

УДК 616.89:616.5–009

О. О. УСКОВ

ОСОБЛИВОСТІ СТРЕС-ДОЛАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Визначено поведінкові патерни подолання стресу у підлітків, які хворіють на atopічний дерматит. Вивчення стрес-долаючої поведінки проводилося шляхом аналізу актуальної життєвої ситуації. Виявлено, що у підлітків, які хворіли на дерматоз, напруженість стратегій стрес-долаючої поведінки була вищою порівняно із соматично здоровими однолітками, є також відмінності у виборі копіngu залежно від статі. На необхідність психологічних інтервенцій, орієнтованих на корекцію адаптаційного ресурсу, вказувала велика частка опитуваних із високими рівнями напруженості за типами дистанціювання та уникнення.

Ключові слова: atopічний дерматит, копінг-поведінка, підлітки, психологічна допомога.

Атопічний дерматит (АД) — хронічне алергічне захворювання, що розвивається в осіб із генетичною схильністю до atopії і характеризується рецидивним перебігом, типовим висипанням, підвищенням рівня IgE і гіперчутливістю до специфічних (алергени) і неспецифічних подразників. АД сьогодні розглядається як системне захворювання, оскільки в патологічний процес втягується не лише шкіра, але й інші органи та системи [1].

За даними різних епідеміологічних досліджень, захворюваність на АД варіює від 6,0 до 25,0 на 1000 населення та має тенденцію до зростання. В Україні, за даними офіційної статистики, цей показник становить 3–10 на 1000 дітей [1]. Так, на початку 1960-х рр. поширеність АД становила не

більше 3%, сьогодні в дитячій популяції США вона досягла 17,2%, в країнах Європи — 15,6%, в Японії — 24,0% [2]. За результатами стандартизованого епідеміологічного дослідження ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood), поширеність симптомів АД установлена від 6,2 до 15,5%. Спостерігається схильність до більш тяжкого перебігу дерматозу, його патоморфозу, що призводить до обмеження життєдіяльності і соціально-психологічної дезадаптації [2, 3].

АД — мультифакторне захворювання. Доведено, що серед чинників, які зумовлюють виникнення цієї хвороби, значну роль відіграє генетично детермінована здатність до atopічних захворювань. Причому для АД характерною є полігенна форма успадку-

вання (доведено участь 26 генів). Загострення АД можуть викликати тригери не лише алергенної, але й неалергенної природи. Серед тригерів неалергенного походження найчастіше рееструються метеорофактори, психоемоційні навантаження, тютюновий дим, харчові добавки, ксенобіотики, полутанти [1].

Однією з найважливіших особливостей АД у дітей є ранній початок і швидке формування хронічних форм [4]. Пріоритетом тривалої терапії АД як хронічної патології є превентивна стратегія, мета якої — забезпечення контролю захворювання шляхом профілактики рецидивів.

Враховуючи поширеність АД серед дітей, тенденцію до важкого перебігу, інвалідизуючі наслідки хвороби, визначення психоемоційних стресорів як тригерів загострень дерматозу, вивчення та вплив на психологічні фактори перебігу АД є одними з пріоритетних напрямів у терапії захворювання.

Метою роботи було визначити поведінкові патерни подолання стресу у підлітків, які хворіють на АД.

Опитувальник «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса — перша стандартна методика, орієнтована на виявлення копінг-механізмів подолання труднощів у сферах психічної діяльності, копінг-стратегій [5].

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

Вивчення стрес-долаючої поведінки проводилося у розрізі аналізу актуальної життєвої ситуації підлітків. Так, загальний спектр психологічних труднощів у підлітковому віці стосувався міжособистісних стосунків, навчання, самовираження і самовизначення. Однак у респондентів з АД поміж зазначених питань провідними були труднощі, обумовлені наявністю дерматозу.

Серед психологічних проблем, пов'язаних із хворобою, можна виділити такі:

1) психолого-сенсорні, тобто наявність повторюваних неприємних відчуттів на шкірі (свербіння, сухість, біль при пошкодженнях цілісності шкірного покриву);

2) психолого-візуальні, тобто видимі симптоми хвороби (почервоніння, мокнуття, ліхніфікація), що погіршували зовнішній вигляд;

3) обумовлені терапією, що виникають унаслідок тривалого, часто повторюваного лікування, необхідність постійного контролю за фізичним самопочуттям;

4) обмежувальні, пов'язані з необхідністю дотримуватися обмежень (їжа, засоби гігієни, одяг)

з метою уникнення потенційних, провокуючих рецидиви хвороби факторів.

На психологічному рівні кожна група мала специфічне змістове навантаження. Психолого-сенсорні труднощі, в основі яких лежали дискомфортні фізичні відчуття, були джерелом постійного нервово-психічного збудження, що спричиняло дисбаланс у роботі нервової системи. Психічними проявами дисфункціонування були виснаженість, емоційна лабільність, дратівливість, тривожність, тобто симптоми, пов'язані з регуляцією психічної діяльності та наявністю психологічного ресурсу.

Група психолого-візуальних проблем прив'язувалася до патернів рольової самоідентифікації, формування фізичного образу «Я» та соціалізації. У підлітковому віці привабливий зовнішній вигляд часто асоціюється із соціальним успіхом. Відмінності зовнішності у свідомості підлітка могли ставати суттєвими перепонами для досягнення ним бажаної сходинки у соціальній ієрархії. Видимі «дефекти» також є зручним об'єктом для агресії та маніпуляції з боку однолітків. Відчуття власної непривабливості і невпевненість ставали підґрунтям для виникнення проблем у міжособистісних стосунках.

Обумовлені терапією психологічні проблеми становили окремий пласт негарздів, пов'язаний із формуванням певного специфічного стилю життя з хворобою.

Обмежувальні заходи мають психотравматичний та фруструючий вплив на психіку дорослого, не кажучи про дитину. У підлітковому віці стрес додатково підсилюють відсутність достатнього рівня самоконтролю та протестне ставлення до заборон.

Аналіз вираженості типів копіngu в опитуваних виявив відмінності ступеня їх прояву між підлітками в ОГ та ГП. У дівчат з ОГ порівняно з ровесницями в ГП вищими були рівні копіngu, орієнтованого на конфронтацію (7,4±4,3 бала в ОГ та 4,4±2,8 бала у ГП), дистанціювання (7,6±4,0 та 4,6±2,6 бала в ОГ та ГП відповідно), самоконтроль (6,4±3,7 бала у ОГ та 3,9±2,5 бала у ГП), пошук соціальної підтримки (в ОГ 8,4±4,0 бала та у ГП 5,6±3,4 бала), прийняття відповідальності (6,0±3,2 та 4,0±2,5 бала відповідно в ОГ та ГП) та уникнення (7,6±3,8 бала в ОГ та 4,9±3,1 бала у ГП) ($p < 0,01$) та планування рішення проблеми (5,0±3,2 та 3,8±2,5 бала у ОГ та ГП) ($p < 0,05$) (табл. 1).

У юнаків з ОГ порівняно з хлопцями з ГП більшою напруженістю копіngu відзначалися конфронтація (6,9±3,7 бала в ОГ та 5,3±2,6 бала у ГП), дистанціювання (6,1±3,5 та 4,1±2,9 бала в ОГ та ГП відповідно), самоконтроль (6,4±4,5 бала в ОГ

Таблиця 1

Вираженість типів копінгу в обстежених групах, $\bar{x} \pm m$

Тип копінгу	Основна група		Група порівняння	
	дівчата, $n = 67$	хлопці, $n = 41$	дівчата, $n = 29$	хлопці, $n = 19$
Конфронтація	7,4±4,3**	6,9±3,7*	4,4±2,8**	5,3±2,6*
Дистанціювання	7,6±4,0**	6,1±3,5*	4,6±2,6**	4,1±2,9*
Самоконтроль	6,4±3,7**	6,4±4,5*	3,9±2,5**	4,2±2,6*
Пошук соціальної підтримки	8,4±4,0**	6,4±4,0*	5,6±3,4**	4,4±2,4*
Прийняття відповідальності	6,0±3,2**	5,6±3,6	4,0±2,5**	4,6±2,7
Уникнення	7,6±3,8**	6,3±3,8*	4,9±3,1**	4,4±2,2*
Планування рішення проблеми	5,0±3,2*	4,4±2,8	3,8±2,5*	5,1±2,5
Позитивна переоцінка	4,6±2,8	5,6±3,3	3,8±2,5	5,0±2,2

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Те саме в табл. 2, 3. Підкреслені дані відображають значущу різницю показників між дівчатами та хлопцями в ОГ та ГП на рівні $p < 0,05$ за точним методом Фішера.

Таблиця 2

Структура типів стрес-долаючої поведінки у дівчат-підлітків основної групи та групи порівняння, %±m

Тип копінгу	Основна група, $n = 67$			Група порівняння, $n = 29$		
	Рівень напруженості					
	Н	С	В	Н	С	В
Конфронтація	47,8±5,0*	37,3±4,8	14,9±3,6	65,5±4,8*	31,0±4,6	3,4±1,8
Дистанціювання	35,8±4,8**	49,3±5,0*	14,9±3,6*	72,4±4,5**	27,6±4,5*	0*
Самоконтроль	41,8±4,9**	52,2±5,0*	6,0±2,4	69,0±4,6**	31,0±4,6*	0
Пошук соціальної підтримки	28,4±4,5**	49,3±5,0*	22,4±4,2*	62,1±4,9**	31,0±4,6*	6,9±2,5*
Прийняття відповідальності	58,2±4,9*	35,8±4,8	6,0±2,4	75,9±4,3*	24,1±4,3	0
Уникнення	37,3±4,8*	46,3±5,0	16,4±3,7*	62,1±4,9*	37,9±4,9	0*
Планування рішення проблеми	62,7±4,8*	37,3±4,8	0	75,9±4,3*	24,1±4,3	0
Позитивна переоцінка	61,2±4,9*	38,8±4,9	0	79,3±4,1*	20,7±4,1	0

Примітка. Н — низький рівень; С — середній рівень; В — високий рівень. Те саме у табл. 3.

Таблиця 3

Структура типів стрес-долаючої поведінки у хлопців-підлітків основної групи та групи порівняння, %±m

Тип копінгу	Основна група, $n = 41$			Група порівняння, $n = 19$		
	Рівень напруженості					
	Н	С	В	Н	С	В
Конфронтація	34,1±4,7	53,7±5,0	12,2±3,3	63,2±4,8	31,6±4,6	5,3±2,2
Дистанціювання	41,5±4,9	53,7±5,0	4,9±2,2*	68,4±4,6	31,6±4,6	0*
Самоконтроль	43,9±5,0	36,6±4,8	19,5±4,0	73,7±4,4	26,3±4,4	0
Пошук соціальної підтримки	41,5±4,9*	51,2±5,0*	7,3±2,6*	73,7±4,4*	26,3±4,4*	0*
Прийняття відповідальності	48,8±5,0	43,9±5,0	7,3±2,6	73,7±4,4	26,3±4,4	0
Уникнення	46,3±5,0	43,9±5,0	9,8±3,0*	73,7±4,4	26,3±4,4	0*
Планування рішення проблеми	65,9±4,7	34,1±4,7	0	73,7±4,4	26,3±4,4	0
Позитивна переоцінка	53,7±5,0	41,5±4,9	4,9±2,2	78,9±4,1	21,1±4,1	0

та $4,2 \pm 2,6$ бала у ГП), пошук соціальної підтримки (у ОГ $6,4 \pm 4,0$ бала та у ГП $4,4 \pm 2,4$ бала), уникнення та позитивна переоцінка ($6,3 \pm 3,8$ та $5,6 \pm 3,3$ бала в ОГ і $4,4 \pm 2,2$ та $5,0 \pm 2,2$ бала в ГП відповідно) ($p < 0,05$) (табл. 1).

Виявлено також відмінності у напруженості копінг-стратегій залежно від статі, а саме: більшу вираженість у дівчат порівняно з хлопцями в ОГ мали дистанціювання ($7,6 \pm 4,0$ бала у дівчат та $6,1 \pm 3,5$ бала у хлопців), пошук соціальної підтримки (відповідно $8,4 \pm 4,0$ та $6,4 \pm 4,0$ бала відповідно) та уникнення ($7,6 \pm 3,8$ та $6,3 \pm 3,8$ бала відповідно), тоді як у юнаків з цієї групи вищими були показники позитивної переоцінки ($5,6 \pm 3,3$ бала у хлопців та $4,6 \pm 2,8$ бала у дівчат). У ГП відмінності стосувалися вищих рівнів прояву планування рішення проблеми та позитивної переоцінки стресової ситуації у юнаків порівняно з дівчатами ($5,1 \pm 2,5$ та $5,0 \pm 2,2$ бала у хлопців і $3,8 \pm 2,5$ та $3,8 \pm 2,5$ бала у дівчат).

У структурі стрес-долаючої поведінки серед дівчат-підлітків в ОГ була більшою кількістю опитуваних із високим рівнем напруженості за типами дистанціювання ($14,9 \pm 3,6\%$ в ОГ та 0% в ГП), пошуком соціальної підтримки ($22,4 \pm 4,2\%$ в ОГ та $6,9 \pm 2,5\%$ в ГП) та уникненням ($16,4 \pm 3,7\%$ та 0% відповідно в ОГ та ГП) (табл. 2). За дистанціюванням та пошуком соціальної підтримки серед дівчат з ОГ також була більшою частка осіб і за середнім рівнем напруженості ($49,3 \pm 5,0$ та $49,3 \pm 5,0\%$ в ОГ і $27,6 \pm 4,5$ та $31,0 \pm 4,6\%$ в ГП), окрім того більшу питому вагу серед опитуваних ОГ виявлено за самоконтролем ($52,2 \pm 5,0$ в ОГ та $31,0 \pm 4,6\%$ у ГП).

У структурі копінг-стратегій у хлопців виявлено більшу кількість опитуваних із високим рівнем напруженості в ОГ за типами дистанціювання ($4,9 \pm 2,2$ в ОГ та 0% у ГП), пошуком соціальної підтримки та уникненням ($7,3 \pm 2,6$ та $9,8 \pm 3,0\%$ в ОГ і по 0% у ГП відповідно), із середнім рівнем напруженості — пошуком соціальної підтримки ($51,2 \pm 5,0$ в ОГ та $26,3 \pm 4,4\%$ у ГП) (табл. 3).

При порівнянні питомої ваги осіб із різними рівнями напруженості копінг-стратегій між дівчатами та хлопцями у кожній групі встановлено, що серед юнаків з ОГ була більшою кількістю опитуваних із високою напруженістю самоконтролю ($19,5 \pm 4,0\%$ у хлопців і $6,0 \pm 2,4\%$ у дівчат) та середньою напруженістю конфронтації ($53,7 \pm 5,0\%$ і $37,3 \pm 4,8\%$ у хлопців та дівчат відповідно) та прийнятті відповідальності ($43,9 \pm 5,0\%$ у хлопців та $35,8 \pm 4,8\%$ у дівчат). У ГП серед юнаків була більшою кількістю осіб із низьким рівнем напруженості пошуку соціальної підтримки та уникнення (по $73,7 \pm 4,4\%$ та $62,1 \pm 4,9\%$ у хлопців та дівчат відповідно).

Дистанціювання виявлялося як суб'єктивне зниження значущості проблеми та ступеня емоційної залученості до неї. Формами вираження даного типу копінгу були раціоналізація, переключення уваги, відсторонення, гумор, знецінення.

Вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх ресурсів, пошук інформаційної, емоційної та дієвої підтримки були притаманні копінгу пошуку соціальної підтримки. Підлітки очікували на увагу, підтримку, співчуття та допомогу від оточуючих, були орієнтовані на взаємодію з іншими людьми.

Тип копінгу уникнення вказував на подолання негативних переживань у вигляді заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання. Часте залучення даного способу подолання стресу виявлялося в інфантильних формах поведінки.

Конфронтація відображала вирішення проблеми за рахунок протистояння чи протиставлення себе ситуації, боротьбі, активному відстоюванні власних інтересів, опору труднощам. З одного боку, це мало позитивний ефект для протидії стресу, з іншого — у ряді випадків надмірна, неправильно орієнтована або нецільоспрямована активність, навпаки, негативно впливала на ситуацію.

Для копінг-типу самоконтролю були властивими подолання негативних переживань шляхом цілеспрямованого стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки.

Прийняття відповідальності полягало у визнанні власної ролі у виникненні проблеми та відповідальності за її вирішення. Деадаптивний аспект цього типу виражався у появі невиправданої самокритики, самозвинувачень, переживання почуття провини і хронічної незадоволеності собою.

Планування вирішення проблеми полягало у цілеспрямованому аналізі ситуації і можливих варіантів поведінки, виробленні стратегії вирішення проблеми, плануванні власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів.

Позитивна переоцінка виражалася у пошуку аспектів ситуації, що мали позитивні сторони (нечасті рецидиви хвороби, нові знання, вміння доглядати за собою), позитивному мотивуванні до особистісного розвитку, оптимістичному сприйнятті інформації.

Переважний вибір стратегій дистанціювання, уникнення та пошуку соціальної підтримки підлітками вказував на незрілість адаптаційних механізмів психіки у стресових ситуаціях та потребу в залученні зовнішнього ресурсу.

Таким чином, під час дослідження було виявлено таке:

спектр психологічних труднощів у підлітків з АД, поряд із притаманними зазначеному віковому періоду проблемами, поєднувався та додатково підсилювався за рахунок стресу, обумовленого дерматозом;

психологічні проблеми, пов'язані з хворобою, поділялися на психолого-сенсорні, психолого-візуальні, обумовлені терапією та обмежувальні;

у підлітків, які хворіли на АД, напруженість стратегій стрес-долаючої поведінки була вищою порівняно із соматично здоровими однолітками;

наявні відмінності у виборі копінг-поведінки залежно від статі;

велика частка опитуваних із високими рівнями напруженості за типами дистанціювання та уникнення серед підлітків з АД свідчила про необхідність психологічних інтервенцій, орієнтованих на корекцію адаптаційного ресурсу.

Список літератури

1. Беш Л. В. Атопічний дерматит у дітей [Електронний ресурс] / Л. В. Беш // Симпозіум № 53.— Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/education/symposium/atopchnij-dermatit-u-dtej#prettyPhoto>
2. Ревякина В. А. Атопическая болезнь: диагностика, терапия, профилактика / В. А. Ревякина // *Вопр. современной педиатрии.*— 2005.— № 4.— С. 55–58.
3. Смирнова Г. И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей / Г. И. Смирнова.— М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2006.— 130 с.
4. Тамразова О. Б. Патогенетическая терапия детей, страдающих тяжелыми формами атопического дерматита [Электронный ресурс] / О. Б. Тамразова // *Русский мед. журн.*— 2013.— № 2.— Режим доступу: http://www.rmj.ru/articles_8606.htm
5. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // *Журн. практического психолога.*— 2007.— № 3.— С. 93–112.

ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А. А. УСКОВ

Определены поведенческие паттерны преодоления стресса у подростков, страдающих атопическим дерматитом. Изучение стресс-преодолевающего поведения проводилось путем анализа актуальной жизненной ситуации. Выявлено, что у подростков, которые болели дерматозом, напряженность стратегий стресс-преодолевающего поведения была выше по сравнению с соматически здоровыми сверстниками, существуют также различия в выборе копинга в зависимости от пола. На необходимость психологических интервенций, ориентированных на коррекцию адаптационного ресурса, указывала большая часть опрошенных с высоким уровнем напряженности по типам дистанцирования и избегания.

Ключевые слова: атопический дерматит, копинг-поведение, подростки, психологическая помощь.

FEATURES OF COPING BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

O. O. USKOV

The study identified behavioral patterns of coping in adolescents suffering from atopic dermatitis. The study of overcoming stress behavior was performed in the context of analysis of the actual life situation. It was found out that adolescents suffering from dermatosis have higher levels of tension of stress behavior strategies compared to somatically healthy peers. There were differences in coping strategies in boys and girls. The necessity of psychological interventions oriented to adaptation resource correction was indicated by a large proportion of respondents with high levels of tension by such types as distance and avoidance.

Key words: atopic dermatitis, coping behavior, adolescents, psychological help.

Надійшла 28.01.2015