

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ВУГРОВОЮ ХВОРОБОЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проведено вивчення особливостей психоемоційного стану, особистісних та поведінкових патернів і психосоціального функціонування пацієнтів із вугровою хворобою, визначено мішені медико-психологічного впливу. Встановлено, що специфічними мішенями для хворих з акне були труднощі зі самоприйняттям та побудовою міжособистісної взаємодії. Виявлено, що жінки з вугровою хворобою переживали психологічну дезадаптацію вищого рівня, що обумовлювало диференціювання психологічних заходів за тривалістю й інтенсивністю.

Ключові слова: вугрова хвороба, акне, соматичні пацієнти, медико-психологічна допомога, психодерматологія.

Захворювання шкіри з точки зору вітальної загрози належать до легких, що не супроводжуються ризиком смерті, потенційно мають високі внутрішні і зовнішні ресурси, які дають змогу контролювати хворобу [1]. Однак суб'єктивне сприйняття дерматологічної патології, яка спотворює зовнішність, може спричинити значні зрушення у психічній сфері пацієнта. Встановлено, що у 25–60% дерматологічних хворих наявні психічні розлади [2]. Шкірні захворювання, які обумовлюють косметологічні дефекти, у 40–60% пацієнтів супроводжуються зниженням соціального статусу, проблемами у професійній діяльності, погіршенням якості життя [1, 3, 4].

Вугрова хвороба (ВХ) — це одна з найчастіших причин звернення до лікарів — дерматологів та косметологів. Акне діагностують у 85–95% підлітків [5]. Однак сьогодні спостерігається тенденція до збільшення хворих із пізніми акне (acne tarda), які трапляються у близько 5% жінок та 1% чоловіків [6]. Проблемами, пов'язаними з акне, є негативні емоції, тривога, депресія, порушений образ тіла, знижена самооцінка, менша задоволеність власною зовнішністю, зниження якості життя [7]. Хворі з ВХ часто асоціюють наявність висипу з власною потворністю та огидою в оточуючих, що супроводжується уникненням соціальних контактів. Соціальні проблеми, обумовлені акне, включають зменшення побачень, прийомів їжі поза домом, участі в спортивних заходах, порушену академічну успішність, підвищений рівень безробіття серед таких пацієнтів [7].

Сучасні методи терапії акне суттєво зменшують негативні косметологічні наслідки [8, 9]. Клінічна оцінка тяжкості дерматологічного процесу та результатів лікування, проведена лікарями-дерматологами, може відрізнитися від суб'єктивного сприйняття пацієнтів із ВХ, які часто визначають її прояви тяжкими, а ефективність терапії — нижчою. Вилікування від акне займає високу позицію

у списку особистісних пріоритетів [7]. Значущість психологічного компонента у виникненні та перебігу ВХ обумовлює розробку комплексної програми медико-психологічної допомоги для пацієнтів із цією патологією.

Мета дослідження — на основі результатів комплексного дослідження особливостей психоемоційного стану, особистісних особливостей, поведінкових патернів, психосоціального функціонування пацієнтів із ВХ визначити мішені медико-психологічного впливу.

На базі дочірнього підприємства ПАТ ХК «Київміськбуд» — медичного науково-практичного об'єднання «Медбуд» упродовж 2014–2016 рр. проведено обстеження 142 хворих на ВХ із хронічним перебігом, які становили основну групу (ОГ), із них 75 осіб жіночої та 67 чоловічої статі (ОГ1 та ОГ2), і 70 опитуваних без шкірної чи будь-якої хронічної соматичної патології, з яких сформовано групу порівняння (ГП), відповідно 35 жінок та 35 чоловіків (ГП1 та ГП2).

Як діагностичний інструментарій було використано шкалу депресії А. Т. Бека (Beck Depression Inventory — BDI), методику суб'єктивної оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, Фрайбурзький особистісний опитувальник форми В (FPI-B), методику «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса в адаптації Т. Л. Крюкової та ін., діагностику міжособистісних відносин Т. Лірі та соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд. Статистичну обробку проведено за допомогою MS Excel v. 8.0,3, для визначення достовірності різниці між вибірками було застосовано параметричний *t*-критерій Стьюдента.

Наявність вугрової висипу на обличчі сприймалася опитуваними як серйозна загроза для краси, привабливості, соціальної успішності. Основними психологічними проблемами хворих, пов'язаними з ВХ, були: занепокоєння погіршенням свого

зовнішнього вигляду; почуття неповноцінності, наявності «дефекту»; відчуття невпевненості у спілкуванні з іншими людьми, особливо з представниками протилежної статі через проблеми із зовнішністю; страх бути відразливими для інших людей; страх публічних виступів; обмеження чи уникнення соціальних контактів.

Психоемоційний стан хворих із ВХ формувалася на основі взаємодії нозогенних чинників та їх персоніфікованого сприйняття. Загальна вираженість депресивних проявів у хворих з акне перебувала на рівні субдепресивного стану та була вищою порівняно з особами без соматичної патології, у яких цей показник виявився у межах норми ($10,6 \pm 4,8$ бала в ОГ та $5,5 \pm 3,4$ бала у ГП, $p < 0,05$). За субшкалами когнітивно-афективних (СКА) та соматичних (ССП) проявів отримано також вищі результати у пацієнтів із ОГ (СКА — $6,9 \pm 3,8$ бала в ОГ та $3,9 \pm 2,8$ бала у ГП; ССП — $3,7 \pm 2,1$ та $1,6 \pm 1,1$ бала відповідно, $p < 0,05$). Когнітивно-афективні симптоми переважали над соматичними депресивними. Установлено, що у жінок із ВХ рівень депресивних переживань був вищим порівняно з чоловіками ($11,5 \pm 5,6$ бала в ОГ1 та $9,6 \pm 3,5$ бала в ОГ2, $p < 0,05$) внаслідок більшої інтенсивності когнітивних та емоційних симптомів ($7,8 \pm 4,4$ бала в ОГ1 та $5,9 \pm 2,6$ бала в ОГ2, $p < 0,05$). Вираженість соматичних проявів обстежених підгруп не відрізнялась ($3,7 \pm 2,4$ та $3,7 \pm 1,6$ бала в ОГ1 та ОГ2 відповідно).

Депресивний стан виявлено у 47,9% хворих на ВХ та лише у 14,3% опитуваних ГП. Субдепресію встановлено у 30,3% пацієнтів, помірну — у 12,7% та виражену депресію — у 4,9%; в осіб ГП зафіксовано тільки легкий депресивний стан. Серед жінок із ВХ була більшою частка осіб із депресивними проявами порівняно з чоловіками (56,0% в ОГ1 і 38,8% в ОГ2). Легкий депресивний стан виявлено у 32,0% осіб жіночої та 28,4% — чоловічої статі, помірний — у 14,7 та 10,4% відповідно, виражену депресію зареєстровано лише в ОГ1 — 9,3%.

Провідними симптомами у структурі депресії у жінок із ВХ поряд із печалю, песимізмом, дисморфобією, незадоволеністю собою, дратівливістю були самозвинувачення зі схильністю до формування почуття провини та відчуття покараності, соціальної відчуженості, безсоння, нерішучість. У чоловіків депресивний стан характеризувався зниженим настроєм, песимізмом, незадоволеністю собою, дисморфобією, заклопотаністю станом свого здоров'я, зниженням лібідо та дратівливістю.

У хворих із ВХ була вищою як ситуативна, так і особистісна тривожність ($41,3 \pm 8,7$ бала в ОГ та $35,7 \pm 6,3$ бала у ГП; відповідно $38,8 \pm 6,9$ та $35,3 \pm 6,1$ бала, $p < 0,05$). У пацієнтів із вугровою патологією

більшу частку становили особи із високим рівнем ситуативної тривожності на відміну від здорових опитуваних (31,7% в ОГ і 8,6% у ГП). Виявлено вищі рівні ситуативної та особистісної тривожності в осіб жіночої статі ($42,8 \pm 8,9$ та $39,7 \pm 8,3$ бала в ОГ1 і ОГ2 відповідно; $39,9 \pm 7,2$ та $37,6 \pm 6,4$ бала, $p < 0,05$). Висока ситуативна тривожність у хворих з акне обумовлена особливістю патології, а саме — негативними змінами зовнішнього вигляду, що провокувало власну ніяковість, невпевненість у собі під час соціальної взаємодії та міжособистісних контактів.

У пацієнтів із ВХ були більш вираженими невротичність ($5,3 \pm 1,3$ бала в ОГ і $4,5 \pm 2,0$ бала у ГП), депресивність ($5,2 \pm 1,5$ і $4,4 \pm 1,5$ бала), дратівливість ($5,3 \pm 1,6$ і $4,6 \pm 1,3$ бала), реактивна агресивність ($4,4 \pm 1,0$ і $4,0 \pm 1,1$ бала), сором'язливість ($5,4 \pm 1,5$ і $4,8 \pm 1,2$ бала), емоційна лабільність ($5,0 \pm 1,4$ і $4,4 \pm 1,3$ бала), інтроверсія ($4,7 \pm 1,2$ бала); у соматично здорових осіб — комунікабельність ($5,6 \pm 1,1$ бала у ГП та $5,0 \pm 1,4$ бала в ОГ), врівноваженість ($5,8 \pm 1,2$ і $5,0 \pm 1,2$ бала), відкритість ($5,8 \pm 1,1$ і $5,2 \pm 1,3$ бала) та екстраверсія ($5,5 \pm 1,0$ бала), $p < 0,05$. Внутрішньогрупові відмінності полягали у тому, що в ОГ були вищими показники дратівливості ($5,6 \pm 1,6$ бала в ОГ1 і $4,8 \pm 1,6$ бала в ОГ2) та емоційної лабільності у жінок ($5,2 \pm 1,3$ бала і $4,7 \pm 1,4$ бала), у ГП — реактивної агресивності у чоловіків ($4,3 \pm 1,2$ бала у ГП2 та $3,7 \pm 0,9$ бала у ГП1), $p < 0,05$.

Отже, у пацієнтів із хронічним перебігом ВХ відзначалося наростання невротизації, психічної нестабільності, підвищення ситуативної агресивності, спостерігалися схильність до депресивного відреагування, замикання на собі зі зниженням комунікабельності й підвищенням сором'язливості, що відображалось на індивідуально-психічній та психосоціалній адаптації.

В опитуваних ОГ було виділено ряд специфічних особистісних профілів: невротичний, інтровертовано-депресивний, агресивно-лабільний, сензитивний, компенсований. Невротичний психотип (26,5% пацієнтів) характеризувався нестійкістю та мінливістю афективних реакцій, дратівливістю, психічною виснажливістю, тривожністю. Пацієнтам інтровертовано-депресивного типу (17,7%) були притаманні замкненість, низька комунікабельність, інтроверсія, схильність до відреагування на стрес зниженням настрою, песимізм. Агресивно-лабільний тип (7,5% хворих) виявлявся підвищеною агресивністю, неврівноваженістю емоційної сфери, дратівливістю, замкненістю. Особам сензитивного психотипу (25,2%) були притаманні підвищена міжособистісна чутливість, сором'язливість, інтровертованість. Компенсований тип (23,1%) характеризувався відкритістю,

комунікабельністю, врівноваженістю. Наявність дестабілізуючих особистісних патернів несприятливо відображалася на психологічній та психосоціалній адаптації пацієнтів.

Установлено, що у пацієнтів з акне були більш напруженими стратегії звернення по соціальну підтримку (50,9±8,9 бала в ОГ і 48,6±7,4 бала у ГП), дистанціювання (48,8±8,5 і 44,7±7,7 бала), уникнення (45,0±5,6 і 43,0±4,0 бала); в опитуваних без шкірних розладів — планування (48,4±7,9 бала у ГП і 45,8±7,2 бала в ОГ). У чоловіків із ВХ, на відміну від жінок, були вищими рівні конфронтації (49,7±8,8 бала в ОГ2 і 45,1±8,4 бала в ОГ1) та планування (47,7±6,9 балів і 44,1±7,1 бала), у жінок — пошуку соціальної підтримки (52,4±9,2 бала в ОГ1 і 49,2±8,3 бала в ОГ2), $p < 0,05$.

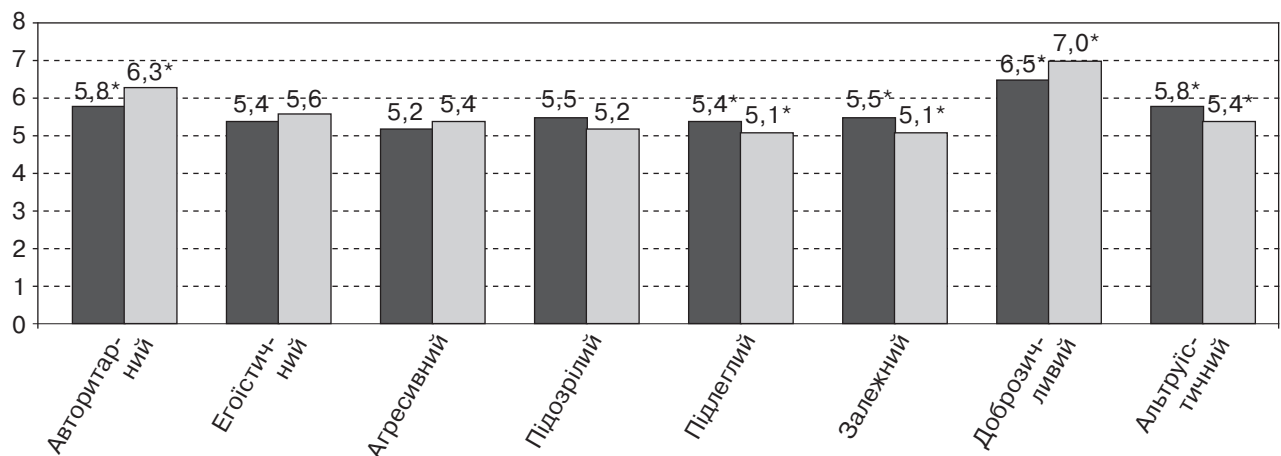
Узагальнений профіль копіngu у жінок із хронічним перебігом ВХ характеризувався високою значущістю зовнішнього психосоціального ресурсу, вираженою тенденцією до дистанціювання та відкидання власної відповідальності щодо стресової та психотравмуючої ситуації. Для чоловіків із ВХ були притаманними амбівалентні тенденції: висока потреба у соціальному схваленні поряд із конфронтаційною поведінкою, дистанціювання від ситуації, зниження планування шляхів виходу зі складного становища та власної відповідальності за події. Отже, пацієнти з акне були схильними застосовувати умовно-адаптивні та неадаптивні форми копіngu. Особливостями стресдолаючої поведінки у хворих на ВХ була виражена спрямованість на залучення зовнішнього психосоціального ресурсу, пошук емоційної підтримки, подолання негативних переживань за рахунок суб'єктивного зниження значущості та емоційної залученості у стресову подію, реагування за типом уникнення у вигляді заперечення наявності проблеми, невиправданих очікувань, відволікання.

У пацієнтів із ВХ виявлено зниження за всіма інтегральними показниками соціально-психологічної адаптації: за загальною адаптацією (60,2±6,8% в ОГ і 64,7±5,8% у ГП), самоприйняттям (49,5±9,1 і 57,0±7,6%), прийняттям інших (56,1±6,9 і 59,5±5,5%), емоційним комфортом (54,3±9,5 і 59,4±5,5%), інтернальністю (51,1±11,1 і 54,4±7,1%), домінуванням (52,9±10,8 і 56,2±7,4%), $p < 0,05$. Зафіксовано внутрішньогрупові відмінності щодо показників психосоціальної адаптації. У жінок з акне були нижчими рівні адаптивності (59,1±5,7% в ОГ1 і 61,5±6,8% в ОГ2), самоприйняття (47,8±8,5 і 51,3±9,4%), інтернальності (49,4±10,8 і 53,0±11,2%) та домінування (50,9±10,9 і 55,1±10,3%) порівняно з чоловіками, $p < 0,05$. У ГП виявлено лише більшу вираженість домінування в осіб чоловічої статі (53,8±7,5% у ГП1 і 58,7±6,6% у ГП2), $p < 0,05$.

Хворі з ВХ виявляли у міжособистісній взаємодії доброзичливість, у них були вираженими прагнення вжитися в оточення та здобути прихильність значущих осіб, схильність турбуватися про інших, навіть на шкоду власним інтересам, критичність до себе у поєднанні з терпимістю до чужих недоліків. Пацієнтам з акне були властиві сором'язливість, довірливість, залежність від думки інших людей та пошук їх схвалення, поступливість, хитка впевненість у собі. Хворі на ВХ були схильні легко ображатися та довго пам'ятали образ, часто відчували розчарування та печаль від стосунків з іншими. Для жінок з акне були притаманними альтруїстичність та залежність, для чоловіків — зниження домінантності та посилення підлеглості. Визначені типи міжособистісної взаємодії у пацієнтів із ВХ відображено на рисунку.

ВХ мала негативний вплив на уявлення хворих про себе та свої взаємини з оточуючими, що виявлялося у невпевненості в міжособистісних

Бали



Виразеність типів міжособистісної взаємодії в опитуваних: ■ — ОГ; □ — ГП

(* достовірність різниці на рівні $p < 0,05$)

контактах, труднощах у спілкуванні з іншими, формуванні підлеглої та залежної позиції.

Зниження психосоціальної адаптації у хворих на ВХ виявлялося накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими, формуванням самооцінки шляхом орієнтації на стороннє ставлення, схильністю займати підлеглу позицію у взаємодії. Центральну роль у психосоціальній дезадаптації пацієнтів із ВХ відіграло порушення самосприйняття, що призводило до побудови міжособистісної взаємодії на основі нереалістичного фрагментарного образу власного «Я», який супроводжувався викривленістю знання про себе, невпевненістю, залежністю самооцінки від зовнішніх обставин, психічним напруженням. У жінок ВХ мала більш виражений негативний вплив на психосоціальне функціонування порівняно з чоловіками внаслідок культурально обумовленої соціальної детермінації краси жінки як вагомого чинника її соціальної успішності.

На основі отриманих результатів було визначено мішені медико-психологічного впливу (таблиця). Нормалізацію психоемоційного стану було досягнуто за рахунок психологічної роботи з дисморфофобічними переживаннями, відчуттям неповноцінності, акцентованості на зовнішньому вигляді, соціальними страхами, особистісною та ситуативною тривожністю, проявами депресивного характеру. Щодо особистісних та поведінкових патернів психологічні інтервенції були спрямовані на виявлення та психокорекцію дезадаптуючих особистісних рис і неадаптивних способів копіngu. Значну частку психологічної роботи у пацієнтів з акне становила гармонізація психосоціального функціонування: підвищення самосприйняття, формування внутрішніх стабільних критеріїв самооцінки, посилення впевненості та комунікативної активності у міжперсональних стосунках. Гендерну специфічність мішеней психологічного впливу обумовлено більшою значущістю змін зовнішності та привабливості для жінок порівняно з чоловіками, що відображалось у тяжчому перебігу дезадаптивних психологічних реакцій та станів.

Центральним компонентом медико-психологічної допомоги пацієнтам із ВХ була робота зі самосприйняттям та міжособистісною взаємодією. Основними формами медико-психологічного впливу є психоосвіта, психокорекція та соціально-психологічний тренінг. Психологічні інтервенції реалізовувалися із застосуванням методів і технік гештальт-терапії, когнітивно-поведінкової психотерапії, релаксації.

Програма медико-психологічної допомоги включала комплекс психоосвітніх, консультативно-психокорекційних та тренінгових заходів, які

Мішені медико-психологічного впливу у пацієнтів із вугровою хворобою

Сфера впливу	Мішень
Психоемоційний стан	Відчуття неповноцінності Гостра акцентованість на зовнішньому вигляді Дисморфофобічні переживання Депресивні прояви Висока особистісна тривожність Висока ситуативна тривожність Страх бути відразливими для оточуючих
Особистісні патерни	Високий рівень сором'язливості Дезадаптуючі особистісні патерни Підвищена ситуативна агресивність
Поведінкові патерни	Дистанціювання Уникання Зниження відповідальності
Психосоціальне функціонування	Порушення самосприйняття: неприйняття та незадоволеність собою, відчуження «Я» Екстерналізація самооцінки Невпевненість Пасивна, підлегла позиція у комунікації Емоційний дискомфорт у соціальній взаємодії Знижений рівень прийняття інших Уникання вирішення проблем

становили 10–15 тематичних зустрічей, що було обумовлено змістовними особливостями та вираженістю психологічної дезадаптації.

Психоосвіта включала такі теми: ВХ (патогенез, прояви, перебіг, лікування); роль та вплив психологічних чинників у перебігу акне; основні психологічні проблеми пацієнтів із дерматологічними хворобами; значення самоприйняття у формуванні психологічного благополуччя; комунікативна компетентність та соціальна активність; поняття про психологічні методи допомоги; психоосвіта та психокорекція при ВХ (мета й завдання); саморегуляція психічного стану.

Психокорекційні сесії були спрямовані на підвищення психічного самоконтролю, самопізнання, позитивну трансформацію уявлень про власну особистість у поєднанні тілесного та психологічного, формування гармонійного позитивного образу «Я», інтерналізацію внутрішніх стандартів самооцінки та її нормалізацію, послаблення дезадаптивних особистісних патернів, відстежування та заміну неефективних форм копіngu (дистанціювання, уникання) на більш дієві способи подолання стресових ситуацій, мотивування на активність і відповідальність за вирішення особистісних проблемних ситуацій.

Тренінговий компонент медико-психологічної допомоги був орієнтований на виявлення порушень у механізмах соціальної адаптації та їх

корекцію. Увага приділялася особливостям становлення міжособистісних стосунків, взаємодії з оточенням, поліпшенню навичок комунікативної компетентності, навчанню самопрезентації.

Проведене дослідження дає змогу зробити такі висновки:

— хворі на ВХ у зв'язку зі зрушеннями у психологічному стані та психосоціальному функціонуванні, пов'язаними з наявністю шкірної патології, потребують розробки комплексних медико-психологічних заходів;

— специфічними мішенями медико-психологічного впливу для хворих з акне є проблеми із самоприйняттям, сфера міжособистісних стосунків і соціальної активності;

— у жінок із ВХ спостерігаються більш виражені психологічні дезадаптивні реакції та стани, що потребує диференціювання медико-психологічних заходів за тривалістю та інтенсивністю впливу;

— медико-психологічна допомога пацієнтів із ВХ — важлива частина їх лікування.

Список літератури

1. *Дороженко И. Ю.* Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью / И. Ю. Дороженко, Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине.— 2009.— № 2.— С. 33–38.
2. Психосоматические аспекты угревой болезни у женщин / Н. Н. Потекаев, М. В. Горячкина, В. В. Савенков [и др.] // Дерматология.— 2009.— № 3.— С. 7–11.
3. *Koo J.* Psychocutaneous Medicine / J. Koo, C. Lee.— N. Y., 2003.— 376 p.
4. *Волошина Н. О.* Оцінка якості життя у хворих на вульгарні вугри (акне) / Н. О. Волошина // Буковинський медичний вісн.— 2014.— Т. 18, № 3 (71).— С. 39–42.
5. *Colleir Ch.* The prevalence of acne in adults 20 years and older / Ch. Colleir, J. Haper, W. Cantell // J. of Am. Academy of Dermatology.— 2008.— Vol. 58.— P. 56.
6. *Калюжная Л. Д.* Тяжкі форми акне: можливості лікування [Електронний ресурс] / Л. Д. Калюжная, А. В. Петренко // Укр. мед. часопис.— 2014.— № 6 (104).— Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/82994/tyazhki-formi-akne-mozhливosti-likuvannya>
7. *Матюшенко Е. Н.* Дисморфофобия в дерматологической практике / Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине.— 2011.— № 3–4.— С. 11–17.
8. *Наумова Л. О.* Гормональні порушення як вагомий патогенетичний чинник виникнення вугрової хвороби у жінок [Електронний ресурс] / Л. О. Наумова // Міжнар. ендокринологічний журн.— 2014.— № 5 (61).— Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39145#prettyPhoto>
9. *Коган Б. Г.* Новые подходы в комбинированном лечении акне: взгляд на проблему с точки зрения практического здравоохранения / Б. Г. Коган, Е. А. Верба // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології.— 2012.— № 3 (46).— С. 72–76.

ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М. В. ЛИТВИНЕНКО

Проведено изучение особенностей психоэмоционального состояния, личностных и поведенческих паттернов и психосоциального функционирования пациентов с угревой болезнью, определены мишени медико-психологического воздействия. Установлено, что специфическими мишенями для больных с акне были проблемы с самопринятием и построением межличностного взаимодействия. Выявлено, что женщины с угревой болезнью переживали психологическую дезадаптацию более высокого уровня, что обуславливало дифференцировку психологических мероприятий по продолжительности и интенсивности.

Ключевые слова: угревая болезнь, акне, соматические пациенты, медико-психологическая помощь, психодерматология.

BACKGROUND OF PSYCHOLOGICAL HELP FOR PATIENTS WITH ACNE

M. V. LITVYNENKO

The features of emotional state, personality and behavioral patterns, and psychosocial functioning of patients with acne were investigated; the targets of psychological help were determined. It was revealed that specific targets in patients with acne were problems with self-acceptance and interpersonal interaction. It was found out that women with acne experienced higher level of psychological maladjustment that necessitated differentiated psychological measures in duration and intensity.

Key words: acne, patients with somatic diseases, medical psychological help, psychodermatology.

Надійшла 09.06.2016