

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616-036+616.5-001.1

Александр О.Д.

Дизадаптивні типи ставлення до власної хвороби у пацієнтів із хронічними алергічними дерматозамиКафедра дерматології та венерології (зав. каф. - проф. Н.Г. Вірстюк)
Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Досліджено особливості психологічного подолання захворювання у 261 хворого на хронічні алергічні дерматози: атопічний дерматит, хронічну справжню екзему, хронічну мікробну екзему та обмежений нейродерміт. Показано відмінності взаємодії пацієнтів з медичним персоналом, залежно від дерматологічного діагнозу. Встановлено відмінності в типах дизадаптивного подолання хвороби в залежності від дерматологічного діагнозу, статевих, професійних та сімейних особливостей пацієнтів. Подано прогноз ефективності співпраці з медичним персоналом пацієнтів з хронічними алергодерматозами із врахуванням характерних типів ставлення до власної хвороби.

Ключові слова: хронічні алергодерматози, атопічний дерматит, хронічна екзема, обмежений нейродерміт, ставлення до хвороби.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Поширеність алергічних захворювань, які називають «спадкоємцями і хворобами цивілізації», у світі набуває загрозливого характеру. [4]. На даний час більше 10% населення планети страждають на різні алергічні захворювання [4,11]. Алергічними дерматозами прийнято назвати групу дерматозів, у формуванні яких значну роль відіграють алергічні та імунологічні реакції, які відбуваються в шкірі у відповідь на дію екзогенних і ендогенних алергенів. До цієї групи традиційно відносять атопічний дерматит (АД), екзему та нейродерміт, на які припадає 10-40% усіх шкірних хвороб [3]. За даними ВОЗ, щорічно на алергічні дерматози хворіє до 1 млн. людей [9]. Окрім зростання захворюваності на алергодерматози, відзначається ріст числа їх важких та резистентних форм, суттєво погіршення якості життя пацієнтів, їх соціальної і психологічної адаптації [1,2].

Психологічний стрес розглядається важливим чинником погіршення перебігу хронічних алергічних дерматозів. Окрім того, саме захворювання є потужним чинником впливу на психологічний стан таких пацієнтів. Хронічний алергодерматоз можна без сумніву розцінювати як важку, виснажливу хворобу як для самого пацієнта, так і для членів його близької родини, що суттєво модифікує його психологічний стан та характер взаємодії з соціумом [5,8,10,13].

Однією з теорій, яка пояснює зв'язок між психічним стресом та загостренням алергодерматозу, вважають теорію сприйняття лікування. З позицій цієї теорії, психологічний стрес може вплинути на дотримання пацієнтом призначеного лікування і, внаслідок цього, послабити контроль над хворобою. За результатами клінічних досліджень [6,7,12] виявлено значне відхилення у виконанні лікувальної програми достатньо великою частиною таких пацієнтів та недостовірне інформування медперсоналу пацієнтами про реально отримане лікування. Ефективність взаємодії пацієнта з медичним персоналом безпосередньо залежить від ставлення пацієнта до своєї хвороби. Проте саме цей важливий аспект практикуючі дерматологи враховують рідко, сподіваючись на бажання пацієнта співпрацювати як беззаперечний факт. Як результат, частина випадків недостатньої ефективності лікувально-діагностичного процесу пояснюється різними причинами, але тільки не відсутністю ефективної співпраці лікаря та пацієнта

Мета дослідження: Визначити реальне ставлення пацієнтів із хронічними алергічними дерматозами до своєї хвороби для прогнозування випадків неефективної співпраці пацієнта з медичним персоналом.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням перебував 261 хворий з наступними формами хронічних алергічних дерматозів: атопічним дерматитом (АД), справжньою (ХСЕ) і мікробною (ХМЕ) екземами та обмеженим нейродермітом (ОН).

З приводу АД спостерігалися 67 осіб (47 чоловіків та 20 жінок), віковий діапазон групи складав 18-48 років. З приводу ХСЕ спостерігалися 62 особи (28 чоловіків та 34 жінки), віковий діапазон групи складав 22-48 років. З приводу ХМЕ спостерігалися 74 пацієнти (48 чоловіків та 26 жінок), віковий діапазон 18-62 роки. Також під спостереженням перебували 56 хворих на ОН (43 чоловіки та 13 жінок) у віці від 21 до 58 років.

В ролі методу вивчення ставлення дерматологічних пацієнтів до своєї хвороби було використано методу ТОБОЛ (Васерман Л.І., Вукс А.Я., Іовлев Б.В., Карпова Е.Б., 1987, в модифікації 2001) – тест визначення відношення пацієнта до хвороби.

За ознаками збереження соціальної та психічної адаптації до хвороби типи реагування умовно поділяють на три категорії. Найбільш сприятливою для співпраці з пацієнтом можна вважати адаптивну категорією, для якої властиве збереження в повній або частковій мірі як соціальної, так і психічної адаптації хворого. На відміну від них, при дизадаптаційних типах ставлення така співпраця утруднена. Причина полягає у змінах емоційно-афективної сфери хворих дизадаптивного характеру: тривожному, пригніченому стані, «втечі» в хворобу, відмові від боротьби – «капітуляції» перед хворобою. Розрізняють інтерпсихічні та інтрапсихічні варіанти дизадаптаційного ставлення до хвороби. До останнього відносять тривожний (тривожно-депресивний), іпохондричний, неврастеничний, меланхолічний та апатичний типи. Наслідком дизадаптаційного ставлення пацієнта до своєї хвороби стає утруднене спілкування між ним та людьми, що прагнуть надати допомогу – лікарями та близькими до них людьми, і, як результат, зниження ефективності діагностично-лікувального процесу.

Результати дослідження та їх обговорення

У людини реагування на хворобу може бути зразком типового ставлення (так званий, чистий тип реагування), або комбінацією двох (змішаний тип) або більше (дифузний тип) типів ставлення. У хворих на АД чистий тип реагування був властивий для 36% хворих (25 пацієнтів), змішаний – для 40% (27 пацієнтів), дифузний – для 14% хворих (23 пацієнта). При ХСЕ чистий тип реагування спостерігався в 23% хворих (14 пацієнтів), змішаний – для 37% (23 пацієнта), дифузний – для 40% хворих (25 пацієнтів). Для хворих на ХМЕ чистий тип реагування був властивий в 39% випадків (29 пацієнтів), змішаний – для 45% (33 пацієнта), дифузний – для 16% хворих (12 пацієнтів). При ОН чистий тип реагування був властивий для 34% хворих (19 пацієнтів), змішаний – для 36% (20 пацієнтів), дифузний – для 30% хворих (17 пацієнтів). Як бачимо, в кожній з груп чистий тип реагування на власну хворобу зустрічався лише в частині групи і переважала комбінація з двох і більше типів ставлення одночасно.

Показники частоти інтрапсихічних типів реагування на хворобу в групах наведені в таблиці 1.

Тривожний (тривожно-депресивний) тип реагування характеризується безперервною тривогою пацієнта, очікуванням несприятливого перебігу хвороби, самостійним пошуком додаткової інформації, нових методів лікування діагностики та лікування, нових «авторитетних» спеціалістів. Як наслідок, лікар наштотується на неповну довіру зі сторони пацієнтів. У таких випадках протягом курсу лікування спостерігається часта зміна лікаря. Даний тип ставлення до

Таблиця 1. Частота спостереження інтрапсихічних дизадаптивних типів ставлення в групах спостереження

	тривожний		іпохондричний		неврастенічний		меланхолічний		апатичний	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
АД	7	10	15	22	17	25	26	39	6	9
ХСЕ	6	16	20	32	21	34	24	39	4	6
ХМЕ	-	-	5	7	14	9	16	29	-	-
ОН	22	39	17	30	1	2	21	38	-	-

хвороби у пацієнтів із ХМЕ не спостерігався взагалі. У хворих на ОН обох статей він спостерігався достовірно частіше ($p < 0,01$), ніж в групах АД та ХІЕ, досягаючи 39% осіб групи. Серед хворих на АД даний тип реагування був більш властивий жінкам (в 30% випадків), ніж чоловікам (6%).

Особливості впливу характеру професійної діяльності обстежених на частоту дизадаптивних інтрапсихічних типів ставлення до хвороби наведені в таблиці 2. Характер професійної діяльності істотно не впливав на частоту даного реагування на хворобу у хворих на АД. У хворих на ХСЕ він не спостерігався у осіб, зайнятих змішаною розумово-фізичною працею. Для хворих на ОН, зайнятих фізичною працею, він був достовірно менш властивий ($p < 0,01$ та $p < 0,05$), ніж при розумовому та змішаному видах діяльності.

При порівнянні показників груп тривожно-депресивний тип реагування достовірно частіше (відповідно $p < 0,01$ та $p < 0,05$) зустрічався у хворих на ОН, порівняно з пацієнтами із АД та ХСЕ. При змішаному характері діяльності «лідерами» даного типу реагування були хворі на АД. У сімейних пацієнтів такий тип реагування на хворобу достовірно частіше ($p < 0,05$), ніж в інших групах, спостерігався серед хворих на ОН. У бездітних пацієнтів із АД та ОН частота тривожного ставлення також була достовірно вища (відповідно $p < 0,05$ та $p < 0,01$), ніж в інших пацієнтів даних груп. Характер оцінки свого матеріально-побутового стану в пацієнтів всіх груп не вплинув на частоту проявів тривожно-депресивного реагування на власну хворобу.

Іпохондричний тип реагування характеризується надмірною увагою пацієнта до неприємних відчуттів, пошуком в себе нових хвороб і бажанням лікуватись із невірою в успішність цього лікування. Як результат, лікар постійно отримує нову інформацію про стан здоров'я хворого, значення якої піддається сумніву і може зменшити об'єктивність лікарської оцінки стану хворого. Сам пацієнт виконує призначення «механічно», применшує його ефективність при самостійній оцінці результатів. Іпохондричне ставлення до хвороби в чистому, а частіше комбінованому та дифузному вигляді зустрічалось з високою частотою в усіх групах, окрім пацієнтів із ХМЕ, які демонстрували його достовірно рідше ($p < 0,05$). Серед хворих на АД та ХСЕ іпохондричне реагування було більш властиве чоловікам ($p < 0,01$ та $p < 0,05$). Для хворих двох інших груп статеві відмінності реагування не були властиві.

Характер професійної діяльності в групах суттєво не впливав на частоту іпохондричного ставлення, за виключенням хворих на АД, у яких пацієнти з розумовим видом діяльності достовірно частіше ($p < 0,05$). Різниця в частоті проявів іпохондричного ставлення між групами та всередині груп залежно від сімейного стану, наявності дітей та відчуття незадоволеності своїм матеріально-побутовим станом не спостерігалась.

Неврастенічний тип реагування на хворобу характеризується спалахами драгієвливості при неприємних відчуттях, що реалізуються при спілкуванні із медперсоналом та рідними. Пацієнти нетерплячі в обстеженні та лікуванні, нездатні дочекатись покращення стану, що особливо стає помітно при лікуванні хронічних захворювань. Маятникоподібна поведінка змушує медичний персонал та рідних хворого тримати дистанцію при спілкуванні із ним, що суттєво зменшує довірчий характер відносин. При порівнянні груп

Таблиця 2. Частота спостереження дизадаптивних інтрапсихічних типів ставлення в групах спостереження в залежності від домінуючого характеру виробничої діяльності

	тип ставлення	розумовий		змішаний		фізичний	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
АД	тривожний	2	10	5	12	-	-
	іпохондричний	4	19	10	24	1	25
	неврастенічний	5	25	11	26	1	25
	меланхолічний	9	43	16	38	1	25
	апатичний	2	10	4	10	-	-
ХСЕ	тривожний	4	19	-	-	2	8
	іпохондричний	7	33	7	41	6	25
	неврастенічний	5	24	5	29	11	46
	меланхолічний	11	52	6	35	7	29
	апатичний	2	10	-	-	2	8
ХМЕ	тривожний	-	-	-	-	-	-
	іпохондричний	1	5	1	4	3	10
	неврастенічний	2	10	5	21	7	23
	меланхолічний	8	40	4	17	7	23
	апатичний	-	-	-	-	-	-
ОН	тривожний	14	47	6	35	2	22
	іпохондричний	10	33	4	24	3	33
	неврастенічний	-	-	1	6	-	-
	меланхолічний	12	40	7	41	2	22
	апатичний	-	-	-	-	-	-

даний тип реагування з достовірно вищою, ніж в групах ХМЕ та ОН частотою спостерігався у хворих на ХСЕ. Серед цих пацієнтів достовірно частіше неврастенічний тип демонстрували жінки ($p < 0,01$). Група хворих на АД демонструвала також високі показники неврастенічного типу, проте без виражених статевих особливостей. Відсутніми були статеві особливості і в хворих на ОН. А серед пацієнтів з ХМЕ, що демонстрували неврастенічне ставлення до хвороби, домінували чоловіки ($p < 0,01$).

Серед осіб, що займались переважно розумовою діяльністю та діяльністю змішаного типу, даний тип ставлення до власної хвороби зустрічався приблизно з однаковою частотою в усіх групах, окрім хворих на ОН. Лише 1 представник цієї групи, зайнятий фізичною працею, показав неврастенічний тип ставлення. В інших групах серед осіб, зайнятих фізичними видами професійної діяльності, домінували хворі на ХСЕ (52% з 24 пацієнтів групи). Для цієї групи в цілому була характерна вища частота даного типу ставлення при фізичній роботі в порівнянні з іншими видами ($p < 0,05$). Сімейний статус, наявність дітей та думка пацієнта про задоволення своїм матеріально-побутовим станом не впливали на частоту даного типу ставлення в групах спостереження.

Меланхолічний тип ставлення до хвороби характеризується тим, що пацієнти не вірять в одужання або навіть покращення стану і тому схильні до песимістичних поглядів на своє життя і місце в суспільстві. Сумніви в успіху навіть при сприятливих об'єктивних даних та гарному самопочутті є значною перешкодою на шляху до одужання таких пацієнтів. Даний тип ставлення спостерігався в усіх групах з приблизно однаковою частотою. Серед пацієнтів з АД з даним ставленням домінували чоловіки ($p < 0,01$). В інших групах обидві статі були схильні до меланхолічного ставлення з однаковою частотою. Серед осіб різного характеру праці частота даного типу ставлення в групах була однаковою. Слід зазначити, що серед хворих на ОН меланхолічний тип ставлення переважав в осіб розумової праці (відповідно $p < 0,05$), порівняно із пацієнтами фізичного характеру діяльності. У групах АД, ХСЕ та ХМЕ характер праці на частоту даного ставлення до хвороби не впливав. Частота проявів меланхолічного ставлення до хвороби в залежності від сімейного стану та наявності дітей в групах була приблизно однаковою. Характер оцінки своїх матеріально-побутових умов не вплинув на частоту даного типу ставлення до своєї хвороби

пацієнтами груп.

Апатичний тип ставлення - це повна байдужість до своєї долі, результатів обстеження та лікування. Пацієнти демонструють пасивне підкорення процедурам при сильному впливі зі сторони медичного персоналу та родичів. Лікування триває рівно стільки, скільки триває тиск на пацієнта. Даний тип реагування на хворобу спостерігався лише в невеликій кількості обстежених – 6 пацієнтів, хворих на АД (9% групи) та 4 осіб з групи МЕ (4% групи). Ми не виявили будь-яких закономірностей статевого, професійного та сімейного гатунку в цих пацієнтів, окрім однієї – жоден з пацієнтів, що демонстрували апатичний тип ставлення до хвороби, не мав власних дітей.

Висновки

Таким чином, в частини хворих з хронічними алергічними дерматозами спостерігається чисте або комбіноване дизадаптивне ставлення до своєї хвороби, що може спричинити певні труднощі у роботі медичного персоналу з такими пацієнтами.

Безперервна тривога, пошук нових методів лікування діагностики та лікування, нових «авторитетних» спеціалістів внаслідок тривожного ставлення до хвороби найбільш ймовірно будуть спостерігатись у зайнятих переважно розумовою працею хворих на обмежений нейродерміт та жінок з atopічним дерматитом.

Надмірну увагою до власних неприємних відчуттів, постійні розповіді про несприятливий перебіг своєї хвороби слід очікувати від іпохондрично налаштованих пацієнтів з хронічною справжньою екземою та хворих на atopічний дерматит, особливо чоловіків розумової праці.

Спалахи дратівливості, м'ятникоподібна поведінка внаслідок неврастенічного ставлення найбільш типова для хворих на хронічну справжню екзему жінок.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення динаміки ставлення пацієнтів до власної хвороби та ефективності лікувального процесу.

Література

1. Атопический дерматит / Суворова К.Н., Антоньев А.А., Довжанский С.И., Писаренко М.Ф. - Саратов, 1998. -168 с.
2. Диагно-стика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом (часть 1) / Остришко В.В., Иванов О.Л., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. - Вестник дерматологии и венерологии- 1998. - № 2. - С.34-37.
3. Каложная Л. Д., Стычинская Л. П. Регуляторные механизмы циклических нуклеотидов при атопическом дерматите / Реактивность и резистентность: Тез. докл. - Киев, 1987. - С. 451.
4. Погляд на лікування алергодерматозів. / Каложна Л.Д., Ошвалова О.О., Бойчук А.М., Резнікова А.А. - Український журнал дерматології, венерології та косметології. -2011- №4(43). – С.56-60.
5. A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices / Magin P., Pond C., Smith W., et al. - J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2008. - no 22.-P. 1435-1444.

6. Adherence to clocortolone pivalate cream 0.1% in a pediatric population with atopic dermatitis / Conde J., Kaur M., Fleischer A.J., et al. - Cutis. – 2008. – no.81.-P.435-441.

7. Dimatteo R., Lepper H., Croghan T. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence.// Arch Intern Med. – 2000. – no.160. – P. 2101-2107.

8. Disease severity, scratching, and sleep quality in patients with atopic dermatitis / Bender B., Ballard R., Canono B., et al. - J Am Acad Dermatol . – 2008. -no.58.- P. 415-420.

9. European Allergy White Paper / Allergic diseases as a public health problem in Europe / The UCD institute of Allergy, 1997. – 118 p. - 10

10. Personality characteristics in chronic and non-chronic allergic conditions / Buske-Kirschbaum A., Ebrecht M., Kern S., et al. - Brain Behav Immun. – 2008. – no. 22. – P.762-768.

11. Schafer T., Vieluf D., Nienhaus A. Epidemiology of atopic eczema in the gen-eral population // J.Allergy Clin.Imm.International. – 1997. - Suple.4- P. 13.

12. Stealth monitoring of adherence to topical medication: adherence is very poor in children with atopic dermatitis / Krejci-Manwaring J., Tusa M., Carroll C., et al. - J Am Acad Dermatol. – 2007. – no. 56. – P. 1-9.

13. The course of life of patients with childhood atopic dermatitis / Brenninkmeijer E., Legierse C., Sillevius Smitt J., et al. - Pediatr Dermatol. – 2009. – no. 26.-P. 14-22.

Александрук А.Д.

Дизадаптивные типы отношения к собственной болезни у пациентов с хроническими аллергическими дерматозами

Резюме. Изучено особенности психологического преодоления болезни у 261 больного хроническими аллергическими дерматозами: атопическим дерматитом, хронической истинной экземой, хронической микробной экземой и ограниченным нейродермитом. Показано отличия взаимодействия пациентов с медицинским персоналом в зависимости от дерматологического диагноза. Установлены отличия в типах дизадаптивного преодоления болезни в зависимости от дерматологического диагноза, половых, профессиональных и семейных особенностей пациентов. Подано прогноз эффективности сотрудничества с медицинским персоналом пациентов с хроническими аллергическими дерматозами с учетом характерных типов отношения к собственной болезни.

Ключевые слова: хронические алергодерматозы, атопический дерматит, хроническая экзема, ограниченный нейродермит, отношение к болезни.

Aleksandruk O.D.

Types of Dysaptation of Attitude to their Own Disease in Chronic Allergic Dermatoses Patients

Summary: Psychological coping with disease was studied in 261 patients suffered from chronic allergic dermatoses: atopic dermatitis, chronic true eczema, chronic microbial eczema and Lichen simplex chronicus. Differences in cooperation between a patient and medical staff depending on dermatologic diagnosis were shown. Differences in types of psychological coping with disease depending on dermatologic diagnosis, as well as sex, occupational and family histories were determined. Prognosis of cooperation effectiveness between medical staff and patients with chronic allergic dermatoses was given.

Key words: chronic allergic dermatoses, atopic dermatitis, chronic eczema, Lichen simplex chronicus, attitude to disease.

Надійшла 05.11.2012 року.