

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

*Прохоров Д. В.², Ольшевская Н. С.¹,
Гуменюк Л. Н.¹, Испирьян М. Б.²*

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского

*¹Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии,
с курсом общей и медицинской психологии*

²Кафедра кожных и венерических болезней

В последние годы существенно возросло внимание к проблемам психического благополучия и психосоциальной адаптации пациентов, страдающих псориазом. Согласно данным ряда авторов, инвалидизирующее влияние этого дерматоза во многом связано с различными психическими расстройствами, выявляемыми у больных псориазом [3, 5, 6].

Изучение этиопатогенетических аспектов псориаза остается актуальным направлением в связи с тяжелым хроническим рецидивирующим течением данного дерматоза и увеличением его распространенности в популяции. Заболевание значительно снижает качество жизни больных, что в первую очередь, связано с отсутствием эффективной комплексной терапии [1-4].

Перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву – сохранению жизни и восстановлению здоровья выступает центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни [7, 8, 9]. В силу этих обстоятельств у больного возникает целостный образ своего заболевания: внутренняя картина болезни (ВКБ) – понятие, введенное А. Р. Лурией, и продолжившего

развитие идей А. Гольдшейдера об «аутопластической картине заболевания» [10]. Внутренняя картина болезни, способ отражения факта болезни в психике человека, может не только определять развитие психопатологической симптоматики, но и по механизму порочного круга оказывать влияние на сам болезненный процесс, усугубляя течение дерматоза.

На формирование ВКБ пациентов, страдающих псориазом, значительное влияние оказывают социально-демографические факторы, в рамках биопсихосоциальной концепции болезни, однако лишь отдельные публикации освещают данную проблему [11]. Недооценка указанных особенностей не позволяет в полной мере оценить закономерности формирования ВКБ больных данного профиля и соответственно, разработать индивидуальные стратегии коррекции ВКБ и комплексного лечения больных псориазом, что и определяет актуальность данного исследования.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение социально-демографических характеристик больных псориазом, влияющих на формирование основных типов отношения к болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал исследования составили 33 пациента КРУ «Клинический кожно-венерологический диспансер» (г. Симферополь) с диагнозом распространенный псориаз. Использовались следующие методы исследования: анализ и обобщение литературных источников по теме исследования, анализ анамнестических данных и медицинской документации, клиническая беседа, психодиагностика (анкетирование, тестирование), количественно-качественный анализ данных.

Для решения конкретных эмпирических задач были использованы следующие методики: специально разработанная анкета, позволяющая получить анамнестические и социально-демографические данные о больных; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) для диагностики типов отношения к болезни у больных с хроническими соматическими заболеваниями [12].

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы SPSS 10: непараметрические тесты Манна-Уитни и t-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группу обследованных вошли 33 больных с диагнозом распространенный псориаз. Из них 12 человек (36,4%) – женщины и 21 человек (63,6%) – мужчины. Возрастной диапазон обследованных – от 15 до 76 лет (средний возраст – $40,2 \pm 16,5$). Славянский этнос выборки составили украинцы, русские – 22 человека (66,7%), тюркский – крымские татары, узбеки – 10 человек (30,3%), корейский – 1 человек (3,0%).

Национальность выборки представлена украинцами – 4 человека (12,1%), русскими – 18 человек (54,6%), татарами – 9 человек (27,3%), корейцами и узбеками – по 1 человеку (3,0%) соответственно. Большинство

респондентов 27 человек (81,8%) имеют средне-специальное и среднее образование; высшее и незаконченное среднее – у 3 человек (9,1%) соответственно. Постоянного места работы на момент обследования не имеют большинство обследуемых – 9 человек (27,3%), работают – 10 человек (30,3%), пенсионеров и учащихся по 2 человека (6,1%) соответственно. Группу инвалидности имеет 7 человек (21,2%).

В официальном браке состоит 12 человек (36,4%), в гражданском браке – 3 человека (9,1%). Никогда не состояли в браке 8 человек (24,3%), разведены – 6 человек (18,2%), вдовство – у 4 пациентов (12,1%). В собственной семье проживают 18 граждан (54,6%), самостоятельно – 8 (24,2%), в семье родителей – 7 (21,2%). Большинство респондентов – 23 человека (69,7%) имеют детей: один ребенок у – 27,3%, двое – у 27,3%, трое и более детей имеют 15,2% респондентов; бездетными являются 10 человек (30,3%). Оценивая свои взаимоотношения с членами семьи, подавляющее большинство 27 человек (81,8%) охарактеризовали их как хорошие, по 3 человека, соответственно по (9,1%) – как удовлетворительные и плохие.

Профессиональная категория респондентов (по Холинсхеду) в настоящем исследовании представлена следующими видами: профессионал высшей категории – 3 человека (9,1%), профессионал средней категории – 1 (3,0%), квалифицированный персонал со специальной подготовкой – 14 (42,4%); квалифицированный персонал – 3 (9,1%). Полу-квалифицированный персонал представляют 2 человека (6,1%); неквалифицированный труд без специальной подготовки – 3 человека (9,1%); 5 человек (15,2%) являются учащимися.

У 25 человек (75,8%) работающих лиц основное заболевание не привело к снижению квалификации труда, у 1 – (3,0%) – физический труд со снижением квалификации, 7 человек (21,2%) не работают ввиду отсутствия возможности трудоустройства

на сегодняшний день. Большинство пациентов – 26 человек (78,8%) не имеет инвалидности, у 2 (15,2%) – третья, у 1 (3,0%) – вторая, у такого же количества – первая группа инвалидности. Впервые госпитализировано 14 человек (42,4%), повторно – 8 (24,2%), третья и более по счету госпитализация – у 11 (33,4%).

Среди госпитализированных повторно высокое качество ремиссий отмечалось у 3 человек (9,1%), среднее – у 13 (39,4%), низкое – у 4 (12,1%).

Анализ результатов исследования по ЛОБИ позволил определить особенности эмоционального реагирования и переработки информации, в условиях заболевания распространенным псориазом исследуемой выборки.

Среди возможных тринадцати типов отношения к болезни обнаруживались все, исключая гармонический, как в чистом виде, так и в сочетании. Отсутствие ведущего типа отношения к болезни отмечено в 36,4% (12 случаев). В остальных случаях наиболее часто встречалось сочетание следующих типов. У 18,20% лиц отмечался анозогностический тип с чертами эргопатического. Категория этих пациентов недооценивала выраженность заболевания, игнорировала лечение, стремилась избежать госпитализации, мотивируя это невозможностью оставить работу и активную трудовую деятельность в прежнем качестве, а также сохранить профессиональный статус.

В 30,3% случаев отмечалось сочетание тревожного и неврастенического типов. Пациенты испытывали опасения в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений, частых рецидивов и неэффективности лечения. На фоне тревоги отмечался повышенный интерес к медицинской документации, поиск информации о своем заболевании в литературе, пессимистическая оценка прогноза. На фоне эскалации тревоги наблюдались вспышки раздражения, вербальной агрессии в сочетании с

быстрой истощаемостью, раскаянием и чувством вины.

У 5,1% пациентов отмечался сенситивный тип отношения к болезни, а у 10,0% – сенситивный с чертами неврастенического. В первом случае для этого контингента была характерна «мимозность», чрезвычайная ранимость, охваченность размышлениями о потенциально возможном негативном впечатлении у знакомых. Больные боятся пересудов относительно характера их заболевания, излишней «унизительной» жалости, опасаются отказа от взаимоотношений с ними представителей микросоциального окружения ввиду «ущербности, неполноценности».

Для сенситивного типа отношения к болезни с чертами «раздражительной слабости» на фоне повышенной уязвимости характерны эпизоды раздражительности, что может проявляться в низкой толерантности в общении, инициации кратковременных конфликтов, в том числе с соседями по палате и медперсоналом. «Вспышки» носят непродолжительный характер и заканчиваются истощением, просьбами о прощении, слезами и угрызениями совести.

В настоящем исследовании получены данные, анализ которых позволил соотнести различные типы и совокупности типов отношения к болезни с блоками, отражающими уровни психической и социальной адаптации лиц, больных псориазом. Так, у большинства больных отмечались эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни, а также их комбинация. В соответствии с данными ряда авторов это соответствует первому блоку типов отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Кроме гармонического типа реагирования (не представленного в настоящем исследовании), в первый блок включены эргопатический и анозогностический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» забо-

левания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом [12].

В настоящем исследовании, для большинства пациентов с типами отношения к болезни, соответствующих первому блоку характерно: преобладание мужского контингента, возраст старше 35 лет, славянский этнос (100%), наличие среднего и высшего образования, преобладание работающих, не состоящих в браке, но имеющих детей (преимущественно, один ребенок) и во всех случаях характеризующих свои отношения с родственниками, как хорошие. Обследуемые являются профессионалами высшей и средней категории, квалифицированными специалистами, без снижения квалификации труда. Респонденты данной группы госпитализированы впервые; инвалидности не имеют.

ВЫВОДЫ

Таким образом, наряду с индивидуальными психологическими особенностями лич-

ности, значительное влияние на формирование внутренней картины болезни оказывают и социально-демографические факторы. Мужской пол, наличие среднего и высшего образования, высокой квалификации труда и работы, а также детей, доброжелательные взаимоотношения с членами семьи являются факторами, способствующими формированию адаптивных форм ВКБ. Женский пол, отсутствие высшего, и, в ряде случаев, среднего образования, постоянной работы, низкая квалификация труда, а также формальные и неудовлетворительные взаимоотношения в семье, наличие более одного ребенка или бездетность, низкое качество ремиссий, инвалидность являются факторами, приводящими к формированию дезадаптивных видов ВКБ.

Социальные факторы, формируют поведенческие реакции пациентов на переживание физических нарушений. Неблагоприятные социальные факторы приводят к формированию дезадаптивных форм ВКБ, что по механизму порочного круга оказывает влияние на сам болезненный процесс, усугубляя его течение. Это обуславливает необходимость оценки ВКБ и, в зависимости от типа, назначения комплексного, в том числе, психотерапевтического лечения посредством проведения рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин. – М.: Триада-фарм. – 2005. – 688 с.
2. Мордовцев В.Н. Псориаз (патогенез, клиника, лечение) / В.Н. Мордовцев. – Кишинёв: Штиинца. – 1991. – 184 с.
3. Раева Т.В., Ишутина Н.П., Матусевич С.Л., Котельникова А.Б. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом / Т.В. Раева, Н.П. Ишутина, С.Л. Матусевич, А.Б. Котельникова // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С.32-35.
4. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему / И.Ю. Дороженок, А.Н. Львов // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 4. – С. 16-21.

5. М.А.Терентьева, Т.А.Белоусова. Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах / М.А. Терентьева, Т.А. Белоусова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 6. – С. 12-14.
6. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами / О.Г. Зайцева // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2000. – 20 с.
7. Сердюк А.И., Михайлов В.Б. Непсихотические нарушения психической сферы у больных хроническими соматическими заболеваниями и система их психотерапии: методические рекомендации / А.И. Сердюк, В.Б. Михайлов – Харьков, 2000. – С. 8-9.
8. Сердюк А.И., Михайлов В.Б. и др. Методика объективизации эффективности психотерапии соматических больных: Методические рекомендации / Сост. А.И. Сердюк, В.Б. Михайлов, А.Ф. Короп, В.В. Чугунов. – Харьков: ХИУВ, 1998. – 28 с.
9. Мороз С.М. Структура психосоматических расстройств при основных терапевтических инвалидизирующих заболеваниях / С.М. Мороз // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2004. – № 4 (14). – С. 58-61
10. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 414 с.
11. Кухтова Н.В. Психологические аспекты изучения больных с кожными и венерическими заболеваниями / Н.В. Кухтова // Вестник ВГМУ. – 2009. – Т. 8, №4. – С. 1-13.
12. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей [Л.И. Вассерман и др.] СПб научно-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева. – СПб.: СПб научно-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева. – 2005. – 86 с.

**ДО ПИТАННЯ ПРО
ФОРМУВАННЯ
ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ
ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА
ПСОРИАЗ**

**Прохоров Д. В.,
Ольшевська Н. С.,
Гуменюк Л. Н.,
Іспірьян М. Б.**

Резюме. У статті представлено зв'язок соціально-демографічних чинників з основними типами ставлення до хвороби хворих на псоріаз.

Ключові слова: псоріаз, внутрішня картина хвороби, соціально-демографічні чинники.

**ON THE FORMATION
OF THE INNER
PICTURE DISEASE
IN PATIENTS WITH
PSORIASIS**

**Prokhorov D. V.,
Olszewski N. S.,
Humeniuk L. N.,
Ispiryanyan M. B.**

Summary. The paper presents the relationship of socio-demographic factors in relation to the basic types of patients with psoriasis.

Keywords: psoriasis, an internal picture of disease, socio-demographic factors.