

15. Leung DT, Sacks SL. Current recommendations for the treatment of genital herpes. – Drugs. – 2000; 60. - P. 1329-1352.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ПАПІЛЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Р.Ф.Айзятұлов, В.В.Юхименко, Н.В.Єрмілова

В статті наведені дані етіології, патогенезу папіломавірусної інфекції. Показана ефективність лікування із застосуванням препаратів алокін-альфа і неовір.

MODERN FEATURES OF THERAPY PAPILLOMAVIRUS INFECTIONS

R.F.Aizjatulov, V.V.Yukhymenko, N.V.Yermilova

In the article the data of etiology are resulted, pathogeny of papillomavirus infection. Efficiency of medical treatment with the use of preparations is shown allokin-alpha and neovir.

УДК 616.5-009.613

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

О.А.Каденко, І.В.Томаржевська

Хмельницький національний університет

Ключові слова: психодіагностичне дослідження, псоріаз, психологічні особливості, психічний стан.

Актуальність теми. 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 інвалідації пацієнта. Це досить розповсюджений дерматоз, який становить 3-6% усіх шкірних захворювань [5, 20]. У зв'язку із зростанням захворюваності та збільшенням важ-

ких форм перебігу псоріаз залишається важким і не до кінця вивченим захворюванням. Спостерігається тенденція зростання кількості хворих на псоріаз, що, найімовірніше, пов'язане з впливом екологічних чинників та великими психоемоційними навантаженнями. Відомо, що вирішальну роль у розвитку захворювання відіграють генетичні чинники, хоча етіологія псоріазу до кінця не з'ясована. Велике значення мають також неврологічні, ендокринні та імунологічні чинники. Рецидиву дерматозу сприяють стресові ситуації, кліматичні зміни, переохолодження, травми, хронічні захворювання, алкоголізм тощо. Численні психологічні та психосоціальні чинники все частіше розглядаються в якості пускових та підтримуючих тригерів захворювання. З точки зору психології для псоріазу особливо сильним психосоціальним чинником є стрес, який має великий вплив на загальний стан здоров'я і значно

знижує якість життя пацієнта. До обтяжуючих чинників (чинників навантаження) відносять: безпосередньо зміни на шкірі, свербіж, втома, відчуття стигматизації, а також почуття безпорадності, депресії і безвиході [1]. Часто дерматологічні пацієнти обтяжуються спілкуванням з оточуючими. Псоріаз відноситься до переліку багатьох захворювань, що торкається усіх аспектів життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Псоріаз не завжди добре піддається лікуванню й призводить до змін психічного стану пацієнта, а саме заниження самооцінки, депресивних станів, підвищеної емоційної напруги, драматизації проблеми, зниження активності тощо. Хворі на псоріаз часто страждають тривожністю і/або депресією, які супроводжуються суїцидальними думками [1]. Почуття занепаду душевних сил і ризику виникнення депресії збільшується при зтяжкому характері хвороби. Психологічна складова захворювання, що розкриває роль особистості в оптимізації та підвищенні ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, що проводяться, залишається недостатньо вивченою, тоді як про ефективність лікування дерматозів судять виключно за фізіологічними показниками. У зв'язку з цим надзвичайно актуальним є проведення експериментально-психологічних досліджень та організація психокорекційної допомоги хворим на псоріаз.

Мета роботи. Вивчення та аналіз індивідуально-особистісних особливостей хворих на псоріаз.

Матеріал та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 30 хворих (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. В процесі дослідження застосовано наступні методики. Методика "Індекс життєвого стилю" базується на психодіагностичній системі Келлермана-Плутчика [14, 15]. Вимірюються 8 видів захисних механізмів: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проекція, інтелектуаліза-

ція (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). За допомогою методики «Особистісна біографія» О.Моткова досліджували «загальну конструктивність особистості». 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». Високому рівню загальної конструктивності відповідає наявність головних складових: високої гармонійності організації особистості та процесу її життя, гарною самореалізацією. Високий результат за показником "гармонійність особистості" інтегрує в собі наступні аспекти: досить часте відчуття повноти і гармонійності свого життя; гарне самопочуття (здоров'я) протягом року; здоровий і різноманітний спосіб життя; менше внутрішніх протиріч в особистості та обставин, що заважають переживати внутрішню гармонію; переважно позитивний емоційний тонус; почуття єдності з усіма сферами свого життя, з людьми і світом у цілому; висока задоволеність відносинами в родині, з друзями, в групі і життям в цілому; позитивна оцінка змін в особистості з віком; наявність роздумів над «вічними» питаннями; прикладання значних зусиль, щоб активно і конструктивно прожити бажану кількість років. Ряд питань стосується проявів особистості в минулому і на найближчий рік, що додає методиці додатковий біографічний характер і дозволяє вивчати динаміку змін в особистості, які виникають на протязі її життя. Методика «Шкала Зунга» використовувався для самооцінки депресії [15]. Опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослі-

дженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Тест адаптований Т.І.Балашовою. Тест А.Ассінгера оцінює агресивність у відносинах та дозволяє визначити, чи достатньо людина коректна у відношенні з оточуючими і чи легко спілкуватися з нею. [15]. Методика самооцінки Ч.Д.Спілбергера, Ю.Л.Ханіна використовувалась для оцінки тривожних станів [9, 15]. 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 кожній 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. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати досить багато ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Як схильність, особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, які людина розцінює як небезпечні для самооцінки, самоповаги. Ситуативна тривожність як стан характеризується емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та може бути різним по інтенсивності і динамічності в часі. З метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у хворих на псоріаз використовувався опитувальник Бехтеревського інституту «ЛОБІ» [10]. Опитувальник само ставлення В.В.Століна використовувався для дослідження комплексу чинників ставлення до себе [18]. Опитувальник побудований відповідно до розробленої Століним ієрархічної моделі структури самоставлення та дозволяє виявити три рівні самоставлення, 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».

Результати та їх обговорення.

Отримані результати за методикою «Індекс життєвого стилю» показані на рис. 1.

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

Шкала В – диспозиція істерії. Велика сугестивність, відсутність критичності, селективна неувага, а переважаючим способом захисту виступає заперечення.

Шкала С – агресивна диспозиція. Головна емоція – гнів (роздратування), головний захист – заміщення, який керує агресією.

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. Основний спосіб захисту - компенсація, спрямована на те, щоб уникнути відчуття депресії.

Шкала F – параноїдальна диспозиція. Для цього типу характерна відсутність сугестивності й високої критичності, переважні емоції - відраза або неприйняття, як захист використовується механізм проєкції.

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

Шкала H – obsесивна диспозиція. У людей такого типу проявляється прагнення контролювати навколишнє середовище. Захист здійснюється за допомогою інтелектуалізації, раціоналізації і сублімації. Результати, отримані за методикою «Особис-

тісна біографія» представлені на рис. 2. 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 невірноваженими 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 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%. 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 людей з низьким рівнем тривожності, навпаки, потрібне пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, висвітлення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань. Аналіз психологічних типів реагування («ЛОБІ») хворих на псоріаз вказує, що в більшості випадків у групі домінують неврастенічний (36,7%), сенситивний (33,3%), ейфорійний (26,7%) та паранойяльний (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, нетерплячистію. Роздратування часто виливається на першого-ліпшого і завершується нерідко каяттям і сльозами. Важко переносяться больові відчуття.

Ейфорійний тип відношення. Необґрунтовано 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 унікати, вважати неповноцінним, зневажливо ставитися. Острах стати тягарем для близьких через хворобу.

Паранойяльний 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 опитувальника самоставлення 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. 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.

Висновки. Результати роботи свідчать про те, що в більшій частині пацієнтів протягом життя і на момент обстеження виникали проблеми, що пов'язані з пси-

хічним здоров'ям, які виражалися в зниженні соціальної адаптації. Вплив дерматозу на емоційний стан відзначили 61%

хворих на псоріаз, психологічних чинників на перебіг шкірного захворювання – 55% обстежених.

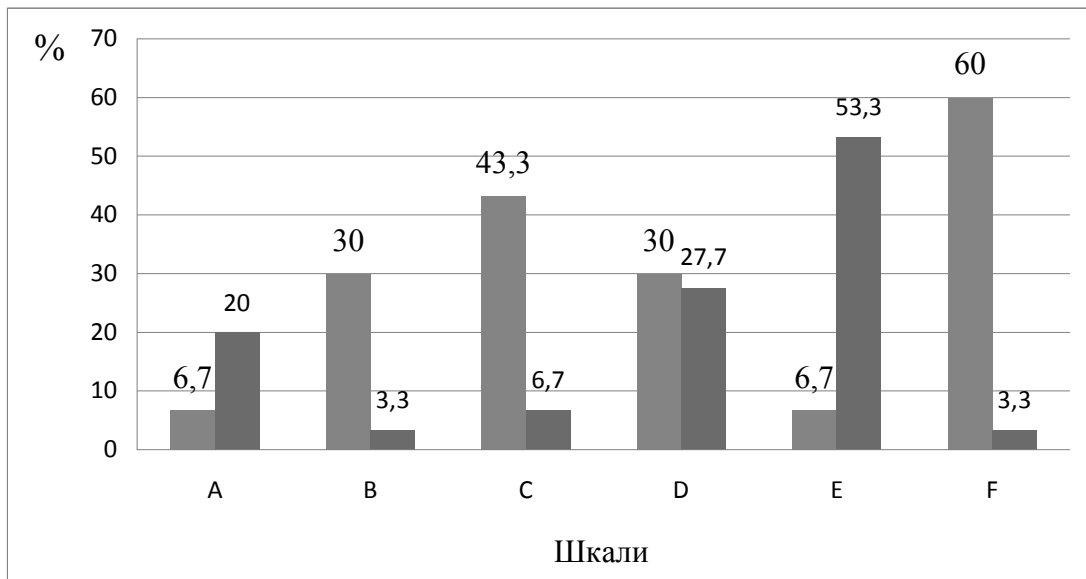


Рис. 1. Результати діагностики за методикою «Індекс життєвого стилю»

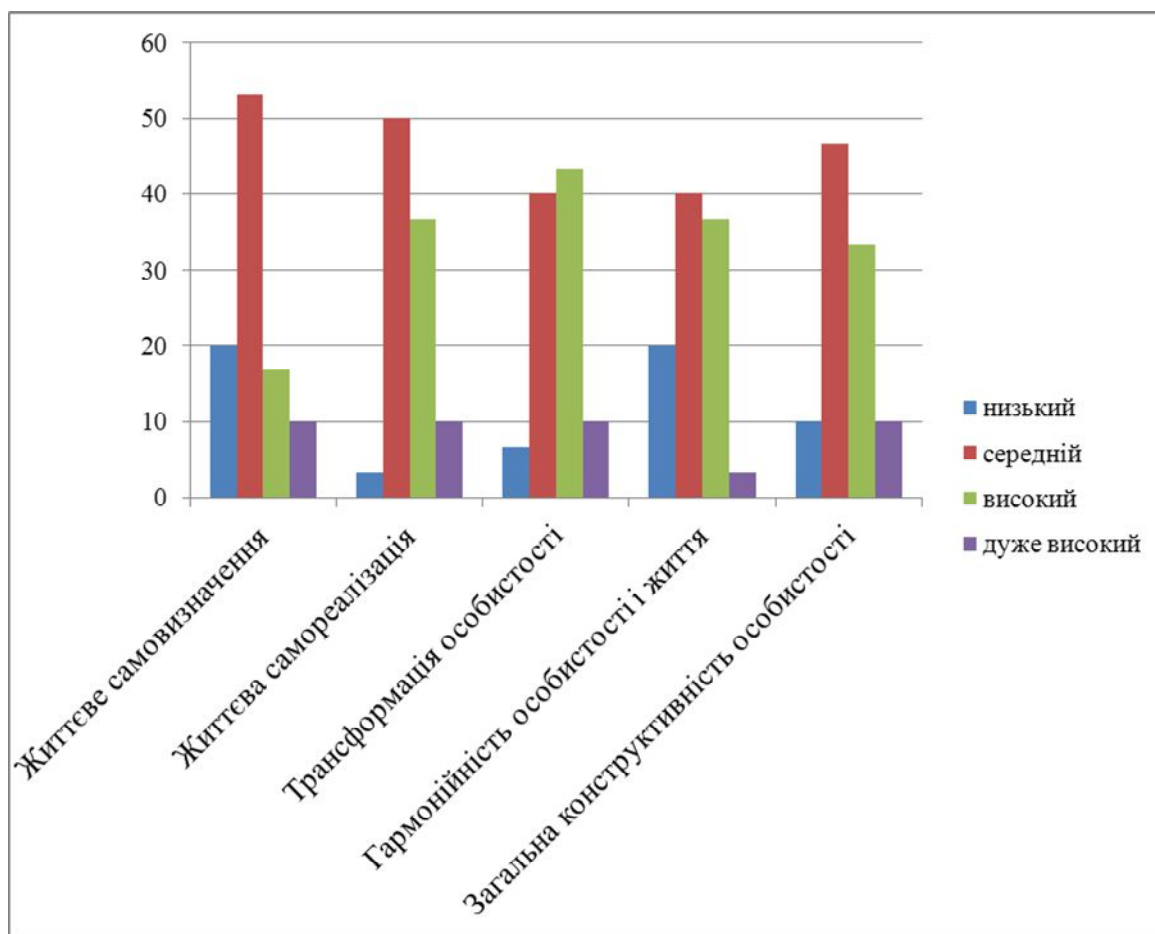


Рис. 2. Аналіз результатів за методикою «Особистісна біографія»

Вивчення особливостей особистості за методикою «Індекс життєвого стилю» показують, що досить високий рівень спо-

стерігається по шкалі E – 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. Наше дослідження показує, що у хворих на псоріаз досить суттєво занижена загальна конструктивність особистості (46,7%). 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. У пацієнтів, хворих на псоріаз особистісна тривожність (80%) вища ситуативної (26,7%), тобто загострення хвороби активує стійку індивідуальну схильність суб'єкта до тривоги. Аналіз психологічних типів реагування хворих на псоріаз вказує, що в групі домінують неврастенічний, сенситивний, ейфорійний та паранояльний типи відношення до хвороби. Виявлені типи психо-

логічного реагування вказують на стереотипне відношення пацієнтів до захворювання. Результати за опитувальником Століна свідчать про занижений рівень «глобальне самоставлення» - 40%.

З урахуванням отриманих даних може бути обґрунтована необхідність ширшого використання в лікуванні й реабілітації хворих псоріазом психотерапії та психологічного консультування. Тому, на наш погляд, актуальним є проведення більш ґрунтовних досліджень в цьому напрямі. Отримані результати слід враховувати при розробці програм комплексної терапії. Ефективне лікування вимагає вживання комплексного підходу, що включатиме психодіагностичні методи з урахуванням складних психосоматичних співвідношень в структурі 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.
4. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
5. 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.
6. 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.
7. Коляденко В.Г., Степаненко В.І., Федорич П.В., Скляр С.І. Шкірні та венеричні хвороби. – Вінниця: Нова Книга, 2006. – 424 с.
8. Конгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориатическая болезнь. – Екатеринбург, 2002. – 193 с.
9. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодиагностика: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / За заг. ред. М.С.Корольчука. – 2009. – 400 с.
10. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпрес., 2001. – 592 с.
11. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. - 359 с.
12. Павлова О.В. Основы психодерматологии. – М.: Изд-во ЛКИ, 2007. – 240 с.
13. Полотебнов А.Г. Дерматологические исследования. – СПб.: Типография М.М.Стасюлевича, 1986. – С. 300-350.

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 психодіагностики. Навч. посібник. – 3 вид., перекладене з рос., перероблене та доповнене. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2003. – 192 с.
18. Столин В.В., Пантилеев С.Р. Опросник самооотношения // Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы. – М., 1988. – С. 123-130.
19. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ПСИОРИАЗОМ

О.А.Каденко, И.В.Томаржевская

В статье представлены и проанализированы результаты психодиагностического обследования больных псориазом. Обоснована необходимость комплексного подхода, который должен включать психодиагностические методы с учетом сложных психосоматических соотношений в структуре заболевания, разработку программ психологического сопровождения.

PSYCHOLOGICAL DESCRIPTION OF INDIVIDUAL-PERSONALITY FEATURES OF PATIENTS OF PSORIAZ

O.A.Kadenko, I.V.Tomarzhevskaya

In the article presented and results of psychological inspection of patients by psoriasis. The necessity of complex approach which must include psychological methods taking into account difficult psychosomatic correlations in the structure of disease is grounded, program of psychological accompaniment development.

УДК 616.517-085-036:617.7

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРУ РОСТУ-1 З ІНТЕГРАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ, ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ, АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПСОРИАЗ

Е.М.Солошенко, Н.В.Жукова

ДУ «Інститут дерматології та венерології АМНУ», Харків

Актуальність теми. Серед різних метаболічних порушень при псоріазі важлива роль належить порушенням ліпідного

обміну, котрі до кінця все ще не досліджені. Існують лише поодинокі роботи щодо взаємозв'язку інсуліноподібного фактору