

## Социально-психологические особенности личности больных псориазом

Всего обследовано 136 больных псориазом и 108 практически здоровых лиц. Впервые проведено комплексное психологическое и социо-культуральное исследование лиц, больных псориазом в белорусской популяции. Отмечен ряд особенностей структуры личности пациентов, оценена эффективность организационно-методических аспектов дерматологических и психотерапевтических мер в терапии больных псориазом и показаны пути дальнейшего совершенствования помощи больным в Республике Беларусь.

Н.З. Яговдик, Ключевые слова: психосоматика, псориаз, психодиагностика.  
В.А. Сятковский,  
Л.А. Азарова, N.Z. Iagovdik, V.A. Syatkovski, L.A. Azarova, I.N. Belugina, N.V.  
И.Н. Белугина, Siatkovskaia  
Н.В. Сятковская Socio-psychological peculiarities of personality in patients with psoriasis

Белорусский государственный медицинский университет Socio-psychological peculiarities of personality in 136 patients with psoriasis have been studied in Belarus. control group consisted of 108 practically healthy persons. The results of current study show the condition of "attitude factor" toward the problem of psychodiagnostic and psychotherapeutic culture in population. In conclusion, specialist-dermatologist have to organize treatment process from the position of psychosomatic approach, revealing the possible role of psychogenic factor in the course of the disease and insistently recommend the patient to combine conducting treatment with psychotherapy toward him or members of his family. Key words: psychosomatics, psoriasis, psychodiagnostic.

Этиологические факторы и патогенетические механизмы развития псориаза до настоящего времени четко не установлены. Клинический опыт и данные литературы убедительно свидетельствуют о важной роли психоэмоциональных факторов в возникновении и течении заболевания (2, 3).

Отнесение многих случаев псориаза к психосоматическим заболеваниям кожи основано на огромном материале, позволяющем проследить первичную взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией дерматоза. Если сам факт этой взаимосвязи не вызывает сомнений, то пути реализации нейрокутантных воздействий во многом остаются еще не ясными. В свою очередь периодические обострения псориаза уже вторично сказываются на психоэмоциональном состоянии больных, порождая проблемы быта, работы, межличностных отношений, досуга (2, 3).

Целью настоящей работы явилось изучение характерологических (в т.ч. и патохарактерологических) и социо-культуральных особенностей личности у больных псориазом.

Всего обследовано 136 больных псориазом, а также 108 практически здоровых лиц (62 мужчины и 44 женщины). Психологическое тестирование проведено у 51 больного (в т.ч. 31 мужчина и 20 женщин) в возрасте от 17 до 68 лет, не злоупотребляющих алкоголем. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 30 лет - 16

человек, до 40 лет - 7 человек, до 50 лет - 21 человек, до 60 лет - 5 человек и более 60 лет - 1 человек. Был также проведен опрос 85 пациентов с использованием разработанной нами анкеты, позволяющей оценить ряд социо-культуральных особенностей личности больных и организационно-методические аспекты психотерапевтической помощи данной категории больных.

Клинически.

Прогрессирующая стадия заболевания диагностирована у 29, стационарная - у 22 человек. Патологический процесс у наблюдавшихся больных носил распространенный характер с вовлечением кожи волосистой части головы у каждого больного и отличался торпидностью течения.

Преимущественное обострение заболевания в осенне-зимнее время отмечено у 31 больного. У остальных 20 человек течение дерматоза не зависело от сезона. У 23 больных псориазом выявлена сопутствующая патология (хронический тонзиллит, юношеские угри, хронический аднексит, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, гастрит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, холецистит, хронический панкреатит, ревматизм). В качестве факторов, провоцирующих обострение или рецидив псориаза, преобладали психоэмоциональные травмы (около 40 %). По своему клиническому проявлению псориаз существенно не отличался от классического течения. Однако, возможно, в связи с пероральным и наружным применением кортикостероидных препаратов (практически все больные для лечения псориаза использовали стероидные кремы и мази), большинство больных указывали на более торпидное течение заболевания и сокращения продолжительности клинической ремиссии.

Для оценки характерологических особенностей обследованных лиц контрольной и опытной групп применялись известные валидные тесты, адаптированные к нашей популяции: Миннесотский многофакторный опросник личности (ММРП, вариант СМИЛ), 16-факторный опросник Кэттелла, тест самооценки тревожности Спилбергера, опросник Леонгарда-Шмишека (1).

Анализ полученных данных не выявил значимых различий изученных показателей между мужской и женской группами в контроле, которые были в целом незначительны и касались более высокого уровня шкал 1, 8 и низкого уровня шкалы 0 в женской группе по тесту СМИЛ ( $p < 0.05$ ), более высокого уровня фактора E, L, F1 и низкого уровня факторов M, Q2, Q3 в женской группе по тесту Кэттелла ( $p < 0.05$ ). В женской группе отмечен более высокий уровень как личностной, так и ситуационной тревоги по тесту Спилбергера ( $p < 0.05$ ).

В опытной группе у мужчин отмечен более высокий уровень шкал F, L, K, 1, 2, 3, 4 ( $p < 0.05$ ), 6, 0 и снижение уровня шкал 8 и 9 ( $p < 0.05$ ) по тесту СМИЛ, а также подъем шкал L, Q3 и снижение шкалы B по тесту Кэттелла.

По тесту Спилбергера у мужчин имело место также некоторое увеличение уровня ситуационной и личностной тревожности.

В опытной группе у женщин констатируется повышение уровня шкал F, L, K, 1, 2, 3, 4 ( $p < 0.05$ ), 6, 0 ( $p < 0.05$ ) по тесту СМИЛ. Но, в отличие от мужской группы, в опытной женской группе уровень шкал 7 и 8 был выше, чем в контрольной группе. В тесте Кэттелла в опытной группе был снижен уровень шкал B, C, E, I на фоне падения шкалы Q2. Уровень как личностной, так и ситуационной тревоги не отличался сколь-либо существенно от контрольной группы.

Таким образом, у мужчин, больных псориазом, имело место увеличение

эмоциональной напряженности, неустойчивости, драматизация проблемы (шкалы F, 3, 4), рост соматизации тревоги, депрессивные тенденции (шкалы 1, 2), сужение упрощенность стремлений, прагматизм, снижение активности (шкалы 8, 9).

В женской группе в целом сохранялись аналогичные тенденции. Но, в отличие от мужчин, у женщин нарастали аутизация, непрактичность, субъективизм (шкалы 8, 0). Несмотря на это, однако, уровень тревожности личности существенно не увеличивался.

Из 10 известных акцентуированных черт характера по данным теста Леонгарда-Шмишека среди обследованных больных доминировали эмотивные, циклотимические, тревожные и аффективно-экзальтированные черты личности. Значительно реже по сравнению с контролем встречались гипертимные, демонстративные и возбудимые черты.

В целом, отмеченные выше изменения, выходили из рамки физиологической нормы у 66% больных, причем у 33% они носили выраженный характер.

Опыт работы с больными псориазом, позволил констатировать такую важную социально-психологическую особенность, как низкий уровень мотивации к процедуре психодиагностического процесса, оценки ими роли психоэмоционального фактора в течении заболевания и принятия психотерапевтической помощи пациенту и членам его семьи. Количество пациентов, "мотивированных" по перечисленному комплексу вопросов, не превышало 15 - 20 %, не смотря (как отмечалось выше) на указание ими роли психоэмоциональной травмы в 40 % случаев. Эти цифры отражают состояние "фактора отношения" к проблематике психодиагностической и психотерапевтической культуры в популяции.

В этой связи был проведен опрос 85 пациентов с использованием разработанной нами анкеты для оценки социо-культуральных особенностей личности больных, а также организационно-методических аспектов психотерапевтической помощи (таблица 1).

Таблица 1

Результаты социо-культурального анкетирования больных псориазом

№ п/п	Положение	Да		Нет	
		к-во	%	к-во	%
1.	Слышали (читали) ли Вы, что возникновение и обострение заболевания связано с состоянием нервной системы?	77	90.6	8	9.4
2.	Согласны ли Вы на основании собственного опыта?	69	81.2	16	18.8
3.	Рекомендовал ли Вам лечащий врач обратиться за помощью к психотерапевту?	22	25.9	63	74.1
4.	Рекомендовали ли Вам ранее лечащие врачи обратиться за помощью к психотерапевту?	22	25.9	63	74.1
5.	Обращались ли Вы за помощью к психотерапевту?	18*	21.2	67	78.8
5.1	Государственная структура	11	61.1		
5.2	коммерческая структура	4	22.2		
5.3	отказались сообщить	4	22.2		
5.4	не обращались из-за финансовых затруднений			4	6.0
5.5	считают не нужной затеей			14	20.9
5.6	хотели бы обратиться			2	3.0
5.7	не знали, что можно обращаться			6	8.9
5.8	не указали причину			41	61.2
6.	Какова по Вашему мнению эффективность оказанной Вам психотерапевтической помощи?				
6.1	полусту потраченное время	5	27.8		
6.2	достигнуто улучшение в течении заболевания	2	11.1		
6.3	об обращении к психотерапевту не жалею, но течение заболевания не изменилось	11	61.1		
7.	Знакомы ли Вы с конкретным человеком, аналогичное заболевание которого было излечено психотерапевтом?	4	4.7	81	95.3

Примечание: \* - один клиент обращался в государственную и коммерческую структуры (т.е. 2 раза).

Из числа 85 обследованных было 43 мужчины и 42 женщины. Жители г. Минска - 74 человека, областных центров - 3 человека, райцентров - 5 человек и сельской местности - 3 человека. Таким образом, абсолютное большинство пациентов (87.1 %) составили жители г. Минска.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 20 лет - 10 человек до 30 лет - 11 человек, до 40 лет - 22 человека, до 50 лет - 19 человек, до 60 лет - 5 человек, до 70 лет - 12 человек и старше 70 лет - 6 человек. 41 человек имели неполное среднее и среднее образование (48.3 %), среднее специальное образование - 25 человек (29.4 %) и 19 человек - высшее образование (22.3 %).

Из 85 обследованных 77 человек (90.6 %) слышали (читали), что возникновение и течение псориаза зависит от состояния нервной системы. При этом 81.2 % согласны с этим фактом на основании личного опыта.

Однако за психотерапевтической помощью обращались на протяжении жизни всего 18 человек (21.2 %). 67 человек (78.8 % т.е. подавляющее большинство) не обращались к психотерапевту. При этом 41 человек (61.2 %) не смогли назвать причину, 4 человека (6.0 %) не обращались из-за финансовых затруднений, не знали, что можно обратиться к таким специалистам 6 человек (8.9 %), были намерены обратиться 2 человека (3.0 %) и 14 человек (20.9 %) считали это "ненужной затеей".

Анализ такого положения дел показал, что только 22 пациентам (25.9 %) были даны рекомендации лечащим врачом-дерматологом обратиться за психотерапевтической помощью (в т.ч. 17 пациентам - врачи по месту жительства, а 15 пациентам - врач

стационара при последней госпитализации). Таким образом, уровень мотивации пациентов к комплексному лечению врачами-дерматологами достаточно низок.

Из всех опрошенных пациентов за терапевтической помощью, как отмечалось выше, обратилось 18 человек (21.2 %) (в т.ч. 15 - мотивированных врачом-дерматологом). 11 человек обращались в государственные учреждения, 4 - в коммерческие учреждения (4 человека не сообщили место обращения, а 1 человек обращался дважды - в государственную и коммерческую структуру). Из числа пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью, отметили улучшение состояния и течения заболевания 2 человека (4.1 %), 5 человек (27.8 %) оценили свое обращение, как "попусту потраченное время". 11 человек (61.1 %) не отметили изменений в течении заболевания, однако не жалели об обращении к психотерапевту. Таким образом, в целом 72.2 % пациентов из числа обратившихся к психотерапевту свои контакты с ним оценили позитивно, однако в настоящем исследовании не представилось возможным установить причины низкого процента положительных результатов (11.1 %). Последнее могло быть связано как с объективными (торпидность псориаза к психотерапевтическому воздействию как нозологии), так и субъективными факторами (недостаточности профессиональных возможностей психотерапевта).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о важной роли психогенного фактора в этиопатогенезе заболевания. Как в сознании пациентов, так и лечащих врачей-дерматологов психотерапевтический подход остается на низком уровне, в результате чего в лечении псориаза в настоящее время не используется должным образом пусть небольшие, но уже имеющиеся возможности психотерапевтической службы.

### **Литература**

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. -Изд-во Института психотерапии. - М., 199. -304 с.

2. Бронтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина (пер. с немецкого). ГЭОТАР "Медицина", Москва, 1999. -376 с.

3. Довжанский С.И. Псориаз или псориазическая болезнь. -Изд-во саратовского Ун-та. -1992, ч.1. -176 с.

4. Koblenser C/ Psychocutaneous disease. -N.Y., 1987.

5. Peseschkian N/ Psychosomatic und positive Psychotherapie. -Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1991. -465 S.