

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Яговдик Н.З., Белугина И.Н., Сятковский В.А., Азарова Л.А., Белугина О.С.

Белорусский государственный медицинский университет, государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета, РНПЦ «Психического здоровья»

Резюме

Обследовано 76 пациентов с псориазом. Выявлены значительные различия в спектре механизмов психологической защиты в сравнении с условно здоровыми людьми и снижение их качества жизни, показана важность психодиагностики механизмов психологической защиты личности при выборе направления и методов индивидуальной психотерапии.

Ключевые слова: псориаз, качество жизни, социальная дезадаптация, механизмы психологической защиты.

Jagovdik N. Z., Belugina I. N., Satkovski V. A., Azarova L. A., Belugina O. S.
Features of social maladjustment and mechanisms of psychological defense in patients with psoriasis

Abstract

We examined 76 patients with psoriasis. A significant difference was discovered in mechanisms of psychological defense and decrease of quality of life in patients with psoriasis in comparison with people without skin pathology. Also it was shown the importance of the psychodiagnostics of mechanisms of personality psychological defense in case of choice an individual psychotherapy.

Key words: psoriasis, quality of life, social maladjustment, mechanisms of psychological defense.

Введение

Клинический опыт и данные литературы убедительно свидетельствуют о важной роли психоэмоциональных факторов в возникновении и течении псориаза [3, 5, 7]. Отнесение многих случаев псориаза к психосоматическим заболеваниям кожи основано на огромном материале, позволяющем проследить первичную взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией дерматоза. По данным Национального псориазического фонда США, болезнь в целом значительно снижает качество жизни пациентов. В частности, половина из них страдает сильным чувством озлобления и фрустрации, беспомощности, заниженной самооценки. В свою очередь периодические обострения псориаза уже вторично сказываются на психоэмоциональном состоянии больных, порождая

проблемы быта, работы, межличностных отношений, досуга [3, 5, 9]. Пациенты испытывают трудности, связанные с потерей трудоспособности, неудачами в карьере, поражением открытых участков тела, с сексуальными отношениями и т. д. Поэтому современные подходы к организации помощи больным псориазом предусматривают наряду с мероприятиями медицинского плана и мероприятия, направленные на повышение качества жизни каждого конкретного пациента, что требует совместных усилий медицинских работников, психологов и специалистов по социальной работе. Актуальность многочисленных медицинских и социальных проблем псориаза получила глубокое и разностороннее обсуждение на I-ой Всемирной конференции по псориазу и псориатическому артриту, прошедшей в Стокгольме в мае-июне 2006 года под лозунгом «Глобальная перспектива», которую патронировал его величество король Швеции Карл Густав [8, 10].

Повышение качества жизни больных в значимой степени зависит от механизмов психологической защиты в ситуации хронической социальной дезадаптации, которые интуитивно использует больной человек и которые могут оказаться неадекватными и неэффективными в каждом конкретном случае заболевания.

Психологическая защита - система механизмов, направленных на минимизацию отрицательных переживаний, связанных с конфликтами, которые ставят под угрозу целостность личности.

Несмотря на то, что проблема механизмов психологической защиты глубоко изучается психологами и психотерапевтами во всем мире, в доступной нам литературе мы не встретили работ данного профиля применительно к клинике псориаза.

Цель настоящего исследования: изучить особенности социальной дезадаптации и механизмов психологической защиты у больных псориазом.

Материалы и методы. Всего обследовано 76 пациентов псориазом, в том числе 67 больных с поражением кожи и 9 - с поражением кожи и суставов в возрасте от 17 до 75 лет, не злоупотребляющих алкоголем. Мужчин - 45, женщин - 31. Группу контроля составили 42 практически здоровых человека, сопоставимых по возрасту и полу. По возрасту, больные распределялись следующим образом: от 17 до 30 лет - 19 человек, от 31 до 40 лет - 26 человек, от 41 до 50 лет - 17 человек, от 51 до 60 лет - 9 человек и старше 60 лет - 5 человек. Давность заболевания псориазом составила: до 5 лет - у 13, до 10 лет - у 12, до 20 лет - у 24 и более 20 лет - у 27 человек.

Для оценки параметров социальной дезадаптированности и используемых пациентами методов психологической защиты применялись известные валидные тесты, адаптированные к нашей популяции: визуально-аналоговая шкала (ВАШ) включавшая 8 из основных параметров оценки качества жизни и методика «Индекс жизненного стиля» R. Plutchik. H. Kellerman (LSI) [2, 4, 6].

Результаты проведенных исследований обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок и U- критерия Манна-Уитни [1].

Результаты и обсуждения.

Проявление псориаза на коже обследованных носило распространенный характер с локализацией на туловище, конечностях, волосистой части головы. Патологический процесс был представлен множественными возвышающимися очагами поражения диаметром от 3 до 12 см. с выраженной инфильтрацией, покрытых серебристо-белыми чешуйками. У всех больных псориазная триада симптомов была положительной, симптом «Кебнера» выявлен у 43 человек. Дистрофические изменения ногтей наблюдались у 41 человека. Поражение суставов проявлялось в виде артралгий (2 чел.), артрита (7 чел.).

Преобладала прогрессирующая стадия заболевания (43 чел.). Чаще регистрировалась зимняя форма дерматоза (у 47 чел.).

Обследованные больные отмечали наличие зуда различной степени выраженности (у 56 чел.), зуд и жжение (у 13 чел.), зуд кожи и боль в области суставов (9 чел.). У 27 пациентов выявлены родственники страдавшие псориазом.

В результате проведенных исследований выявлены выраженные особенности состояния параметров социальной дезадаптации по ряду показателей у больных псориазом в общей группе в сравнении со здоровыми людьми. В частности, в группе больных псориазом по сравнению с группой практически здоровых лиц наиболее проблемными оказались параметры «качество жизни в целом» ($60,3 \pm 3,2$ и $73,8 \pm 2,3$ соответственно, $p < 0,001$), которые коррелируют прежде всего с таким формально медицинским параметром, как «состояние кожных покровов» ($44,8 \pm 2,8$ и $83,0 \pm 1,9$ соответственно, $p < 0,001$) и важнейшим параметром социального благополучия пациентов – «взаимодействие с супругом/супругой» ($73,7 \pm 4,5$ и $87,8 \pm 2,3$ соответственно, $p < 0,01$). Наиболее значимое снижение перечисленных параметров имело место в группе больных артропатической формой псориаза ($p < 0,001$). Фактор отягощенной и не отягощенной наследственности в развитии и течении заболевания, не нарушая отмеченной тенденции, в то же время оказывает определенное влияние на состояние параметров качества жизни больных (табл. 1). Это само по себе ставит перед исследователями, медицинскими и социальными работниками задачи индивидуального подхода к роли заболевания в жизни пациента и обосновывает развитие дальнейших исследований в данном направлении.

Таблица 1

Результаты изучения параметров социальной дезадаптации у больных псориазом

Параметры	Контрольная группа n=42	Больные псориазом	
		Наследственность не отягощена n=40	Наследственность отягощена n=27
Состояние кожных покровов	$83,0 \pm 1,9$	$43,4 \pm 3,6^{***}$	$46,7 \pm 4,5^{***}$
Эффективность мед. помощи		$45,3 \pm 4,6$	$51,1 \pm 6,3$

Взаимодействие с супругом	87,8 ± 2,3	70,6 ± 6,1*	78,4 ± 6,8
Взаимодействие с детьми	86,5 ± 2,5	87,1 ± 3,2	92,9 ± 2,1
Взаимодействие на работе	80,8 ± 2,0	82,6 ± 3,2	75,0 ± 5,4
Жилищные условия	77,7 ± 2,8	80,4 ± 3,5	78,8 ± 4,1
Финансовое положение	63,5 ± 2,9	59,7 ± 3,9	65,7 ± 4,3
Качество жизни в целом	73,8 ± 2,3	57,4 ± 4,4**	64,4 ± 4,6****

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой; **** - $0,1 < p > 0,05$ по сравнению с контрольной группой

В развитие рассматриваемой проблемы – качество жизни людей при заболеваниях, ВОЗ разработана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). МКФ является классификацией доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма, 2) домены социальной активности и участия в общественной жизни. Учитывая то, что функциональное здоровье индивида зависит от внешних условий, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. МКФ призвана унифицировать языковые и терминологическое понимание и описание специалистами влияния какого-либо заболевания на качество жизни пациента. Данная классификация ВОЗ включает пять компонентов: физические страдания, ограничения общей физической активности, ограничения в социальной активности, изменения в средовых взаимоотношениях (например, в семье, на работе) и влияние личностных восприятий заболевания (например, изменения в отношении к болезни в зависимости от возраста). Группа исследователей из США (Mease Ph. Et all.) совместно с Мюнхенским университетом разработали предложения по адаптации МКФ к псориазу и псориатическому артриту [8]. Таким образом, дерматологам уже предложен вариант МКФ, использование которого позволит более углубленно понимать степень воздействия псориаза на качество жизни пациентов.

Изучение особенностей шкалы эго-защиты у больных псориазом, включающей такие классические механизмы психологической защиты личности, как 1-отрицание, 2-вытеснение (подавление), 3-регрессия, 4-компенсация, 5-проекция, 6-замещение, 7-интеллектуализация, 8- реактивные образования также позволило выявить значимые отличия изучавшихся параметров у больных псориазом по сравнению с лицами контрольной группы. В частности, больные псориазом в целях повышения их социально-психологической адаптации бессознательно более часто используют большинство способов психологической защиты (7 из 8, за исключением интеллектуализации). При этом в большинстве

случаев данные различия статистически достоверны (табл. 2). Наиболее значимые изменения, особенно по параметрам регрессия и проекция наблюдались в группе больных артропатической формой псориаза ($p < 0,01$). Даже более редкое применение такой формы психологической защиты как интеллектуализация, которое в группе больных с кожной формой псориаза не было статистически достоверным ($p > 0,05$), у больных с артропатической формой псориаза было статистически достоверным по сравнению с контролем ($40,2 \pm 6,0$ и $63,5 \pm 3,4$ соответственно, $p < 0,01$).

Анализ полученных результатов по методике ИЖС (LSI) индивидуально у каждого из обследуемых позволил отметить наличие существенных различий в механизмах психологической защиты между мужчинами и женщинами, как в группе здоровых лиц, так и больных псориазом. Данное наблюдение, которое является предметом отдельного сообщения, определяет необходимость при проведении дальнейших исследований проблемы строгой стандартизации обследуемых групп по полу, а также возрасту, поскольку в общей и возрастной психологии известна определенная динамика механизмов психологической защиты по мере перехода человека в старшие возрастные группы.

Полученные нами в результате проведенных исследований результаты убедительно показали, что оценка особенностей характера социальной дезадаптации и адекватность механизмов психологической защиты, подсознательно используемых больными псориазом, является клинически значимым подходом, направленным в соответствии с современными международными критериями на конечный результат терапии, ассоциируемый с повышением качества жизни пациентов.

Таблица 2

Результаты изучения механизмов психологической защиты у больных псориазом

Параметры	Контрольная группа n=42	Больные псориазом	
		Наследственность не отягощена n=40	Наследственность отягощена n=27
Отрицание	$67,7 \pm 3,3$	$77,1 \pm 3,3^*$	$79,1 \pm 3,6^*$
Вытеснение	$51,6 \pm 5,0$	$58,7 \pm 5,2$	$64,4 \pm 6,6$
Регрессия	$42,8 \pm 4,4$	$57,7 \pm 4,4^*$	$60,2 \pm 6,1^*$
Компенсация	$56,8 \pm 4,7$	$66,4 \pm 4,0$	$68,7 \pm 5,2$
Проекция	$53,8 \pm 4,0$	$59,3 \pm 4,2$	$59,9 \pm 5,3$

Замещение	45,4 ± 4,0	50,3 ± 4,3	58,6 ± 5,1*
Интеллектуализация	63,5 ± 3,4	61,8 ± 3,7	60,7 ± 4,5
Реактивные образования	60,7 ± 4,4	72,0 ± 3,9**	67,0 ± 6,3

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

** - $0,1 < p > 0,05$ по сравнению с контрольной группой

Выводы

1. Были выявлены значимые различия в спектре механизмов психологической защиты людей, страдающих псориазом по сравнению с условно здоровыми людьми. В частности, больные псориазом по сравнению с условно здоровыми людьми бессознательно чаще применяют большинство из классических методов психологической защиты.
2. Полученные по методике ИЖС результаты свидетельствуют о важности психодиагностики механизмов психологической защиты личности при выборе направления и методов индивидуальной психотерапии, все шире применяемой в комплексе терапевтических мероприятий по купированию проявлений псориаза у пациентов.
3. Результаты, полученные при обследовании пациентов и здоровых лиц с применением визуально аналоговой шкалы (ВАШ) позволили выявить статистически достоверное снижение качества жизни больных псориазом по сравнению со здоровыми людьми, которое было сопряжено, прежде всего, с факторами «состояние кожных покровов» и «взаимоотношения с супругом/ой».
4. Данные, полученные при обследовании пациентов с применением ВАШ, таким образом, позволяют выделить семейную психотерапию как практически важный аспект психотерапевтической помощи больным псориазом.

Литература

1. Азарова, Л.А. Психодиагностика: применение математической статистики в социально-психологических исследованиях: Метод. рекомендации / Л.А. Азарова, В.А. Сятковский. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2011. – 84с.
2. Антропов, Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. –Изд-во Института психотерапии. – М., 1999. – 304 с.

3. Бронтигам, В. Психосоматическая медицина (пер. с немецкого) /В. Бронтигам, П. Кристиан, М. Рад. – ГЭОТАР «Медицина», Москва, 1999. – 376 с.
4. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / Л. И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др. – СПб., 1999
5. Довжанский, С.И. Псориаз или псориагическая болезнь /С.И. Довжанский. – Изд-во Саратовского Ун-та., 1992, ч.1. -176 с.
6. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы / А. Фрейд – М., 1993
7. Яговдик, Н.З. Социально-психологические особенности личности больных псориазом / Н.З. Яговдик [и др.] //Белорусский медицинский журнал, 2005, №1. – с. 110-111
8. A global perspective Abstract. 1st World Psoriasis and Psoriatic Arthritis Conference. Stochholm, 2006.
9. Koblenser, C. Psychocutaneous disease. -N.Y., 1987
10. Socio - psychological peculiarities of personality in patients with psoriasis // World J.Biol. Psychiatry.- 2001, Vol. Suppl 1.-S. 369-370.