

УДК [61+159.9]:616.5-0.22258

**Символизм кожи и проблемы современной психодерматологии**

Добрецкая К. В.

У статті розглядаються ключові категорії, необхідні для розуміння сучасного стану психодерматології та основні концепції психосоматичної медицини, необхідні для більш повного розуміння взаємозв'язку між психічними і соматичними розладами при шкірних захворюваннях. Разом із тим, у статті висвітлений такий аспект, як символізм шкіри у контексті знаково-символьної системи та соціальної стигматизації, яка може призводити до хроніфікації захворювання.

Ключові слова: психосоматика, шкіра, психічні розлади, хронічні дерматози, символізм.

В статье рассматриваются ключевые категории, необходимые для понимания современного состояния психодерматологии и основные концепции психосоматической медицины, необходимые для более полного представления о взаимосвязи между психическими и соматическими расстройствами при кожных заболеваниях. Вместе с тем, в статье освещен такой аспект, как символизм кожи в контексте знаково-символьной системы и социальной стигматизации, которая может приводить к хронификации заболевания.

Ключевые слова: психосоматика, кожа, психические расстройства, хронические дерматозы, символизм.

The article considers key categories necessary for comprehension of the current state of psychodermatology and basic concepts of psychosomatic medicine, necessary for comprehension of correlation between mental and somatic disorders during skin diseases. Meanwhile, the article highlights the aspect of skin symbolism within the context of semiotic-symbolic system and social stigmatization that can result in disease chronification.

Key words: Psychosomatics, skin disorders, chronic dermatitis, symbolism.

Целью настоящей статьи является, обзор а также анализ существующих подходов к пониманию причин манифестации и развития психосоматических кожных заболеваний в тесной взаимосвязи с социально-психологическими предпосылками.

В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как научно-практическое направление медицины, изучающая роль психосоциальных факторов в этиологии, патогенезе и динамике соматических заболеваний. Такой принцип, опирающийся на единство телесного и душевного, является основой медицинской психологии. Он обеспечивает правильный подход к больному, который необходимо учитывать во всех сферах доклинического обследования и лечения. [3]

Взаимосвязь между физическим (соматическим) и психическим, не вызывает сомнения, так как является естественным интегрирующим механизмом. Однако наибольшее внимание психосоматические и соматопсихические соотношения привлекают тогда, когда они сопряжены с проявлениями болезни – патологическими феноменами.

**Актуальность**

Научные исследования в области психодерматологии имеют значительную теоретическую и практическую значимость. Это связано с проблемой методологии психосоматической медицины, недостаточно четкими базисными представлениями о взаимовлиянии психического/соматического а также со значительной распространенностью и полиморфизмом психических расстройств, при кожной патологии, что требует создания новых коррекционных и профилактических программ.

На наш взгляд, одним из перспективных направлений психосоматической медицины является психодерматология. Прежде чем подойти непосредственно к проблематике данного научного направления, необходимо осветить некоторые основные положения, такие как предпосылки возникновения в контексте современной науки, предмет и задачи психодерматологии.

**Теоретический обзор.**

Психодерматология – это раздел дерматологии, рассматривающий особенности этиопатогенеза, клиники, терапии и профилактики дерматозов как отражение патофизиологически обусловленной, постоянно существующей, неразрывной и динамичной связи между патологичным кожным процессом и психическим состоянием больного [Иванов О.Л. и др. 1999]. [12, 22]

Развитие современного естествознания и гуманитарного направления в науке все больше обнаруживает принадлежность к общему процессу познания системы “человек-природа-общество” и как следствия интеграции этих областей в более гибкую и функциональную систему знаний.

Появление психодерматологии, как научной дисциплины, непосредственно связано с тенденцией современной науки к интеграции, которая неуклонно приводит к объединению дерматологии с такими науками, как психология и психиатрия.

Предметом психодерматологии является комплекс связей и отношений между кожей и психикой, в норме и патологии. Таким образом, предмет психодерматологии охватывает физиологические и психологические процессы в виде сложной двухсторонней связи между кожей и психикой. [8, 12]

**Основные задачи психодерматологии:**

1. Установление психофизиологических функций кожи;
2. Определение взаимосвязей между психическим состоянием и состоянием кожных покровов;
3. Определение роли психического фактора в возникновении и развитии патологических изменений кожи;
4. Определение основных психологических характеристик лиц с патологией кожи;

5. Определение круга характерных психических расстройств, при хронических кожных заболеваниях;

6. Выработка приемов эффективного всестороннего лечения;

7. Создание набора психокоррекционных программ для улучшения состояния кожи и профилактики рецидивов кожных заболеваний.

Обзор предыдущих исследований.

Изучение проблемы взаимоотношения психического состояния больного и кожных патологических процессов имеет своим началом вторую половину XVIII века, когда W.Falconer (1788 г.) предпринял попытку связать активность кожного процесса с нарушением иннервации пораженных участков кожи. В дальнейшем теория патологической иннервации кожи достаточно долгое время служила предметом дискуссий, хотя в свете этой концепции рассматривается происхождение “невроза кожи”, выделенного E.Wilson в 1867 г. [9]

В отечественной науке проблемы соотношения психических расстройств и кожных заболеваний разрабатывались в основном с позиции нервизма и психофизиологического учения. В начале прошлого столетия почти все неинфекционные кожные болезни рассматривались в свете теории нервизма И.М.Сеченова, и психофизиологического учения И.П.Павлова. [10]

В современных научных исследованиях, проведенных как отечественными, так и зарубежными авторами, было показано, что психическими расстройствами страдают до 80% дерматологических больных; при этом отмечено преобладание расстройств депрессивного и тревожно-ипохондрического ряда [Иванов О. Л. 2003; Зайцева О. Г. 2000; Black A. 2000; Lanigan C., и Cotterill, J. 1989 ; Монахов С. А. и др.]. Такие расстройства относятся в основном к пограничному кругу [Исаев Д. Н., Калашников Б. С. 1987; Лесик Н. В. 1988; Анисимова Т. В. 2002].

Депрессией страдают до одной трети больных, наблюдаемых в кожно-венерологических диспансерах, в связи с чем депрессия рассматривается как один из значимых факторов хронификации дерматозов [Ишутина Н. П. 1983; Раева Т. В. 1999; Дороженко И. Ю. и др. 2003]. [3,4,8,13]

В свете многочисленных исследований, проводимых в рамках психосоматической медицины, выделяется ряд кожных заболеваний непосредственно относящихся к разделу психосоматических.

К группе таковых дерматозов относится целый ряд часто встречающихся, хронических кожных заболеваний, в манифестации которых значимую роль играют психогенные факторы: атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, рецидивирующий простой герпес, хроническая крапивница, красный плоский лишай, гнездная алопеция и др. [7,9,11]

Традиционно в интерпретации патогенеза такого рода дерматозов доминировали психоаналитические концепции, постулирующие психогенные реакции, как основную модель формирования психосоматических болезней, т.е. связь манифестации психосоматических расстройств с актуализацией «бессознательных», сформировавшихся в результате ретенции подавленных эмоциональных реакций, конфликтов. Примером может послужить концепция «десоматизации-ресоматизации» [Schur M. 1960], разработанная преимущественно на примерах больных хроническими кожными заболеваниями. В ее основе лежит представление о неразрывности соматических и психических (эмоциональных) процессов у человека в раннем детстве. По мере взросления ребенка эта связь ослабевает, то есть нормальное развитие, по мнению Шура, соответствует понятию «десоматизация», а патологическое - «ресоматизация». Значит, для профилактики психосоматических заболеваний очень важно создавать условия, при которых происходит адекватное психологическое созревание личности, следовательно, ошибки в процессе первичной социализации нужно считать одним из основных факторов в генезисе соматических болезней. [3,6,9] Продолжает развивать подобные идеи концепция психосоциального стресса, воздействие которого также интерпретируется в качестве основной причины возникновения психосоматических кожных заболеваний [Murphy В.Е.Р., 1994]. [9, 10]

В рамках психосоматической медицины в целом, выделяются основные психоаналитические теории: «Конверсионная модель» психосоматических расстройств на основе истерического паралича руки, аффективного приступа Freud S. (1895). Согласно Фрейду, вытесненные в подсознание недопустимые для личности стремления посредством защитного механизма конверсии находят свою реализацию в виде болезненных симптомов, которые прямо или символически удовлетворяют блокированную потребность;

Теория «специфичности интрапсихического конфликта» Alexander F. (1951).

Ф. Александер полагал, что выбор органа обусловлен характером подавляемых или вытесненных стремлений или переживаний вследствие специфических интрапсихических конфликтов. Этот выбор опосредован реакцией вегетативной нервной системы: при хроническом подавлении определенных эмоций происходит активация симпатической или парасимпатической нервной системы, что повышает вероятность развития соматических заболеваний.

Далее, для более обширного понимания трансформации взглядов на проблему психосоматики, отметим ряд психофизиологических теорий. Они появились вслед за психоаналитическими и характерологически - ориентированными теориями и представляли собой систематические психофизиологические проверки, объясняющие специфичность болезней.

В качестве примера выступит концепция «специфичности личности по способу функционального ответа» Wolff H. (1946), то есть специфичным в психосоматическом заболевании является способ функционального ответа организма на стресс. Опираясь на идеи Н. Selye, он утверждал, что каждому человеку свойственен определенный набор физиологических реакций, возникающих в ответ на

стрессовые воздействия и определяемых наследственными факторами. Исходя из данного утверждения, психолого-поведенческие и физиологические изменения являются двухсторонней комплексной реакцией на стресс. Также, к психофизиологическим теориям относится: «Концепция индивидуальных различий в реагировании вегетативной нервной системы» Richmond J. B., Lustman S. L. (1955).

Однако, вернувшись к проблематике психосоматики кожных патологий, следует обратиться к данным современных исследований, которые свидетельствуют о том, что большинство кожных заболеваний (атопический дерматит, псориаз и др.), традиционно относимых к психосоматическим, в своем развитии имеют, прежде всего, генетическую и иммунологическую основу. Психогенные же воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза. [9,12,15,16]

Анализ проблемы психосоматических кожных заболеваний с социально-психологической позиции.

Вместе с тем, необходимо затронуть проблематику символизма кожи. С позиции психологии, кожа не только орган, выполняющий определенные функции, а также важный инструмент контакта с окружающей средой. Представляя собой своеобразный индикатор эмоционального состояния человека, кожа двухсторонне реагирует на процессы проходящие как в психике, так и в теле.

С древних времен кожа является объектом соблазна, признаком молодости и здоровья. А кожные заболевания воспринимаются как нечто грязное, постыдное, что приводит к социальной стигматизации, порождая страх отвержения и обреченность.

Таким образом, информация о том, что некий индивид страдает кожным заболеванием, определяет принадлежность этого индивида к социальной группе пациентов кожно-венерологических диспансеров. Относительно этой группы в обществе господствуют устойчивые отрицательные представления. Это обусловлено тем фактом, что представления общества являются не просто знаниями, они связаны с эмоциональными, идеологическими, мистическими, религиозными представлениями. В случае кожных патологий - это разного рода страхи, на которых возникают различные ритуалы отвержения, провокации чувства вины и т.д., призванные обеспечить безопасность общества.

Поскольку этиология и патогенез многих хронических кожных заболеваний неизвестны, а сами болезни выглядят не эстетично, а порой ужасающе, возникает благоприятная почва для множества мифов. Например, о наказании за грехи и прочие «бесноватости». [22] Так, например, вплоть до 19 века многие кожные заболевания не отличали от проказы и всех без исключения больных содержали в лепрозориях (лат. *leprosus* — прокаженный). Этот факт отразился и глубоко укоренился в «коллективном бессознательном», как грязь, позор, обреченность и страх. [10,12,14]

Выделяя проблему социальной стигматизации, отметим, что не всякое отрицательное отношение к человеку с дерматологической патологией, обусловлено стигматизацией. Также под вопросом остается степень негативного влияния, оказываемая обществом на патологические процессы при кожном заболевании. [24]

Нам видится естественным, что люди, страдающие дерматологическим заболеванием, разделяют все существующие в обществе стереотипы, относящиеся к заболеванию, так как переносят всю систему знаний и представлений непосредственно на себя. Поэтому, заболев, многие начинают относиться к себе как к «людям второго сорта». Таким людям, представляется невозможным построение межличностных и интимных отношений, занятия общественной деятельностью, некоторыми видами спорта и отдыха. Часто это приводит к тому, что человек перестает стремиться улучшить свою жизнь, отказывается воспринимать окружающую действительность в отрыве от болезни, начинает избегать травмирующих, по его мнению, ситуаций с последующим уходом в болезнь.

Выводы.

Учитывая особенности течения хронических дерматозов, можно сделать вывод, что манифестация, развитие и течение заболевания, непосредственно влияет на личность, самооценку, эмоционально-волеву сферу и формируют некоторые патологические поведенческие и личностные особенности, требующие дальнейшего глубокого изучения. Выявление структурных и функциональных характеристик заболеваний кожи и особенностей психики больного, может стать базой для создания коррекционных и профилактических программ.

Таким образом, целью диссертационного исследования станет определение, описание и систематизация основных психофизиологических характеристик лиц, страдающих псориазом - хроническое кожное заболевание психосоматического круга с неясной этиологией и патогенезом.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Исследование психофизиологических характеристик больных псориазом: особенности личности, эмоциональное состояние, уровень социальной фрустрированности, сексуальная сфера, степень стрессоустойчивости, фрустрационная толерантность, уровень алекситимии, особенности анамнеза и сопутствующих расстройств.

2. Исследование динамики психофизиологического состояния больных псориазом с учетом тяжести и длительности заболевания.

3. Выявление ведущих патологических психических процессов и свойств личности больных псориазом для дальнейшего проведения терапевтических и психокоррекционных мероприятий.

4. Разработка программы психологической коррекции и оценка ее эффективности.

## Литература.

1. Абрамова Г.С., Юдниц Ю.А. Психология в медицине: Учебное пособие.- М.: Кафедра М, 1998. - 272 с.
  2. Бочанова Е.В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. - М.: Эксмо, 2003. - 605 с.
  3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
  4. Губачев Ю.М., Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина. Ленингр. отд., 1981.-214 с.
  5. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами. Вестн. дерматол. 2001; 3: 12–3.
  6. Елецкий В.Ю. Пограничные психические расстройства у больных псориазом и нейродермитом. Автореф. ...дис. канд. мед. наук- М., 1986.
  7. Захаров В.П. Роль отрицательных эмоций в патогенезе псориаза // Вест, дерматол. 1985. №11. С.46-47.
  8. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы// Рос. журн. кожн. и венерол. болезней.- 1999.- 1.- С. 28–38.
  9. Кулаков С.А. Основы психосоматики. Издательство: Спб.: Речь, 2003
  10. Мясичев В.Н. Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматической болезни. М.: Институт психологии АН СССР, 1978.
  11. Миченко А.В., Львов А.Н. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. Обзор литературы. Психич. расстрой. в общей мед. 2008; 1: 47–52.
  12. Павлова О.В.. Основы психодерматологии М., Издательство ЛКИ. 2007; 240 стр.
  13. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты) Автореф. дис. докт. мед. наук. Томск, 2006.
  14. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). Журн. неврол. и психиат. 1997; 2: 4–9.
  15. Хобейш М.М. Псориаз и качество жизни. Мед. вестник. 2006; 38: 12–3.
  16. Шестопалова Л.Ф. Внутренняя картина болезни при депрессивных состояниях разного генеза: Автореф. канд. дис. М., 1983. - 34 с.
  17. Якунин В.А. О связи психических состояний и свойств личности // Экспериментальная и прикладная психология. Вып. 10 «Психические состояния». ЛГУ, 1981. С. 17.
  18. Alexander F. Psychosomatic medicine. Its principles & applications. -N.Y.: W.W. Norton, 1950. p.133-135.
  19. Alexander F. Studies in psychosomatic medicine. -N.Y., 1948.
  20. Cotterill J. Dermatologic non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image// Br. J. Dermatol.- 1981.- 104.- 611–619.
  21. Panconesi E., Hautmann G. Psychophysiology of Stress in Dermatology // Dermatologic Clinics. 1996. V.46. № 3. P. 399
- Интернет источники:
22. Ирвинг Гофман. Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Электронная книга. <http://www.jobs.com.ua/news/e-books/book.php?book=145155>
  23. Проблемы психодерматологии: современные аспекты. Акад. РАМН, проф. Смулевич А.Б., к.м.н., доц. Дороженко И.Ю., д.м.н., проф. Иванов О.Л., к.м.н., доц. Львов А.Н. <http://www.consilium-medicum.com>
  24. «Социальная стигматизация, как основная проблема современной психиатрии». Танникова А.А. 2012г. <http://www.alatyr-pb.med.cap.ru>