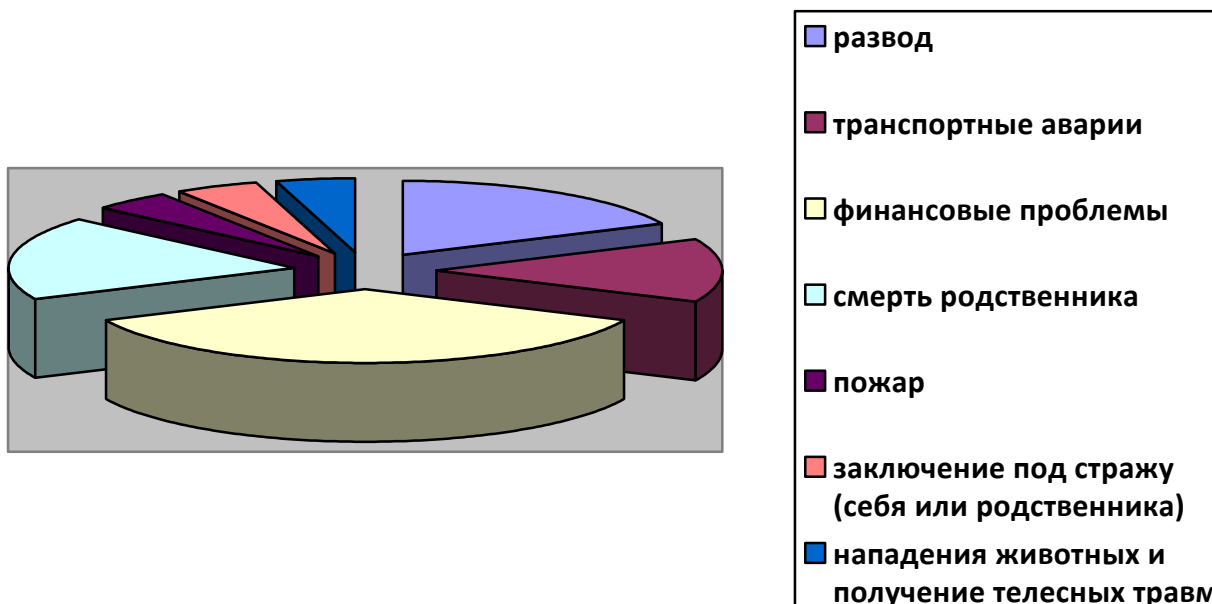


Обследование проводилось клинико-anamnestическим, клинико-психопатологическим методами, а также различными методами психологического тестирования с помощью определенных шкал.

В анамнезе у 41 % пациентов 21 (11 мужчин, 10 женщин) было выявлено наличие психотравмирующей ситуации до болезни: смерть родственника - у 3 мужчин, 1 женщины; транспортные аварии - у 3 мужчин, 0 женщин; развод (семейные проблемы) - у 1 мужчины, 3 женщин; пожар - у 0 мужчин, 1

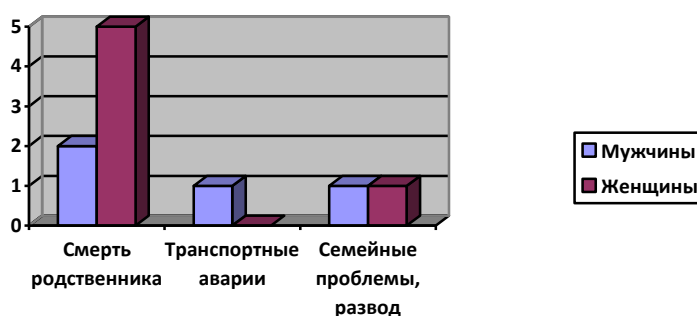
женщины; финансовые проблемы – у 4 мужчин, 4 женщин; заключение под стражу (себя или родственника) – у 1 мужчины, 0 женщин; нападения животных и получение телесных травм – у 0 мужчин, 1 женщины Т3.

Т3. Показатель связи начала патологического кожного процесса с психотравмирующей ситуацией.



У 20% пациентов 10 (4 мужчин, 6 женщин) выявлено наличие психотравмирующей ситуации в период кожного заболевания: смерть родственника – у 2 мужчин, 5 женщин; транспортные аварии – у 1 мужчины, 0 женщин; развод (семейные проблемы) – у 1 мужчины, 1 женщины Т4.

Т4. Показатель связи эскалации патологического кожного процесса с психотравмирующей ситуацией.



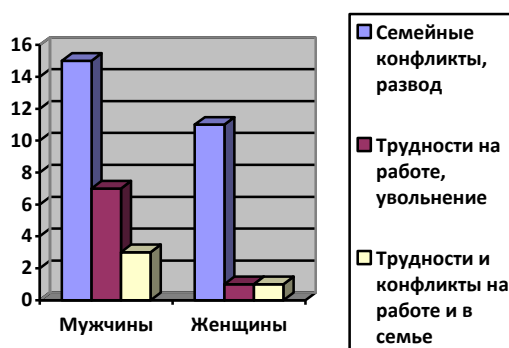
У 39% пациентов, 20 (15 мужчин, 5 женщин) вышеперечисленных психотравмирующих ситуаций как в период кожного заболевания, так и до болезни не было обнаружено.

Однако сам факт наличия хронического дерматологического заболевания представлялся для всех пациентов травмирующей ситуацией,

который выражался в тех или иных невротических проявлениях разной степени и оказывал значительное отрицательное воздействие на социальную составляющую больных псориазом.

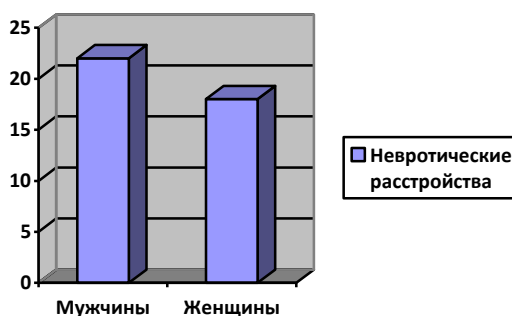
Так, у 26 пациентов (15 мужчин и 11 женщин) отмечались частые семейные конфликты на почве имеющегося дерматологического процесса, у 2 женщин семейные конфликты закончились разводом. У 8 пациентов (7 мужчин и 1 женщины) наблюдались трудности на работе, некоторые из них дошедшие до увольнения. Четверо из вышеперечисленных пациентов (3 мужчин и 1 женщина) вследствие кожного заболевания одновременно испытывали трудности и конфликты как на работе, так и в семье **Т5**.

Т5. Показатель влияния патологического кожного процесса на социальную составляющую больных псориазом.



Невротические расстройства были обнаружены у 78 % обследуемых, 40 пациентов (22 мужчины и 18 женщин) **Т6**.

Т6. Показатель распространённости невротических расстройств больных псориазом.

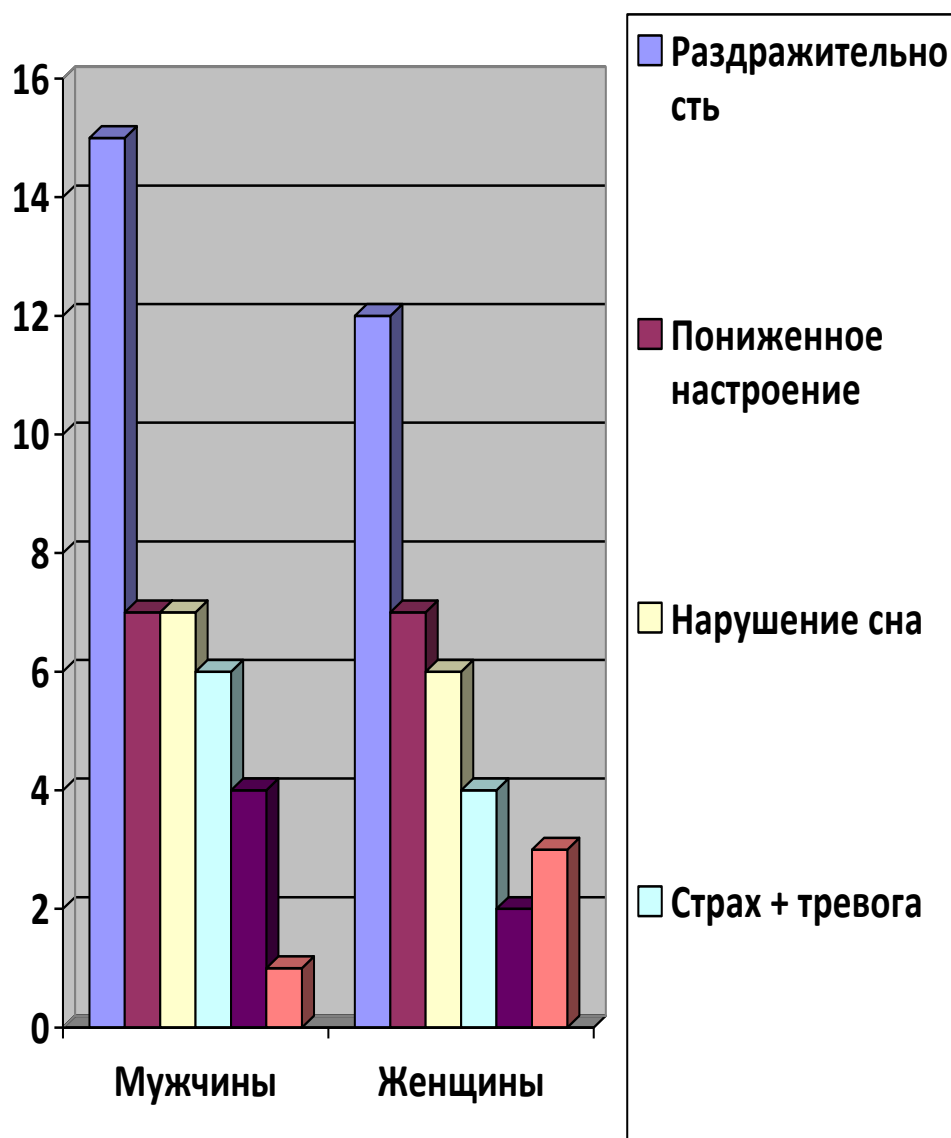


Основными проявлениями невротизации оказались раздражительность 53%, 27 пациентов (15 мужчин и 12 женщин), у 27%, 14 пациентов (7 мужчин и 7 женщин) отмечалось пониженное настроение. Нарушение сна было выявлено у 25%, 13 пациентов (7 мужчины и 6 женщин), 20% - 10 пациентов (6 мужчин и 4 женщины) испытывали страх и тревогу, 12% - 6 пациентов (4 мужчины и 2 женщины) признавали наличие суицидальных мыслей. Переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом, отмечалось у 8% - 4

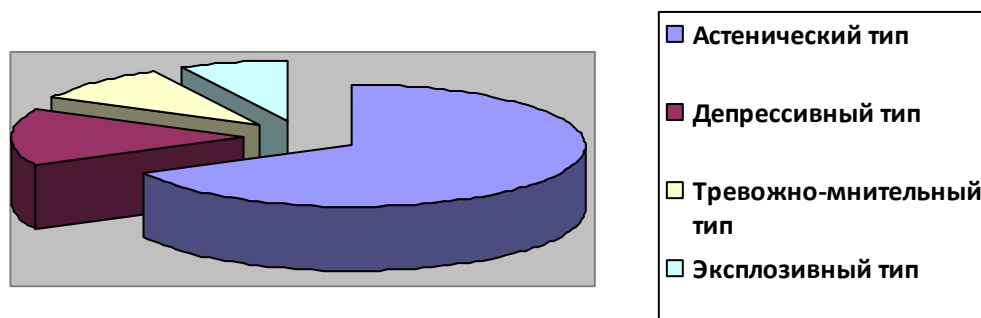


обследуемых (1 мужчины и 3 женщин), что существенно повлияло на их
качестве жизни **T7**.

Т7. Показатель основных невротических симптомов больных псориазом.



Вышеперечисленные симптомы были в комплексе и встречались по отдельности отражая то или иное развитие личности пациентов. У большинства из них (67,5%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по астеническому типу. У небольшого количества больных (10 %) было развитие по тревожно-мнительному типу, у 7,5 % наблюдалось развитие личности по эксплозивному типу, 15% пациентов отмечали депрессивное развитие личности **Т8.**

Т8. Показатель невротических состояний больных псориазом.

Выявление вышеперечисленных невротических расстройств у обследованных больных псориазом дало основание для применения сеансов психотерапии с целью их коррекции. Основными проявлениями невротизации, на которые была нацелена психотерапия явились раздражительность 53%, пониженное настроение 27%, нарушение сна 25%, страх и тревога 20%, суицидальные мысли 12%, переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом Т7.

Для коррекции выявленных невротических расстройств нами был использован интегрированный психотерапевтический подход с комплексом различных методик, который включал классическую гипнотерапию, гипноз с Эриксоновскими техниками, эмоционально-образную, позитивную, клиент центрированную и проблемно-ориентированную психотерапию. После сеансов практически у всех пациентов обязательно отмечалось улучшение психического состояния, смягчение симптомов как психического, так и дерматологического процессов.

Таким образом, вышеизложенные данные действительно свидетельствуют о сложной природе псориаза, в которой психика больного занимает особое место в связи с обязательным присутствием тех или иных невротических расстройств утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего дерматологического заболевания. В связи с этим представляется возможным и скорее необходимым применение методов психотерапии при лечении дерматологических больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб: Речь, 2011. 271 с.
2. Дороженок И.Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов): обзор литературы: часть 1 // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 1. С. 41–47.
3. Терлецкий О.В., Разнатовский К.И., Григорьев Г.И. Псориаз: руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориатического артрита. СПб, 2014. 486 с.
4. Александр Геннадьевич Ружинских, Светлана Леонидовна Соловьева ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА Неврологический вестник – 2016 – Т. XLVIII, вып. 3 – С. 25–33.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.
6. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Томск, 2006. 24 с.
7. Новицкая Н.Н. Влияние псориаза на качество жизни больных: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2009. 22 с.
8. Мкртчян А. Уровень стигматизации пациентов при различных заболеваниях кожи // Дерматология и венерология южного Кавказа. 2007. Т. 5, № 2. С. 10–13.
9. Sampogna F. et al. Impairment of Sexual Life in Patients with Psoriasis // Dermatology 2007. Vol. 214, N 2. P. 144–150.
10. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 4. С. 35–40.
11. Петрова Н.Н., Смирнова И.О., Лихонос Л.М. Сравнительная оценка различных подходов к терапии больных псориазом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013. № 1. С. 63–70.
12. Дороженок И.Ю. Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2009. № 3. С. 18–25.
13. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. аг-во, 2007. 434 с.
14. А.Б.Рахматов – Узбекистон врачлар ассоциациясининг бюллетени.



15. А.Б.Рахматов, Ш.М.Курбанова, Р.Х.Махмутов «О значимости психотерапевтической коррекции в системе лечения и реабилитации больных с хроническими дерматозами» Научно-практический журнал - Дерматология и эстетическая медицина, №1/2017 (33)

16. А.Е.Федоренко, Я.О.Сулик - Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Киев.

17. А.Е.Федоренко, В.В.Гилюк - Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Киев.

18. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему. //Росс. журн. кож.вен.бол. - 2006.-№4.-С.16-21.