

УДК159.955+159.956

О. А. Каденко, І. В. Томаржевська

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

В статті представлено та проаналізовано результати психодіагностичного обстеження осіб, хворих на псоріаз. Обґрунтовано необхідність комплексного підходу, який містить психодіагностичні методи з урахуванням складних психосоматичних співвідношень у структурі захворювання, розробку програм психологічного супроводу.

Ключові слова: псоріаз, експериментально-психологічне дослідження, психічний стан.

Каденко О. А., Томаржевская И. В. Психологическая характеристика индивидуально-личностных особенностей больных псориазом. В статье представлены и проанализированы результаты психодиагностического обследования больных псориазом. Обоснована необходимость комплексного подхода, который должен включать психодиагностические методы с учетом сложных психосоматических соотношений в структуре заболевания, разработку программ психологического сопровождения.

Ключевые слова: псориаз, экспериментально-психологическое обследование, психическое состояние.

Kadenko O. A., Tomarzhetskaya I. V. Psychological Description of Individual and Personal Peculiarities of People Suffering from Psoriasis. The results of psychodiagnostic examination of persons suffering from psoriasis were presented and analyzed in the article. The necessity of complex approach, which must include psychodiagnostic methods taking into account difficult psychosomatic correlation in the structure of disease, the development programs of psychological accompaniment is grounded.

Key words: psoriasis, experimental psychological research, mental condition.

Постановка наукової проблеми та її значення. У зв'язку із зростанням захворюваності та збільшенням важких форм перебігу псоріаз залишається важким і не до кінця вивченим захворюванням. Псоріаз – це хронічно-рецидивуючий еритематозно-сквамозний дерматоз генетичної та мультифакторної природи. Основним проявом захворювання є висипання, що має маніфестний характер і представляється у формі епідермальних і дермальних папул та бляшок, покритих характерними сріблястими лусочками, здатних до периферійного росту та зливання, які можуть охоплювати значну поверхню тіла і проявлятися у вигляді еритродермії та вражати нігті. При артропатичній формі вражаються суглоби, що можуть призводити до інвалід-

ності пацієнта. Це досить розповсюджений дерматоз, який становить 3–6 % усіх шкірних захворювань [5, 20]. Спостерігається тенденція зростання кількості хворих на псоріаз, що, найімовірніше, пов'язане з впливом екологічних чинників та великими психоемоційними навантаженнями.

Етіологія псоріазу до кінця не з'ясована. Відомо, що вирішальну роль у розвитку захворювання відіграють генетичні чинники. Велике значення мають також неврологічні, ендокринні та імунологічні чинники. Рецидиву дерматозу сприяють стресові ситуації, кліматичні зміни, переохолодження, травми, хронічні захворювання, алкоголізм тощо.

Псоріаз відноситься до переліку багатьох захворювань, стосовно усіх аспектів життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Чим важчий перебіг захворювання, тим більший обсяг лікувальних заходів та обмежень. Численні психологічні та психосоціальні чинники все частіше розглядаються у якості пускових та підтримуючих тригерів захворювання. З точки зору психології для псоріазу особливо сильним психосоціальним чинником є стрес, який має великий вплив на загальний стан здоров'я і значно знижує якість життя пацієнта. До обтяжуючих чинників (чинників навантаження) відносять: безпосередньо зміни на шкірі, свербіж, втома, відчуття стигматизації, а також почуття безпорадності, депресії і безвиході [1]. Часто у дерматологічних пацієнтів спілкування з оточуючими є обтяжливим.

Незважаючи на те, що псоріаз не відноситься до загрозливих станів для життя, його видимі ознаки часто призводять до заниженої самооцінки. Багато хворих, що страждають на псоріаз не відчують труднощів на роботі, спілкуючись з протилежною статтю, в сім'ї тощо, проте інші кажуть, що погодилися б мати замість псоріазу більш важке захворювання, але без зовнішніх ознак.

Хворі на псоріаз часто зазнають тривожності або депресії, які супроводжуються суїцидальними думками [1]. Дійсно, захворювання на псоріаз, поряд з іншою хронічною патологією, небезпечною для здоров'я, сильно впливає на розвиток депресії з думками про самогубство. Почуття занепаду душевних сил і ризику виникнення депресії збільшується при затяжному характері хвороби. Псоріаз не завжди добре піддається лікуванню й призводить до змін психічного стану пацієнта, а саме зниження самооцінки, депресивних станів, підвищеної емоційної напруги, драматизації проблеми, зниження активності тощо.

Про ефективність лікування дерматозів свідчать фізіологічні показники, тоді як психологічна складова захворювання, що розкриває

роль особистості в оптимізації та підвищенні ефективності комплексних лікувально-реабілітаційних заходів, що проводяться, залишається вивченою недостатньо. У зв'язку з цим надзвичайно актуальним є проведення експериментально-психологічних досліджень та організація психокорекційної допомоги хворим на псоріаз.

Мета нашої роботи – вивчення індивідуально-особистісних особливостей та оцінка психічного стану хворих на псоріаз.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. У дослідженні взяли участь 30 хворих (19 чоловіків і 11 жінок у віці від 14 до 78 років) з різними клінічними формами псоріазу. Дослідження проводилося на базі Хмельницького обласного шкірно-венерологічного диспансеру.

Методику «Індекс життєвого стилю» ґрунтовано на психодіагностичній системі Келлермана–Плутчика [13, 15]. Вимірюються 8 видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проєкція, інтелектуалізація (раціоналізація), регресія. Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції індивідуума, що виникають у різних ситуаціях. Наприклад, «Якщо я серджуся на свого товариша, то, ймовірно, зірву злобу на кому-небудь іншому» (заміщення).

«Загальну конструктивність особистості» досліджували за допомогою методики «Особистісна біографія» О. Моткова. У методиці підібрані питання щодо окремих сторін особистості і життєдіяльності людини, а саме: особливості життєвого самовизначення, самореалізації, трансформації та гармонізації особистості. У сукупності всі ці характеристики утворюють інтегральний чинник «загальна конструктивність особистості». Високому рівню загальної конструктивності відповідає наявність основних складових: високої гармонійності організації особистості та процесу її життя, достатньою самореалізацією.

Високий результат за показником «гармонійність особистості» інтегрує в собі наступні аспекти: досить часте відчуття повноти і гармонійності свого життя; гарне самопочуття (здоров'я) протягом року; здоровий і різноманітний спосіб життя; зниження внутрішніх протиріч в особистості та обставин, що заважають переживати внутрішню гармонію; переважно позитивний емоційний тонус; почуття єдності з усіма сферами свого життя, з людьми і світом у цілому; задоволеність взаєминами у родині, з друзями, в групі і життям в цілому; позитивна оцінка змін в особистості з віком; наявність роздумів над «вічними» питаннями; прикладання значних зусиль, щоб активно і конструктивно прожити бажану кількість років. Низка пи-

тань стосується проявів особистості в минулому і на найближчий рік, що додає методиці додатковий біографічний характер і дозволяє вивчати динаміку змін в особистості, які виникають протягом її життя.

Тест «Шкала Зунга» використовувався для самооцінки депресії [14]. Опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Тест адаптований Т. І. Балашовою.

За допомогою методики А. Ассінгера оцінювалася агресивність у відносинах [14]. Тест А. Ассінгера дозволяє визначити, чи достатньо людина коректна у відношенні з оточуючими і чи легко спілкуватися з нею.

Для оцінки тривожних станів використовувалась методика самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна [8, 15]. Вимірювання тривожності як стану особистості особливо важливо, так як цей стан багато в чому зумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної діяльної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний, або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самоконтролю й самовиховання. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати досить багато ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, які людина розцінює як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Ситуативна тривожність як стан характеризується суб'єктивно переживаючими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та може бути різним щодо інтенсивності і динамічності у часі.

Фіксація психодіагностичних характеристик реагування на поріаз здійснювалася за допомогою опитувальника Бехтеревського інституту «ЛОБІ» [9]. Особистісний опитувальник «ЛОБІ» розроблений з метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших, пов'язаних з нею особистісних відносин у хворих з хронічними хворобами. Діагностується ставлення до самої хвороби, до її лікування, лікарів та медперсоналу, рідних і близьких, оточуючих, роботи (навчання), самотності і майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит).

Для дослідження комплексу чинників ставлення до себе використовували опитувальник самоствавлення, запропонований В. В. Століним у 1985 р. [17]. Опитувальник самоствавлення побудований відповідно до розробленої Століним ієрархічної моделі структури самоствавлення. Опитувальник дозволяє виявити три рівні самовідношення, що відрізняються за ступенем узагальненості: глобальне самоствавлення; самоствавлення, диференційоване по самоповазі, аутосимпатії, самоінтересу і очікуванням відношення до себе; рівень конкретних дій (готовності до них) у відношенні до свого «Я».

Також у дослідженні використано проективну методику дослідження особистості «Дім-Дерево-Людина» (ДДЛ), яка оцінює багато різних психологічних властивостей і якостей людини, деякі її прагнення, бажання і потяги. Тест, запропонований Дж. Буком у 1948 р., призначено для обстеження як дорослих, так і дітей, можливе групове обстеження. Обстежуваному пропонують намалювати будинок, дерево і людину. Потім проводять опитування по детально розробленому плану [15]. Вибір предметів для малювання автор обґрунтовує тим, що вони знайомі кожному обстежуваному, найзручніші як об'єкти для малювання і, нарешті, стимулюють більш вільні словесні висловлювання, ніж інші об'єкти. На думку Дж. Бука, кожен малюнок – це своєрідний автопортрет, деталі якого мають особистісне значення. За малюнком можна аналізувати афективну сферу особистості, її потреби, рівні психосексуального розвитку і т. д.

Отримані результати за методикою «Індекс життєвого стилю» зазначено на рисунку 1.

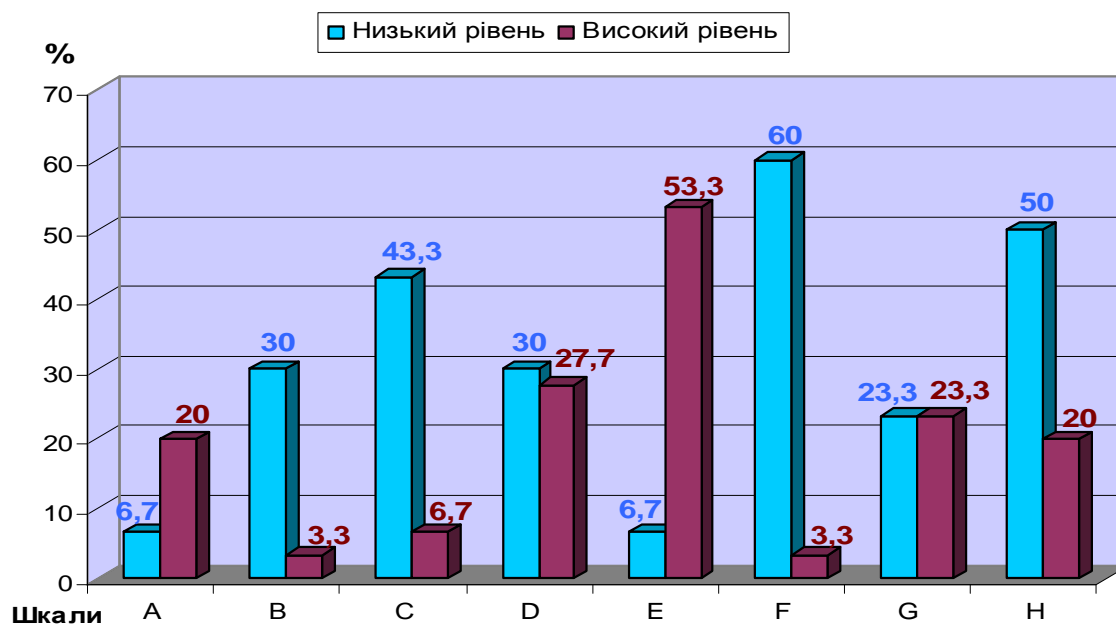


Рис. 1. Результати методики «Індекс життєвого стилю»

Шкала А – диспозиція манії. Гарне ставлення до людей, дружнелюбність, комунікабельність. Захисним механізмом слугує реактивне утворення (формування реакцій). Переважна емоція – радість.

Шкала В – диспозиція істерії. Велика сугестивність, відсутність критичності, селективна неувага, а переважачим способом захисту виступає заперечення.

Шкала С – агресивна диспозиція. Головна емоція – гнів (роздратування), головний захист – заміщення, який керує агресією.

Шкала D – диспозиція психопатії. Виражена потреба залишатися у непідконтрольному стані. Захист, завдяки регресії дозволяє такій особистості постійно розряджати імпульси, повертаючись час від часу до більш-менш зрілих моделей задоволення потреб. Основна емоція – здивування.

Шкала Е – депресивна диспозиція. Подібна особистість весь час страждає через втрату уявного об'єкта і втрату самоповаги. Переважна емоція – печаль. Основний спосіб захисту – компенсація, спрямована на те, щоб уникнути відчуття депресії.

Шкала F – параноїдальна диспозиція. Для цього типу характерна відсутність сугестивності й високої критичності, переважні емоції – відраза або неприйняття, як захист використовується механізм проєкції.

Шкала G – пасивна диспозиція. Характеристиками цього типу є інертність, пасивність, уникнення, самотність, безініціативність, схильність бути залежним від будь-кого. Основна емоція – страх, головний механізм захисту – придушення (витіснення).

Шкала H – obsesивна диспозиція. У людей такого типу проявляється прагнення контролювати навколишнє середовище, і в якості засобів для цього виступають антиципація і чекання. Захист здійснюється за допомогою інтелектуалізації, раціоналізації і сублимації.

Результати, отримані за методикою «Особистісна біографія» представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Аналіз чинників за методикою «Особистісна біографія»

Чинники	Рівень, %			
	низький	середній	високий	дуже високий
Життєве самовизначення	20,0	53,3	16,7	10,0
Життєва самореалізація	3,3	50,0	36,7	10,0
Трансформація особистості	6,7	40,0	43,3	10,0
Гармонійність особистості і життя	20,0	40,0	36,7	3,3
Загальна конструктивність особистості	10,0	46,7	33,3	10,0

Аналіз самооцінки депресії засвідчує, що у всіх хворих на псоріаз рівень депресії не перевищує 50 балів, тобто 100 % досліджуваних діагностуються станом без депресії.

Результати оцінки агресивності у відносинах за методикою А. Ассінгера свідчать, що 45 і більше балів мають 6,7 % досліджуваних, 36–44 бали – 86,6 % і менше 35 балів також 6,7 % хворих на псоріаз. Пацієнти, що набрали 45 і більше балів, характеризуються зайвою агресивністю, при цьому можуть бути неврівноваженими і жорстокими по відношенню до інших. 34–44 балів – люди з помірною агресивністю, але цілком успішні у житті, оскільки для них властиве здорове честолюбство і самовпевненість. Ті, у кого 35 балів і менше характеризуються надмірною миролюбністю, що зумовлено недостатньою впевненістю у власні сили і можливості.

За даними опитувальника Спілбергера–Ханіна виявлено, що 26,7 % хворих на псоріаз мають високий рівень ситуативної тривожності (СТ) і 80 % – особистісної тривожності (ОТ); середній рівень СТ – 60 %, ОТ – 16,7 % і низький рівень відповідно – 13,3 % та 3,3 %. Особам з високою оцінкою тривожності потрібно формувати почуття впевненості і успіху. Їм необхідно акцентувати увагу не на зовнішній вимогливості, категоричності, високій значимості у постановці завдань, а на змістовному осмисленні діяльності і конкретному плануванні над завданнями. Для людей з низькою тривожністю, навпаки, потрібне пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, висвітлення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

Аналіз психологічних типів реагування («ЛЮБІ») хворих на псоріаз вказує, що в більшості випадків у групі домінують неврастенічний (36,7 %), сенситивний (33,3 %), ейфорійний (26,7 %) та паранойяльний (26,7 %) типи відношення до хвороби. Виявлені типи психологічного реагування вказують на стереотипне відношення пацієнтів до захворювання.

Поведінка за *неврастенічним типом* характеризується спалахами роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеженнях, нетерплячистю. Роздратування часто виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Важко переносяться больові відчуття.

Ейфорійний тип відношення. Необґрунтовано підвищений настрій, часто награний. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби і

лікування. Надія на те, що «все обійдеться саме собою». Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу.

Для *сенситивного типу* властива надмірна занепокоєність про можливе несприятливе враження, яке може справити на оточуючих хвороба. Побоювання, що навколишні стануть унікати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися. Острах стати тягарем для близьких через хворобу.

Паранояльний тип. Впевненість, що хвороба – результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків халатності чи злим намірам лікарів і персоналу.

За результатами опитувальника у досліджуваних спостерігаємо низький рівень ставлення до себе за шкалами: «самоповага» – 16,7 %; «аутосимпатія» – 23,3 %; «очікуване відношення від інших» – 10 % та «самоінтерес» – 16,7 %. Для підвищення рівня «самоповаги» потрібно посилити віру в свої сили, здібності, енергію, самостійність, оцінку своїх можливостей, контролювати сласне життя і бути самопослідовним, розуміючи самого себе. Низький рівень за шкалою «аутосимпатія» свідчать про бачення у собі переважно недоліків, низьку самооцінку, готовність до самозвинувачення. Занижена оцінка за шкалою «очікуване ставлення від інших» відображає очікування негативного ставлення до себе оточуючих. Шкала «самоінтерес» показує міру близькості до себе самого, зокрема інтерес до власних думок і почуттів.

За результатами проективної методики (ДДЛ) у більшості досліджуваних простежуємо агресивність, імпульсивність, негативізм, тривожність, підозрілість, скритість, завищена емоційна напруга, слабка побутова орієнтація, антисоціальність, недостатність емоційної теплоти. Також виражене негативне ставлення до дослідження та формальне відношення до завдань.

Висновки. Результати дослідження засвідчують, що у більшій частині пацієнтів протягом життя і на момент обстеження виникали проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям, які виражалися у зниженні соціальної адаптації. Вплив дерматозу на емоційний стан відзначили 61 % хворих на псоріаз, психологічних чинників на перебіг шкірного захворювання – 55 % обстежених.

Вивчення особливостей особистості за методикою «Індекс життєвого стилю» показують, що досить високий рівень спостерігається за шкалою E – депресивна диспозиція (53,3 %), за якою особистість характеризується стражданням через втрату уявного об'єкта і втрату

самоповаги. Переважна емоція – печаль. Основний спосіб захисту – компенсація, спрямована на те, щоб уникнути відчуття депресії. Компенсація особливо ефективна у підтримці достатньо високої самооцінки. Наше дослідження показує, що у хворих на псоріаз досить суттєво занижена загальна конструктивність особистості (46,7 %). За аналізом самооцінки депресії 100 % хворих діагностуються станом без депресії. Результати оцінки агресивності у відносинах свідчать, що основний відсоток досліджуваних 86,6 % характеризується помірною агресивністю, але цілком успішні у житті. У пацієнтів, хворих на псоріаз особистісна тривожність (80 %) вища ситуативної (26,7), тобто загострення хвороби активує стійку індивідуальну схильність суб'єкта до тривоги. Аналіз психологічних типів реагування хворих на псоріаз вказує, що в групі домінують неврастенічний, сенситивний, ейфорійний та паранояльний типи відношення до хвороби. Виявлені типи психологічного реагування вказують на стереотипне відношення пацієнтів до захворювання. Результати за опитувальником Століна свідчать про занижений рівень «глобальне самоствавлення» – 40 %.

З урахуванням отриманих даних може бути обґрунтована необхідність ширшого використання в лікуванні й реабілітації хворих на псоріаз психотерапії та психологічного консультування. Ефективне лікування зумовлює вживання комплексного підходу, що матиме у собі психодіагностичні методи з урахуванням складних психосоматичних співвідношень у структурі захворювання. Зважаючи на отримані результати, перспективою для подальших досліджень є розробка програм психологічного супроводу хворих на псоріаз.

Список використаної літератури

1. Бамер Ю. А. Роль психосоціальної нагрузки при вульгарном псоріазе / Ю. А. Бамер, Ф. Петерманн, Ю. Куль // Дерматолог. – 2010. – № 1. – С. 39–47.
2. Бодалев А. А. Общая психодіагностика / А. А. Бодалев, В. В. Столин. – СПб. : Речь, 2004. – 440 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика / Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2002. – 352 с.
4. Кабанов М. М. Методи психологічної діагностики и корекції в клініці / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л. : Медицина, 1983. – 312 с.
5. Каденко О. А. Засади дерматовенерології : посіб. [для викладання та вивч. дерматовенерології у вищ. навч. закл. I та II рівнів акредитації] / О. А. Каденко, С. П. Білявська. – Хмельницький : [б. в.], 1998. – 149 с.
6. Коляденко В. Г. Оцінка якості життя хворих на псоріаз у процесі лікування препаратом «Дайвобет» / В. Г. Коляденко, В. В. Короленко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 1. – С. 13–16.

7. Конгуров Н. В. Псориатическая болезнь / Н. В. Конгуров, Н. Н. Филимонова, И. А. Тузанкина. – Екатеринбург : [б. и.], 2002. – 193 с.
8. Корольчук М. С. Психодіагностика : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М. С. Корольчук, В. І. Осьодло ; за заг. ред. М. С. Корольчука. – К. : [б. в.], 2009. – 400 с.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М. : Медпрес, 2001. – 592 с.
10. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. – 359 с.
11. Павлова О. В. Основы психодерматологии / О. В. Павлова. – М. : Изд-во ЛКИ, 2007. – 240 с.
12. Полотебнов А. Г. Дерматологические исследования / А. Г. Полотебнов. – СПб., 1886.
13. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля : пособие для психологов и врачей / Л. И. Вассерман и др. – СПб. : [б. и.], 2005. – 54 с.
14. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. / В. І. Розов. – К. : Кондор, 2009. – 278 с.
15. Семенова З. Ф. Психологические рисуночные тесты : методика «Дом–дерево–человек» / З. Ф. Семенова, С. В. Семенова. – М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2009. – 190 с.
16. Скребець В. О. Основи психодіагностики : навч. посіб. / В. О. Скребець. – 3-є вид., пер. з рос., переробл. та допов. – К. : Вид. дім «Слово», 2003. – 192 с.
17. Столин В. В. Опросник самоотношения / В. В. Столин, С. Р. Пантеев // Практикум по психодіагностике : Психодіагностические материалы. – М. : [б. и.], 1988. – С. 123–130.
18. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
19. Шкірні та венеричні хвороби / В. Г. Коляденко та ін. – Вінниця : Нова кн., 2006. – 424 с.