

## ІНТРАПСИХІЧНІ ПАТЕРНИ ПІДЛІТКІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Вивчено інтрапсихічні патерни у підлітків з atopічним дерматитом, виявлено переважання лабільного та астено-невротичного типів акцентуації у дівчат та астено-невротичного й епілептоїдного у хлопців. Це свідчить про підвищену схильність певних психотипів до розвитку ряду захворювань та поглиблення передіснуючих дезадаптивних психічних патернів і нейропсихологічних станів. Указано на необхідність урахування індивідуальних психічних особливостей при розробці медико-психологічних заходів для дітей і підлітків з atopічним дерматитом.**

*Ключові слова: atopічний дерматит, підлітки, акцентуації характеру, медико-психологічна допомога.*

Атопічний дерматит (АД) — одна з найактуальніших проблем сучасної медицини, що привертає увагу лікарів різних спеціальностей: дерматологів, алергологів-імунологів, педіатрів, пульмонологів, гастроентерологів, інфекціоністів.

За даними різних епідеміологічних досліджень захворюваність на АД варіює від 6,0 до 25,0 на 1000 населення та має тенденцію до зростання. Спостерігається схильність до патоморфозу та більш тяжкого перебігу дерматозу, що призводить до обмеження життєдіяльності і соціально-психологічної дезадаптації пацієнтів [1, 2]. Останніми роками відзначають: зростання частоти розповсюджених форм АД (86,0%); приєднання вторинного інфікування шкіри як у хворих на дитячу екзему (55,3%), так і на АД (27,0%); збільшення числа хворих із торпідним перебігом захворювання (36,4%); поширення інвалідизуючих форм (17,7%); високу частоту загострень шкірного процесу — від 6 до 12 разів на рік (29,0–45,9%) [3].

Однією з найважливіших особливостей АД у дітей є ранній початок і швидке формування хронічних форм [2]. У структурі алергічних захворювань дитячого контингенту АД є найбільш раннім і частим проявом atopії, виявляється у 80–85% дітей раннього віку з алергією [5]. До дворічного віку хвороба реєструється у 50% пацієнтів, які мають алергічні захворювання; віком 5 років — у 60%. Зазвичай АД поєднується з бронхіальною астмою (у 40,0% дітей) або алергічним ринітом (у 25% хворих) [3].

Хронічне захворювання є джерелом психологічного стресу, про що повідомляють як лікарі соматичного профілю, так і спеціалісти з психічного здоров'я [6, 7]. Отже, психічні фактори у розвитку і перебігу недуги та наслідки психологічного впливу захворювання необхідно враховувати при побудові плану лікувальних та реабілітаційних заходів.

Особливо важливим питанням є дія патогенів у дитячому та юнацькому віці, коли, з одного

боку, адаптаційні ресурси недосконалі, а з іншого — потенціал пристосування і психопластичності значний порівняно з дорослими. Тому розробка програм медико-психологічного супроводу, психологічної допомоги та психореабілітації стає актуальною, а в ряді галузей медичної практики й першочерговою.

Метою роботи було визначити індивідуально-психологічні особливості підлітків, які хворіють на АД.

Вивчення інтрапсихічних патернів проводилося за допомогою Патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО) [8], який був обраний як чутливий та ефективний діагностичний інструмент для виявлення типів акцентуацій характеру і типів психопатій, а також ряду асоційованих особистісних властивостей (психологічної схильності до алкоголізації, деліквентності та ін.).

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД (67 дівчат та 41 хлопець), що становили основну групу (ОГ), та 48 соматично здорових підлітків (29 дівчат та 19 хлопців), які увійшли до групи порівняння (ГП). Вік опитуваних становив 15–17 років. Психологічне обстеження проводилося за інформованою згодою дітей та їхніх батьків із дотриманням принципів етики і деонтології.

Дослідження інтрапсихічних патернів — це важливий крок до побудови ефективної програми психологічних заходів, адже індивідуально-типологічні особливості по-різному виявляються у ситуації соматичного стресу, так само по-різному впливають на поведінку у лікувальному процесі і, відповідно, на перебіг захворювання.

Вивчення акцентуацій характеру виявило більшу кількість підлітків із патохарактерологічними рисами серед обстежуваних ОГ, а саме — 70,1% серед дівчат та 75,6% серед хлопців порівняно з ГП, в якій відповідні показники становили відповідно 51,7 та 57,9%,  $p < 0,05$ .

Таблиця 1

**Типи акцентуацій характеру  
у підлітків обстежених груп, %**

Типи акцентуації	Основна група, n = 108		Група порівняння, n = 48	
	дівчата, n = 67	хлопці, n = 49	дівчата, n = 29	хлопці, n = 19
Гіпертимний	7,5	17,1*	17,2	26,3*
Циклоїдний	3,0	7,3	0	5,3
Лабільний	11,9*	2,4	0*	0
Астено-невротичний	20,9*	22,0*	6,9*	5,3*
Сенситивний	9,0	2,4	13,8	0
Психастенічний	1,5	4,9	0	5,3
Шизоїдний	1,5	2,4	3,4	5,3
Епілептоїдний	0	7,3*	0	0*
Істероїдний	13,4	4,9	6,9	5,3
Нестійкий	0	0	0	0
Конформний	1,5	4,9	3,4	5,3

\*  $p < 0,05$ .

У структурі акцентуацій в ОГ поміж дівчат переважали астено-невротичний (20,9%), істероїдний (13,4%) та лабільний типи (11,9%), поміж юнаків — астено-невротичний (22,0%) та гіпертимний типи (17,1%) (табл. 1). У ГП домінуючими акцентуаціями у дівчат були гіпертимна (17,2%) та сенситивна (13,8%), тоді як у хлопців — гіпертимна (26,3%).

Серед дівчат ОГ порівняно з юнками ГП кількість опитуваних з астено-невротичним та лабільним типами акцентуації була більшою (20,9% — в ОГ та 6,9% — у ГП; 11,9% — в ОГ та 0% — у ГП,  $p < 0,05$ ). У юнаків встановлено відмінності за гіпертимним типом — більша частка підлітків у ГП (26,3%) на відміну від ОГ (17,1%), за астено-невротичним та епілептоїдним типами, де, навпаки, була більшою кількість підлітків в ОГ (22,0% — в ОГ та 5,3% — у ГП; 7,3% — у ОГ та 0% — у ГП,  $p < 0,05$ ).

Визначено відмінності у структурі акцентуацій між дівчатами та хлопцями в ОГ: у хлопців була більшою частка осіб із гіпертимним та епілептоїдним типами ( $p < 0,05$ ).

Кожен із типів акцентуацій мав позитивні та негативні впливи на лікувальний процес. У табл. 2 наведено основні патерни, пов'язані з лікувальним процесом у підлітків із різними акцентуаціями, а саме: відношення до хвороби, ставлення до лікування, проблеми у безпосередній реалізації терапевтичного плану та способи корекції.

Для підлітків із гіпертимним типом акцентуації були властиві високий життєвий тонус, оптимізм, активність, лідерські якості. Однак спостерігалися й нестійкість інтересів, труднощі в дотриманні режиму, в тому числі й лікувального, непереносимість монотонної діяльності, конфліктність та протидія при спробах психологічного тиску. У цілому такі пацієнти добре адаптувалися до лікування, проблеми виникали у разі необхідності жорсткого дотримання призначень та пов'язаних із цим обмежувальних заходів.

Головною рисою лабільного типу була висока мінливість настрою, який залежав від найменших зрушень в оточенні. Характерними для цієї акцентуації також були значна залежність фізичного самопочуття від психічного стану, емоційна лабільність, підвищена міжособистісна чутливість. Такі пацієнти вимагали багато уваги від медичного персоналу для роз'яснень, заспокоєння, емоційної підтримки.

Для істероїдного типу притаманні егоцентризм, потреба в увазі, амбіційність, завищена самооцінка, театральність, прагнення до особливої ролі в оточенні. Вплив на лікування залежав від того, наскільки хвороба забезпечувала провідні потреби

особистості бути в центрі, отримувати допомогу, часом слугувала засобом маніпуляції оточуючими.

Астено-невротичний тип відзначався підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, схильністю до іпохондрії. Афективні спалахи провокувалися втомою, спричиненою навантаженнями, особливо розумовими. Цей тип був сприятливим підґрунтям для виникнення депресивного настрою. Підлітки з таким типом акцентуації потребували підвищеної уваги медичного персоналу через акцентуації на фізичному стані та домінуванні негативних емоцій.

Сенситивний тип супроводжувався вразливістю та низькою самооцінкою у поєднанні з критичним ставленням до власної персони. Наявність видимого дефекту на шкірі ставала для хворих додатковим обтяжувальним фактором. Такі пацієнти-підлітки були вкрай чутливими до слів та оцінок оточуючих щодо їхнього стану та зовнішнього вигляду, при встановленні гарного терапевтичного контакту добре лікувалися, виявляли оптимістичність.

Рисами психастенічного типу були нерішучість, тривожність, сумніви та тривалі роздуми щодо ситуації. Такі підлітки були складними у спілкуванні та взаємодії, постійно перепитували про необхідність і доцільність процедур, сумнівалися у результатах лікування.

Для підлітків шизоїдного типу притаманні замкнутість, труднощі у встановленні міжособистісних контактів, проблеми в комунікації, схильність до фантазування. У більшості випадків вони нейтрально поводитися під час лікування.

Типи акцентуацій та пов'язані з ними патерни в лікувальному процесі

Критерії хвороби	Психогенез
<b>Гіпертимний тип</b>	
Ставлення до хвороби	Захворювання як ситуативна проблема
Ставлення до лікування	Налаштовані оптимістично на прогноз. У ремісії може спостерігатись легковажне ставлення
Проблеми у терапевтичному процесі	Недотримання лікувального режиму як: реакція протесту на обмеження; нестійкість концентрації на одній діяльності
Способи корекції	Підліток — учасник лікування, це має знизити протестні реакції. Формування стійкої внутрішньої мотивації на лікування. Посилення вольового контролю діяльності
<b>Циклоїдний тип</b>	
Ставлення до хвороби	Оптимістичне під час гіпертимної фази та негативне протягом субдепресивного періоду
Ставлення до лікування	Коливається залежно від настрою: гіпертимна фаза — хвороба сприймається ситуативною проблемою; субдепресивна фаза — захворювання стає центром проблем
Проблеми у терапевтичному процесі	Гіпертимний період подібно до гіпертимного типу. Субдепресивний період: зниження прихильності внаслідок зменшення турботи про себе; тривожні очікування щодо терапії; схильність негативно оцінювати прогноз
Способи корекції	Гіпертимна фаза (див. гіпертимний тип). Субдепресивна фаза: психологічна підтримка значущих людей; психологічне консультування. Формування позитивного погляду на ситуацію
<b>Лабільний тип</b>	
Ставлення до хвороби	Висока емоційна напруженість, особливо під час загострення. Залежне та асоційоване з актуальним емоційним станом. Хвороба стає однією з провідних життєвих проблем
Ставлення до лікування	Наявні страхи щодо прийому медикаментів, їх побічної дії. Сумніви щодо результату лікування
Проблеми у терапевтичному процесі	Обтяженість емоційними переживаннями. Може виникати надмірна включеність у медичний аспект лікування
Способи корекції	Психологічна підтримка з боку близьких. Психологічне консультування. Підвищення саморегуляції психічних станів. Техніки релаксації
<b>Астено-невротичний тип</b>	
Ставлення до хвороби	Висока емоційна напруженість переживань. Хвороба — провідна проблема, обумовлені нею видимі дефекти сприймаються як «катастрофічні»
Ставлення до лікування	Домінують песимістичні настрої
Проблеми у терапевтичному процесі	Періоди доброї прихильності можуть чергуватися з недотриманням терапевтичного плану через психічне виснаження, зневіру у результаті
Способи корекції	Психоемоційна підтримка близького оточення. Психологічне консультування. Формування позитивного бачення ситуації. Орієнтація на інші сфери життя, в яких можна досягти бажаного результату
<b>Сенситивний тип</b>	
Ставлення до хвороби	Формується у взаємозв'язку з оцінкою актуального оточення: оптимістичне у разі наявності соціальної підтримки та негативне — за її відсутності
Ставлення до лікування	Прихильне при встановленні емоційного контакту з медперсоналом

Критерії хвороби	Психогенез
Проблеми у терапевтичному процесі	Погані взаємовідносини з медперсоналом — причина відмов від лікування, недотримання рекомендацій. Міжособистісна сенситивність
Способи корекції	Психоемоційна підтримка значущого оточення. Формування власної позиції щодо лікування, незалежної від думки оточення. Орієнтація на діяльнісні аспекти лікування. Установлення міжособистісного балансу. Техніки релаксації
Ставлення до хвороби	Психастенічний тип Песимістичне. Хвороба — значна життєва проблема
Ставлення до лікування	Тривожні очікування, сумніви щодо правильності лікування за відсутності очікуваного ефекту
Проблеми у терапевтичному процесі	Висока емоційна напруженість з домінуванням тривожних переживань. Недовіра до медичного персоналу, перепитування щодо призначень. Відмови від лікування
Способи корекції	Психологічне консультування. Психоемоційна підтримка значущого оточення. Прозорість, зрозумілість пояснень щодо хвороби і її лікування, повторні роз'яснення. Зниження емоційного напруження, за необхідності — седативні засоби. Техніки релаксації
Ставлення до хвороби	Шизоїдний тип Залежить від значення, яке підліток надає хворобі у власній системі координат: від нейтрального до вкрай негативного
Ставлення до лікування	У цілому нейтральне
Проблеми у терапевтичному процесі	Недостатній терапевтичний контакт. Порушення лікувального плану, пов'язане з особистісними уявленнями про хворобу та лікування. Можливі варіанти надмірної концентрації на хворобі, надання їй вкрай важливого значення
Способи корекції	Психологічне консультування. Оптимізація міжособистісної взаємодії. Визначення особистісних уявлень щодо хвороби та їх наближення до реальної ситуації
Ставлення до хвороби	Епілептоїдний тип Із хворобою пов'язані негативні переживання
Ставлення до лікування	Дотримуються терапевтичного плану, можуть бути зриви на висоті афективних переживань
Проблеми у терапевтичному процесі	Висока емоційна напруженість переживань. Застрягання на негативних аспектах ситуації. Проблеми у встановленні терапевтичного контакту з персоналом
Способи корекції	Психоемоційна підтримка. Психологічне консультування. Техніки релаксації. Підвищення саморегуляції психічних станів. Оптимізація міжособистісної взаємодії
Ставлення до хвороби	Істероїдний тип Хвороба, з одного боку, серйозна проблема, з іншого — спосіб отримати підтримку та увагу
Ставлення до лікування	У цілому прихильне
Проблеми у терапевтичному процесі	Поведінка у терапії залежить від поточних цілей. Висока потреба у турботі та увазі оточення. Маніпуляція своїм станом

Критерії хвороби	Психогенез
Способи корекції	Психоемоційна підтримка близького оточення. Психологічне консультування. Установлення міжособистісного балансу Нестійкий тип
Ставлення до хвороби	Хвороба як проблемна ситуація. Хвороба як засіб маніпуляції
Ставлення до лікування	Є варіанти нейтрального, прихильного та негативного ставлення
Проблеми у терапевтичному процесі	Недотримання лікувального плану через особистісні мотиви, протестні реакції. Конфлікти з медперсоналом
Способи корекції	Психологічне консультування. Підвищення саморегуляції психічних станів. Оптимізація міжособистісної взаємодії Конформний тип
Ставлення до хвороби	Пов'язане з думкою значущого оточення
Ставлення до лікування	В цілому прихильне, залежить від встановлення терапевтичного контакту
Проблеми у терапевтичному процесі	Недотримання лікувального плану при конфлікті власних інтересів та інтересів значущого оточення
Способи корекції	Психоемоційна підтримка. Мотивування на лікування. Орієнтація на самовизначення та самопізнання. Оптимізація міжособистісної взаємодії

Епілептоїдний тип характеризується злобно-тужливим настроєм, дратівливістю, імпульсивністю, в'язкістю, злопам'ятністю. Пацієнти-підлітки з цією акцентуацією були конфліктними, погано дотримувалися рекомендацій.

Для циклоїдного типу характерним було чергування гіпертимності із субдепресивними періодами. Поведінка під час лікування залежала від поточного емоційного стану.

Головною рисою конформного типу були надмірна прихильність до оточення з прив'язуванням поведінки та рішень до потреб середовища. Установлення симпатії допомагало у лікувальному процесі, тоді як у випадку несхвалення значущим оточенням пацієнта дій медичного персоналу прихильність до лікування значно знижувалася.

Вивчення інтрапсихічних патернів у підлітків з АД виявило суттєві відмінності у структурі акцентуацій характеру порівняно із соматично здоровими однолітками, а саме: переважання лабільного та астено-невротичного типів у дівчат та астено-невротичного й епілептоїдного у хлопців. Із одного боку, у світлі психосоматичної медицини це може свідчити про підвищену схильність певних психотипів до розвитку низки захворювань, з іншого — про ймовірність поглиблення передіснуючих дезадаптивних психічних патернів (невротизація) та нейропсихологічних станів (резидуальні органічні розлади).

Відмінності у реагуванні та поведінці під час лікувального процесу серед підлітків із різними

акцентуаціями вказують на необхідність урахування індивідуальних психічних особливостей при розробці медико-психологічних заходів для дітей і підлітків з АД.

#### Список літератури

1. *Смирнова Г. И.* Современная концепция лечения atopического дерматита у детей / Г. И. Смирнова.— М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2006.— 130 с.
2. *Ревякина В. А.* Атопическая болезнь: диагностика, терапия, профилактика / В. А. Ревякина // *Вопр. современной педиатрии.*— 2005.— № 4.— С. 55—58.
3. *Справочник по аллергологии [Електронний ресурс].*— Режим доступу: <http://www.dovidnyk.org/dir/17/98/1069.html>
4. *Тамразова О. Б.* Патогенетическая терапия детей, страдающих тяжелыми формами atopического дерматита [Електронний ресурс] / О. Б. Тамразова // *Русский мед. журн.*— 2013.— № 2.— Режим доступа: [http://www.rmj.ru/articles\\_8606.htm](http://www.rmj.ru/articles_8606.htm).
5. *Баранов А. А.* Диагностика atopического дерматита у детей: пособие для врачей / А. А. Баранов.— М.: Союз педиатров России, 2002.— 256 с.
6. *Ретюнский К. Ю.* Нервно-психические расстройства у детей с atopическим дерматитом / К. Ю. Ретюнский, И. В. Соколова // *Научные ведомости Белгородского государственного университета.*— 2011.— Т. 4, № 13.— С. 30—34.
7. *Сидоренко О. А.* Роль психоэмоциональных нарушений при atopическом дерматите у детей /

О. А. Сидоренко, Н. Г. Короткий // Педиатрическая фармакология.— 2008.— Т. 5, № 2.— С. 54–56.

8. Иванов Н. Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко.— М.: Фолиум, 1995.— 64 с.

---

## ИНТРАПСИХИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А. А. УСКОВ

**Изучены интрапсихические паттерны у подростков с atopическим дерматитом, выявлено преобладание лабильного и астено-невротического типов акцентуации у девушек и астено-невротического и epileptoidного у юношей. Это свидетельствует о повышенной склонности определенных психотипов к развитию ряда заболеваний и углублению предсуществующих дезадаптивных психических паттернов и нейропсихологических состояний. Указано на необходимость учета индивидуальных психических особенностей при разработке медико-психологических мероприятий для детей и подростков с atopическим дерматитом.**

*Ключевые слова: atopический дерматит, подростки, акцентуации характера, медико-психологическая помощь.*

---

## INTRAPSYCHIC PATTERNS OF ADOLESCENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

O. A. USKOV

**Intrapsychic patterns were studied in adolescents with atopic dermatitis, which showed prevalence of labile and asthenic-neurotic types of accentuation in girls and asthenic-neurotic epileptoid in boys. This indicates an increased predisposition of certain psychotypes to development of a number of diseases and deepening of preliminary existing deadaptive mental patterns and neuropsychic states. The necessity to consider individual mental characteristics at development of medical psychological measures for children and adolescents with atopic dermatitis was emphasized.**

*Key words: atopic dermatitis, adolescents, accentuation of character, medical psychological aid.*

---

*Надійшла 08.10.2014*