

ТРЕВОЖНО-ДИСТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

*Одесский национальный медицинский университет
(кафедра психиатрии, наркологии мед. психологии, кафедра дерматологии и венерологии),
ГУ «Институт дерматологии и венерологии» НАМН Украины»,
Закарпатский национальный медицинский университет (кафедра дерматологии)*

К. В. Шевченко-Битенский

ТРІВОЖНО-ДИСТИМІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ПАЛІАТИВНА ТЕРАПІЯ

*Одеський національний медичний університет
(кафедра психіатрії, наркології, мед. психології, кафедра
дерматології та венерології),
ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»,
Закарпатський національний медичний університет
(кафедра дерматології)*

В статті розглянуто питання патогенезу тривожно-дистимічних розладів при псоріазі. Описано результати власного нейрофізіологічного дослідження (ЕЕГ) у хворих на псоріаз із різними рівнями тривожних розладів. Виявлено статистично достовірний зв'язок якості їхнього життя із виразністю тривожно-депресивних розладів.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, псоріаз, якість життя.

K. V. Shevchenko-Bitensky

ANXIETY-DISTHYMIC DISORDERS, QUALITY OF LIFE AND PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH PSORIASIS

*Odessa National Medical University
(department of psychiatry, narcology of medical psychology,
department of dermatology and venerology), S
I "Institute of dermatology and venerology of NAMS of Ukraine",
Transcarpatian National Medical University
(department of dermatology)*

The article describes the problem of pathogenesis of anxiety-dysthymic disorders in psoriasis. The results of the author's neurophysiological investigation (EEG) of patients with psoriasis and different levels of anxiety disorders are described. Statistically significant correlations of their quality of life and intensity of anxiety-depressive disorders are revealed.

Key words: anxiety-depressive disorders, psoriasis, quality of life.

В предыдущей работе нами рассмотрены проблемы, лежащие в основе формирования болезненных состояний. В их структуре лежат механизмы сменяющих друг друга этапов развития доминантной системы: от рефлекса до патологической доминантной системы – «устойчивого патологического состояния» - хронической болезни (см. табл. № 1)

Все эти этапы, сопровождаются меняющимися психофизиологическими характеристиками, имеющими весьма определенное и относительно стабильные психовегетативные, психогуморальные и собственно психические соотношения. И если адаптационные состояния («ранние» и «генерализованные»), формирующиеся также до-

минантными системами, сопровождаются минимальным уровнем базальной тревоги, объясняющейся «поисковой активностью» и удовлетворением потребностей, вызываемых стимулом, то в период «истощения» адаптивных возможностей и первых этапов «доклинических» проявлений болезни психическая составляющая адаптационных реакций – базальная тревога, приобретает наиболее выраженный характер. Этот тезис подтверждается нашими исследованиями больных псоріазом в предыдущей работе, когда высокие показатели тревоги явились первыми симптомами болезненного состояния, вслед за которыми идет период «расцвета» клинической симптоматики псоріатической болезни. В этот период прогрессиру-

**Схема нелинейных физиологических (адаптивных)
и патологических доминантных состояний****I. Устойчивое состояние здоровья - гомеостаз**

К.Вернаг (1878); W. Kannon (1932); Н.П. Бехтерева (1980)

А. Ранние адаптационные состояния - (Л.Х. Гаркави, 1979)

1. Тренировки;

2. Активации;

3. Гетеростаз – созданный фармакологически, значительно завышенный за счет стимуляции собственных адаптивных механизмов, «дубликат» гомеостаза (Г. Селье, 1967).

В. Генерализованное адаптационное состояние (Г. Селье, 1967):

1. Тревога (alarm);

2. Плато толерантности (резистентность);

3. Истощение;

4. Возвращение через адаптационные состояния к состоянию здоровья или переход в состояние болезни.

II. Состояния болезни:

А. «Субклиническое предболезненное состояние» (Д.С. Саркисов, 1988);

В. Состояние болезни (развернутых клинических проявлений);

С. Состояние хронической болезни («устойчивое патологическое состояние») – (Н.П. Бехтерева, 1980).

ния симптоматики псориаза с массивными кожными проявлениями, которые должны, теоретически, явиться «защитными» соматическими механизмами, снижающими «базальную» тревогу (как это действительно происходит в случаях, например, девиантной, аддиктивной деятельности, неврозов, параноидов и т. д.). Однако, поражение кожных покровов при псориазе – колоссальная психологическая травма, которая вызывает уже конкретную «ситуационную патологическую тревогу -несоразмерный страх перед определенным явлением, объектом» - (В. Н. Краснов, 2010). В течении псориазической болезни наблюдаются колебания уровня тревожных расстройств, однако, хроническое течение псориаза позволило констатировать тревожно-депрессивное состояние, квалифицируемое понятием «хроническая дистимия», качественно и количественно несколько иного состояния, чем выраженная тревога или глубокая депрессия (В. Н. Краснов, 2010):

1) достаточно демонстративно проявление базальной (свободно - плавающей) тревоги с мозаичностью и частой сменой объектов, вызывающих тревогу, что выражается в особой ранимости, впечатлительности, раздражительности больного, на казалось бы, индифферентные стимулы, значительное снижение общего фона настроения;

2) желание обособить жизнь от влияния даже близких ранее людей, нежелание принимать помощь, демонстративно отказываясь от нее или обиженно – высокомерно, «снисходительно» принимая; иногда, проявляется желание пожаловаться, потребовать «особого» отношения;

3) трудность в выполнении обычных бытовых и профессиональных обязанностей, наряду с адинамией, вялостью, вплоть до легкой оглушенности днем, и крайне беспокойным, поверхностным сном ночью.

Появление тревожно – дистимических расстройств, очень часто сопровождается

потерей трудоспособности и аутизацией больного с большой трудностью вхождения с ним в доверительный психотерапевтический контакт.

Таким образом, в рамках психосоматической концепции следует выделить следующие взгляды на роль психических факторов в генезе псориаза:

1. Триггерный провоцирующий фактор в манифестации заболевания;

2. Существование тревожного и тревожно – дистимического факторов, поддерживающих и усугубляющих течение псориаза;

3. Появление кожных клинических признаков псориаза воспринимается как тяжелая психотравма с формированием не только невротических реакций, невротических состояний, но и невротических развитий и патологических расстройств личности.

Казалось бы, появление устойчивого невротического состояния как конкурентной патологической антисистемы (Г.Н. Крыжановский, 1997) должно, теоретически, вызывать дестабилизацию первичного патологического очага (генератора), активацию «потенциальных возможностей мозга» (Н.П. Бехтерева, 1980), направленных на выздоровление больного псориазом. Однако этого не случается. Устойчивое патологическое состояние в виде псориатической болезни сосуществует с неврозом, созданным психогенным фактором в виде этого же дерматоза. Скорее всего, именно указанное обстоятельство позволяет сосуществовать этим двум устойчивым патологическим доминантным системам. Общий этиологический фактор позволяет обоюдно «поддерживать» и «подпитывать» эти системы, чего нельзя сказать о спонтанных выздоровлениях от псориаза при воздействии выраженных эмоциональных стимулов (эмоциональные переживания в период блокады Ленинграда в Великой Отечественной войне и иные мощные пси-

хогении, мозговые сосудистые катастрофы (инсульты), травмы мозга и т. д.).

При изучении механизмов мозгового обеспечения и регуляции психических функций, как известно, используются ряд таких неинвазивных методов как магнитно – резонансная томография, позитронно – эмиссионная томография, магнитоэнцефалография и, наконец, электроэнцефалография. К сожалению, только последняя использовалась, причем в крайне скудных исследованиях, для изучения состояния мозга при псориатической болезни.

Так, в исследованиях У.М. Мирахмедова, 1991, А.Б. Рахматова, С.М. Федорова, 2001

Ю.К. Скрипкина, А.А. Кубанова, 2007., у больных псориазом была установлена прямая корреляция между тяжестью псориаза и функциональной активностью мозга; отмечались изменения биоэлектрической активности, соответствующие поражениям лимбико – ретикулярного комплекса, мезодиенцефальных и стволовых образований.

Нами проведено нейрофизиологическое исследование (ЭЭГ) у больных псориазом с низким и умеренным уровнем тревожных расстройств (период стабилизации клинической симптоматики и ремиссии (n = 70). В результате качественного визуального анализа полученной электроэнцефалограммы у этих больных были выделены два типа ЭЭГ. Первый тип ЭЭГ – 14 больных (20% случаев) был нормальным, характеризовался хорошо организованным α - ритмом, четко выраженными зональными различиями. При этом типе ЭЭГ реакции на открывание и закрывание глаз, на звук и свет, а также гипервентиляцию были адекватными и достаточно выраженными. Вторым тип ЭЭГ – 56 больных (80% случаев) характеризовался низкоамплитудной медленной активностью в переднецентральных отделах и нерегулярным низкоамплитудным α -ритмом в затылочных отделах мозга. При функциональной нагрузке (открывание глаз) низко-

амплитудный α -ритм в затылочных отделах мозга исчезал, заменяясь высокочастотным β -ритмом, а также происходила десинхронизация в передних отделах мозга со стиранием медленной активности. При дальнейшем применении функциональных нагрузок (гипервентиляция) происходило усиление низкоамплитудной медленной активности в переднецентральных отделах мозга, с редкими единичными спайками, преимущественно тета-диапазона.

Нейрофизиологическая характеристика больных псориазом с высоким уровнем тревожных расстройств ($n = 94$). Исследование особенностей ЭЭГ головного мозга у 94 больных псориазом с сопутствующими невротическими расстройствами и высоким уровнем тревоги показало, что на фоновой ЭЭГ регистрировалась дезорганизация ритмов. Из них у 28 больных (29,8%) отмечалась диффузная дезорганизация ритмов по всем областям мозга с уменьшением вклада α -ритма в затылочных отделах и появления β -ритма низкой амплитуды, и асинхронное колебание медленных волн, а также периодическое возникновение пароксизмальной активности в виде спайков, преимущественно представленных в передних отделах мозга. У 50% больных (53,1%) отмечалась гиперсинхронизация высокоамплитудного α -ритма во всех отведениях. При предъявлении функциональных нагрузок у 90 больных (92,5%) происходило ответное изменение на электроэнцефалограмме в виде усиления десинхронизации в лобной области и появления пароксизмов в виде комплексов «острая-медленная волна» там же.

Выявленные в наших исследованиях психические тревожно-дистимические расстройства, сопровождающие псориаз и подтвержденные как экспериментально – психологическими, клиническими, так и нейрофизиологическими исследованиями, усугубляются еще и тем, что основные кожные проявления болезни в значительной мере снижают в глазах окружающих общую при-

влекательность личности больного, вызывая подчас не только негативные эмоции, но и чувственное отвращение и брезгливость к пораженному псориазом телу больного. Таким образом, страдает тот образ себя, который лежит в основе его самосознания и в значительной мере зависит от уровня его позитивной оценки окружающими и, особенно, близкими ему людьми: любимый человек, дети, друзья. Если этого нет и больной ощущает себя отверженным, страдания больного человека невероятны и конечно сказываются на его социальном функционировании, а, стало быть, на качестве жизни.

Понятие качество жизни подразумевает степень удовлетворенности собственным социальным состоянием, физическим благополучием, общей комфортности как внутри себя, так и в рамках социума (Ю.Л. Шевченко, 2000). В медицинском аспекте «качество жизни» отражает те же критерии, но в связи с болезнью. При этом основными критериями, подлежащие изучению при развитии заболевания и оценке эффективности его лечения, являются физическое, психологическое и социальное благополучие больного, что отражает стремление к оценке общего статуса человека.

В нашем исследовании уровня качества жизни больных псориазом были использованы анкеты, разработанные именно для этого контингента больных: «Псориатический индекс нарушений» и «Скиндекс -29» (Адаскевич В.П., 2004). Эти методики разработаны в США для дерматологических больных в 90-х годах. «Скиндекс -29» представляет из себя опросник, предназначенный для оценки качества жизни больных дерматологического профиля, состоит из 29 вопросов по трем шкалам: эмоции, функции, симптомы. Вопросы по шкале «эмоции» позволяют выявить прежде всего тревожное состояние; вопросы по шкале «функции» дают возможность оценить насколько сильно болезнь затрудняет общение, работу, отдых и пр.; шкала «симптомы» относится к собственно

отдельным проявлениям болезни и их влияние на качество жизни больного.

«Псориатический индекс нарушений» предназначен для больных псориазом и содержит вопросы освещающие «повседневную деятельность»: проблемы «если работаете»; проблемы «если не работаете»; «межличностные проблемы»; проблемы «на отдыхе»; проблемы «лечения» и эффективность терапии, направленной на улучшение образа жизни.

Для оценки тревожных состояний использовался опросник ММРП со шкалой

Тейлор - результаты описаны нами в предыдущей работе (Шевченко-Битенский К.В., 2013); шкала самооценки Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханин, 1976, позволяющая оценить «реактивную» тревожность в данный момент, в данной ситуации («конкретная» тревога) и личностную тревожность («базальная» тревожность конкретного человека с его личностными характеристиками).

Шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, наиболее часто применяющаяся в психолого-психиатрической практике, в комментариях не нуждается.

С помощью коэффициента Пирсона была выявлена статистически достоверная корреляция между показателями качества жизни и уровнем тревоги у больных псо-

риазом: чем выше тревожность, тем ниже качество жизни. Применение теста Спилберга и «Скиндекс -29» с «Псориатическим индексом» свидетельствовал о выраженном снижении качества жизни. Следует отдельно отметить, что в 72,5% случаев отмечалось сочетание реактивной и личностной тревожности. Это наблюдение совпадает с данными М.В. Коркиной (2002) и И.Г. Малкиной – Пых (2003) при других психосоматических расстройствах.

При исследовании тревоги и депрессии и их корреляции с качеством жизни по тесту Гамильтона тенденция значительного ухудшения качества жизни статистически достоверно сохранялась. При оценке по этой шкале уровня депрессии у 86 больных (61.4%) сумма баллов соответствовала умеренной и слабой депрессии (дистимии) и лишь у 4 больных с тяжелыми атипичными кожными проявлениями суммарный балл превышал 17, что соответствует выраженной депрессии. Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства оказались весьма значимыми, если не ведущими показателями в оценке качества жизни больных псориазом, что актуализирует применение в общем комплексе паллиативной терапии псориатической болезни применение анксиолитиков и нормотимических средств.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М. Мед. книга. 2004. С. 165.
2. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. Л. «Наука», 1980. С. 208.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов, 1979. С. 128.
4. Коркина М.В., Лакошина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М. 2004. С.576.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М. 2010. С. 432.
6. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. М. 1997. С. 352
7. Малкина –Пых И.Г. Психосоматика. М. 2005. С. 992
8. Рахматов А.Б. Психосоциальный статус больных псориазом. Вестник дерматологии. 1991. №4 С. 66-68.
9. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. М. 1988 С. 336
10. Селье Г. На уровне целого организма. М. 1972. С. 120
11. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А.. Кожные и венерические болезни. М. 2007. С. 544
12. Федорова С.М. Псориаз: клинические и терапевтические аспекты. Рус. мед. журнал. 2001. Т.9. №11.С. 447-451.
13. Шевченко Ю.А. Концепция исследования качества жизни в кардиологии. Вестник Рос.воен.мед. акад. 2000. №1. С. 5-13.
14. Шевченко-Битенский К.В. Психодерматологические тревожные расстройства (на примере псориаза) с позиции супрамолекулярной биологии. Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2013, №1(23). С. 36-53.
15. Kannon W.B. The wisdom of the body. L. 193