

Шенберг В.Г.¹, Снарская Е.С.¹, Дороженко И.Ю.^{1,2}

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

¹Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва, Россия; ² ФГБНУ Научный центр психического здоровья ФАНО России, 115522, г. Москва, Россия

Психосоматические аспекты красного плоского лишая (КПЛ) являются актуальной психодерматологической проблемой, как в связи с наличием целого ряда нозогенных факторов (тяжело протекающие формы заболевания; мучительный зуд; локализация высыпаний на открытых участках тела, в области половых органов, слизистой полости рта; возможность злокачественной трансформации очагов поражения), так и в связи с нередкой стрессогенной обусловленностью манифестации/экзацербации дерматоза.

Цель работы – изучение психогенных факторов манифестации/экзацербации и клинических взаимосвязей КПЛ с коморбидными психическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 93 больных КПЛ (58 женщин и 35 мужчин; средний возраст 47,6 года), из них папулезная форма наблюдалась у 43 больных, гипертрофическая – у 39 (в половине случаев с поражением слизистых оболочек ротовой полости и гениталий); эритематозная – у 4, атрофическая – у 3, линейная – у 2, пигментная – у 2. Применяли методы исследования: клинко-дерматологический, с использованием шкалы индекса клинических симптомов (ИКС) и опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ); психопатологический; экспериментально-психологический.

Результаты. Психогенные манифестации/экзацербации кожного процесса выявлены у 28 (30,1%) больных КПЛ разных клинических форм. Среднее значение ИКС – 14; ДИКЖ – 11. У 6 (21%) больных экзацербация КПЛ возникает в ответ на объективно значимую острую либо протрагированную во времени психическую травму: смерть или инвалидизация близких, тяжелые угрожающие жизни заболевания, физическое насилие, без прямой связи с определенной личностной акцентуацией. У 22 (79%) больных в качестве триггера выступают субъективно значимые психогенные факторы: межличностные и производственные конфликты, смена/потеря работы, развод, проблемы с недвижимостью и выплатой банковского кредита. У больных с соматопсихической лабильностью в сфере кожных покровов: аллергические кожные реакции – у 17 больных, психогенный зуд – у 5, в анамнезе выявляющиеся при реализации стрессогенных воздействий.

У 56 (60,2%) больных выявлены нозогенные реакции (F43). Степень выраженности депрессивных нозогенных реакций (16 больных) – сниженное настроение, плаксивость, раздражительность, инсомния, соматопсихическая гиперестезия с амплификацией зуда, внутреннее напряжение, гипертрофированные опасения по поводу исхода заболевания с чувством безнадежности – коррелирует с обширной площадью поражения кожи, высокой суммой баллов по ИКС (18) и умеренной по ДИКЖ (13). По мере угасания актив-

ности кожного процесса происходит постепенная редукция депрессивной симптоматики.

Кожные проявления характеризуются распространенными островоспалительными полигональными высыпаниями, сопровождаемыми выраженным мучительным зудом, жжением, стягиванием кожи. Социофобические нозогенные реакции (26 больных) включают социальную тревогу с навязчивым страхом негативной оценки внешности окружающими и ситуационное избегающее поведение у лиц с истеро-тревожным преморбидом: инфантилизм, преувеличенная эмоциональность, гиперконформность, тенденция к подражанию и следованию моде, представления об эластичной, гладкой коже как необходимом условии, позволяющем добиться успеха в жизни путем принятия и одобрения окружающими. Отмечаются навязчивости повторного контроля перед зеркалом; защитные ритуалы с маскировкой изъянов кожи.

Высыпания умеренной тяжести, носят ограниченный характер, локализуются преимущественно на открытых участках кожного покрова. ИКС – 13; ДИКЖ – 14. Нозогенные реакции с явлениями ипохондрии красоты (14 больных) – аффективно заряженные идеи несоответствия собственного облика идеалу безупречной внешности интернальной направленности: «главное – нравиться себе» выявляются у экспансивных шизоидов адаптивного полюса. Высокий ДИКЖ (16) контрастирует с легкой степенью тяжести кожного процесса (ИКС – 9).

Высыпания носят ограниченный характер, локализуясь преимущественно на открытых участках тела. У 9 (9,7%) больных КПЛ манифестировал на фоне коморбидной монополярной рекуррентной депрессии (F33): подавленность, тоска, тревога, раздражительность, мысли о бесперспективности, суточный ритм с ухудшением самочувствия в утренние часы, нарушения сна, навязчивые размышления о каждом заболевании в контексте собственной неполноценности. Кожный процесс носит распространенный воспалительный характер с умеренным зудом в местах высыпаний.

Заключение. При стрессогенных манифестациях КПЛ преобладают субъективно значимые психогенные факторы у лиц с невропатической конституцией в сфере кожных покровов. Депрессивные нозогенные зависят от распространенности и тяжести кожного процесса, социофобические и реакции с явлениями ипохондрии красоты ассоциированы с конституциональным предрасположением, развиваясь на фоне дерматозов умеренной и незначительной тяжести с преимущественной локализацией на открытых участках тела. Рекуррентные депрессии, совпадающие с экзацербацией КПЛ, сохраняют основные свойства классической аффективной фазы, утяжеляясь за счет симптомов дерматоза.