

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМИ И ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

КУХТОВА Н.В.

УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»

Резюме. В статье рассматриваются психологические аспекты изучения отношения кожно-венерических больных к своему заболеванию и возникновения психических состояний в связи с ними. Проведенное исследование позволило выявить особенности проявления психических состояний у респондентов. В статье раскрыты отличительные и схожие психологические особенности больных с венерическими и кожными заболеваниями.

На основании данных сравнительного анализа по полу был выделен ряд показателей, по которым мужчины от женщин отличаются друг от друга проявлениями астенического состояния, тревожности, фрустрации, обсессивно-фобического и сензитивного типа. В том числе было установлено, что больные кожными заболеваниями отличаются от венерических – ригидностью, апатическим, эйфорическим и эргопатическим типами отношения к заболеванию.

Ключевые слова: дерматовенерологические больные, типы отношения к заболеванию, психические состояния.

Abstract. This article is devoted to psychological aspects of studying the attitude of the dermatovenereal patients to their disease and the development of psychic conditions in connection with them. The research carried out allowed to reveal some psychic conditions of the respondents. The article describes distinctive and similar psychological features of the dermatovenereal patients.

With the help of comparative sex analysis it has been determined that there are certain differences between men and women in the manifestation of asthenic

condition, the state of anxiety, frustration, obsessive-phobic and sensitive types. It was also found that patients with skin diseases differ from venereal patients in rigidity, apathetic, euphoric, ergoapathetic types of attitude towards the disease.

Key words: dermatovenereal patients, types of the relation to disease.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210034, г. Витебск, ул.1-ая Шумилинская, 12-2, д.тел. 8 (0212) 35-52-96, моб. +375 33 3067827, e-mail: zvetok@tut.by. – Кухтова Н.В.

Известно, что контроль за ситуацией по распространению инфекций, передаваемых половым путем и кожных заболеваний, является не только медицинской, но и социально-психологической проблемой, поэтому исследования в данном направлении во многом могут стать определенно значимыми в принятии управленческих решений, направленных на снижение эпидемического процесса при инфекциях, передаваемых половым путем и кожных заболеваниях.

Не мало важной особенностью второй половины XX века является существенное изменение структуры заболеваемости человека, в частности болезней кожи. Течение кожных заболеваний с многочисленными рецидивами, как правило, приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, это влечет за собой возникновение физических и психологических нарушений с развитием признаков, характерных для синдрома хронической усталости с астенической симптоматикой (расстройство сна и аппетита, явления депрессии и др.), что является фоном снижения качества жизни [1, 2].

Так, в настоящее время продолжает оставаться высоким уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем и кожными заболеваниями, что представляет актуальную проблему современного здравоохранения. (Кубанова А.А. с соавт., Скрипкин Ю.К., Кисина В.И.,

Васильев М.М. с соавт., Fleming D. M. et al., Koumans E. H. et al.). Уровень заболеваемости половыми инфекциями среди различных контингентов населения различен и отличается в отдельных группах в значительных пределах (Яцуха М.В.) [3].

Так, состояние и динамика венерических заболеваний в РБ является в определенной мере индикатором социального здоровья.

Число больных, зарегистрированных в учреждениях МЗ РБ в 1996 г., было в 152 раза выше, чем в 1988 г. С 1997 г. идет постепенное снижение заболеваемости, и в 2000 г. было зарегистрировано в 2 раза меньше больных, чем в 1996 г., в 2005 г в учреждениях МЗ РБ было зарегистрировано 3200 новых случаев заражения венерическими заболеваниями (32,7 сл./100 тысяч жителей). Это означает, что в Республике Беларусь ситуация остается относительно напряженной [4, 5, 6].

Как отмечает Кулаков В. И., причиной бесплодных браков являются инфекции, передаваемые половым путем [2]. Данное положение не благоприятствует демографической ситуации, приводит к снижению численности населения, в основном молодого, трудоспособного. На сегодняшний день недостаточно учитываются психические состояния при лечении больных кожными и венерическими заболеваниями.

Так если в российской и отечественной литературе личностные характеристики больных с различными типами отношения к болезни описаны, то исследования, направленные на определение взаимосвязи психических состояний с типами отношения к заболеванию изучены недостаточно. В том числе существуют лишь единичные работы по сравнению больных кожными заболеваниями с венерическими [7].

При этом актуальность исследования рассматриваемой проблемы диктуется необходимостью дифференцированных подходов к коррекции отношения больных к собственному заболеванию и проводимой с ними работой.

Целью исследования явилось изучение психических состояний больных кожными и венерическими заболеваниями и их отношение к заболеванию.

Методы

Для достижения цели исследования были выбраны следующие методы: анализ и обобщение литературных источников по теме исследования, анализ анамнестических данных, анализ медицинской документации, психодиагностика (анкетирование, опрос), количественно-качественный анализ данных.

Для решения конкретных эмпирических задач были использованы следующие методики: разработанная анкета, которая позволила получить анамнестические данные о больных; методика диагностики психических состояний (Г. Айзенк), личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), шкала астенического состояния (Л. Д. Малковой и адаптирована Т. Г. Чертовой) [8, 9, 10].

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы SPSS 10: непараметрические тесты Манна-Уитни и Краскала-Уоллиса.

Выборка привлеченных к исследованию лиц составила 60 человек, из них 30 человек с кожными заболеваниями и 30 – с венерическими заболеваниями.

Результаты

Анализ анкетных данных 60 больных дерматовенерологическими заболеваниями показал, что возраст обследованных колебался от 16 до 56 лет. Возраст у людей с кожными заболеваниями распределился следующим образом: больные в возрасте 16-19 лет составили 10%; 20-29 лет – 26,6; 30-39 лет -33,4%; 40-49 лет – 20%; 50-56 лет – 10%. У венерических больных возраст от 16 до 19 лет составил 13,3%; 20-29 лет – 30%; 30-39 лет – 36,8%; 40-49 лет – 13,3%; 50-56 лет – 6,6%.

Так, основной возраст выборки составляет 30-39 лет. Было установлено, что среди кожных заболеваний чаще всего отмечается псориаз (57%) у 23 % – нейродермит, в 17% – экзема и в 3% – болезнь Дарье.

Среди венерических заболеваний чаще отмечался сифилис – 60%, трихомоноз – 20%, хламидиоз – 20%.

Семейное положение у больных венерическими заболеваниями, вне зависимости от пола составило женатых (замужних) – 43,3%, холостых (незамужних) – 50% и разведенных 6,7%.

Анализ результатов анкеты позволил установить, что большинство респондентов с венерическими заболеваниями (50%) имеют средне-специальное (незаконченное высшее) образование; высшее – 30%, среднее – 20%, в свою очередь больные кожными заболеваниями имеют высшее образование в 23,3%, средне-специальное – 73,3%, среднее – 3,3%.

Таким образом, выборка наиболее представлена респондентами, имеющими среднее образование (или незаконченное высшее), что можно объяснить тем, люди, не имеющие достаточно высокого образовательного уровня живут в нестабильном социальном положении. Источником получения профессиональной информации о дерматовенерологических заболеваниях у 66,7% больных была консультация специалиста, у 23,3% – специальная литература и 10% с бесед с другом (подругой).

Дополнительный анализ данных больных венерическими заболеваниями показал, что первые сексуальные отношения у женщин чаще всего начинались в 16 лет (40%), а у мужчин – в 14 и 16 лет (26,7 % соответственно). При этом женщины до 18 лет начинают половую жизнь в 60% случаев, а мужчины в 66,6%. Так, более раннее начало половой жизни характерно для мужского пола. Однако по данным А.А. Фидарова и О.В. Гореловой в России девушки раньше начинают вести половую жизнь [11].

Следует также, отметить, что на момент обследования ранее болели венерическими заболеваниями – 13,3% женщин и 20% мужчин. При сообщении диагноза женщины испытывали чаще всего растерянность (26,7%), а мужчины – страх, тревогу, злость и имели свой вариант ответа (20%); и в меньшей степени женщины – испуг, злость (6,7%), мужчины – стыд и испуг (13,3%) соответственно. Женщины сообщали своим близким о заболевании в 66,7% и к

ним изменялись межличностные отношения в 13,3%, и сексуальные – в 46,7%. Мужчины сообщали в 73,3% случаев и изменения в отношениях с близкими им людьми наблюдались в 33,3%, в свою очередь в сексе в 66,7%. Чаще всего после лечения сексуальные отношения начинали через неделю женщины в 73,3% и мужчины в 66,7%. Анализ результатов показал, что на респондентов, имеющих кожные заболевания, диагноз повлиял, умеренно на профессиональную деятельность у женщин и мужчин в 40 %, не значительно на женщин – 13,3%, у мужчин – 20 %, и «никак» 46,7 % и 40% соответственно.

Важным является мнение других людей для женщин в 60%, и для мужчин – в 53,3%, не значимым данных факт будет для 13,3% женщин и 40% мужчин и ответ «иногда» был зафиксирован в 26,7% у женщин и 6,7% у мужчин.

Результаты исследования психических состояний показывают, что астеническое состояние у венерических больных чаще всего отсутствует, а при кожных заболеваниях наблюдается слабая астения только у женщин. В остальных случаях отмечается умеренная астения.

При изучении тревожности была выявлена следующая тенденции: при венерических заболеваниях высокий уровень тревожности наблюдается у женщин в 33,3%, в отличии от мужчин (0%), средний уровень тревожности одинаков и составляет 46,7%, низкий уровень – чаще всего наблюдается у мужчин – 53,3%, и у женщин в 20%.

В свою очередь при кожных заболеваниях высокий уровень тревожности наблюдается и у женщин в 13,4% и у мужчин в 6,7%, средний уровень преобладал у женщин (60%), а низкий у мужчин (60%). В том числе у женщин низкий уровень тревожности составил – 26,6%, а средний – у мужчин – 33,3% (рис.1).

Результаты данных по изучению фрустрации свидетельствуют о том, что разными являются уровни выраженности фрустрации и по кожным и по венерическим заболеваниям. Высокий уровень данного состояния наблюдается у мужчин, больных венерическими заболеваниями (66,7%), а у женщин в 33,3%, то есть больные имеют высокую самооценку, устойчивы к неудачам и не

боятся трудностей. Средний уровень имеют 26,6% мужчин и 40,1% – женщин. И низкий уровень фрустрации отмечается в 26,6% у женщин и в 6,7% у мужчин, т.е. у них низкая самооценка, они избегают трудностей и боятся неудач. При этом у больных кожными заболеваниями наблюдается иная тенденция: в 86,6% женщины имеют средний уровень фрустрации, а мужчины – высокий. В остальных случаях уровень фрустрации составляет 6,7% (рис. 2).

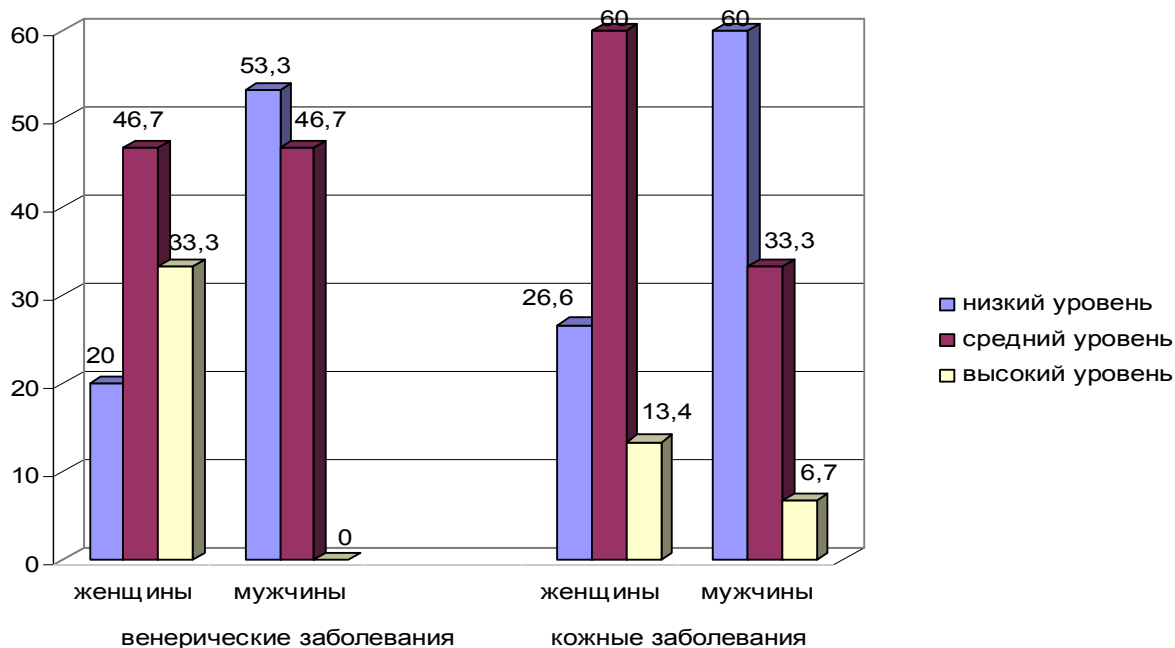


Рис. 1. Выраженность тревожности у больных кожными и венерическими заболеваниями

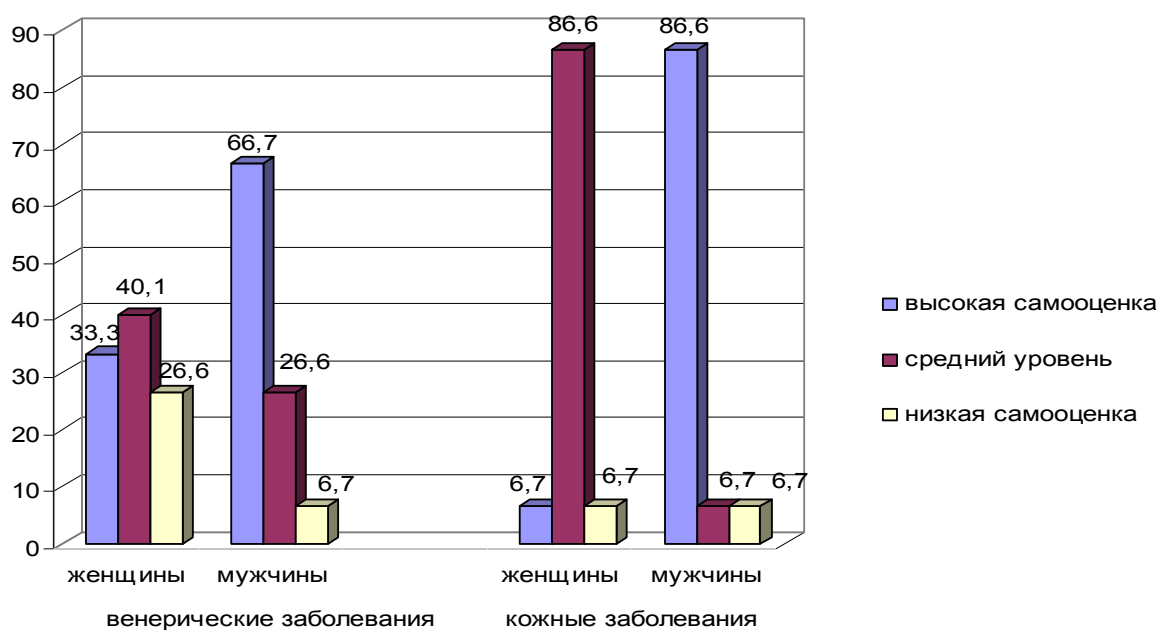


Рис. 2. Выраженность фрустрации у больных кожными и венерическими заболеваниями.

Анализ проявления агрессии (враждебные действия, целью которых является нанесение страдания, ущерба другим; одна из реакций на фрустрацию потребностей и конфликт) показал, что больные кожными и венерическими заболеваниями чаще всего имеют средний уровень агрессии (Рис. 3).

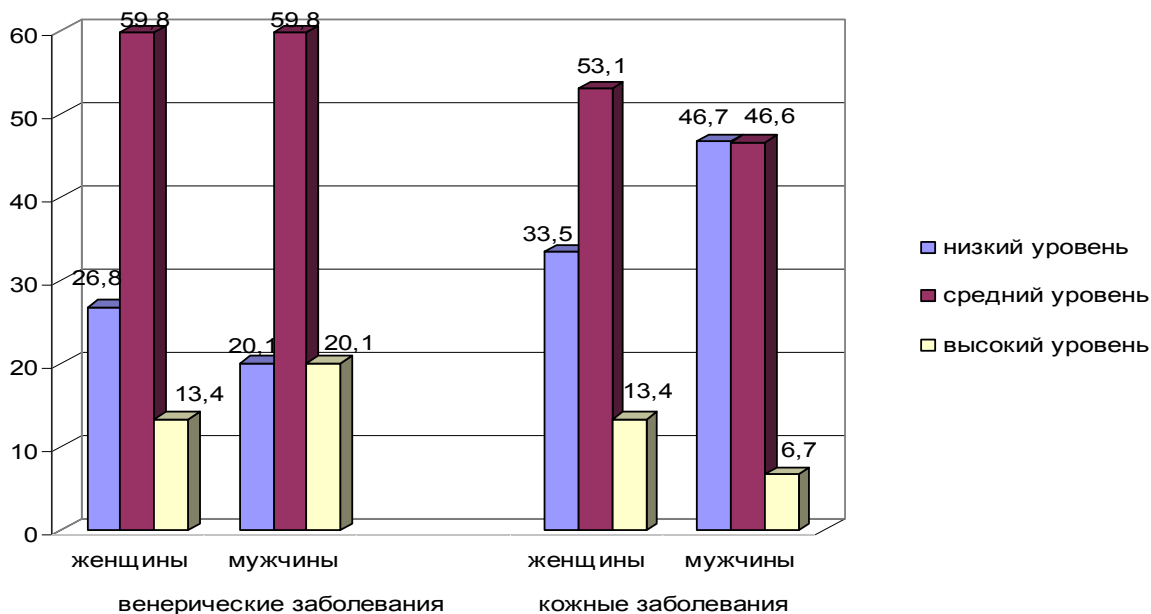


Рис. 3. Выраженность агрессии у больных кожными и венерическими заболеваниями

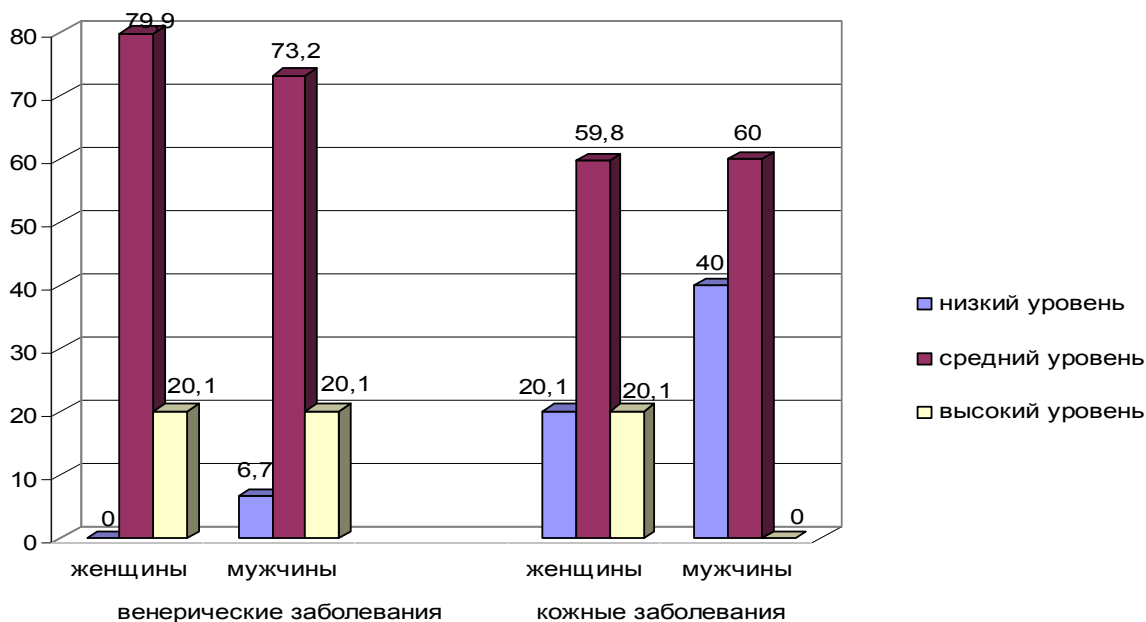


Рис. 4. Выраженность ригидности у больных кожными и венерическими заболеваниями

Также как более, так и менее агрессивными являются мужчины с венерическими заболеваниями (20,1%). Сильно выраженная ригидность

наблюдается в редких случаях (рис. 4), в основном преобладает средний уровень. Низкий уровень ригидности также незначителен, кроме мужчин с кожными заболеваниями (40%) и женщин с этими же заболеваниями (20,1%), то есть им свойственна легкая переключаемость (пластичность).

Обсуждение

Статистическая обработка данных с помощью непараметрического теста Манна-Уитни для сравнения двух независимых выборок позволила установить, что достоверные различия существуют при сравнении больных кожными и венерическими заболеваниями по показателям: ригидность ($p \leq 0,1$), ипохондрический тип ($p \leq 0,1$), апатический тип ($p \leq 0,1$), эйфорический тип ($p \leq 0,05$), эргопатический тип ($p \leq 0,1$) (таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительный анализ в зависимости от заболевания

Показатели	Заболевание	Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Ригидность	кожные заболевания	26,33	0,063
	венерические заболевания	34,67	
Ипохондрический тип	кожные заболевания	26,77	0,081
	венерические заболевания	34,23	
Апатический тип	кожные заболевания	27,10	0,079
	венерические заболевания	33,90	
Эйфорический тип	кожные заболевания	34,78	0,054
	венерические заболевания	26,22	
Эргопатический тип	кожные заболевания	34,25	0,09
	венерические заболевания	26,75	

Так, сравнительный анализ по заболеваниям показал, что у людей с кожными заболеваниями ниже уровень ригидности и им в меньшей степени присущ ипохондрический и апатический тип отношения к собственному заболеванию, нежели больным венерическими заболеваниями. В тоже время в большей степени у больных кожными заболеваниями выражен эйфорический и эргопатический тип, чем при венерических заболеваниях.

Таким образом, по сравнению с больными венерическими заболеваниями у больных кожными выражено сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий.

Преувеличение побочного действия лекарств, сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. В тоже время у них наблюдается полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

У людей с венерическими заболеваниями (по сравнению с кожными) проявляется необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

Сравнительный анализ по полу показал, что существуют достоверные различия по показателям: астеническое состояние ($p < 0,05$), тревожность ($p < 0,01$), фрустрация ($p < 0,001$), апатический ($p < 0,1$), обсессивно-фобический ($p < 0,01$) и сенситивный тип отношения к болезни ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2 - Сравнительный анализ в зависимости от пола

Показатели	Пол	Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Шкала астенического состояния	женщины	36,88	0,005
	мужчины	24,12	
Тревожность	женщины	37,33	0,002
	мужчины	23,67	
Фрустрация	женщины	39,22	0,000
	мужчины	21,78	
Апатический	женщины	33,93	0,077
	мужчины	27,07	
Обсессивно-фобический	женщины	36,92	0,003
	мужчины	24,08	
Сенситивный	женщины	34,87	0,047
	мужчины	26,13	

Так, женщинам (по сравнению с мужчинами) в большей мере присуще астеническое состояние, повышенная склонность испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях, они более фрустрированы, то есть у них наблюдаются различные отрицательные переживания: разочарование, раздражение, тревога, отчаяние.

При полном безразличии к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, наблюдается пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны.

У них происходит утрата интереса ко всему, что ранее волновало. В то же время у них проявляется тревожная мнительность, прежде всего, это касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни.

Могут проявляться опасения, что окружающие станут их избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Также может наблюдаться боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Сравнительный анализ данных по уровню образования позволил выявить, что в большей степени агрессия присуща больным с кожными и венерическими заболеваниями со средним образованием, далее с высшим, и в меньшей степени со средне-специальным.

Ипохондрический тип отношения к заболеванию чаще всего отмечается у людей со средним образованием и реже у больных с высшим и средне-специальным образованием.

Также паранойяльный тип наблюдается в основном при среднем образовании (табл. 3).

Таблица 3 - Сравнительный анализ в зависимости от образования

Показатели	Образование	Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Агрессия	высшее	34,00	0,009
	среднее специальное (н/в)	25,89	
	среднее	46,86	
Ипохондрический тип	высшее	28,91	0,079
	среднее специальное (н/в)	28,68	
	среднее	43,79	
Паранойяльный тип	высшее	25,88	0,043
	среднее специальное (н/в)	29,80	
	среднее	44,79	

Заключение.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что больные кожными заболеваниями отличаются от венерических по показателям: ригидности, апатическому, эйфорическому, эргопатическому типам отношения к заболеванию. Мужчины от женщин имеют различия по таким показателям как астеническое состояние, тревожность, фрустрация, обсессивно-фобический и сензитивный типы.

В зависимости от уровня образования дерматовенерологические больные отличаются по выраженности агрессии, ипохондрическому и паранойяльному типу отношения к заболеванию. Полученные результаты исследования могут быть использованы при психологической помощи больным с кожными и венерическими заболеваниями.

Литература

1. Адаскевич, В. П. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях / В. П. Адаскевич, В. П. Дуброва, А. В. Пуртов // Российский журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – № 4. – С. 42-44.
2. Львов, А. И. XI Международный конгресс по психодерматологии / А. И. Львов, В. И. Фролова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2005. – № 6. – С. 83.

3. Тихонова, Л. И. Эпидемиологическая ситуация с ЗППП в России / Л. И. Тихонова // Заболевания, передаваемые половым путем. – 1995. – № 4. – С. 15-21.
4. Барабанов, Л. Г. Эпидемиологическая ситуация по венерическим болезням в Беларуси / Л. Г. Барабанов, А. Л. Навроцкий, А. Л. Барабанов // Медицинская панорама. – 2002. – № 1. – С. 9-11.
5. . Навроцкий, А. Л. Проблемы профилактики ИППП в Республике Беларусь и пути их решения / А. Л. Навроцкий // Патогенез, диагностика, терапия и профилактика ИППП и кожных болезней: мат. пленума Белорус. науч. мед. о-ва врачей дерматологов и венерологов, Полоцк, 28 июня 2000 г. – Мн., 2000. – С. 35-37.
6. Панкратов, В. Г. Заболеваемость сифилисом, ВИЧ-инфекцией и другими ИППП в Республике Беларусь: исторические, эпидемиологические и прогностические аспекты / В. Г. Панкратов, А. Л. Навроцкий, О. В. Панкратов // Белорусский медицинский журнал. – 2002. – № 2. – С. 2-6.
7. Адаскевич, В. П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) / В. П. Адаскевич, В. П. Дуброва // Российский журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – № 1. – С.51-56.
8. Личко, А. Е. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / А. Е. Личко, М. М. Кабанов, В. М. Смирнов. – Мн., 1983. – С. 102-115.
9. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И. Г. Малкина. – Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
10. Папий, Н. А. Кожные заболевания: психодиагностика и психокоррекция / Н. А. Папий. – Мн., 2001. – 172 с.
11. Фидаров, А. А. Социально-личностная характеристика несовершеннолетних, больных сифилисом, гонореей и трихомонозом / А. А. Фидаров, О. В. Горелова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1997. – № 5. – С. 55-56.