

IMMUNE HOMEOSTASIS STATUS IN PATIENTS WITH SPREAD DERMATOSES DEPENDING ON SOMATIC TYPE AND TYPE OF SUPERIOR NEURAL ACTIVITY

E.M.Soloshenko, N.V.Zhukova, T.P.Yarmak, Z.M.Shevchenko, O.M.Stuliy, I.V.Girzhanova

The data of immune homeostasis status in patients with spread dermatoses are presented depending on somatic type and type of superior neural activity. According to the cellular immunity indices some differences are revealed in melancholic and phlegmatic patients in apoptosis factor to be registered reliably higher in melancholic. The same apoptosis factor revealed to be reliably lower in asthenic patients in comparison with normostenic and hypersthenic patients. No differences in humoral immunity indices were revealed depending on somatic type and type of superior neural activity.

УДК 616.517:159.94

ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХИЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

О.А.Каденко, Т.Л.Левицька

*Хмельницький обласний шкірно-венерологічний диспансер**Хмельницький національний університет*

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

Актуальність теми. Псоріаз – одна з найпоширеніших хронічних хвороб шкіри – від 1,4 до 2,9% популяції [6,8]. Хоча псоріаз не загрожує життю хворих, у багатьох із них він впливає на спосіб життя. Псоріаз - це хронічно-рецидивуючий еритематозно-сквамозний дерматоз генетичної та мультифакторної природи. Основним проявом захворювання є висипання, що має маніфестний характер та представляється у вигляді епідермальних і дермальних папул та бляшок, покритих характерними сріблястими лусочками, схильних до периферійного росту та зливання, можуть охоплювати значну поверхню тіла і проявлятися у вигляді еритродермії та вражати нігті. При артропатичній формі вражаються суглоби, що можуть призводити до інвалідизації пацієнта. Це досить розповсюджений дерматоз, який становить 3-6% усіх шкірних захворювань [5, 18]. Спостерігається тенденція

зростання кількості хворих на псоріаз, що, найімовірніше, пов'язане з впливом екологічних чинників та великими психоемоційними навантаженнями. Псоріаз, поширеність якого складає 1,5-4%, є одним з найбільш частих хронічних запальних захворювань шкіри в усіх широтах земної кулі [1]. Найчастіше цей дерматоз розвивається у віці 10-25 років, але за останні роки почастишали випадки, коли захворювання з'являється і у дітей 4-7 місяців. На нього хворіють і жінки, і чоловіки, однак у чоловіків це захворювання спостерігається найчастіше. Серед дітей псоріаз спостерігається здебільшого у дівчаток. 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, що торкається усіх аспектів

життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Чим важчий перебіг захворювання, тим більший обсяг лікувальних заходів та обмежень. Псоріаз не завжди добре піддається лікуванню й призводить до змін психологічного стану пацієнта, а саме зниження самооцінки, депресивних станів, підвищеної емоційної напруги, драматизації проблеми, зниження активності і т.д. Дослідження окремих психосоматичних аспектів розвитку хвороб шкіри почалося досить давно. Так, ще в XIX столітті в дерматології з'явилися такі поняття, як «невроз шкіри» і «психонейродерміт». Ряд патологічних змін стану шкіри був пов'язаний з порушенням функції шкірних нервів та зі змінами психічного стану хворих. Основоположник Віденської дерматологічної школи Ф.Гебра, вивчаючи вплив психоемоційного статусу хворого на прояви екземи, прийшов до висновку, що «шкірне захворювання може ґрунтуватися на якості психічного стану, особливо при депресіях» [19]. Інший відомий віденський дерматолог, М.Капоші, писав: «неврози шкіри - хвороби, що виникають з причини зміни функцій шкірних нервів без видимого пошкодження шкіри» [20]. Англійський лікар Е.Вілсон, вперше вжив поняття «невроз шкіри», головним етіологічним чинником цього захворювання пропонував вважати невротичний конфлікт, який супроводжувався переживанням тривоги [21]. Основоположник російської дерматологічної школи А. Г. Полотебнов в монографії «Дерматологічні дослідження» узагальнив отримані на той час дані про зв'язок хвороб шкіри з загальним станом організму, і особливо - зі станом нервової системи [12]. Роботи цих та багатьох інших авторів поклали початок цілеспрямованому вивченню психосоматичних аспектів розвитку хвороб шкіри. Таким чином, фундамент психодерматології був закладений ще дослідниками XIX століття [11]. Методи дослідження, що використовуються в

психодерматології, можна класифікувати так: методи фізіологічного та патофізіологічного дослідження, методи психологічного і патопсихологічного дослідження. Крім того, застосовуються також звичайні методи, що використовуються в дерматології та психіатрії: клінічний огляд, застосування шкал-індексів типу SCORAD, PASI, EASI, ДІШС, клініко-психопатологічний метод та ін. [11]. Методи дослідження психічного стану хворих на псоріаз та методи впливу на їх психічну сферу, незважаючи на загальне визнання необхідності такого впливу, залишаються ніби на другому плані. Певною мірою це пов'язано з тим, що ефективність психотерапії важче оцінити і обґрунтувати статистично, а крім того, ці втручання вимагають спеціального обстеження хворих, на яке вони самі не завжди згодні. [11]. Сьогодні більшість дослідників визнають, що психодіагностика як галузь психологічного знання спрямована на розробку методів розпізнавання індивідуальних психологічних властивостей людини. При цьому слід пам'ятати, що психодіагностика має справу не тільки з тестами, але й з якісними оцінками особистості. Важливо також враховувати, що психодіагностика не допоміжна, обслуговуюча дисципліна, а повноправна наука, яка вивчає природу індивідуальних відмінностей. Враховуючи різні трактовки поняття «психодіагностика», пропонується її наступне визначення [3]. Психодіагностика - це галузь психологічної науки, що розробляє теорію, принципи і інструменти оцінки і виміру індивідуально-психологічних властивостей особистості. За період розвитку психодіагностики в ній склались основні сфери застосування психологічних методик, які можуть бути визначені як галузі загальної психодіагностики. Першими виявили інтерес до методик дослідження особистості і інтелекту освіта і медицина, що і зумовило появу відповідних галузей психодіагностики - освітню і клінічну. Крім названих областей

психодіагностики, необхідно відзначити професійну психодіагностику, без якої неможливі профорієнтація і профвідбір. Діагностика (від грецького «діа» і «гнозис») буквально розуміється як «пізнання, що розрізняє». Термін «діагностика» сьогодні активно використовується не тільки в психології, але й педагогії, медицині та інших галузях науки. Згідно з сучасним загальнонауковим уявленням під терміном «діагностика» розуміють розпізнання стану визначеного об'єкту чи системи шляхом швидкої реєстрації її суттєвих параметрів і подальшого віднесення до визначеної діагностичної категорії з метою прогнозу її поведінки і прийняття рішення про необхідні впливи на цю поведінку в бажаному напрямі. В цьому контексті психодіагностику слід вважати важливим засобом забезпечення так званого «зворотного зв'язку» - засобом інформаційного забезпечення будь-якого впливу, тобто любий вплив повинен розпочинатися зі збору психодіагностичної інформації і завершуватися повторним діагностичним обстеженням [9]. Структура психодіагностичного дослідження містить три основні етапи: підготовчий; проведення експериментального дослідження; аналіз і інтерпретація результатів (підготовка психодіагностичного висновку). На першому (підготовчому, передекспериментальному) етапі здійснюється збір відомостей про хворого. Конкретні кроки цього етапу: 1) ознайомлення психолога з медичною документацією; 2) бесіда психолога з лікуючим лікарем, в ході якої формулюються конкретні задачі психологічного дослідження; 3) бесіда психолога з досліджуваним, має самостійне діагностичне значення і формує у пацієнта правильне відношення до дослідження.

Перед дослідженням експериментатор повинен встановити безпосередній контакт з хворим, викликати до себе прихильність. Зазвичай

бесіду починають з уточнення паспортних даних пацієнта: прізвища, імені, по батькові, віку, професії, освіти. Цікавляться, чи живі батьки, з'ясовують наявність братів, сестер, якою дитиною він був в сім'ї, розпитують його про сім'ю, дітей, тобто збирають психологічний анамнез [4]. Етап закінчується виробленням стратегії подальшого інструментального дослідження, яке припускає підбір експериментальних методик, внесення коректив в їх інструкції і стимульний матеріал (у разі нестандартизованих методик) відповідно до особливостей досліджуваного і поставлених психодіагностичних завдань, а також визначення послідовності пред'явлення методик.

Другий етап (проведення експериментального дослідження) включає пред'явлення досліджуваному сформованого на першому етапі комплексу методик в наперед встановленій послідовності. Виконанню завдань по кожній методиці повинна передувати чітка і лаконічна інструкція. Під час виконання досліджуваним експериментальних завдань психолог спостерігає за поведінкою хворого і веде точний запис досліджуваного, який проводиться. Етап завершується представленням отриманих результатів у вигляді, який задається типом методики. Експериментально-психологічне дослідження дозволяє виявити особливості особистості в структурі нервово-психічних розладів у хворих на соматичні захворювання, встановити психологічний аспект порушень механізмів компенсації, оцінити особистість хворого і систему його значущих відносин. Завданням експериментально-психологічного дослідження є не тільки виявлення і аналіз порушень психіки, але і визначення рівня збереження психіки.

Для інтерпретації даних про психічний стан і можливість компенсації виявлених порушень, особливо у зв'язку із завданнями реабілітації, дуже важливо визначити рівень збереження особистості

хворого і структуру її змін. В цьому плані можуть бути виділені декілька аспектів дослідження.

Першорядна роль належить оцінці змін емоційно-вольової сфери і, звичайно тісно пов'язаних з ними, динамічних та якісних особливостей особистості, що виявляються в ступені її гармонійності, активності. Експериментально-психологічні методи використовуються також для поглибленого аналізу психічних процесів і причин, механізмів їх змін. Наприклад, на підставі клінічного спостереження можна встановити наявність у хворого психотравми, але тільки психологічне дослідження допоможе визначити її причини, зміни інтра- і інтерперсонального характеру, прогноз виходу з невротичного стану, виявити відхилення в інших психічних сферах. До певної міри результати експериментально-психологічного дослідження можуть бути корисними і для вибору тактики подальшої психотерапевтичної корекції, оскільки характеризують особливості контакту з хворим, його відношення до експерименту, ступінь розуміння ролі власних помилок у виникненні конфліктних ситуацій, що сприяли розвитку невротичного стану, інтерес до сумісного обговорення його проблем.

Психотерапевтичне значення експериментально-психологічного дослідження особливо зростає при повторному його проведенні в процесі лікування. Встановлення кореляції між поліпшенням самопочуття хворого, позитивними зсувами «внутрішньої картини хвороби» і об'єктивно реєстрованими показниками психічної діяльності, що покращали, сприяє підвищенню психічного тону хворих і упевненості в одужанні. Безумовно, це вимагає особливої психотерапевтичної побудови експерименту, методично відмінного від дослідження, що проводиться в діагностично-експертних цілях. Проте у будь-якому випадку психологічний експеримент повинен бути

щадним, оскільки хворі без грубих розладів мислення оцінюють дослідження як перевірку їх інтелектуальних можливостей, і це не може їх не хвилювати. Під час бесіди експериментатор може зробити висновки про відношення пацієнта до дослідження, чи із зацікавленням він вступає в контакт, наскільки вільний в реакціях, розкутий або, навпаки, напружений, збуджений, гіперактивний, чи є виражені емоційні прояви: сльози, сміх, або, навпаки, виражена емоційна сплосненість, чи виражені вегетативні реакції. Для більшої достовірності відповідей і досягнення необхідної мотивації хворого попереджають, що результати дослідження є лікарською таємницею і допоможуть в лікуванні.

Головним завданням експериментально-психологічного дослідження соматичних хворих є вивчення їх «внутрішньої картини хвороби», її гносеологічного і емоційного компонентів. Якщо перший компонент є висновками хворого, продукт його логічної переробки інформації про хворобу, отриману з різних джерел, то другий — виявляється емоційними реакціями страху і тривоги. Необхідність вивчення і власне відношення до хвороби, і самооцінки хворими значущості впливу захворювання на їх соціальний статус, і стани емоційної сфери хворих, її змін в процесі захворювання [11]. Найважливішим і в той же час складним завданням є визначення типологічних особливостей особистості хворих і характеристики типів особистісного реагування на соматичне захворювання. Внаслідок перерахованих труднощів при вивченні стану психічної сфери у соматичних хворих велику цінність набувають експериментально-психологічні методики. Вплив будь-якого хронічного захворювання на соціальний статус хворого, його позиція в суспільстві, коло інтересів може призвести до зламу звичного способу життя та діяльності, необхідності формування нового життєвого стереотипу.

На третьому етапі психологічного дослідження відбувається підготовка висновку по його результатах: узагальнення і інтерпретація всієї сукупності даних про пацієнта в контексті поставленого завдання. Отримана на попередньому етапі дослідження за допомогою експериментальних психодіагностичних методів кількісна і якісна інформація співвідноситься з даними анамнезу, бесіди, спостереження.

Мета дослідження – визначення психологічних особливостей людей хворих на псоріаз.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні взяли участь 30 хворих на псоріаз (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.

«Загальну конструктивність особистості» досліджували за допомогою методики «Особистісна біографія» О. Моткова. У методиці підібрані питання, що стосуються деяких найважливіших сторін особистості і життєдіяльності людини. До них відносяться особливості життєвого самовизначення, самореалізації, трансформації та гармонізації особистості. У сукупності всі ці характеристики утворюють інтегральний чинник «загальна конструктивність особистості». У ньому враховуються як гармонійність особистості, тобто оптимальність організації та протікання життєвого процесу, так і загальна результативність життя, життєва самореалізація особистості. Високому рівню загальної конструктивності відповідає наявність цих головних складових: високої гармонійності організації особистості та процесу її життя, гарною самореалізацією.

Для оцінки тривожних станів використовувалась методика самооцінки Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна [9, 14]. Вимірювання тривожності як властивості особистості особливо важливо, так як ця властивість багато в чому обумовлює

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.

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 та 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 дослідження комплексу чинників ставлення до себе використовували опитувальник самоставлення, запропонований В.В.Століним в 1985 р. [17]. Опитувальник самоставлення побудований відповідно до розробленої Століним ієрархічної моделі структури самоставлення. Опитувальник дозволяє виявити три рівні самовідношення, що відрізняються за ступенем узагальненості: глобальне самоставлення; самоставлення, диференційоване по самоповазі, аутосимпатії, самоінтересу і очікуванням відношення до себе; рівень конкретних дій (готовності до них) у відношенні до свого «Я». Методика "Індекс життєвого стилю" базується на психодіагностичній системі Келлермана-Плутчика [13, 14]. Вимірюються 8 видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація), регресія. Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, які 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). Фіксація психодіагностичних характеристик реагування на псоріаз здійснювалася за допомогою опитувальника Бехтеревського інституту «ЛОБІ» [10]. 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 відношення 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). Також у дослідженні використовувалася проєктивна методика 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 в 1948 р. призначений 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 судити про афективну сферу особистості, її потреби, рівні психосексуального розвитку і т. д.

Результати дослідження. Після проведення тестування і вивчення чинників за методикою «Особистісна біографія» отримали такі результати (табл. 1). 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% (рис.1). Особам з високою оцінкою тривожності потрібно формувати почуття впевненості і успіху. Їм необхідно зміщати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, високої значимості в постановці завдань на змістовне осмислення діяльності і конкретне планування за завданнями. Для низькотривожних людей, навпаки, потрібно пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, висвітлення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань.

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

Результати оцінки агресивності у відносинах А.Ассінгера показали, 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 у них достатньо здорового честолюбства і самовпевненості. Ті, в кого бал 35 і менше характеризуються надмірною миролюбністю, що обумовлено недостатньою впевненістю у власні сили і можливості.

За результатами опитувальника самоствалення у досліджуваних спостерігається низький рівень 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.

Таблиця 1

Аналіз чинників за методикою «Особистісна біографія»

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

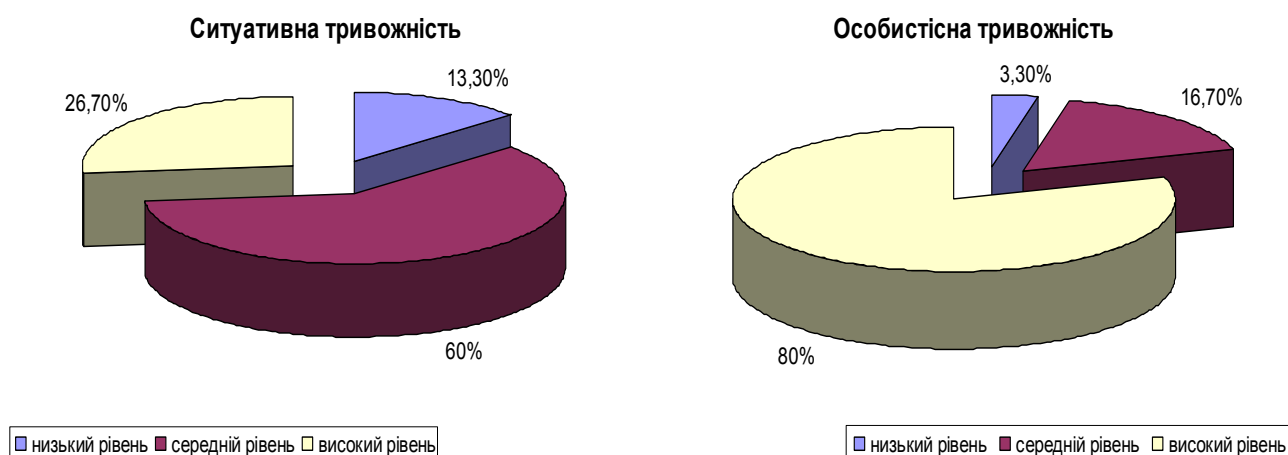


Рис.1 Аналіз ситуативної та особистісної тривожності.

Низький рівень по шкалі «аутосимпатія» характеризується баченням у собі переважно недоліків, низьку самооцінку, готовність до самозвинувачення. Занижена оцінка по шкалі «очікуване відношення від інших» відображає очікування негативного відношення до себе оточуючих. Шкала «самоінтерес» показує міру близькості до себе самого, зокрема інтерес до власних думок і почуттів. Отримані результати за методикою «Індекс життєвого стилю» показують, що у досліджуваних спостерігаються найвищі показники за такими шкалами: шкала А - 20%; шкала Н - 20%; шкала G - 23,3%; шкала D - 27,7% і шкала E - 53,3%.

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

Шкала Н - obsesivna 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. Розвиток obsesivnoї особистості засноване на відчуженні від інстинктів та емоцій, для неї характерні совісність, охайність, педантичність в поєднанні з нездатністю розпізнавати людські емоції.

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

Шкала D - диспозиція психопатії. Виражена потреба залишатися в невідконтрольному 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.

Аналіз психологічних типів реагування («ЛЮБИ») хворих на псоріаз вказує, що в більшості випадків у групі домінують неврастенічний (36,7%), сенситивний (33,3%), ейфорійний (26,7%) та паранояльний (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, нетерплячістю. Роздратування часто виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Важко переносяться больові відчуття.

Ейфорійний тип відношення. Необрґнтовано підвищений настрій, часто награний. Нехтування, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія на те, що «само все обійдеться». Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу.

Сенситивний тип характеризується надмірною занепокоєністю про можливе несприятливе враження, яке може справити на оточуючих хвороба. Побоювання, що навколишні стануть уникати, 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 проективної

методики (ДДЛ) у більшості досліджуваних спостерігається 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. Наше дослідження показує, що у пацієнтів, хворих на псоріаз досить суттєво занижена загальна конструктивність особистості (46,7%). За результатами опитувальника Спілбергера-Ханіна особистісна тривожність (80%) вища ситуативної (26,7), тобто загострення хвороби активує стійку індивідуальну схильність суб'єкта до тривоги. За аналізом самооцінки депресії 100% хворих діагностуються станом без депресії. Результати оцінки агресивності у відносинах показали, що основний відсоток досліджуваних 86,6% характеризується помірною агресивністю, але цілком успішні у житті. Аналіз результатів за опитувальником Століна свідчить про занижений рівень «глобальне самоставлення» - 40%. Вивчення особливостей особистості за методикою «Індекс життєвого стилю» показують, що досить високий рівень спостерігається по шкалі Е – 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 в підтримці достатньо високої самооцінки. 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.

Зважаючи на отримані результати, перспективою для подальших досліджень є

розробка програм психологічного супроводу хворих на псоріаз.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бамер Ю.А., Петерманн Ф., Куль Ю. Роль психосоціальної навантаженості при вульгарному псоріазі // Дерматолог. – 2010. - №1. – С. 039-047.
2. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. - СПб.: Изд-во «Речь», 2004. - 440 с.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
6. Каденко О.А., Білявська С.П. Засади дерматовенерології // Посібник для викладання та вивчення дерматовенерології у вищих навчальних закладах I та II рівнів акредитації. – Хмельницький, 1998. – 149 с.
7. Коляденко В.Г., Короленко В.В. Оцінка якості життя хворих на псоріаз у процесі лікування препаратом «Дайвобет» // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - № 1. – С. 13-16.
8. Коляденко В.Г., Степаненко В.І., Федорич П.В., Скляр С.І. Шкірні та венеричні хвороби. – Вінниця: Нова Книга, 2006. – 424 с.
9. Конгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориатическая болезнь. – Екатеринбург, 2002. – 193 с.
10. Корольчук М.С., Осюдло В.І. Психодиагностика: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / За заг. ред. М.С.Корольчука. 2009. - 400с.
11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: Медпрес., 2001. -592 с.
12. Павлова О.В. Основы психодерматологии. – М.: Издательство ЛКИ, 2007. – 240 с.
13. Полотебнов А.Г. Дерматологические исследования. СПб., 1886.
14. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для психологов и врачей / Л.И.Вассерман, О.Ф.Ерышев, Е.Б.Клубова, Н.Н.Петрова и др. - Санкт-Петербург, 2005. – 54 с.
15. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології: Навч. посібн. – К.: Кондор, 2009. – 278 с.
16. Семенова З.Ф. Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом-дерево-Человек» / З.Ф.Семенова, С.В.Семенова. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2009. – 190 с.
17. Скребець В.О. Основи психодиагностики. Навчальний посібник. – 3 вид., перекладене з рос., перероблене та доповнене. – К.: Видавничий Дім «Слово». 2003. – 192с.
18. Столин В.В., Пантिलеев С.Р. Опросник самооотношения // Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. М., 1988. С. 123-130.
19. Шкірні та венеричні хвороби: Підручник / Л.С.Новосад, Р.В.Лабінський, С.П.Білявська та ін. – К.: Медицина, 2007. – 280 с.
20. Hebra F. On Diseases of the Skin. London, 1866.
21. Kaposi M. Pathology and Treatment of Diseases of the Skin. N. Y., 1895.
22. Wilson E. Diseases of the Skin, London, 1867.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

О.А.Каденко, Т.Л.Левицкая

Далеко не всегда полученные результаты лечения псоріаза удовлетворяют пациентов и приводят к изменениям их психического состояния. В статье представлено диагностический материал изучения психического состояния больных псоріазом в условиях стационарного лечения.

CHARACTERISTICS OF STUDIES OF MENTAL STATE OF PSORIASIS PATIENTS IN CONDITIONS OF HOSPITAL TREATMENT

O.A.Kadenko, T.L.Levitskaya

The patients are far from always satisfied with the acquired results of the treatment which results into the change of their mental state. The article covers diagnostic material of the studies of mental state of psoriasis patients in conditions of hospital treatment.

УДК 616.5-004.1-036.1-037:51-7

МАТЕМАТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ШКАЛИ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ОБМЕЖЕНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ

В.В.Савенкова¹, О.В.Арсен'єв²

¹ ДУ „Інститут дерматології та венерології АМН України”

² Національний фармацевтичний університет

Ключові слова: обмежена склеродермія, діагностичні показники, кластери, математичний аналіз, шкала оцінки ступеня тяжкості.

Актуальність теми. Провідним завданням дерматологічної науки є підвищення точності діагностики стану та підвищення ефективності терапії хворих на обмежену склеродермію (ОСД). Це пов'язано з тяжкістю патології, збільшенням захворюваності, негативним патоморфозом за рахунок зростання розповсюджених форм з елементами системності процесу, збільшенням питомої ваги випадків трансформації обмежених форм у системні та кількості хворих, патологічний процес яких резистентний до традиційних методів лікування [4]. Тому актуальним є визначення діагностичних критеріїв, що сформулюють об'єктивну шкалу оцінки ступеня тяжкості ОСД. Використання цієї шкали дозволить призначити адекватний комплекс лікувально-профілактичних заходів, прогнозувати рецидив захворювання і тому підвищити якість життя хворих, подовжити клінічну ремісію, зменшити тяжкість рецидивів і визначити ефективність терапевтичних заходів. У даний час така шкала оцінки відсутня, а

практикуючі лікарі характеризують ступінь тяжкості захворювання на підставі здебільшого суб'єктивних оцінок. Тому метою роботи була розробка бальної шкали оцінки ступеня тяжкості ОСД на підставі статистичного аналізу клініко-лабораторних показників.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 100 хворих на ОСД, з яких жінок 75, чоловіків 25, віком від 19 до 74 років. Діагноз встановлено на підставі клініко-лабораторних досліджень [2, 3]. Для виключення хворих із системним процесом використовували критерій Європейської протиревматичної ліги [9]. Хворі були розподілені залежно від стадії захворювання. Спостерігалось 34 хворих на еритематозну стадію, 33 хворих на склеротичну та 33 – на атрофічну. Залежно від первинних даних стану захворювання пацієнти були розподілені на три групи: I група – з легким перебігом, II група – із середнім, III – з тяжким. Усім хворим було призначено відповідну терапію. Досліджено 74 показника, які характеризують скарги хворого, анамнез хвороби, анамнез життя, об'єктивний статус, місце захворювання та лабораторні показники, що характеризують основні параметри гомеостазу. Зазначені показники були виміряні як у порядковій