

Ирина Малкина-Пых

БОЛЕЗНИ КОЖИ

Освободиться
и забыть

НАВСЕГДА

психология здоровья



Болезни кожи. Освободиться и забыть. Навсегда

Введение

В настоящее время кожные заболевания являются очень распространенным недугом. Болезням кожи подвержены не только взрослые, но и дети, начиная с самого раннего возраста. Обоснованную тревогу вызывает у врачей тот факт, что многие кожные заболевания являются хроническими, т.е. вылечить от них окончательно человек может не всегда. В этом случае период временного улучшения состояния сменяется очередным обострением заболевания, которое подчас протекает тяжелее предыдущего.

На сегодняшнем этапе развития медицины до сих пор не выяснены все причины и механизмы возникновения многих болезней кожи, и поэтому традиционная медицина может предложить только лечение симптомов (зуда, отека, сыпи и др.). При этом чаще всего не учитывается то, что кожные проявления – это сигналы организма о серьезных неполадках в его работе. Лечить только сыпь и устранять кожный зуд – значит не видеть истинных проблем организма, которому нужна помощь.

Сегодня не вызывает сомнения, что наряду с другими причинами нервный либо психологический компонент играет не последнюю роль в возникновении очень многих кожных заболеваний. В качестве примеров показательны нейродермиты и экзема. Влияние мозговых центров и симпатической нервной системы – важная составляющая в развитии дерматозов, в том числе и псориаза.

Со времен Гиппократов формировалась терминология кожных болезней. Древние ученые, выбирая названия того или иного заболевания, зачастую тщательно и кропотливо пытались выбрать термин или слово, которое наиболее правильно отражало бы основные клинические проявления болезни. Так, например, всем известный термин «экзема» происходит от древнегреческого слова «*εσσειο*», что означает в точном переводе «вскипаю», подчеркивая тем самым основной кожный признак болезни – появление пузырьков и мокнутие.

Большинство кожных заболеваний, которые характеризовались неуклонным хроническим течением и сопровождались шелушением, зачастую зудом, трактовались дерматологами как «лишай», или «лихен». «Лихеном» называли экзему, псориаз, при этом мало уделяя внимания причинам возникновения кожного поражения. Это отграничивало заболевания такого рода от язв, опухолей, ран. Таким образом, лишаями назывались практически все кожные болезни, отличаясь друг от друга лишь прилагательным, стоящим возле термина «лишай» и определяющим его качество.

Например, если замечали, что заболевание протекает с обильным образованием *чешуек*, то его называли *чешуйчатый лишай* (сейчас для этого заболевания чаще используется термин «псориаз», однако термин «чешуйчатый лишай» до сих пор сохранился). Так, многие заболевания получали следующие названия: *стригущий лишай* (вследствие того что в клинической картине преобладало обламывание волос, как будто их кто-то состриг); *пузырьковый лишай*, он же герпес (получил свое название вследствие того, что поражение кожи проявлялось группирующимися пузырьками); *разноцветный лишай* (в данном случае высыпания изменяли насыщенность основного бурого цвета), *розовый* и *красный плоский лишай* (также получили свои названия из-за характерных для этих болезней цвета и формы кожных элементов).

В конце XVIII века, к моменту выделения дерматологии как самостоятельной науки, учеными впервые была составлена классификация болезней кожи, в которой различные заболевания заняли определенное место и получили название. С течением времени терминология многократно

изменялась и пересматривалась, появилось разделение заболеваний по группам в соответствии с клиническими проявлениями, причинами возникновения и течением.

В настоящее время выделяют три большие группы болезней кожи (www.medtrust.ru).

1. Аллергические болезни кожи. Любой человек сталкивается со случаями непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, необычными реакциями на химические вещества бытового (синтетическая одежда, косметика и т.д.) и профессионального окружения. Подсчитано, что в среднем аллергическими заболеваниями страдает около 10 % населения земного шара и следует ожидать дальнейшего увеличения.

Причиной этих заболеваний являются аллергены, способные сенсибилизировать (повысить чувствительность) организм. Их принято делить на две группы: экзоаллергены (из внешней среды) и эндоаллергены (или аутоаллергены), образующиеся в самом организме. Болезни, в которых основная роль принадлежит аллергической реакции на аутоаллергены, носят название аутоиммунных (аутоагрессивных, аутоаллергических).

Попадание в организм аллергена вызывает ответную реакцию, которая может развиваться в течение 15—20 минут (гиперчувствительность немедленного типа) или через 1—2 суток (гиперчувствительность замедленного типа). Включение того или иного типа аллергической реакции зависит от свойства антигена (химическая природа, количество, физическое состояние и др.) и реактивности организма (совокупность наследственных и приобретенных свойств человека). Возбудители инфекционных болезней и продукты их жизнедеятельности также вызывают аллергические процессы, которые становятся составной частью патогенеза (греч. *pathos*– страдание + *genesis* – происхождение) туберкулеза, лепры, сифилиса, микозов и других кожных поражений. Среди аллергических заболеваний кожи наиболее часто встречаются дерматиты, экзема, нейродермиты, крапивница.

Аллергические дерматиты возникают при непосредственном воздействии на кожу веществ, способных вызвать аллергическую реакцию замедленного типа. Слово «дерматит» происходит от латинского *derma*(кожа) и *-itis* (воспаление). Таким образом, дерматиты – это воспалительные заболевания кожи, вызванные непосредственным повреждающим действием каких-либо факторов. Следовательно, устранение этих раздражителей приводит к выздоровлению (восстановлению структуры и функций пораженного участка кожи).

Иное дело нейродермит – заболевание, причину появления которого невозможно четко отследить. Поэтому лечение большей частью сводится к ограничению действия всех факторов, которые могут провоцировать нарушения в работе нервной, иммунной, эндокринной, пищеварительной систем, а также к применению наружных средств.

2. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. В этот раздел входит обширная группа поражений кожного покрова, вызываемых различными возбудителями – вирусами, бактериями, патогенными микрогрибами и т.д. К паразитарным дерматозам относятся зудящие болезни кожи, вызываемые животными-паразитами. Одни внедряются вглубь кожи и проводят в ней полностью или частично свой жизненный цикл, другие паразиты – наружные – это кровососущие насекомые. К ним относятся вши, блохи, клопы, комары, некоторые виды мух, а также клещи, обитающие на животных и птицах, на злаках, зерне, в траве и соломе, в перьях подушек и одеял и пр. Клещевые поражения кожи нередко возникают как массовые заболевания.

Для развития любого инфекционного или паразитарного заболевания недостаточно только присутствия возбудителя, для его активизации требуются соответствующие условия – состояние организма (ослабленный иммунитет, травма кожного покрова) и внешней среды (запыленность, загрязненность, повышенная температура). К болезням данной группы относятся актиномикоз, бородавки, герпес, кандидоз, карбункул, лепра (проказа), пиодермии, туберкулез кожи, фурункул (чирей), чесотка и ряд других.

3. Болезни кожи неизвестной этиологии (греч. *aitia* – причина). В эту группу заболеваний включены дерматозы, причины возникновения которых окончательно не выяснены. К болезням данной группы относятся герпетиформный дерматоз (болезнь Дюринга), красная волчанка, красный плоский лишай, псориаз (чешуйчатый лишай), пузырчатка, склеродермия. Почему же из огромного количества болезней кожи мы выбрали именно псориаз и нейродермит? Тому есть несколько причин.

Эти заболевания являются чрезвычайно распространенными и зачастую протекают очень тяжело.

Псориаз – одно из самых загадочных и самых древних заболеваний, известных на Земле. Признаки псориаза обнаруживали на коже мумий в египетских пирамидах.

Клиническое описание болезни, сходное с псориазом, в литературе встречается с древнейших времен (в Библии, у Гиппократов и др.). Цельс (великий древнеримский врач) дал первое клиническое описание псориаза под именем *impetigo*: «Масштабы чистой кожи уменьшаются, имеется большая эрозия, она распространяется более быстро и прибывает в большем количестве, оставляя все менее чистых мест» (Бубличенко, 2006).

В 1808 г. Р. Уиллан делает первое точное описание псориаза и его форм.

В 1841 г., после исследований Ф. Гебра, термин «псориаз» стали использовать для определения этой болезни.

В 1860 г. Э. Бэйзин делает первое описание псориатического артрита как формы псориаза.

В 1876 г. Г. Кебнер описывает случай псориаза, появляющегося в местах повреждения кожи. Это описание позже назовут «феноменом Кебнера», что теперь является одним из основных симптомов при диагностике заболевания.

В 1925 г. появилась наследственная теория возникновения псориаза.

В 1961 г. было выяснено, что клетки кожи при псориазе растут в 8 раз быстрее, чем нормальные. Этот факт несколько позже станет одной из главных характеристик псориаза.

В 1986 г. исследованиями подтвердился тот факт, что псориаз влияет на иммунную систему.

К настоящему времени написано множество книг и диссертаций, в которых высказывались предположения, гипотезы и теории возникновения псориаза, обобщался многовековой опыт лечения, но к единому мнению ученые всего мира пока так и не пришли. Между тем псориаз уже причислен к разряду «болезней цивилизации».

Нейродермит – также заболевание очень непростое, встречается во всех странах, у лиц обоего пола и в разных возрастных группах, с трудом поддается лечению. Точных данных о популяционной частоте нет. Заболеваемость, по сведениям различных ученых, колеблется от 6 до 15 случаев на 1000 от общего числа населения. Во всем мире наблюдается постоянный рост заболеваемости, причины которого остаются предметом исследований (Плотников, 2006).

Термин «нейродермит» впервые начали употреблять в 1891 году для описания заболевания кожи, появляющегося в результате расчесов на местах первично развившегося зуда.

Нейродермит называют также *атопическим* (лат. *atopos* – необычный, чуждый) *дерматитом*, тем самым подчеркивая ведущую роль аллергической природы в его возникновении. Другими словами, нейродермит является своеобразной реакцией организма на чужеродные раздражители, аллергены. В этом качестве рассматривают различные вещества, которые воздействуют на организм, когда он еще находится в утробе матери. В результате развиваются нарушения в его

иммунной регуляции, поэтому нейродермит нередко сочетается с такими аллергическими заболеваниями, как бронхиальная астма, вазомоторный ринит и др. Однако это не единственные факторы, которые приводят к развитию заболевания.

Нейродермит еще можно назвать кожным неврозом, поскольку зачастую он развивается у людей, нервная система которых имеет своеобразную функциональную неустойчивость. Врачи до настоящего времени не могут однозначно ответить на вопрос, чем обусловлено это состояние и какой из факторов является пусковым в его развитии.

Современная медицина преуспела в лечении таких тяжелых состояний, как переломы, раны, аппендицит, серьезные инфекционные заболевания, подобные пневмонии, которые хорошо поддаются лечению антибиотиками. Она действительно может спасти жизнь. Кроме того, у нее есть эффективные средства лечения опасных заболеваний, которые требуют хирургического вмешательства. Но с такими современными болезнями, как аллергия, гипертония, артрит, астма, рак, остеопороз, вирусные инфекции, нарушения пищеварения и большинство кожных заболеваний, медицина управляется значительно менее уверенно.

Обнадешивает тот факт, что многие направления медицинских исследований сейчас все больше и больше склоняются в сторону той области, которая до сих пор считалась сферой деятельности психологов. Иными словами, заболевания имеют не только физиологические, но и психологические причины.

Согласитесь, что **быть здоровым** – это не то же самое, что **не быть больным**. Определенно, здоровье – это нечто большее.

«Быть здоровым» можно определить как состояние баланса, включающего тело, разум и дух, такое естественное состояние, которое мы называем «быть самим собой». Каждый из нас уникален, и столь же уникальным является наше состояние равновесия.

Кроме того, здоровье и болезнь – это субъективные переживания. Мы сами определяем уровень своего здоровья, главным образом оценивая свои ощущения. Не существует прибора, который в состоянии объективно измерить здоровье или уровень боли.

Здоровье – это, в первую очередь, нечто позитивное, естественное следствие нашего образа жизни. Это не предмет собственности, а процесс, ежедневный результат наших мыслей и чувств.

Мы создаем наше здоровье каждый день своей жизни. Его не найти в лекарствах и его не раздают доктора, какими бы ни были их философия и методы лечения – традиционными или нетрадиционными.

Ослепленные необыкновенным действием открытых в медицине новых лекарств или методов лечения, мы забываем, что все это лишь героические меры борьбы с болезнью, которая уже зашла слишком далеко. Ведь болезнь – это последний сигнал о том, что организм не в порядке и требует вмешательства.

Не существует такого «рецепта здоровья», который удовлетворил бы каждого. В наших телах таится огромный запас внутренних способностей поддерживать здоровье, который мы часто игнорируем. Разум и тело постоянно подталкивают друг друга к здоровью или болезни. Не организм заболевает – человек делает это.

Основная идея, которую я хочу передать в этой книге, заключается в том, что вы можете сами оказывать влияние на свое физическое здоровье: ваше тело является неотъемлемой вашей частью, а не чем-то таким, что время от времени заставляет вас болеть, и у него есть удивительная способность учиться и исцелять себя.

Обращаю ваше внимание, что данная книга не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

Глава 1

Вы и ваша кожа: о единстве души и тела

Современный период развития наук о человеке характеризуется стремлением к пониманию человеческого организма как целостной системы. В соответствии с холистическим (целостным) подходом все функции организма взаимосвязаны. Рассматривать личность в целом – значит рассматривать все части личности: тело, психику, мышление, чувства, воображение, движение. Однако это не то же самое, что рассматривать личность как сумму отдельных частей. Необходимо воспринимать личность как интегрированное функционирование различных аспектов целого во времени и пространстве. С этой точки зрения считать один аспект личности исключительной причиной возникновения проблемы – значит искусственно разделять то, что на самом деле является функциональным единством.

В свете западного философского развития легко понять, отчего возник недостаток внимания к телесным проявлениям души. Р. Декарт (1596—1650) первым четко разделил «мыслительную субстанцию» и «телесную субстанцию». Многие поколения смотрели на человека именно так. Рационалисты XVII века во главе с Декартом считали, что разум важнее тела, и создали философский Век Разума, так называемое Просвещение.

В XIX столетии в качестве компенсирующей реакции на обесценивание тела появились романтики (например, Шеллинг и Руссо), которые превозносили природу и презирали мыслителя, пожертвовавшего инстинктивной жизнью ради умственных процессов. Несмотря на это, разделение души и тела пережило романтическую реакцию и до сих пор доминирует в нашем обществе.

Вероятно, именно поэтому во многих замечательных работах по медицине и методикам исцеления часто остается забытым такой важный вопрос, как связь между душой и телом, которая может оказывать непосредственное воздействие на состояние нашего здоровья и на нашу способность исцеляться.

В современной медицине древний принцип «лечить не болезнь, а больного» на практике используется редко. Это отражается и во врачебном жаргоне («У меня в палате лежат два желудка и три печени», – говорят хирурги; «У меня – один псориаз и три экземы», – вторят им дерматологи). Такой подход является органоцентрированным, вместо того чтобы быть человекоцентрированным. Вместе с тем состояние тела и, в частности, кожи напрямую связано как с состоянием души, так и со способами нашего мышления.

Наше мышление влияет на наше здоровье двумя вполне доказанными способами.

Во-первых, мышление влияет на то, как мы переживаем стрессы повседневной жизни, во-вторых, оно определяет поведение, относящееся к поддержанию здоровья.

Влияние нашего мышления на физиологические процессы так велико, что нет необходимости доказывать этот постулат с помощью сложного оборудования. Разум и тело – одна система. Мы сталкиваемся с этим постоянно.

Например, мысли могут вызывать гнев вместе со свойственными ему физиологическими реакциями. Когда люди сердятся, их тело напрягается, движения становятся резкими, голос громким, лицо краснеет, иногда сжимаются руки и зубы. Чем вызвана такая стимуляция всего тела? Это всего лишь мысли, вызванные интерпретацией чьих-то слов (которые сами по себе являются всего лишь выражением мыслей). Кто-то произнес какие-то слова, которые сами по себе

безобидны до тех пор, пока не будут интерпретированы человеком, которому они предназначались. Сразу после этого в его мозгу появятся ответные мысли такого рода: «Как он смеет такое мне говорить! Я этого не заслужил!» Подобные мысли вызывают интенсивные эмоции, дополняемые соответствующими физиологическими реакциями. Каким-то образом мысли превращаются в ощущения.

Многочисленные исследования подтверждают, что наши мысли оказывают физическое действие на все главные органы с помощью трех систем:

автономной нервной;

эндокринной;

иммунной.

Автономная нервная система пронизывает все наше тело подобно тончайшей паутине. Она состоит из центральной (головной, спинной мозг) и периферической (вегетативной) систем. У вегетативной нервной системы есть две ветви: возбуждения и расслабления. Симпатическая нервная система – это возбуждающая часть, она приводит нас в состояние готовности столкнуться с вызовом или опасностью. Нервные окончания выделяют медиаторы (лат. *mediator* – посредник), стимулирующие надпочечники к выделению определенных гормонов – адреналина и норадреналина. Гормоны, в свою очередь, повышают частоту сердечных сокращений и частоту дыхания и действуют на процесс пищеварения посредством выделения кислоты в желудке. При этом возникает сосущее ощущение под ложечкой (Мак-Дермотт, О'Коннор, 1998).

Если симпатическая нервная система включена, то парасимпатическая выключена.

Парасимпатические нервные окончания выделяют медиаторы, снижающие пульс и частоту дыхания. Парасимпатические реакции – это комфорт, расслабление и в конечном итоге сон. Когда мы сидим, слушая музыку и погрузившись в приятные мечты, именно парасимпатическая система расслабляет наше тело.

Эндокринная система очень похожа на автономную нервную систему. Она состоит из ряда органов, выделяющих гормоны – вещества, регулирующие наш рост, уровень активности и половую жизнь. Эндокринная система превращает наши мысли в реальные ощущения и действия. Кроме того, она выделяет гормоны, известные под названиями эндорфин и энкефалин, изменяющие нашу реакцию на стресс и боль, действующие на наше настроение, аппетит и на некоторые процессы обучения и запоминания. Гипофиз, находящийся в основании мозга, представляет собой центр управления всей эндокринной системой. Наши надпочечники выделяют гормоны, называемые кортикостероидами, многие из которых действуют наподобие симпатической нервной системы и подготавливают наше тело к действиям.

Иммунная система является третьей основной системой, влияние которой распространяется по всему нашему телу. Она поддерживает здоровье, защищая нас от внешних (бактерии и вирусы) и внутренних (опухолевые клетки) антигенов.

Автономная нервная (включая мозг), эндокринная и иммунная системы переплетены между собой. Эти три системы обмениваются информацией с помощью медиаторов, состоящих из белка, называемого нейропептид.

Иммунную систему часто представляют как армию, отражающую атаки болезнетворных микроорганизмов, сражающуюся с инфекцией и мобилизующую ресурсы. Иммунная система действительно убивает вторгшиеся микроорганизмы, но она представляет собой нечто большее, чем просто личную армию, блуждающую по организму вместе с кровяным потоком в поисках нарушений порядка. Она действует, разделяя «я» и не «я». Она удаляет все то, что не относится к «я», например опухоли, бактерии, вирусы и кровь несовместимой группы. Она делает на

физиологическом уровне то, что мы делаем на психологическом с самого детства, когда устанавливаем границы между собой и другими людьми. Здесь можно предположить, что здоровье на физиологическом уровне заключается в отчетливом представлении о самом себе.

Иммунная система обычно знает, что атаковать, а что оставить в покое. Например, она не трогает многочисленные бактерии, живущие в кишечнике и способствующие пищеварению. Но что происходит, когда возникают сбои? Иммунная система перестает реагировать достаточно жестко на внешние антигены (бактерии и вирусы), мы начинаем болеть. Но иногда инфекция может быть столь сильной, что иммунная система, работая как обычно, не может с ней совладать.

Когда, напротив, иммунная система реагирует слишком резко на внешние антигены, возникает аллергия, в том числе и нейродермит – признак излишне жесткой реакции на вещество, не представляющее собой никакой опасности. Это напоминает слишком чувствительного человека, принимающего близко к сердцу любые безобидные замечания. Реакция иммунной системы оказывается более опасной, чем действия внешних антигенов.

Нервная, эндокринная и иммунная системы действуют вместе, переводя наши мысли в физиологические реакции. Часто действия автономной нервной и эндокринной систем имеют заметные проявления, которые возникают немедленно.

Например, если вы представите себе любимого человека, ваше сердце начнет биться учащенно. Вы получаете непосредственную обратную связь, поэтому легко установить взаимосвязь. Связь между различными событиями оказывается не столь очевидной, когда дело касается иммунной системы. Мы не получаем непосредственной обратной связи о том, как воображаемые картинки и эмоциональные состояния действуют на иммунную систему, и все же такое влияние существует, потому что нервная и иммунная системы передают свои сообщения по одним и тем же каналам с помощью одних и тех же нейропептидов. И существуют механизмы, устанавливающие взаимную зависимость между иммунной системой и нашими мыслями и эмоциями.

Надеюсь, вам уже очевидно, что между мыслями и эмоциями, между эмоциями и физиологическими реакциями существует изначальная тесная связь, а это значит, что мысли влияют на наше здоровье. Именно поэтому многие болезни сегодня принято называть психосоматическими, определяя в самом названии последовательность возникновения и развития телесного расстройства (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело).

Целое направление в современной медицине также называют психосоматическим. Такие разные на первый взгляд болезни, как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический полиартрит, язвенный колит, многие заболевания кожи, в том числе нейродермит и псориаз, аллергические реакции, составляют перечень психосоматических заболеваний и расстройств, т.е. заболеваний, имеющих психологическую природу.

1.1. Что такое психосоматика

Психосоматическая медицина (сокращенно «**психосоматика**») – направление в медицинской науке, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

По объединенным данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматики.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых не существует программ генетической защиты, и теперь приспособление зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от его мышц, фасций, сухожилий и скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовывать на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в специальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме (Радченко, 2001).

Создатель психоанализа Зигмунд Фрейд в свое время совершил открытие, которое соединило психологию и медицину. Он доказал, что глубинные подсознательные структуры живут по своим законам и стресс, пережитый однажды, сохраняется в них и со временем может привести к различным заболеваниям, потому что наше физическое тело представляет собой «запоминающую систему». Клетки тканей различных органов несут присущую только им информацию, существует четкая взаимосвязь между характером мышления, частями тела и проблемами физического здоровья, поэтому симптомы болезней – это чисто внешние проявления духовного нездоровья человека.

З. Фрейд писал: «Если мы гоним проблему в дверь, то она в виде симптома лезет в окно». В основе психосоматики лежит механизм психологической защиты, который называется вытеснением, это значит, что мы стараемся не думать о неприятностях, отметать от себя проблемы, не анализировать и не встречать их лицом к лицу. Вытесненные таким образом проблемы переходят с уровня межличностных взаимоотношений (социального) или психологического (нереализованных желаний и стремлений, подавленных эмоций, внутренних конфликтов) на уровень физического тела.

Тело нельзя разделить на независимо функционирующие органы и системы, а их в свою очередь невозможно отделить от чувств и душевных переживаний.

Болеющий человек остается целостным существом, и для разгадки тайны болезни, ее причины, истории и наилучшего способа выздоровления потребуется всестороннее взаимодействие. Крупнейший ученый-анатом Рудольф фон Вирхов определил болезнь как «стесненную в своих проявлениях жизнь».

Термин «психосоматический» в 1818 году ввел немецкий врач из Лейпцига Х. Хайнрот. Ему принадлежали слова: «Причины бессонницы обычно психические-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием». Он рассматривал многие соматические болезни как психогенные прежде всего в этическом аспекте. Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он считал результатом злобы и стыда, а особенно сексуальных страданий.

В основе психосоматической патологии первична телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Первое обращение психоанализа к психосоматическим заболеваниям связано с представлением Полем Федерном на Венском психоаналитическом обществе случая психотерапии пациента, страдавшего бронхиальной астмой. Позднее психоаналитик Георг Гроддек последовательно применял психоанализ в частном санатории в Баден-Бадене при лечении, главным образом, соматических заболеваний. Ему же принадлежит определение «психосоматическая медицина».

Рассмотрим в качестве примера некоторые психоаналитические модели психосоматики, которые пытаются вскрыть лежащие за поверхностью наблюдаемой симптоматики внутренние психологические конфликты и проблемы, проистекающие, как правило, из раннего детства человека. К основным можно причислить конверсионную модель З. Фрейда, модель вегетативного

невроза Ф. Александера, модель двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха, модель отказа от веры в будущее («giving up» и «given up») Дж. Энгеля и А. Шмале, модель борьбы за свое тело П. Куттера.

Так, согласно конверсионной модели З. Фрейда происходит смещение психического конфликта (конверсия) и попытка разрешить его через различные симптомы в области тела – соматические, моторные (например, различного рода параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованные боли). Происходит «отделение либидо» (лат. *libido* – сексуальное влечение) от бессознательных, вытесненных представлений и преобразование этой энергии либидо в соматическую энергию.

Модель вегетативного невроза Ф. Александера (Александр, 2000) предполагает, что, в случае когда бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, он приводит к эмоциональному напряжению, сопровождаемому устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе. По мнению Ф. Александера, подобные изменения в вегетативной нервной системе могут повлечь за собой изменения ткани, а возможно, и необратимые поражения органов.

В соответствии с моделью двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха развитие психосоматического процесса представляется в такой последовательности:

I. Сначала человек пытается справиться с конфликтом только с помощью психических средств на психосоциальном уровне.

II. Если это не удастся, т.е. не «срабатывает первая линия обороны», подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

Д. Энгель и А. Шмале в модели отказа от веры в будущее («giving up» и «given up»), признавая генетическую предрасположенность к заболеванию, в то же время видели символическую обусловленность места возникновения нарушения. Например, экзема и другие кожные заболевания, по их мнению, могут быть символически связаны с нарушениями контакта с другими людьми, прежде всего с матерью на первом году жизни.

Согласно модели борьбы за свое тело П. Куттера имеет место нарушение коммуникации психосоматического больного со своим телом. Человек не воспринимает сигналы от своего тела, например, вовремя не реагирует на утомление или внутреннее истощение. П. Куттер исходит из гипотезы, что психосоматический больной недостаточно «любит» свое тело.

В настоящее время психосоматический подход включает в себя различные школы и направления, отличающиеся как интерпретацией причин заболеваний, отнесенных к этой группе, так и методами их излечения.

Психосоматическая медицина не отрицает влияния других факторов, таких как наследственность, питание, физические перегрузки и зараженная среда, но добавляет к ним психологические причины – важный фактор, влияющий на возникновение заболевания, здоровье (или болезнь) каждого конкретного человека. Психосоматическая медицина начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно.

К соматическим заболеваниям и расстройствам в современной классификации относятся :

1. Психосоматические реакции (сильные психологические переживания, получающие соматический ответ, например влюбленность).

2. Конверсионные симптомы (невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен, например психогенная слепота, глухота, рвота или болевые феномены).

3. Функциональные синдромы (органные неврозы по одной из классификаций): разнообразные нарушения в органах рассматриваются как телесные проявления, сопровождающие сильные эмоции:

- ком в горле – внутреннее беспокойство;
- затруднение дыхания – депрессивные проявления;
- ощущения в области сердца – симптомы страха.

4. Органические, или истинные, психосоматозы (бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, нейродермит, гипертиреоз).

Итак, психосоматика занимается изучением связей между душевным состоянием и здоровьем человека. Связь психологического состояния и кожи выделена в особый раздел. Изучением того, как осуществляется эта связь, занимается психодерматология.

1.2. Психодерматология: немного истории

Психодерматология – это раздел психосоматической медицины, рассматривающий особенности этиологии, патогенеза, клиники, терапии и профилактики дерматозов как отражение патофизиологически обусловленной, постоянно существующей, неразрывной и динамичной связи между патологичным кожным процессом и психическим состоянием человека (Иванов, Львов, 2004). В природе многих кожных заболеваний психической патологии издавна отводилось особое место.

Основы подобного подхода разрабатывались еще в трудах Гиппократов, который, формулируя свою идею о природе человеческой сущности в виде четырех основополагающих черт характера, распространяет их и на механизмы формирования кожных заболеваний.

Впервые попытка объяснения кожных заболеваний как имеющих психогенную природу была предпринята в 1681 году Т. Сиденхемом. Он описал ангионевротический отек как истерическое проявление.

В 1726 году Д. Тернер объяснил розовые угри как результат горя, которое пережила женщина после смерти своего мужа.

В 1788 году В. Фальконе предпринял попытку связать активность кожного процесса с нарушением иннервации (связи органов и тканей с центральной нервной системой с помощью нервов) пораженных участков кожи.

Основоположник Венской дерматологической школы Ф. Гебра (1866), изучая влияние психоэмоционального статуса больного на проявления экземы, пришел к выводу, что «кожное заболевание может основываться на качестве психического состояния, в особенности при депрессиях».

Английский врач Э. Вилсон, впервые употребивший понятие «невроз кожи» в 1867 году, главным этиологическим фактором этого заболевания предлагал считать невротический конфликт, сопровождающийся переживанием тревоги.

Основоположник русской дерматологической школы А.Г. Полотебнов в монографии «Дерматологические исследования» (1886) обобщил полученные к тому времени данные о связи болезней кожи с общим состоянием организма и в особенности с состоянием нервной системы.

В 1891 году французские дерматологи Л. Брок и Л. Жаке установили связь хронической экземы с психической переработкой и поэтому дали этой экземе название «нейродермит», в первоначальной транскрипции – «психонейродермит», что, по мнению исследователей того времени, точно указывало на происхождение болезни.

Другой известный венский дерматолог М. Капоши писал (1895): «Неврозы кожи – болезни, которые возникают по причине изменения функций кожных нервов без видимого повреждения кожи».

В последующем эмпирические предположения об опосредованности кожных заболеваний психической травматизацией либо получали научное подтверждение (экзема, пруриго взрослых и др.), либо, напротив, опровергались (вульгарная пузырчатка).

Приоритет обстоятельного описания самовызванного дерматоза принадлежит Л. Броку (1898). Автор отмечает, что ему подвержены «...молодые женщины тщедушного телосложения, склонные к истерическим реакциям».

П.В. Никольский (1901), отмечая причинное значение эмоциональных расстройств в патогенезе кожных заболеваний, бросающихся в глаза «...с принудительной логической убедительностью», выдвигает предположение о тесной связи возникновения экземы с симптомами, свойственными истерии.

Начало прошлого века характеризуется распространением в сфере дерматологии психоаналитических теорий.

В 1933 г. немецкий дерматолог и психоаналитик Ф. Зак публикует главу «Психика и кожа» в «Руководстве по кожным и венерическим болезням». Симптомы кожных заболеваний рассматриваются автором в зависимости от ряда факторов, включающих наряду с наследственной предрасположенностью, конституциональными особенностями и влиянием окружающей среды определенные особенности индивидуального жизненного пути человека.

Он пишет: «Взаимоотношения между психикой и кожей образуют особую связь взаимоотношений между телом и душой...»

Видный представитель психоаналитического направления Ф. Александер, широко известный своими исследованиями в области психосоматической медицины, в монографии «Психосоматическая медицина» (1950) впервые относит нейродермит к известной «чикагской семерке» психосоматических заболеваний, подчеркивая, что кожа обладает свойством специфической органной предрасположенности к реакции на стресс. По мысли Александера, патологический кожный процесс включает в себя не только локальный очаг, но и целостный разум больного. Он выделяет три составляющие, определяющие возникновение болезни: психологический склад личности, провоцирующая жизненная ситуация, которая имеет особое эмоциональное значение для человека и может бессознательно оживить его конфликт, конституциональная предрасположенность (уязвимость органа) (Александер, 2000).

В 1980 году австралийский психоаналитик Ф. Уитлок в работе «Психофизиологические аспекты кожных болезней» вводит понятие «психодерматология», определяемое с соответствующих теоретических позиций.

В настоящее время сфера психодерматологии активно развивается зарубежными исследователями, работающими в Германии, Италии, Великобритании, США, Канаде.

В 1995 г. создано Европейское общество дерматологов и психиатров, проводятся регулярные тематические симпозиумы, издается специализированный журнал.

В России проблемы соотношения психических расстройств и кожных заболеваний разрабатывались в нескольких направлениях. В начале прошлого столетия почти все неинфекционные кожные болезни рассматривались как в свете теории нервизма И.М. Сеченова, так и психофизиологического учения И.П. Павлова. В последующем, с открытием новых механизмов развития кожной патологии (генетические, иммунологические, обменные), подобный подход в объяснении патогенеза ряда дерматозов отступил на второй план. Тем не менее различные приемы психокоррекции активно использовались российскими дерматологами. Так, в 1936 г. профессор А.И. Картамышев опубликовал первую в стране монографию «Гипноз в дерматологии». Профессор Н.Н. Желтаков также длительно и успешно разрабатывал проблему гипнозусуггестивной терапии.

Итак, психодерматология – раздел психосоматической медицины, изучающий взаимовлияния психики и кожи как в случае здоровья, так и в случае болезни.

Кожа является индикатором не только физического, но и душевного здоровья человека (у человеческого эмбриона кожа и нервная система развиваются из одного зачатка эктодермы). Несколько цифр: тяжелый эмоциональный стресс лежит в основе хронической крапивницы (72%), себореи (54%), очаговой алопеции (облысение) (87%) (Тополянский, Струковская, 1985).

Но особенно ярко взаимосвязь между душевным состоянием человека и состоянием кожи видна на примере серьезных кожных заболеваний, таких как нейродермит и псориаз.

1.3. Основные источники психосоматических заболеваний

Вопрос о механизме и причинах возникновения психосоматических, в том числе и кожных, заболеваний сложен. Здесь играют роль и специфичность ситуации, и личная история человека, особенности его характера и др.

Мы остановимся лишь на некоторых наиболее общих источниках возникновения психосоматических, т.е. эмоционально обусловленных, заболеваний (Радченко, 2001). К ним относятся:

1. Внутренний конфликт. Это конфликт частей личности человека, единоборство сознательного и бессознательного, которое приводит к разрушительной «победе» одного из них над другим. Проблемы с кожей практически всегда указывают на трудности в установлении контакта и общения. Например, тяжелые формы угревой сыпи у молодых людей нередко свидетельствуют о бессознательном страхе общения с противоположным полом (причины, как правило, кроются в раннем детстве). Как только вероятность такого общения возрастает, наступает обострение. Это и есть стратегия «бегства в болезнь» при возникновении внутреннего конфликта. «Убежать» в кожное заболевание можно и при возникновении любых других проблем.

2. Мотивация, или условная выгода. Это важнейшее понятие психосоматики. Холистическая психология исходит из того, что любая проблема (заболевание) не случайна и несет в себе нечто полезное для человека.

Особо подчеркнем, что выгода от заболевания условна и не осознается самим человеком, потому что механизмы психической защиты оберегают его от травматических болезненных воспоминаний и мыслей.

Чаще всего кожное заболевание «помогает» человеку в следующем:

если человек боится общаться с другими, то болезнь выполняет функцию «отпугивания», заставляя людей держаться подальше;

если человек не доверяет миру, то болезнь выполняет функцию защитного панциря;

если человек хочет привлечь к себе внимание, но не умеет этого делать, то эту функцию берет на себя болезнь.

Иногда болезнь сдерживает развитие другого, более тяжелого заболевания. Психоналитики утверждают, что если больному вылечить язвенный колит, то у него сразу разовьется «прятавшийся» за колитом психоз. Понятие «сдвига симптомов» было введено в традиционной медицине и психологии после признания того факта, что, «устраняемые с помощью терапии», они внезапно возникают в другой форме. Иными словами, симптомы «блуждают» от органа к органу, а пациент – от специалиста к специалисту.

3. Эффект внушения. В данном случае имеется в виду внушение другим человеком.

По наблюдениям специалистов, люди, страдающие кожными заболеваниями, с детства сильно привязаны к внешней красоте и чистоплотности. Это для них становится сверхценностью. Родители внушают ребенку, что «хороший мальчик (девочка) должен быть чистым, опрятным, хорошо выглядеть». Казалось бы, ничего страшного в таких воспитательных моментах нет, но вслед за подобными утверждениями часто следует важное дополнение: «а то мама любить не будет». Ребенок этот постулат воспринимает абсолютно всерьез и все свои эмоциональные силы расходует на желание достичь внешнего совершенства. И тут срабатывает известный в холистической психологии принцип: человек лишается того, к чему слишком сильно привязывается, что делает абсолютной ценностью. А поскольку в данном случае объектом является внешняя красота, ее-то человек и лишается.

4. «Элементы органической речи». Болезнь может быть физическим воплощением фразы.

Например, слова «у меня на него аллергия» могут превратиться в реальные симптомы. Можно задать вопрос: «Что именно вызывает у меня аллергическую реакцию?» Родители, партнер, теща, шеф, работа, политика, социальная несправедливость? При этом очень важен содержательный аспект проявления аллергии. Непунктуальность или чрезмерные требования к пунктуальности? Скупость или мотовство? Идеальный порядок или хаотический беспорядок? Неверность? Помешательство на чистоте или нечистоплотность? Невнимание партнера («никогда нет времени»)?

В этом случае болезнь может рассматриваться как способность выразить свою психологическую потребность в телесной форме.

5. Идентификация, попытка быть похожим на кого-то. Человек выбирает себе идеал и пытается быть похожим на него. Однако, постоянно имитируя кого-то, человек подсознательно отстраняется от собственного тела. Живя все время в другой «ауре», он в конце концов начинает от этого страдать. Особенно опасно бессознательное подражание родителям. Выполнение родительского сценария, возможно, является одной из причин наследственных заболеваний. Генетики могут возразить, что наследственные болезни передаются генами. Но они согласятся с тем, что гены многих заболеваний носят все люди, а болеют далеко не все. Может, родительский сценарий и является тем фоном, на котором наследственная патология начинает развиваться.

Поэтому если мы не хотим, чтобы наши дети болели теми же тяжелыми заболеваниями, что их бабушки и дедушки (наши родители), то именно мы должны постараться избежать этих заболеваний, изменить сценарий. К сожалению, сценарные нарушения плохо поддаются психологической коррекции, может, поэтому их отнесли к группе наследственных заболеваний – что заложено в генах, медицина изменить не может.

6. Самонаказание. Это происходит, когда за совершенный неблагоприятный поступок человек начинает бессознательно наказывать себя. Часто это результат того, что человек поступает не так, как его воспитывали, это способствует возникновению чувства вины, а вина ищет наказания.

7. Болезненный, травматический опыт прошлого – самый серьезный, самый глубокий источник. Как правило, это психические травмы раннего периода детства, вытесненные, забытые, но активно влияющие на поведение и здоровье человека из бессознательной части личности. Иногда они не забываются, постоянно держатся в памяти и периодически всплывают.

Любая кожная реакция, сформировавшаяся в условиях стрессовой ситуации в виде преходящего функционального нарушения, может наблюдаться и в дальнейшем (при любом событии, воспринимаемом как стресс) в форме стереотипно повторяющегося или хронического патологического процесса с определенными изменениями кожи.

Рецидивы патологического процесса развиваются у этих людей по механизму «оживления следов» даже при многолетней, практически полной ремиссии и бесспорном отсутствии какой-либо связи с непосредственной причиной изначального поражения кожи.

Еще одной очень важной причиной психосоматических заболеваний может быть **алекситимия**. Алекситимия (греч. *a* — отрицание, *lexis* – слово, речь и *thymos* – чувство) – понятие, обозначающее неспособность человека к эмоциональному резонансу. Буквально значит: «нет слов для чувств». Ограничение этой способности особенно выражено у психосоматических пациентов.

В некоторых семьях принято подавлять часть эмоций в воспитательных целях: «плачут только неудачники», «мужчины не плачут», «смеются только невоспитанные люди» и т.д. Результатом такого воспитания становится неспособность воспринимать и словесно выражать свои чувства. Эта неспособность является одной из основных причин психосоматических болезней, таких как ревматоидный артрит, бронхиальная астма, онкологических и кожных заболеваний. Непроявленные эмоции подобны пружине: чем сильнее человек стремится подавить их, тем больше внутреннее напряжение. И в конце концов подавленные чувства прорываются наружу через симптомы заболеваний.

Множество теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний, несколько упрощенно можно объединить в три большие группы (Лиманов, 2004).

Одна группа связывает возникновение психосоматических заболеваний с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний.

Конфликт мотивов, свойственный людям с псориазом и нейродермитом, будет подробно рассмотрен в главе 3 настоящей книги.

В отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический (внутриличностный) конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: неприемлемого для сознания мотива, невротической тревоги и всего невротического поведения.

В соответствии с другой группой теорий неразрешимый конфликт мотивов (как и неустраняемый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или замаскированной депрессии. Поражение же тех или иных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями развития, определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты.

Согласно ведущей группе теорий возникновения психосоматических заболеваний они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами.

1.4. Как и почему кожа реагирует на стресс

Что скрывается за понятием «стресс»? Однозначно ответить на этот вопрос непросто, хотя каждый человек испытывал это состояние. В обиходе мы часто употребляем термин «стресс», когда сталкиваемся со служебными или семейными проблемами, финансовыми трудностями, переживаем по поводу тяжелой болезни близкого человека и многим другим. Несмотря на то что это совершенно разные проблемы, человек реагирует на них стереотипно – определенными психологическими, гормональными и биохимическими изменениями.

В 1878 г. Клод Бернард первым признал наличие физиологического ответа животных на стимулы окружающей среды, который он назвал «milieu interieur» (внутренняя среда).

Позже У. Кэннон назвал эту концепцию «гомеостаз», т. е. динамическое равновесие, достигнутое в результате оптимального взаимодействия противодействующих процессов в организме хозяина. Он также обнаружил рефлекс «борись или беги» у животных, подвергнутых сильному стрессу, и потенциально разрушительные эффекты стресса на индивидуум. Физиологической основой ответа на стресс считалась активация эндокринологических факторов, включающих симпатическую адреномедуллярную ось.

Г. Селье описал ответ лабораторных животных, подвергнутых вредным стимулам, который назвал «общий адаптационный синдром». Синдром характеризуется наличием трех фаз: (1) тревоги, (2) сопротивления и (3) истощения. Поскольку различные вредные стимулы производят подобный физиологический ответ, включая активацию гипоталамо-надпочечной оси, он заключил, что ответ на стресс является «неспецифическим». Это привело к широкому распространению мнения, что реакция на стресс в значительной степени заключается в неспецифическом производстве кортикостероидов (гормонов животных и человека, вырабатываемых корой надпочечников и регулирующих минеральный обмен).

После создания дисциплины нейроэндокринологии концепция неспецифического ответа Г. Селье была уточнена. Различные типы стресса, например голодание и высокотемпературный шок, производят различные уровни кортикостероидов у экспериментальных обезьян, а сильно различающиеся стрессоры производят сильно различающиеся ответы. Эти ответы изменяются от одного индивидуума к другому.

В настоящее время стресс может быть определен как патологическое или экстремальное регулирование физиологии человека, чтобы справиться с неблагоприятными эффектами окружающей среды, которые называются стрессорами.

Термин «стресс» используется, чтобы идентифицировать чрезвычайный ответ на неблагоприятные стимулы, которые причиняют повреждающую патофизиологическую реакцию хозяину, создают изменения в поведении, физиологии и восприимчивости к болезням. Также было признано, что

другие формы стимулов придают силу физиологическим ответам хозяина без любых неблагоприятных эффектов. Такой ответ называют эустресс – положительный стресс.

Дерматологам уже давно известна роль эмоционального стресса в развитии многих кожных заболеваний. Л. Кирн (1878 г.) одним из первых обратил внимание на проявления зуда и крапивницы у многих больных с циркулярными расстройствами настроения и высказал весьма прогрессивную мысль о том, что кожные симптомы, как и психические, служат проявлением одного и того же захватывающего весь организм психосоматического страдания.

В период сильного эмоционального стресса приток крови направлен к тем органам, которые организм считает наиболее важными, без участия которых нам не справиться со стрессом. В то же время происходит отток крови от органов, которые организм считает менее важными. К таким «второстепенным» органам относится кожа. К сожалению, кожа – самый обширный орган нашего тела и к тому же самый чувствительный. Когда мы переживаем стресс, кожа ощущает острую потребность в кислороде, отчего приобретает нездоровый желтоватый оттенок.

Стресс не только нарушает работу иммунной и нервной систем. Он также может повлиять на способность организма как следует переваривать пищу, что, в свою очередь, влияет на здоровье кожи и здоровье в целом. При нарушениях пищеварения питательные вещества не усваиваются как следует, поэтому в организме остаются и накапливаются непереваренные токсичные остатки пищи.

Известно, что стресс может вызывать или усугублять кожные заболевания, в частности экзему, псориаз, розацеа, приводить к появлению бородавок, герпетической лихорадки и волдырей, но наиболее распространены три реакции кожи на стресс: сыпь, зуд и акне (угревая сыпь).

В состоянии стресса в кровь попадают гистамины, отчего могут появиться сыпь или мелкие прыщики. В некоторых случаях сыпь незаметна, но кожа становится очень чувствительной, появляется зуд.

Хотя сыпь и зуд – довольно распространенные реакции кожи на стресс, большинство людей в этом состоянии страдают от угревой сыпи (акне). Стресс является своеобразным триггером, запускающим механизмы, стимулирующие в организме повышенную активность сальных желез. Излишек кожного сала закупоривает поры и вызывает раздражение кожи, что и приводит к появлению акне.

При стрессе в кровь поступает адреналин. Затянувшиеся неурядицы еще более увеличивают его содержание в организме. Не находя естественного выхода, он влияет на процесс сужения сосудов, в результате чего ухудшается доступ крови к клеткам кожи – она становится более сухой и чувствительной.

Может наступить такой момент, когда организм скажет «довольно». Поставит барьер. И, избегая адреналиновой интоксикации, будет отрицательно реагировать на раздражитель, вызвавший хронический выброс гормона в кровь. Кортизон, еще один гормон, значительно замедляет процесс регенерации кожи, приостанавливая синтез коллагеновых волокон.

При стрессе организм работает с повышенной нагрузкой. Ему требуется примерно на треть больше витаминов, микро– и макроэлементов, и он вытягивает их из кожи, отдавая более важным органам. Разумеется, у кожи возникает «голод». Ее защитная система ослабевает, и она не в состоянии справляться со всеми неблагоприятными воздействиями.

В условиях длительного эмоционального стресса чрезмерная потливость (гипергидроз) может приводить к вторичным изменениям со стороны кожи (кожным высыпаниям, волдырям и инфекциям). Следствие этого – целый ряд кожных заболеваний, которые первично не связаны с

эмоциями. Гипергидроз может рассматриваться как феномен тревожности, опосредованный вегетативной нервной системой (Менделевич, Соловьева, 2005).

Была выявлена прямая зависимость между выраженностью псевдоаллергической реакции и остротой конфликтной или психотравмирующей ситуации, а также степенью эмоциональных нарушений (эмоциональной напряженности, тревоги, депрессии и страха, принимающего подчас характер фобий). Переход на другую работу или переезд в новую квартиру, болезнь и смерть близких людей, развод, страх перед экзаменом или боязнь нежелательной беременности лежат в основе подобной симптоматики, развивающейся впервые или, чаще, рецидивирующей после более или менее длительной (порой многолетней) ремиссии.

Общеизвестна чисто рефлекторная крапивница. Она возникает на фоне значительного ослабления организма. Это характерно для студентов во время экзаменационной сессии, крайне впечатлительных женщин, вынужденных воспользоваться общественным туалетом, эмоционально нестабильных людей, страдающих, как правило, синдромом раздраженного желудка или раздраженной толстой кишки, при одной лишь мысли о пищевых продуктах, вызвавших некогда острые диспепсические расстройства.

Возможны даже фиксированные псевдоаллергические реакции на определенные психотравмирующие факторы или одно воспоминание и представление о них (например, приступы астмы у жены в ответ на приступы стенокардии у мужа; ежегодная распространенная крапивница с ангионевротическим отеком у отца в день смерти дочери; аллергические высыпания у молодых женщин при одном лишь взгляде на рисунок цветка или флакон духов, запах которых провоцировал в прошлом аналогичные кожные изменения).

Наслоение психосоматических симптомов эмоционального стресса на самые несерьезные, казалось бы, кожные изменения (юношеские угри, себорея) резко меняет, усиливает заболевание и придает ему хронический характер.

Трудно сказать, что представляют собой стрессоры, потому что у каждого они свои: стресс у одного для другого может оказаться пробой сил. Какие события и переживания наверняка будут вызывать стресс? Те, с которыми вы не сможете справиться, или, если использовать физическую метафору, те, которые вызывают у вас деформации, превышающие предел вашей гибкости.

Вызвать стресс, а впоследствии и болезненное состояние могут однократно действующие, сверхсильные, и особенно многократно действующие, более слабые раздражители, что определяется той информацией, которую эти раздражители несут. Чаще всего это информация о семейных или любовных невзгодах, служебные неприятности, наказание за содеянное, угроза жизни, здоровью и благополучию.

В первом случае – острая, во втором – хроническая психотравмирующая ситуация.

Общепринятая классификация психологического стресса включает следующие его виды:

внутриличностный (нереализованные притязания, потребности, бесцельность существования);

межличностный (трудность общения с окружающими, наличие конфликтов или угрозы их возникновения);

личностный (несоответствие социальной роли);

семейный;

профессиональный.

Когда вы сталкиваетесь с ситуацией, которая требует напряжения ваших сил, происходят три быстро сменяющие друг друга явления:

само событие;

ваше восприятие события;

реакция тела на ваше восприятие этого события.

Само событие вряд ли поддается вашему контролю. Ваше восприятие события определяется возможностями вашего контроля. Если вы воспринимаете событие так, будто оно выходит за рамки ваших возможностей, тогда организм реагирует автоматически, готовясь к борьбе или отступлению, и такая реакция на стрессор наносит вред.

Поэтому главное, что мы должны помнить, стресс – это не само событие как таковое, а наша психологическая реакция на него.

Не внезапная, забытая вскоре вспышка гнева или отчаяния может подать тревожный сигнал, а совокупный эффект постоянных, давно подавляемых отрицательных эмоций. Чем дольше сохраняется скрываемое состояние, тем больше вреда оно способно принести, поскольку ослабляет и тело, и сознание и является источником непрекращающихся отрицательных посланий организму. Повторяющиеся негативные мысли и чувства, такие как обида, беспокойство, вина, ревность, гнев, неодобрение, страх и так далее, могут стать намного более пагубными для нас, чем внешняя ситуация. Вся наша нервная система находится под контролем «центрального органа управления», который у человека называется личностью. Другими словами, жизненные ситуации не являются ни плохими, ни хорошими, они просто есть. Названия им дает наша личная реакция на них (Шапиро, 2004).

При таком подходе очевидно, что в возникновении стрессовых реакций и последующих заболеваний важную роль играет ряд личностных особенностей.

Потребности человека, его воспитание, жизненные взгляды, установки, идеалы, его идеология, обусловленная влиянием социальной среды, умение находить рациональный выход из сложных жизненных ситуаций определяют его чувствительность в той или иной ситуации, влияют на характер психической переработки, которой информация подвергается. Психической травмой обычно является не то, что обращено только в прошлое, а то, что угрожает будущему, порождает неопределенность и поэтому требует принятия решения, как быть в дальнейшем.

Незнание, как поступить в данных условиях, является основной причиной эмоций. Последние рассматриваются как механизм, восполняющий недостаток информации, необходимой для достижения цели и дальнейших действий. К примеру, ярость компенсирует недостаток сведений, необходимых для организации борьбы, страх – для организации защиты; горе возникает в условиях острейшего недостатка сведений о возможности заменить утрату. Недостаток сведений, вызывающий эмоции, приводит к эмоциональному стрессу и в дальнейшем к болезненным состояниям. Часто это события, приводящие к борьбе противоречивых стремлений при невозможности сделать выбор, ситуации ожидания какого-либо события или длительная попытка достичь результата, который по объективным причинам на данный момент недоступен.

Состояния такого рода могут возникать у людей с любым типом нервной системы, при этом лица с сильным типом нервной системы и достаточной подвижностью нервных процессов заболевают только под влиянием очень сильной или чрезвычайно длительной психической травматизации.

Например, такие черты характера, как ревность, мнительность, боязливость, повышенная озабоченность своим здоровьем, повышенное чувство справедливости, гордость, тщеславие, могут сделать человека особенно чувствительным к тем травмам, которые задевают эти его особенности, и способствовать их патологической переработке, оставляя его устойчивым к другим воздействиям.

Люди, склонные к депрессии или обладающие высокой личностной тревожностью, как и пессимисты, высокочувствительны к развитию стресса. И наоборот, люди, характеризующиеся низкой личностной тревожностью, эмоционально более устойчивы и спокойны. Для последних требуется относительно высокий уровень стресс-факторов, чтобы вызвать стрессовую реакцию.

Восприимчивость к стрессу связана и с фактором самооценки. Люди с низкой самооценкой считают себя неспособными, не умеющими справляться с трудностями и противостоять угрозе. Как правило, у них высокий уровень тревожности и, соответственно, они более подвержены развитию стресса.

Неправильно было бы считать одни типы нервной системы «хорошими», другие – «плохими». Они характеризуют разные способы уравнивания организма со средой, а не разные степени совершенства нервной системы. Например, слабость нервной системы, являясь следствием ее высокой чувствительности, в известных случаях может быть положительным качеством.

Итак, болезни являются продуктом неосознанного внутреннего конфликта и, таким образом, представляют собой неосознаваемый выбор самого человека. При этом психосоматические заболевания всегда имеют «вторичную выгоду», неосознаваемую самим больным. Иными словами, болезнь удобна для подсознания, которое таким детским образом «помогает» человеку оправдывать свои ошибки, проступки или бездействие, либо «наказывает» его (повторяя внушенные в детстве упреки старших), либо мстит (повторяя внушенные же, но в более зрелом возрасте негативные установки окружающих).

Определение подобных расстройств как психосоматических имеет целью подчеркнуть, что человек сам, активно, хотя по большей мере бессознательно, соматизирует, буквально «отелеснивает» свои неотрагированные эмоции. Психологические проблемы вначале застревают в теле в виде дискомфортных ощущений, а затем вследствие вызванных этим застреванием сбоев нормальной регуляции их работы выходят из строя внутренние органы. Проще говоря, когда человек не выражает свои эмоции внешне, он «замораживает» их в виде телесных ощущений.

Таким образом, поскольку человек неосознанно создает себе болезнь, он в состоянии самостоятельно избавиться от нее.

Глава 2

Ваша кожа: о физиологии

Кожа является самым поверхностным и самым крупным органом человеческого организма. Общая площадь кожных покровов человека составляет около двух квадратных метров, а масса кожи вместе с подкожной жировой клетчаткой колеблется от 7 до 11 кг.

2.1. Строение кожи

Если говорить собственно о строении кожи, то, в первую очередь, нужно знать, что она состоит из трех слоев (Львов и др., 2005):

самый верхний наружный слой – **надкожица**, или **эпидермис**.

средний слой – **собственно кожа**, или **дерма**.

самый нижний внутренний слой – **подкожно-жировая клетчатка**.

Эпидермис (надкожица) состоит из трех видов клеток:

– *кератиновые клетки*, или *кератиноциты*, которые составляют основную массу клеток эпидермиса;

– *пигментные клетки*, или *меланоциты*, которые вырабатывают пигментное вещество меланин в ответ на раздражение ультрафиолетовым светом;

– *иммунные клетки*, которые обеспечивают собственные защитные силы организма.

Все клетки в эпидермисе располагаются слоями или пластами, причем толщина этих слоев неодинакова на различных участках тела: на коже ладоней и подошв слой клеток самый толстый, а на половых органах и коже век – самый тонкий. Эпидермис состоит из пяти слоев: базального, шиповатого, зернистого, блестящего и рогового.

Базальный, или **зародышевый**, слой – это самая глубокая часть эпидермиса, которая непосредственно (через особую мембрану) прилегает к дерме. Зародышевый слой состоит из одного ряда мелких клеток цилиндрической формы, которые энергично и постоянно делятся, обеспечивая воспроизводство отмирающих клеток кожи. При делении из одной клетки образуются две: одна, «материнская», клетка всегда остается на месте, образуя собственно базальный слой, а другая, «дочерняя», перемещается в поверхностные слои. Во время миграции эта клетка существенно изменяется по форме и внутреннему содержанию.

Достигнув **шиповатого слоя**, клетка из цилиндрической приобретает неправильные очертания, на поверхности ее образуются отростки, напоминающие шипы, с помощью которых клетки соединяются друг с другом (отсюда и название – шиповатый слой). Продвигаясь дальше, клетка уплощается, ядро ее уменьшается в размерах и частично разрушается, внутри клетки появляются *гранулы* или *зернышки*, содержащие специфическое вещество *кератогиалин*, — так образуется **зернистый слой**. Кератогиалин играет роль цементирующей основы этого слоя.

Между зернистым и роговым слоями на отдельных участках кожи (ладони, подошвы) наблюдается **блестящий слой**. В его клетках содержится специфическое вещество – *элеидин*, из которого в дальнейшем образуется *кератин* — нерастворимый белок.

По мере передвижения клетки из слоя в слой происходит ее постепенное ороговение. В результате образуется самый верхний слой эпидермиса – **роговой слой**. Он состоит из роговых пластинок, или чешуек, – полностью ороговевших безъядерных клеток, которые постоянно отмирают и отшелушиваются. Чешуйки наполовину состоят из кератина и других белков, нерастворимых в воде. Именно за их счет кожа имеет крепкую защитную поверхность. Толщина рогового слоя зависит от скорости размножения и продвижения кератиноцитов в вертикальном направлении и скорости отторжения роговых чешуек. Наиболее развит роговой слой там, где кожа подвергается наибольшему механическому воздействию (ладони, подошвы). Роговой слой защищает наше тело от высыхания, и внутрь не проникают чужеродные вещества и болезнетворные микробы. Важную роль в этом играет защитная гидролипидная кислотная оболочка, или водно-липидная мантия, которая покрывает поверхность кожи тонкой пленкой. Она состоит из секрета сальных желез, пота и составных частей вязких веществ, которые связывают отдельные роговые клетки. Защитная водно-липидная мантия имеет слабокислую реакцию, поэтому в ней обычно не размножаются и даже погибают бактерии и грибки.

Время прохождения клеток эпидермиса от базального до зернистого слоя колеблется от 26—42 дней, а время прохождения через роговой слой составляет около 14 дней. Смена всего эпидермиса происходит в течение 59—65 дней.

В базальном слое эпидермиса кроме кератиноцитов располагаются еще **пигментные клетки**, или **меланоциты**, которые, нейтрализуя действие ультрафиолетовых лучей, синтезируют пигмент *меланин*. У пигментных клеток имеются длинные отростки, которые смыкаются с соседними клетками. У белокожих людей пигмент откладывается в клетках глубоких слоев эпидермиса и со временем исчезает. В коже людей темной расы пигмент откладывается поверхностнее и не только в клетках, но и между ними.

Среди клеток шиповатого слоя имеются особые клетки иммунной системы – **макрофаги**. Это перемещающиеся между дермой и эпидермисом «клетки-охранники», которые в любой момент готовы поглотить чужеродные агенты, попавшие в кожу.

Собственно кожа (дерма) находится между эпидермисом и подкожной жировой клетчаткой. В ней различают два слоя: сосочковый и сетчатый. Сосочковым слоем считается часть дермы от эпидермиса до поверхностной сети кровеносных сосудов, а сетчатый слой без резких границ переходит в подкожную жировую клетчатку. Эпидермис углубляется в дерму в виде закругленных тяжей, между которыми внедряются сосочки, поэтому граница между эпидермисом и дермой выглядит как волнистая линия, чем обеспечивается их плотное соединение. Кроме того, наличие сосочков улучшает условия питания эпидермиса, что значительно увеличивает площадь соприкосновения и тем самым облегчает поступление питательных веществ из капилляров. Собственно кожа состоит из волокнистой субстанции, в которую входят коллагеновые и эластические волокна, а также из аморфного (бесструктурного) вещества, которое расположено между волокнами соединительной ткани. Сосочковый слой дермы состоит из тонких пучков коллагеновых волокон, а в сетчатом слое их пучки становятся более компактными и толстыми, переплетаясь в густую петлистую сеть вместе с многочисленными эластическими волокнами, также более толстыми, чем в сосочковом слое. Структура сетчатого слоя и определяет в основном прочность кожи, различную для разных участков кожного покрова.

В сетчатом и особенно в сосочковом слое содержится небольшое количество клеточных элементов: лимфоциты, плазматические и пигментные клетки, содержащие пигмент, меланин.

В дерме расположены волосы, придатки кожи – сальные и потовые железы и ногти, а также мышцы, сосуды и нервные окончания.

Глубокая часть кожи – подкожно-жировая клетчатка состоит из толстых пучков коллагеновых и эластических волокон, идущих из сетчатого слоя собственно кожи дермы и образующих сеть, в петлях которой находятся скопления крупных жировых клеток. Это дольки жировой ткани, и ее клетки почти сплошь состоят из капли жира, оттесняющего к периферии ядро клетки и незначительное количество протоплазмы. А от степени плотности и от длины эластических и коллагеновых пучков зависит степень подвижности кожи над подлежащими тканями и органами. Толщина этого слоя сильно отличается как на разных участках человеческого тела, так и у разных людей. Обычно в области черепа – около 2 мм, в области спины – 5—10 мм, в области живота, ягодиц она может достигать толщины нескольких сантиметров. Подкожная жировая клетчатка слабо выражена в области носа, ушных раковин, отсутствует на веках, под ногтевыми пластинками.

Важнейшая и основная функция этого слоя – защита организма от неблагоприятных факторов внешней среды, в первую очередь механического и термического повреждения (в том числе и переохлаждения). В толще жировой клетчатки проходят сосуды и нервы, а в верхней части имеются отдельные волосные луковицы и клубочки потовых желез.

Кожа снабжена большим числом нервных волокон. Наряду с концевыми нервными окончаниями кожа снабжена большим числом нервных волокон, все это вкупе создает одно большое кожное рецепторное поле (хотя чувствительность разных участков отличается весьма резко), что позволяет коже выполнять функцию органа чувств.

В иннервации кожи (связи органов и тканей с центральной нервной системой с помощью нервов) участвуют как спинно-мозговые нервы, так и симпатическая (вегетативная) нервная система. В глубоких отделах подкожной жировой клетчатки лежит основное нервное сплетение, от которого берут свое начало нервы кожи. Далее они поднимаются через толщу кожи, образуя многочисленные веточки, которые идут к сосудам кожи, сальным и потовым железам, а также к волосным фолликулам. Ниже сосочкового слоя находится еще одно сплетение – от него отдельные нервные волокна проникают в сосочки и эпидермис.

Чувствительные нервы кожи позволяют ощущать боль, тепло, холод, давление. Тактильная чувствительность, функция осязания, имеет большое значение для всей жизнедеятельности человеческого организма.

2.2. Функции кожи

Являясь самостоятельным органом, кожа вместе с тем находится в постоянной динамической связи как с внешней окружающей средой, так и со всеми органами и системами организма. При этом связь кожи с организмом осуществляют нервная система, система кровообращения и железы внутренней секреции.

Будучи и природным депо, и одновременно одним из самых крупных органов человеческого тела с обильной иннервацией, крово- и лимфоснабжением, кожа принимает самое непосредственное и активное участие в белковом, углеводном, жировом, водно-минеральном обмене веществ и синтезе витаминов. (Львов и др., 2005; Плотников, 2006).

Рассмотрим основные функции кожи.

1. Защитная (барьерная) функция. Чисто механическому воздействию (ударам, трению, давлению и многому другому) кожа способна эффективно противостоять благодаря плотности эпителиального покрова, наличию большого количества упругих эластических и коллагеновых волокон, а также свойствам подкожной жировой клетчатки.

Роговой слой кожи, являясь плохим проводником тепла, предохраняет ткани организма от дегидратации (высыхания, обезвоженности). Чем толще роговой слой, тем больше способность кожи противостоять воздействию электрического тока (при увлажнении кожи эта сопротивляемость резко снижается).

Кроме того, благодаря наличию в ней пигмента меланина кожа защищает организм от повреждающего действия солнечного света – меланин обладает свойством поглощать лучи ультрафиолетовой части спектра, которые и могут нанести ущерб.

Мы уже говорили о том, что на поверхности кожи имеется водно-липидная мантия с кислой реакцией (рН 5,0—6,0), что ослабляет или нейтрализует повреждающее действие многих химических веществ, а также в значительной мере препятствует проникновению в кожу целого ряда болезнетворных микроорганизмов.

В случае нарушения целостности рогового слоя химические вещества проникают в более глубокие слои кожи, а оттуда по кровеносным и лимфатическим сосудам распространяются по всему организму, вызывая интоксикацию. Высокие бактерицидные, стерилизующие свойства кожи обусловлены не только химическими факторами (свойства секрета сальных и потовых желез), но и постоянным отторжением верхних участков рогового слоя. Бактерицидный эффект кожного сала настолько велик, что обезжиривание (так же, как охлаждение) снижает защитные функции кожи. Наконец, защитная функция кожи в отношении микроорганизмов не является только барьером: кожа продолжает играть определенную защитную роль и далее, так как отдельные типы клеток способны бороться с уже проникшей в организм инфекцией.

2. Значение кожи как органа чувств. Как мы уже говорили, кожа относится к органам чувств, хотя привычнее для нас подразумевать под ними глаза, уши. Тем не менее тактильная чувствительность – это источник важной информации, а осуществляется она именно через кожу. Различают три вида кожной чувствительности: болевую, тактильную, температурную (иногда ее подразделяют на тепловую и холодную чувствительность в связи с особенностями передачи

нервного импульса при том или ином виде воздействия). К тактильной чувствительности относятся чувства осязания (прикосновения), давления и вибрации.

Различные виды рецепторов расположены на поверхности кожи неравномерно. Приблизительно средним можно считать следующее соотношение: на 100—200 болевых «точек» приходится около 25 «тактильных», 12—13 «холодовых» и только 1—2 «тепловые».

При различных заболеваниях кожи встречается явление так называемой диссоциации, или расщепления, чувствительности, когда наблюдается потеря одного вида кожной чувствительности при сохранении всех других.

3. Функция терморегуляции. Участие кожи в процессе терморегуляции организма является одной из важнейших физиологических функций этого органа. Организм здорового человека обычно сохраняет постоянную внутреннюю температуру независимо от того, высокая или низкая температура окружающей его среды.

С помощью химической и физической терморегуляции температура тела удерживается на определенном уровне. Химической терморегуляцией является выработка тепла, которое образуется в организме в результате обмена веществ и освобождения вследствие этого энергии. Этот процесс относится к теплопродукции. Противоположный процесс, теплоотдача, является физической терморегуляцией и осуществляется кожей с помощью трех механизмов: теплоизлучения (излучение тепла происходит в виде лучистой энергии), теплопроводности (отдача тепла происходит вследствие разницы температуры тела и окружающей среды) и испарения воды с поверхности кожи.

Первые два механизма отдачи организмом тепла возможны лишь до тех пор, пока температура окружающей среды ниже температуры организма. Теплоотдача происходит вследствие изменения кровообращения в кровеносных сосудах кожи – они расширяются при высокой внешней температуре, увеличивается объем протекающей по ним крови и усиливается теплоотдача. При усиленной теплоотдаче значительно увеличивается интенсивность деятельности потовых желез, а вместе с этим и теплоотдача путем испарения пота. В период усиленного потоотделения, например в случае интоксикации, с поверхности кожи в сутки может испаряться до 10 л пота. При низкой внешней температуре сосуды кожи резко сужаются, циркуляция крови в них уменьшается, и теплоотдача значительно снижается.

4. Экскреторная функция (выделение). Для выполнения этой функции наибольшее значение имеют потовые и сальные железы. Потовые железы выделяют пот, имеющий слабокислую реакцию, относительную плотность 1,004—1,008. В его составе 98—99% воды и 1—2% растворенных в ней неорганических соединений в виде фосфатов, сульфатов, хлорида натрия и калия, солей кальция и органических веществ (мочевая кислота, мочевины, креатинин, креатин, аммиак, аминокислоты, углеводы). В зависимости от общего состояния организма и количества выделяемого пота его химический состав может изменяться.

В обычных условиях выделение воды потовыми железами и ее испарение с поверхности эпидермиса происходят равномерно и неощутимо для человека, это один из показателей нормального, физиологического состояния всего организма. В периоды повышенной теплоотдачи происходит усиленное выделение пота, которое имеет непрерывный характер, тогда как в норме потоотделение имеет пульсирующий ритм. Обильное потоотделение приводит первоначально к усиленному переходу воды из тканей в кровь, а затем из плазмы крови выделяется потовыми железами.

При этом отмечается высыхание слизистой оболочки полости рта, которое сопровождается чувством жажды.

Кожное сало, секрет сальных желез, в свою очередь, имеет сложный химический состав, основными компонентами которого являются свободные жирные кислоты, нейтральные жиры,

азотистые и фосфорные соединения, углеводороды, различные стеарины, стероидные гормоны и соединения холестерина. На поверхности кожное сало смешивается с водой и потом образует тонкую пленку водно-жировой эмульсии.

Эта пленка играет большую роль в поддержании нормального физиологического состояния кожного покрова. С кожным салом, так же как и с потом, могут выделяться некоторые лекарственные вещества (йод, бром, салициловая кислота и другие), введенные в организм больного, а также ряд токсических веществ, образующихся, в частности, в кишечнике.

Функция потовых желез регулируется симпатическими нервами, центры которых расположены в спинном мозге, продолговатом и промежуточном мозге (высшие центры). Регулирующее влияние на функцию потовых желез оказывает кора головного мозга, поэтому при страхе, гневе, испуге и других эмоциональных переживаниях отмечается повышение потоотделения. Секреция сальных желез регулируется нервной системой, гормонами половых желез, гипофиза и коры надпочечников.

5. Резорбтивная функция (всасывание). Всасывание воды и твердых веществ через здоровую кожу почти не происходит. Однако вещества, растворимые в жирах и липидах (сера, салициловая и борная кислоты, окись свинца, йод, ртуть, хлороформ и другие), хорошо всасываются кожей. Степень всасываемости на том или ином участке кожи зависит от состояния водно-липидной мантии, буферной способности кожной поверхности и от наличия сально-волосяных фолликулов. Поэтому, например, кожа ладоней и подошв, где сальные железы отсутствуют, обладает пониженной всасывающей способностью, что усугубляется плотным роговым слоем. Следует учитывать, что при ряде кожных заболеваний (экземе, псориазе, дерматозах, сопровождающихся образованием пузырей и раневых поверхностей) всасывание кожей многих химических веществ резко возрастает. В этих случаях не следует назначать высоких концентраций таких веществ в качестве лекарственных. Кроме того, при применении дегтя и салициловой кислоты необходимо следить за самочувствием всего организма и постоянно контролировать состояние почек. Большие дозы салициловой кислоты, попавшие в организм больного, могут вызвать такие явления, как головная боль, тошнота, рвота.

6. Участие в обмене веществ. Кожные покровы принимают весьма активное участие в общем обмене веществ организма – водном, минеральном, жировом, белковом и углеводном. Кроме того, кожа участвует в обмене гормонов, ферментов, витаминов и микроэлементов, так как она, с одной стороны, представляет собой вместительное резервное депо, а с другой – удаляет из организма некоторую часть этих веществ с секретом сальных и потовых желез.

Витаминный обмен также играет существенную роль в биохимических процессах, происходящих в коже. Так, витамин С участвует в образовании меланина и способствует переходу глюкозы в гликоген, витамин А – в образовании рогового вещества, витамины А и Е активизируют белковый обмен в эпидермисе и процесс усвоения серы. Витамины группы В принимают участие в окислительно-восстановительных процессах. Витамин РР (никотиновая кислота) способствует улучшению различных функций печени, а недостаток витамина А может вызвать развитие многих заболеваний кожи (и глаз), дистрофию ногтей.

Содержание воды в организме достигает 70% от массы тела, количество воды в коже составляет 6—8% от всей воды тела. Если кожа теряет воду во время испарения, то уровень ее восстанавливается примерно через 15 минут.

Минеральные вещества в коже составляют 0,7—1% от ее массы (в эпидермисе – до 2%).

Углеводный обмен в коже не всегда соответствует общему углеводному обмену. Так, содержание сахара в коже не имеет прямой зависимости от содержания его в крови. Этим объясняется возможность развития так называемого кожного диабета. Кожа также принимает участие в белковом и жировом обменах организма благодаря наличию в ней ферментов.

Белковый обмен происходит преимущественно за счет коллагена (98,8% всех белков кожи), альбуминов, глобулинов и продуктов белкового обмена: аминокислот, мочевины, креатина, пуриновых оснований и пигментов. Интенсивность белкового обмена в коже увеличивается при острых воспалительных процессах, ожогах, туберкулезе кожи и других патологических процессах. Есть также и биохимические процессы, присущие только коже. К ним относятся образование кератина (рогового вещества), меланина (пигмента) и некоторых витаминов (D, E, C).

Содержание воды в организме взрослого человека колеблется от 60 до 65%, но в коже ее количество может достигать до 71%. После мышц кожа является вторым по величине водным депо. Значительно меньше воды в подкожной жировой клетчатке (до 10%). При ряде дерматозов (острая экзема, эритродермия и других) в коже отмечается увеличение количества депонируемой воды.

6. Дыхательная функция. Участие кожи в дыхании, то есть в поглощении кислорода и выделении углекислоты, весьма значительно, особенно у детей. Диффузия газов происходит через расширенные капилляры кожи.

Кроме того, кожа выделяет еще и пары воды (до 800 г в сутки, что в 2—3 раза превышает в этом отношении работу легких).

7. Взаимосвязь кожи с центральной нервной системой. В настоящее время то огромное влияние, которое оказывает центральная нервная система (ЦНС) на функцию кожи в норме и при различных патологических состояниях, общеизвестно.

Благодаря нервной системе осуществляется взаимодействие систем и органов всего организма человека, связь его с внешней средой, а также определяется характер ответных реакций на воздействие разнообразных факторов.

Итак, кожа является целостным органом, тесно связанным со всеми другими органами и системами человеческого организма, принимает участие практически во всех процессах его жизнеобеспечения.

2.3. Болезни кожи

Как уже говорилось во Введении, кожные болезни, которые называют дерматозами, представляют собой патологические состояния кожи (иногда вместе со слизистыми оболочками), проявляющиеся воспалением, дистрофиями, опухолями, аномалиями развития, функциональными расстройствами.

2.3.1. Псориаз

Псориаз, или, как его иногда называют, чешуйчатый лишай, – одно из самых распространенных хронических заболеваний кожи: его удельный вес в общей структуре кожных болезней составляет, по разным данным, от 3—5 до 7—10% (до 20—25% всех госпитализированных больных с заболеваниями кожи) (Бубличенко, 2006).

При псориазе клетки кожи словно «сходят с ума». Обычно кожный покров обновляется примерно через 30 дней. За это время новая клетка проходит путь от самого нижнего слоя кожи до поверхности. При псориазе эта клетка, будто «потеряв тормоза», достигает поверхности ровно за 3 дня. В результате появляются возвышающиеся, почти всегда зудящие участки кожи розово-красного цвета, которые называются папулами. После того как клетки умирают, возвышающиеся участки становятся белыми от шелушащихся мертвых клеток.

Болезнь чаще всего возникает в возрасте 10—25 лет, однако впервые может проявиться практически в любом возрасте: описаны случаи псориаза у детей 4—5 месяцев и у взрослых в возрасте 82 лет.

Псориаз среди детей чаще встречается у девочек, а среди взрослых – у мужчин (60—65%).

Заболевание распространено во всех широтах земного шара, среди населения разных национальностей и рас. Около 3% человечества страдает псориазом.

Средний возраст больных псориазом составляет 20 лет. Различий в частоте заболеваемости псориазом у мужчин и женщин нет, но у женщин, как выше уже говорилось, эта болезнь обычно начинается в более раннем возрасте.

Болезнь может начаться внезапно, с появления многочисленных высыпаний, или же развиваться постепенно. Сами высыпания могут быть единичными и располагаться в пределах ограниченных участков либо покрывать значительные по площади участки кожи. Однако первичным элементом сыпи при псориазе всегда является округлая папула розового цвета с выраженной границей и, как правило, с поверхностью, покрытой серебристо-белыми чешуйками.

Эти проявления псориаза чаще всего локализуются на коже локтей, коленей, голеней, ягодиц, на волосистой части головы. Характерно, что они появляются и в тех местах, где кожа травмирована. В принципе заболевание может поражать любой участок кожного покрова. Так, часто в процесс вовлекаются ногти, нередко и случаи поражения опорно-двигательного аппарата.

Папулы первично возникшей сыпи практически во всех случаях имеют тенденцию к слиянию в более крупные бляшки. Типичным проявлением болезни является также кожный зуд на пораженных участках.

Не менее типично и волнообразное течение – с периодическими обострениями и периодами облегчения (ремиссиями), которые часто связаны со временем года. Они могут быть ежегодными (64% больных), иногда с интервалом 2—3 раза в год и более (10%). Кроме того, примечательно, что у 40% больных за все время течения заболевания хотя бы раз отмечаются спонтанные (наступившие независимо от лечения) исчезновения болезненных проявлений – ремиссии.

В течении псориаза различают три стадии: *прогрессирующую, стационарную и регрессирующую*. В прогрессирующей стадии появляется много точечных или величиной с каплю элементов ярко-красного цвета, которым свойствен периферический рост. В этой стадии заболевание часто сопровождается зудом различной интенсивности и чувством стягивания кожи.

В *стационарной* стадии появления новых высыпаний не наблюдается, а уже имеющиеся прекращают свой рост. Типичным является наличие множества крупных (размером с монету) бляшек бледно-розового цвета, а также обширных очагов инфильтрации (уплотнения). Наконец, в *регрессирующей* стадии элементы сыпи бледнеют, уплотняются и рассасываются, а процесс шелушения прекращается. Если обратное развитие бляшек начинается с центра, то они приобретают кольцевидную форму, а если с периферии – уменьшающиеся в размерах элементы окаймляются бледной полоской кожи («ободок Воронова»). На месте исчезнувших высыпаний временно остаются бледные (депигментированные) пятна.

Следует отметить, что и по завершении данной стадии у больного могут сохраняться элементы первичной сыпи (чаще всего – на локтях и коленях). Их называют «дежурными» бляшками.

Кожное заболевание псориаз от других недугов отличают следующие особенности.

Псориаз у одного человека не похож на псориаз у другого, у каждого больного он имеет свои отличительные, уникальные особенности.

Терапия или средства, которые помогают одному больному, очень часто не приносят никакого облегчения другому.

Очень часто лечение, которое оказалось эффективным один раз, хуже действует во второй, а потом и вовсе перестает помогать.

Точная причина возникновения псориаза пока не установлена, а, как известно, лечение наиболее действенно тогда, когда направлено именно на причину болезни, а не на ее проявления.

2.3.2. Нейродермит

Нейродермит – это хронический дерматоз. Для него характерны зуд, сухость и папулезные высыпания, склонные к слиянию и образованию инфильтративных очагов с подчеркнутым кожным рисунком. Иными словами, скопление в ткани клеточных элементов, крови и лимфы, сопровождающееся местным уплотнением и увеличением объема ткани.

Течение нейродермита обычно хроническое, с периодами обострений и затихания процесса.

Выделяют две формы нейродермита: ограниченную и диффузную.

Первым проявлением **ограниченного нейродермита** (лишай Видаля) чаще всего бывает выраженный кожный зуд, который возникает на определенном участке кожи (задняя поверхность шеи, область крупных складок, сгибы поверхности локтевых и коленных суставов, область промежности или половых органов).

Зуд умеренный, беспокоит редкими приступами. Постепенно кожный рисунок в этих местах усиливается, а борозды и складки кожи становятся более выраженными. Кожа утолщается, сохнет и шелушится. В результате расчесов могут появляться точечные кровоизлияния. Со временем пигментация кожи в месте поражения усиливается.

Если поражено более 5% кожи, говорят о распространенном нейродермите. В процесс вовлекаются области шеи, предплечий, лучезапястных суставов, кистей. Поражение не ограничивается локтевыми и подколенными сгибами, а распространяется на прилегающие участки конечностей, грудь и спину.

Для **диффузной формы нейродермита** характерна большая площадь поражения кожи. Это тяжелая форма заболевания. Поражается практически вся поверхность кожи (за исключением ладоней, носогубного треугольника). В патологический процесс вовлекается кожа живота, паховых и ягодичных складок. Высыпания могут появляться на лице, на голове, затем распространяются на шею, плечи, локтевые сгибы и подколенные складки. Характер изменений кожи при диффузном нейродермите сходен с симптомами, описанными выше. Зуд доставляет значительные страдания, у некоторых это приводит даже к скальпированию кожи, особенно в области спины, конечностей. Диффузный нейродермит чаще начинается в детском возрасте, нередко на фоне экссудативного диатеза, также этому может предшествовать детская экзема.

В клинической картине заболевания можно выделить 3 возрастных периода: первый – до 2 лет, второй – с 2 до 14 лет и третий – старше 14 лет.

В первом периоде заболевание носит острый характер с появлением на коже участков покраснения, отечных, мокнущих, покрывающихся корочками, локализованных на лице и передней поверхности конечностей.

Во втором периоде заболевание проявляется мучительным зудом, очаги становятся более сухими – возникают мелкие, блестящие, шелушащиеся, мало отличающиеся от цвета кожи узелки, тесно прилегающие друг к другу. По сравнению с первым периодом меняется их локализация – они

локализуются на коже конечностей, особенно в области локтевых, коленных сгибов, лучезапястных суставов, тыла кистей, на боковых поверхностях шеи, реже на туловище. В результате постоянных расчесов кожа на этих участках постепенно уплотняется, приобретая коричневато-розовый цвет, рисунок кожных линий становится резко выраженным. На лице, особенно вокруг рта, глаз, появляются участки покраснения кожи и шелушение; в углах рта и на губах часто образуются трещины; губы покрываются чешуйками, корками.

У взрослых (третий период) процесс носит распространенный (диффузный) характер. Часто не удается определить факторы, провоцирующие его обострение. Клинически преобладает сухость, уплотнение кожи, усиление пигментации.

Все периоды характеризуются повышенной раздражительностью, утомляемостью, сопровождаются депрессией, нарушением сна и аппетита. Из-за постоянного зуда ногти у больных блестящие, «полированные», со сточенным свободным краем, из-за расчесов присоединяется гнойничковая инфекция. Нейродермит часто сочетается с *аллергическим ринитом и бронхиальной астмой*. Ограниченный нейродермит чаще развивается у взрослых. Зуд и высыпания появляются на боковой и задней поверхностях шеи, голени, бедрах, сгибах локтевых и коленных суставов, в области заднего прохода, промежности, наружных половых органов. Кожа в центральной части пораженных участков уплотняется, темнеет, резко обозначается кожный рисунок, усиливается пигментация, по краю очагов видны рассеянные блестящие узелки. Очаги часто располагаются симметрично, могут быть одиночными и множественными, отличаются упорным течением с временными ремиссиями и повторными обострениями.

В зависимости от распространенности кожных высыпаний, их характера, размеров лимфатических узлов, частоты обострений в течение года и продолжительности ремиссии (улучшения самочувствия пациента) врачи выделяют несколько степеней тяжести нейродермита.

При *легком течении* заболевания зуд невыраженный, отмечается незначительное покраснение кожи, появляются отдельные узелковые элементы, которые не сливаются друг с другом. Лимфоузлы могут быть увеличены до размеров горошины. Заболевание обостряется не чаще 1—2 раз в год, ремиссии длятся до 6—8 месяцев. Это самый благоприятный вариант течения болезни.

Для течения заболевания *средней тяжести* характерны 3—4 обострения в год, длительность ремиссии составляет 2—3 месяца. Больных беспокоит умеренный или сильный зуд. При этом очагов поражения обычно бывает достаточно много, выражено мокнутие, усилен кожный рисунок, кожа утолщена, покрыта геморрагическими корками и следами расчесов.

При *тяжелом течении* болезни частота обострений составляет около 5 раз в год, ремиссия короткая – 1—1,5 месяца, чаще неполная (очаги поражения полностью не исчезают). Беспокоит сильный, изматывающий зуд, постоянный или «пульсирующий». Очагов поражения много, они имеют большие размеры. Кожа в них покрыта линейными трещинами, множественными эрозиями. В особо тяжелых случаях заболевание может протекать без ремиссий, с частыми обострениями.

Одним из выраженных признаков начала обострения является кожный зуд. Его интенсивность зависит от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей организма, в частности от степени дисфункции нервной системы.

При развитии обострения на фоне кожного зуда появляется покраснение кожи (эритема), затем присоединяется отек и мокнутие.

Появившиеся *узелковые высыпания (папулы)* сначала имеют цвет нормальной кожи. В области локтевых и коленных сгибов папулы могут сливаться, образуя обширные участки инфильтрации. Сильный зуд заставляет больных расчесывать кожу, в результате на этих участках видны

многочисленные геморрагические корочки. Поражение может захватывать небольшие участки кожи или быть генерализованным.

В хронической стадии, когда заболевание существует достаточно долго, характерно *утолщение кожи, усиление кожного рисунка и пигментации пораженных участков кожи.*

Течение любой из фаз нейродермита носит волнообразный характер: **периоды**

обострения сменяются **периодами ремиссии**, то есть стихания кожных проявлений. Ремиссия может быть полной (когда проявления нейродермита отсутствуют) и неполной (когда воспалительные проявления заболевания минимальны). Для нейродермита характерен сезонный характер течения: обострения, как правило, возникают в холодное время года (весна, осень, зима), а улучшение наступает летом.

Нейродермит в зависимости от стадии, остроты кожного процесса бывает **острый, подострый, хронический. Еще существует стадия ремиссии.** *Острый период* (до 2 месяцев) характеризуется наличием острых воспалительных изменений на коже, *подострый период* (от 2 до 6 месяцев) — стиханием воспаления, для *хронической формы* (6 месяцев и более) характерно длительное существование очагов поражения, кожа в очагах уплотнена, синюшного цвета с четко подчеркнутым кожным рисунком. Как уже говорилось, периодом *клинической ремиссии* называют отсутствие «острых» проявлений на коже, таких как зуд, покраснение, расчесы, но может сохраняться сухость и уплотнение кожи в основных местах поражения. По распространенности кожного поражения нейродермит делят на локальный (ограниченный), распространенный (диссеминированный) и диффузный.

Малкина-Пых И.Г.
Болезни кожи.
Освободиться и забыть.
Навсегда