

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Соломаненко А.Ю.,

студентка 4 курса ВГУ имени П.М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

Научный руководитель – Кухтова Н.В., канд. психол. наук, доцент

В настоящее время широкое распространение получила точка зрения, что психическое состояние влияет на возникновение соматических заболеваний. Данную взаимосвязь рассматривает психосоматика – направление в медицине, исследующее как стиль поведения, черты характера или конституционные особенности личности влияют на то или иное заболевание. По данным ВОЗ, к группе психосоматических больных относят от 38% до 42% всех пациентов, которые посещают кабинеты врачей.

Психосоматические заболевания представляют собой болезни, причинами которых являются психические процессы, а также различные эмоциональные состояния, такие как гнев, депрессия, страх, тревога. При этом медицинское обследование может не выявить отклонений в физиологии тела.

Проблема психосоматических соотношений является одной из самых сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь между соматическим и психическим замечена и исследуется в течение нескольких веков, со времен Аристотеля и Гиппократа. В данный момент получены доказательства того, что болезнь часто возникает в результате влияния многочисленных факторов (псориаз является ярким примером подобного заболевания). Вследствие этого появился заметный интерес к той роли, которую могут оказать психологические и социальные факторы на состояние здоровья человека и возникновение болезни [3].

Опубликованные данные демонстрируют, что частота психосоматических расстройств достаточно высока и в населении составляет от 15 до 50% (Spaulding W., 1975; Schwab J. et al., 1978; Dilling H. et al., 1981; Halldin J., 1984; Schepank H. et al., 1984), а среди пациентов первичной практики – от 30 до 57% (Spaulding W., 1975; Wohnlich H., Stahli R., 1985; Lobo A. et al., 1989).

Наслоение психосоматических симптомов эмоционального стресса на несерьезные кожные изменения (юношеские угри, себорея) меняет, усиливает и переводит в хроническую форму клиническую картину болезни. У пациентов с неспецифическим поражением кожи (особенно при наличии вульгарных угрей и себореи) достоверно чаще выявляют тяжелое депрессивное состояние, чем у больных меланомой (Cassileth et al., 1982) [2].

Психическая патология часто предрасполагает к снижению качества жизни у дерматологических больных. Соматическая болезнь и связанное с ней снижение качества жизни являются сильными психотравмирующими обстоятельствами и отрицательно сказываются на психике человека [1].

Цель исследования заключалась в изучении психического состояния больных соматическими заболеваниями кожи.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер». В исследовании принимали участие больные дерматологическими заболеваниями в составе 30 человек: 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 17 до 55 лет.

В ходе исследования использовались теоретический анализ литературных источников по проблеме, методы эмпирического уровня (методика «Изучение психических состояний» Айзенка, Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) (И.Г. Беспалько, Л.И. Вассерман), методы статистической обработки данных (ранговая корреляция Спирмена).

Результаты и их обсуждение. У больных дерматологическими заболеваниями проявляется гиперболизированное чувство физической и социальной неполноценности, эмоциональная напряженность, подозрительность и настороженность, большая замкнутость и раздражительность вплоть до озлобленности и агрессивности, непререкаемая убежденность в экзогенной природе своего страдания, возможны нарушения коммуникабельности, недостаточная открытость и тенденция угождать, подавляя агрессию, быстро появляются разногласия и фрустрация.

В связи с выделенными в теории психологическими особенностями были определены уровни тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности у больных дерматологическими забо-

лениями. Исходя из полученных данных, у женщин преобладает средний уровень тревожности (60%), а у мужчин низкий (60%). Результаты данных по фрустрации показали, что 86,6% женщин имеют средний уровень фрустрации, а мужчины – высокий. Анализ проявления агрессии показал, что больные дерматологическими заболеваниями чаще всего имеют средний уровень агрессии (53,1% женщин и 46,6% мужчин). Сильно выраженная ригидность наблюдается в редких случаях, в основном преобладает средний уровень (у женщин - 59,8%, у мужчин – 60%).



Рисунок 1 – Уровни психических состояний у мужчин

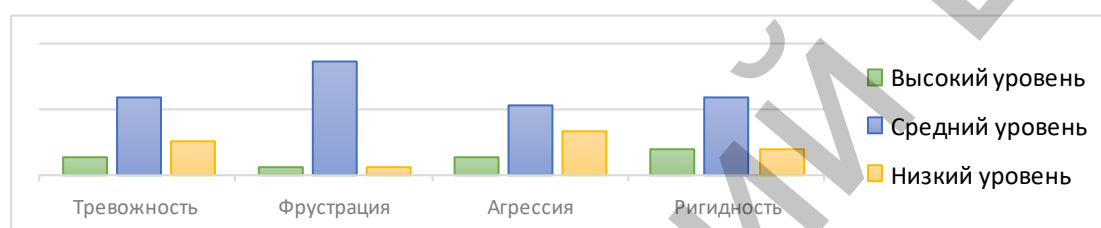


Рисунок 2 – Уровни психических состояний у женщин

Корреляционный анализ по каждому из психологических особенностей психосоматических проявлений показал, что тревожность взаимосвязана со следующими показателями: тревожным типом отношения к заболеванию, апатическим типом, неврастеническим типом, эгоцентрическим типом и такими психическими состояниями как фрустрация, агрессия и ригидность.

В свою очередь фрустрация связана с апатическим, неврастеническим и обсессивно-фобическим типом отношения к заболеванию, а также тревожностью и ригидностью. Агрессия характеризуется проявлением сенситивного типа отношения к заболеванию, тревожностью и ригидностью. Ригидность взаимосвязана с ипохондрическим, апатическим, обсессивно-фобическим и эгоцентрическим типами отношения к заболеванию, а также с тревожностью, фрустрацией и агрессией. Выделенные характеристики позволяют судить о психологических особенностях психосоматических проявлений больных дерматологическими заболеваниями.

Закключение. Таким образом, теоретико-эмпирический анализ данных показал, что психологические особенности психосоматических проявлений связаны с типами отношения к заболеванию, такими как: апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, эгоцентрический. Было установлено, что при наличии апатического типа отношения к заболеванию возможен повышенный уровень тревожности, фрустрации и ригидности; при неврастеническом типе – тревожности и фрустрации; при обсессивно-фобическом – фрустрации и ригидности; а при эгоцентрическом типе – тревожности и ригидности.

1. Лусс, Л.А. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции / Л.А. Лусс // Журнал Дерматология. – 2010. – №2 (53). – С. 55-58.
2. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
3. Якубович, А.И. Психосоматические аспекты патогенеза псориаза. / А.И. Якубович, Н.Н. Новицкая, Н.И. Баранчук // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 5-8.