

СПЕЦИФИКА ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Одесский национальный медицинский университет

Приведены особенности процесса адаптации у больных псориазом, а также дезадаптивные характеристики пациентов: высокий уровень тревожности, депрессивные тенденции.

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, стресс, псориаз, тревожность, депрессия.

Среди соматических заболеваний, сопровождающихся психическими нарушениями, поражения кожного покрова занимают особое место, что обусловлено не только тесной связью кожи и нервной системы в процессе эмбриогенеза, но и **большой субъективной и объективной значимостью** состояния кожи для человека.

Повышенный интерес исследователей вызывает псориаз — один из наиболее распространенных дерматозов (заболеваемость в развитых странах достигает 2–3% [1]). Псориаз имеет значительный удельный вес в общей патологии кожи: на его долю приходится 5–10% от общего числа дерматологических заболеваний [2]. Дерматологи отмечают также постоянный рост заболеваемости псориазом, особенно в детском и молодом возрасте, учащение развития его тяжелых, осложненных и инвалидизирующих форм. Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез псориаза еще недостаточно изучены [2, 3]. **На протяжении многих лет** ведется дискуссия о роли психологических факторов в развитии псориаза. В многочисленных публикациях отмечается значение психологического напряжения как триггерного механизма в возникновении и течении данного заболевания [3]. Авторы отмечают, что частота психогенной провокации дебюта и рецидивов псориаза значительно выше, чем при других дерматозах.

Многие авторы считают, что особенности личности могут влиять на возникновение и течение псориаза [2]. **Вместе с тем начало псориатического процесса** может вызывать соматизацию психической реакции и приводить к изменениям личности [1], особенно в молодом возрасте, когда развитие личности происходит в специфических условиях болезни [2].

При любом нарушении сбалансированности системы «человек — среда» недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей или рассогласование самой системы потребностей становится источником тревоги. Тревога, обозначаемая как ощущение неопределенной угрозы, чувство диффузного опасения и тревожного ожидания,

неопределенное беспокойство, представляет собой наиболее сильнодействующий механизм психического стресса. Это вытекает из уже упоминавшегося ощущения угрозы — центрального элемента тревоги, который обуславливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности.

Организм противопоставляет воздействиям среды прежде всего свою способность гибко приспособляться. Стресс и есть набор приспособительных реакций, предназначенных на всякий случай, который получил название — общий адаптационный синдром.

Адаптация — это динамический процесс, благодаря которому подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для их существования, развития и продолжения рода. Именно механизм адаптации, выработанный в результате длительной эволюции, обеспечивает возможность существования организма в постоянно меняющихся условиях среды.

Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма с **внешним миром**. Гомеостаз — это подвижное равновесное состояние какой-либо системы, которое сохраняется путем ее противодействия нарушающим это равновесие внешним и внутренним факторам. Если же нарушить равновесие процессов и систем организма, то нарушатся параметры внутренней среды и организм начнет болеть. Причем болезненное состояние будет сохраняться в течение всего периода восстановления параметров, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма. Когда необходимых для сохранения равновесия внутренней среды прежних параметров достичь не удастся, организм может попытаться обрести равновесие при других, измененных параметрах, и тогда его общее состояние может отличаться от нормального, т. е. проявляться в виде заболевания. В этой связи процессы адаптации включают в себя не только оптимизацию функционирования организма, но и поддержание сбалансированности в системе «организм — среда», в которой при возникновении

значимых изменений происходит формирование нового гомеостатического состояния, позволяющего достигать максимальной эффективности физиологических функций и поведенческих реакций. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношения меняются постоянно, а следовательно, так же постоянно должен осуществляться процесс адаптации.

Следует отметить, что у человека адаптация происходит иначе, чем у животных, поскольку он обладает сознанием и по своей природе является существом биосоциальным. Поэтому причины стресса у человека более многообразны, чем причины, вызывающие адаптивные реакции у животных. Так, стрессорами для человека могут быть и физические, и социальные раздражители, как действующие, так и вероятные, причем он реагирует не только на реальную физическую опасность, но и угрозу или напоминание о ней. Из этого следует, что существенным отличием человека является то, что решающую роль в процессе поддержания адекватных отношений в системе «индивидуум — среда», в ходе которого могут изменяться все параметры системы, играет психическая адаптация. Психическую адаптацию рассматривают как результат деятельности целостной самоуправляемой системы (на уровне «оперативного покоя»), подчеркивая при этом ее системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остается неполной, в формулировку необходимо включить и понятие потребности. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса. Следовательно, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе свойственной человеку деятельности, что позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели.

Психическая адаптация включает в себя еще два аспекта: а) оптимизацию постоянного взаимодействия индивидуума с окружением; б) установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками индивидуума.

Изучение адаптационных процессов тесно связано с представлениями об эмоциональном напряжении и стрессе, что послужило основанием для определения стресса как неспецифической реакции организма на предъявляемые ему требования и рассмотрение его как общего адаптационного синдрома.

Известный психолог Ганс Селье выделил следующие стадии стресса: непосредственная реак-

ция на воздействие (стадия тревоги); максимально эффективная адаптация (стадия резистенции); нарушение адаптационного процесса (стадия истощения).

На первой стадии осуществляется мобилизация защитных сил организма, что повышает его устойчивость. При этом организм функционирует с большим напряжением, однако он еще справляется с нагрузкой с помощью поверхностной, или функциональной, мобилизации резервов, без глубинных системных перестроек. Физиологически первичная мобилизация проявляется в следующем: кровь сгущается, содержание ионов хлора в ней падает, происходит повышенное выделение азота, фосфатов, калия, отмечается увеличение печени или селезенки и т. д. У большинства людей к концу первой стадии наблюдается некоторое повышение работоспособности.

Вторую стадию обычно называют стадией резистенции (стабилизации), или максимально эффективной адаптации. На данном этапе отмечается сбалансированность расходования адаптационных резервов организма, при этом обеспечивается его мало отличающееся от нормы реагирование на воздействующие факторы среды. Возникает равновесие между силой вопроса — непривычным требованием окружающей среды и силой ответа — изменением гомеостаза, новым уровнем равновесий внутренней среды организма. Эта стадия может длиться очень долго — месяцами и даже годами.

После резистенции неизбежно наступает третья стадия — истощения. Поскольку функциональные резервы организма исчерпаны на первой и второй стадиях, в нем происходят структурные перестройки, а когда для нормального функционирования не хватает и их, то дальнейшее приспособление к изменившимся условиям среды и деятельности осуществляется за счет невозполнимых энергетических ресурсов, что, в свою очередь, заканчивается истощением. Подобная психогенная дезадаптация приводит к психическим расстройствам и нарушениям механизмов психорегуляции у психически здоровых личностей в трудных или непереносимых личностных обстоятельствах (условиях хронического заболевания). Психическое расстройство может возникать как при кратковременном, но интенсивном, так и продолжительном, но слабом психотравмировании. Если тот или иной тип невротического реагирования поддерживается в течение 2–3 лет и более, это приведет к психогенному формированию личности.

Целью данного эмпирического исследования стало изучение специфических дезадаптивных характеристик больных, страдающих псориазом.

Под нашим наблюдением находились две группы обследуемых: основная (20 пациентов,

страдающих псориазом) и контрольная (20 здоровых лиц). Возраст наблюдаемых варьировал от 18 до 53 лет.

Было проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование в основной и контрольной группах с целью выявить и сравнить уровни тревожности и депрессии испытуемых.

Для определения уровня ситуативной и личностной тревожности использовался опросник Спилбергера — Ханина [4], полученные результаты представлены в табл. 1 и 2.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что высокий уровень тревожности (и ситуативной, и личностной) достоверно чаще встречается в основной группе (40±11%) по сравнению с контрольной группой (10±7%, $p < 0,05$). Умеренный и низкий уровни тревожности достоверно чаще отмечались в контрольной группе по сравнению с основной (соответственно 55±11 и 35±11%).

Степень депрессии в обеих группах устанавливали с помощью опросника «Шкала депрессии Бека» [4] (табл. 3).

В нашей выборке у 40±11% обследуемых определялась средняя степень депрессии, тогда как у большинства контрольной группы (60±11%) не отмечались депрессивные тенденции.

Слабая степень депрессии наблюдалась у 40±11% обследованных основной группы и у 25±10% — контрольной. Все они отмечали снижение способности к сосредоточению и вниманию, снижение самооценки и уверенности в себе, мрачное и пессимистическое отношение к будущему, в некоторых случаях — нарушения сна, плохой аппетит. Обследованные переживали отчетливое снижение энергии и повышенную утомляемость, хотя могли контролировать свое состояние и часто продолжали работать или учиться.

Средняя степень проявлялась у обследуемых в депрессивном настроении: падении интереса к деятельности, ранее приносившей удовлетворение, уменьшении энергии, повышенной утомляемости, снижении уверенности и самооценки, беспричинном чувстве самоосуждения и вины; навязчивых мыслях о смерти или суициде, жалобах на снижение концентрации внимания, нерешительности, нарушении сна, изменении аппетита. Минимальная продолжительность такого состояния составляла около двух недель. Пациенты со средней степенью депрессии отмечали, что их состояние сказывается на уровне социальной активности и мешает реализации личности.

Сильная степень депрессии отмечалась в 20±9% случаев в основной группе и в 5±5% случаев — в контрольной. У обследуемых с сильной степенью депрессии отмечались значительно

Таблица 1

Распределение обследованных по уровню ситуативной тревожности

Уровень тревожности	Группы			
	основная, n = 20		контрольная, n = 20	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Высокий	8	40±11	2	10±7
Умеренный	8	40±11	11	55±11
Низкий	4	20±9	7	35±11

Таблица 2

Распределение обследованных по уровню личностной тревожности

Уровень тревожности	Группы			
	основная, n = 20		контрольная, n = 20	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Высокий	8	40±11	2	10±7
Умеренный	8	40±11	11	55±11
Низкий	4	20±9	7	35±11

Таблица 3

Распределение обследованных по степени депрессии

Степень депрессии	Группы			
	основная, n = 20		контрольная, n = 20	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Нет депрессии	3	15±8	12	60±11
Слабая	5	25±10	4	20±9
Средняя	8	40±11	3	15±8
Сильная	4	20±9	1	5±5

заторможенные или ажитированные жесты и мимика. Суицидальные мысли и поведение носили постоянный характер. Социальная активность была подчинена только болезни, значительно снижена или вообще невозможна.

Полученные данные подтверждают, что у пациентов с псориазом в целом наблюдается социальная дезадаптация.

Среди признаков социальной дезадаптации у больных с хроническим заболеванием кожи в наибольшей степени выражены повышение уровня ситуативной и личностной тревожности, депрессивные тенденции.

Проведенный анализ особенностей адаптации больных псориазом свидетельствует о необходимости предоставления им психологической помощи.

Литература

1. *Блайхер Ц.* Новый комплексный метод лечения и профилактики псориаза с применением элементов альтернативной терапии / Ц. Блайхер, Г. Глик // *Международ. мед. журн.*— 2000.— № 4.— С. 344–349.
2. *Касимова Л. Н.* Психическое здоровье населения крупного промышленного города (клинико-эпидемиологические и социокультуральные аспекты): автореф. дис. ... докт. мед. наук / Л. Н. Касимова.— М., 2000.— 34 с.
3. *Zivkovic D.* Psoriasis a dermatological enigma / D. Zivkovic // *Acta Med. Croatica.*— 1998.— № 52 (4–5).— Р. 199–202.
4. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.

СПЕЦИФІКА ЗАГАЛЬНОГО АДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

I. V. PROKOPCHUK

Наведено особливості процесу адаптації у хворих на псоріаз, а також дезадаптивні характеристики пацієнтів: високий рівень тривожності, депресивні тенденції.

Ключові слова: адаптація, дезадаптація, стрес, псоріаз, тривожність, депресія.

SPECIFICS OF GENERAL ADAPTATION SYNDROME IN PATIENTS WITH PSORIASIS

I. V. PROKOPCHUK

The features of adaptation in patients with psoriasis as well as deadaptive characteristics of the patients (high level of anxiety, depressive tendencies) are featured.

Key words: adaptation, deadaptation, stress, psoriasis, anxiety, depression.

Поступила 03.06.2013