

УДК 616.89: 616.5-009

О. А. Усков
ПСИХОСОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

A. A. Uskov
Психосоциальная адаптация подростков с атопическим дерматитом

A. Uskov
Psychosocial adaptation of adolescents with atopic dermatitis

У роботі висвітлені особливості психосоціальної адаптації підлітків з атопічним дерматитом. Виявлено, що у дівчат та хлопців з дерматозом були нижчими адаптивність, самоприйняття, рівень емоційного комфорту, інтернальність, показники прагнення до домінування. Гендерні особливості виражалися у тому, що дівчата з атопічним дерматитом, порівняно з хлопцями, краще сприймали інших людей і більше орієнтувалися на оцінення оточення, тоді як у хлопців, при порівнянні із соматично здоровими юнаками, був нижчим рівень прагнення до домінування.

Ознаки психосоціальної дезадаптації у підлітків з атопічним дерматитом вказували на необхідність організації та проведення медико-психологічних заходів, зорієнтованих на зменшення впливу психопатогенного фону та посилення ресурсної функції психосоціального компонента. Основними психологічними інтервенціями були психосоціальний тренінг, психотехніки, спрямовані на самопізнання, нормалізацію самооцінки, гармонізацію міжособистісних стосунків, саморегуляцію психічних станів, застосування адаптивних копінг-стратегій.

Ключові слова: атопічний дерматит, підлітки, психосоціальна адаптація

В работе освещены особенности психосоциальной адаптации подростков с атопическим дерматитом. Виявлено, что у девушек и парней с дерматозом были ниже адаптивность, самопринятие, уровень эмоционального комфорта, интернальность, показатели стремления к доминированию. Гендерные особенности выражались в том, что девушки с атопическим дерматитом по сравнению с парнями лучше воспринимали других людей и больше ориентировались на оценку окружения, в то время как юноши при сравнении с соматически здоровыми молодыми людьми имели более низкий уровень стремления к доминированию.

Признаки психосоциальной дезадаптации у подростков с атопическим дерматитом указывали на необходимость организации и проведения медико-психологических мероприятий, ориентированных на уменьшение воздействия психопатогенного фона и усиление ресурсной функции психосоциального компонента. Основными психологическими интервенциями были психосоциальный тренинг, психотехники, направленные на самопознание, нормализацию самооценки, гармонизацию межличностных отношений, саморегуляцию психических состояний, применение адаптивных копинг-стратегий.

Ключевые слова: атопический дерматит, подростки, психосоциальная адаптация

The paper describes the features of psychosocial adaptation of adolescents with atopic dermatitis. Found that boys and girls with dermatosis had lower adaptability, self-acceptance, emotional comfort, and internal locus; lower rates of dominance. Gender features expressed that girl with atopic dermatitis compared with boys had more attuned to others and more focused on the assessment of the environment, while the boys compared with somatically healthy boys had lower levels of dominance.

Signs of psychosocial maladjustment in adolescents with atopic dermatitis pointed to the need for organizing and conducting psychological measures oriented to reduce the impact of pathogenic background and enhance resource function of psychosocial component. The main psychological interventions were psychosocial training, psychotechniques aimed at self-knowledge, self-normalization, and harmonization of interpersonal relationships, self-regulation of mental states, and the use of adaptive coping strategies.

Key words: atopic dermatitis, adolescents, psychosocial adaptation

На сьогодні став незаперечним факт впливу психо-емоційних чинників на перебіг шкірних захворювань. Актуальними для вивчення у сфері психодерматології є питання дії психологічних чинників на виникнення і перебіг дерматозів; виявлення психологічних змін, пов'язаних з наявністю шкірних захворювань та їх лікування; оцінювання поширеності та структура психічних розладів у дерматологічних хворих, психофармакотерапія; встановлення психосоматичного підґрунтя розвитку дерматологічних захворювань; розроблення психологічної допомоги пацієнтам з шкірними хворобами [1, 2].

Особливістю дерматологічних захворювань є зміни зовнішнього вигляду, що у деяких випадках, внаслідок значного спотворення зовнішності або сприйняття дефекту як надмірного, приводять до виникнення різноманітних психоемоційних реакцій. Суб'єктивні переживання власної потворності зазвичай бувають навіть сильнішими, ніж в оточуючих [3].

Індивідуальна картина психологічної реакції на дерматоз пов'язана з особистісними особливостями хворих. Відомо, що діти, схильні до розвитку atopічного дерматиту (АД), часто відрізняються підвищеною чутливістю і нервозністю, акцентуванням характерологічних рис, підвищеною емоційністю, наявністю агресивних тенденцій, невмінням виражати негативні емоції, порушенням ідентифікації, що не лише стає джерелом стресу для дітей і батьків, але ще більше посилює дію патологічних чинників хвороби [4, 5].

Клінічні прояви хвороби спричиняють труднощі соціальної адаптації хворих, значною мірою погіршують якість їхнього життя, знижують соціальну активність та продуктивність навчання і праці, створюють труднощі в спілкуванні, в особистому житті, а важкий перебіг процесу може привести до ізоляції хворого [6]. Одним з негативних наслідків дерматозів є розвиток соціальної фобії, як результату порушення міжособистісних стосунків.

У підлітковому віці соціальна адаптованість є важливою складовою психологічного благополуччя, тоді як доступ до зовнішньої підтримки — потужним ресурсом протистояння стресу. Таким чином, побудова ефективних систем психологічної допомоги для хворих з дерматологічними хворобами з включенням психосоціальної складової є необхідним та невід'ємним компонентом лікувального процесу.

Метою роботи було — вивчити особливості психо-соціальної адаптації підлітків з atopічним дерматитом.

Під час дослідження використовували методику діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса — Даймонда [7]. Оцінювання стану психосоціальної адаптації проводили за окремими шкалами, що утворювали діагностичні пари, та інтегральними показниками.

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД — основна група (ОГ, 67 дівчат та 41 хлопців), та 48 соматично здорових підлітків, які склали групу порівняння (ГП, 29 дівчат та 19 хлопців).

У діаді «адаптивність — дезадаптивність» виявлено вищі рівні адаптивності у дівчат з ГП ($102,1 \pm 30,9$ бали у ОГ і $116,7 \pm 31,6$ бали у ГП) та дезадаптивності у хлопців з ОГ ($67,6 \pm 19,6$ бали у ОГ та $57,1 \pm 14,0$ балів у ГП), також встановлено, що у юнаків з АД показник пристосованості був більшим порівняно з юнками з АД ($102,1 \pm 30,9$ та $119,1 \pm 29,4$ бали відповідно), $p < 0,05$ (табл. 1).

Проявами адаптованості у опитуваних були:

- відповідальність, оптимізм, врівноваженість, впевненість, рішучість, енергійність, ініціативність, комунікабельність;
- активна життєва позиція, прагнення до лідерства та саморозвитку;
- самоконтроль у емоційній та поведінковій сферах, високий рівень самоприйняття та саморозуміння;
- відкритість у прояві почуттів;
- позитивне сприйняття оточення, доброзичливі та партнерські відносини з іншими людьми;
- вміння діяти в рамках встановлених правил, планувати діяльність;
- задоволеність своїми результатами, позитивне ставлення до себе, сприйняття себе як цікавої людини;
- опора на власні ресурси у вирішенні проблем.

Дезадаптованість проявлялася:

- розбитістю, в'ялістю, стривоженістю, відчуттям внутрішнього напруження, неврівноваженості та імпульсивності;
- застряганням на образах, відчуттям приниженості, беззахисності у поєднанні з потребою сторонньої допомоги;
- недовірою до себе, нерішучістю, невпевненістю у своїх силах та здібностях, наявністю думок, що інші не сприймають серйозно;
- сором'язливістю, сумнівами у своїй привабливості, в тому числі для протилежної статі;
- страхом бути самим собою, проявити себе справжнього;
- відсутністю бажання розкриватися перед іншими людьми;
- переживаннями «що подумают інші», страхом розриву відносин або наявності в них напруженості;
- настороженим та неприязним ставленням до оточення, очікуванням нападу, і як наслідок — підвищеною готовністю до захисту чи навіть нападу;
- невизначеністю внутрішніх переконань, труднощами у відстоюванні власної позиції;
- схильністю легко піддаватися натиску, підкорятися та підпадати під вплив інших людей, чужої волі, обставини часто примушували виправдовуватися та обґрунтовувати власні вчинки;
- безсиллям перед проблемами, труднощами мобілізуватися у стресовій ситуації, пасували перед перешкодами, виникало бажання ухилитися, сховатися від проблем;
- занепокоєнням наявністю думок щодо протилежної статі, уникнення контакту, іноді навіть презирство.

Щодо діагностичної пари «прийняття та неприйняття себе» — реєструвалися нижчі показники прийняття у дівчат ($31,1 \pm 9,8$ бали у ОГ та $36,2 \pm 8,8$ бали у ГП) і вищі — неприйняття у опитуваних обох статей ОГ, на відміну від ГП ($21,7 \pm 4,8$ бали у юнок та $20,4 \pm 4,1$ бали у юнаків ОГ і відповідно $19,7 \pm 3,8$ бали та $18,2 \pm 3,4$ бали у ГП), $p < 0,05$. Під час порівняння результатів опитуваних ОГ встановлено, що хлопці ставилися до себе більш прихильно, порівняно з дівчатами, $p < 0,05$.

Прийняття себе базувалося на векторі ставлення до своїх внутрішніх властивостей та зовнішності. Опитувани з високими рівнями прийняття подобалися собі, цінували власні здібності і вміння, вважали себе зовнішньо привабливими і помітними, та вважали, що викликають зацікавленість і приязнь у інших людей, були задоволені

собою, добре знали свої позитивні та негативні сторони. Тоді як підлітки з низьким самоприйняттям демонстрували низькі прояви самовираження, ставилися до себе з презирством, знецінювали здобутки та досягнення, скаржилися на безволля і ненадійність, мали сумніви щодо привабливості для протилежної статі, вважали, що їх ніхто по-справжньому не цінує.

Діада «прийняття та неприйняття інших» характеризувалася вищими рівнями прийняття поміж дівчат у юнок ГП ($19,3 \pm 6,8$ бали у ОГ та $22,7 \pm 4,7$ бали у ГП) та більшими — неприйняття у хлопців порівняно з дівчатами ОГ ($17,0 \pm 5,1$ бали у юнок та $22,9 \pm 7,1$ бали у юнаків), $p < 0,05$.

Прийняття інших поєднувалося з доброзичливим ставленням до оточуючих і добрими стосунками з людьми, комунікабельністю, відкритістю, вмінням швидко налагоджувати відносини та сходитися з іншими, високою толерантністю, здатністю дивитися на ситуацію очима співрозмовника та солідарністю поглядів з однолітками.

Підлітки, які були схильні до стриманості, замкнутості, відстороненості, сконцентрованості на власних потребах, доброзичливе ставлення інших їх насторожувало, вони уникали саморозкриття, характеризувалися низьким «прийняттям інших».

Виявлено нижчі показники емоційного комфорту у хлопців ($27,6 \pm 6,0$ балів у ОГ і $31,3 \pm 7,0$ балів у ГП) та вищі — емоційного дискомфорту у опитуваних обох статей з ОГ ($21,1 \pm 6,4$ бали у юнок і $23,6 \pm 8,0$ балів у юнаків ОГ та відповідно $18,3 \pm 5,3$ і $19,8 \pm 2,7$ бали у ГП), $p < 0,05$.

Емоційне благополуччя виражалось у відчутті спокою та задоволеності, врівноваженості, оптимістичному сприйнятті ситуації, вмінні відкрито виражати власні почуття, тоді як емоційний дискомфорт асоціювався з напруженістю, занепокоєнням, тривогою, або навпаки байдужістю до всього, відчуттям приниженості, недовірою до власних почуттів.

Для дівчат та хлопців з ОГ притаманними були вищі рівні зовнішнього контролю ($23,5 \pm 4,9$ бали у юнок та $24,8 \pm 5,2$ бали у юнаків ОГ і $20,4 \pm 5,8$ та $21,8 \pm 4,1$ бали у ГП), $p < 0,05$. У юнаків порівняно з юнками ОГ внутріш-

ній контроль був більшим ($27,7 \pm 11,8$ бали у дівчат та $35,2 \pm 10,4$ бали у хлопців), $p < 0,05$.

Проявами внутрішнього контролю були високі вимоги до себе, рефлексія, відповідальність за результат, ініціативність, самоконтроль, виражені волевовластивості, рішучість, домінування логіки над емоціями. Зовнішній контроль супроводжувався невпевненістю, безпомічністю, потребою у сторонній допомозі, бажанням втекти від проблем, схильністю до суб'єктивної інтерпретації подій, несамостійністю у прийнятті рішень, нерішучістю, справи часто не доводилися до завершення без зовнішньої мотивації, був присутнім страх невдачі з приводу нового починання.

У парі «домінування — підлеглість» у юнаків ОГ були нижчі рівні домінування, ніж у хлопців ГП ($10,2 \pm 3,5$ бали у ОГ та $12,1 \pm 3,1$ бали у ГП), а у дівчат з ОГ вищими були показники підлеглості, на відміну від юнок ГП ($20,1 \pm 5,0$ та $18,0 \pm 4,5$ бали), $p < 0,05$. Під час порівняння даних всередині досліджуваних груп виявлено більші прояви домінування у хлопців порівняно з дівчатами у ГП ($10,0 \pm 1,5$ та $12,1 \pm 3,1$ бали), $p < 0,05$.

Для домінування були властивими відчуття зверхності над іншими, честолюбство, прагнення до успіху та визнання, бажання бути найкращим, виражені лідерські властивості. Підлеглість обумовлювалася недостатньо окресленими внутрішніми переконаннями та правилами, несамостійністю у думках та вчинках, такі підлітки легко підпадали під вплив інших людей, змінювали свою поведінку під натиском зі сторони, боялися конфронтувати зі страху погіршити відносини, були поступливими та м'якими у стосунках.

Ескапізм (ухилення від проблем) був більшим серед опитуваних ОГ ($13,4 \pm 5,1$ бали у дівчат та $13,3 \pm 4,7$ бали у хлопців з ОГ і $11,3 \pm 3,9$ бали у юнок та $10,8 \pm 2,5$ у юнаків з ГП), $p < 0,05$.

Ескапізму були притаманні мрійливість та втеча у фантазування на противагу реалістичному сприйняттю, постійна готовність до захисту та виправдування себе, виражена образливість, капітуляція перед труднощами і можливими ускладненнями.

Таблиця 1. Показники психосоціальної адаптації підлітків з АД, $x \pm \sigma$

Показники	max	Основна група, $n = 108$		Група порівняння, $n = 48$	
		дівчата ($n = 67$)	хлопці ($n = 41$)	дівчата ($n = 29$)	хлопці ($n = 19$)
Адаптивність	204	$102,1 \pm 30,9^{*1}$	$119,1 \pm 29,4^1$	$116,7 \pm 31,6^*$	$122,5 \pm 28,9$
Дезадаптивність	204	$65,4 \pm 19,8$	$67,6 \pm 19,6^*$	$60,3 \pm 16,6$	$57,1 \pm 14,0^*$
Прийняття себе	66	$31,1 \pm 9,8^{*1}$	$37,0 \pm 6,1^1$	$36,2 \pm 8,8^*$	$40,6 \pm 9,6$
Неприйняття себе	42	$21,7 \pm 4,8^*$	$20,4 \pm 4,1^*$	$19,7 \pm 3,8^*$	$18,2 \pm 3,4^*$
Прийняття інших	36	$19,3 \pm 6,8^*$	$20,0 \pm 5,1$	$22,7 \pm 4,7^*$	$21,3 \pm 4,1$
Неприйняття інших	42	$17,0 \pm 5,1^1$	$22,9 \pm 7,1^1$	$19,2 \pm 5,8$	$19,6 \pm 4,3$
Емоційний комфорт	42	$25,7 \pm 8,1$	$27,6 \pm 6,0^*$	$29,1 \pm 8,0$	$31,3 \pm 7,0^*$
Емоційний дискомфорт	42	$21,1 \pm 6,4^*$	$23,6 \pm 8,0^*$	$18,3 \pm 5,3^*$	$19,8 \pm 2,7^*$
Внутрішній контроль	84	$27,7 \pm 11,8^1$	$35,2 \pm 10,4^1$	$30,8 \pm 7,7$	$35,5 \pm 11,0$
Зовнішній контроль	48	$23,5 \pm 4,9^*$	$24,8 \pm 5,2^*$	$20,4 \pm 5,8^*$	$21,8 \pm 4,1^*$
Домінування	18	$9,7 \pm 2,9$	$10,2 \pm 3,5^*$	$10,0 \pm 1,5^1$	$12,1 \pm 3,1^{*1}$
Підлеглість	36	$20,1 \pm 5,0^*$	$20,0 \pm 6,9$	$18,0 \pm 4,5^*$	$17,6 \pm 4,3$
Ескапізм	30	$13,4 \pm 5,1^*$	$13,3 \pm 4,7^*$	$11,3 \pm 3,9^*$	$10,8 \pm 2,5^*$

Примітки. Тут і далі: * — $p < 0,05$ між досліджуваними однієї статі з різних груп; ¹ — $p < 0,05$ поміж опитуваними різної статі однієї групи

Виявлено відмінності інтегральних показників у ОГ та ГП (табл. 2). У дівчат та хлопців ОГ, на відміну від ГП, була нижчою адаптивність ($60,8 \pm 8,2\%$ у дівчат та $63,7 \pm 7,6\%$ у хлопців з ОГ і $65,7 \pm 6,4\%$ та $68,2 \pm 3,7\%$, відповідно ГП), самоприйняття ($46,7 \pm 10,4\%$ у юнок та $53,1 \pm 6,3\%$ у юнаків ОГ, $53,2 \pm 8,2\%$ та $57,8 \pm 6,2\%$ у ГП), рівень емоційного комфорту (ОГ: у дівчат $54,5 \pm 11,3\%$ та у хлопців $54,5 \pm 9,4\%$, та у ГП: $60,9 \pm 9,4\%$ і $60,7 \pm 6,5\%$), інтернальність (відповідно, у ОГ $44,5 \pm 11,0\%$ та $49,8 \pm 8,3\%$, у ГП $51,9 \pm 10,5\%$ та $52,9 \pm 8,3\%$), нижчі показники

прагнення до домінування ($48,7 \pm 8,6\%$ у юнок та $50,3 \pm 11,4\%$ у юнаків з ОГ і $52,9 \pm 5,9\%$ та $57,7 \pm 6,2\%$ у опитуваних ГП).

Гендерні особливості виражалися у тому, що дівчата з АД порівняно з хлопцями краще сприймали інших людей ($56,9 \pm 10,4\%$ та $51,4 \pm 10,7\%$) і більше орієнтувалися на оцінення оточення ($44,5 \pm 11,0\%$ та $49,8 \pm 8,3\%$). У хлопців з АД, порівняно із соматично здоровими юнаками, був нижчим рівень прагнення до домінування ($50,3 \pm 11,4\%$ та $57,7 \pm 6,2\%$).

Таблиця 2. Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації у опитуваних ОГ та ГП, %

Показники	Основна група (n = 108)		Група порівняння (n = 48)	
	дівчата (n = 67)	хлопці (n = 41)	дівчата (n = 29)	хлопці (n = 19)
Адаптивність	$60,8 \pm 8,2^*$	$63,7 \pm 7,6^*$	$65,7 \pm 6,4^*$	$68,2 \pm 3,7^*$
Самоприйняття	$46,7 \pm 10,4^*$	$53,1 \pm 6,3^*$	$53,2 \pm 8,2^*$	$57,8 \pm 6,2^*$
Прийняття інших	$56,9 \pm 10,4^1$	$51,4 \pm 10,7^1$	$59,0 \pm 7,6$	$56,5 \pm 6,3$
Емоційний комфорт	$54,5 \pm 11,3^*$	$54,5 \pm 9,4^*$	$60,9 \pm 9,4^*$	$60,7 \pm 6,5^*$
Інтернальність	$44,5 \pm 11,0^{*1}$	$49,8 \pm 8,3^1$	$51,9 \pm 10,5^*$	$52,9 \pm 8,3$
Прагнення до домінування	$48,7 \pm 8,6^*$	$50,3 \pm 11,4^*$	$52,9 \pm 5,9^{*1}$	$57,7 \pm 6,2^{*1}$

Підсумовуючи, можна стверджувати, що у підлітків з atopічним дерматитом рівень психосоціальної адаптації був нижчим порівняно зі здоровими однолітками. Соціальна дезадаптація була обумовлена внутрішньо-особистісними проблемами, пов'язаними з прийняттям себе, заниженою самооцінкою, схильністю орієнтуватися на зовнішню оцінку, несамостійністю, втечею від вирішення проблем, низьким рівнем самопізнання та самоконтролю в емоційній та поведінковій сферах, наявністю негативних емоційних переживань, застосуванням неефективних стратегій стрес-долаючої поведінки.

Адаптованість у соціумі, з одного боку, відображала власний особистісний потенціал протидії стресу, з іншого, — вказувала на доступність зовнішнього — психосоціального.

Ознаки психосоціальної дезадаптації у підлітків з atopічним дерматитом вказували на необхідність організації та проведення медико-психологічних заходів, зорієнтованих на зменшення впливу психопатогенного фону та посилення ресурсної функції психосоціального компонента. Як психологічні мішені виокремлено високий рівень дезадаптивності, порушення самоприйняття, дисбаланс по осі інтернальність — екстернальність, високий рівень ескапізму.

Основними психологічними інтервенціями були психосоціальний тренінг, психотехніки, спрямовані на самопізнання, нормалізацію самооцінки, гармонізацію міжособистісних стосунків, саморегуляцію психічних станів та застосування адаптивних копінг-стратегій.

Список літератури

1. Смулевич А. Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / [А. Б. Смулевич, О. Л. Иванов, А. Н. Львов, Ю. И. Дороженков] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2004. — № 11. — С. 4—13.
2. Минченко А. В. Атопический дерматит и стресс: современные представления / А. В. Минченко // «Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины»: тезисы V конф. молодых ученых России с международным участием: Диск-приложение к журналу «Вестник Российской Академии медицинских наук». — М., 2008. — 144 с.
3. Назаров Р. Н. Клинические Павловские чтения: Психосоматика: сб. тр. Выпуск второй / Р. Н. Назаров. — СПб.: Изд-во Петрополис, 2001 — 63 с.
4. Ревякина В. А. Атопический дерматит у детей: проблемы диагностики, классификации и клиники / В. А. Ревякина // *Materia Medica*. — 2000. — № 1(25). — С. 92.
5. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных atopическим дерматитом (часть I) / [В. В. Остришко, О. Л. Иванов, В. С. Новоселов, Д. Б. Колесников] // Вестник дерматологии и венерологии. — 1998. — № 2. — С. 34—37.
6. Кочергин Н. Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза / Н. Г. Кочергин, Л. М. Смирнова // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2006. — № 4. — С. 29—31.
7. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — 490 с.

Надійшла до редакції 01.04.2015 р.

УСКОВ Олександр Анатолійович, лікар-дерматолог медичного центру «Сімейна консультація», м. Харків
USKOV Alex, Physician-dermatologist of medical center "Family counseling", Kharkiv