

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВУГРОВОЮ ХВОРОБОЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Вивчення особливостей проявів депресивного стану у пацієнтів із вугровою хворобою виявило її значну поширеність з переважанням станів легкого ступеня тяжкості. Визначено гендерну специфічність у депресивних проявах: у жінок вугрова патологія спричиняла більш виражені порушення у психоемоційному стані. Установлено, що для вугрової хвороби високоспецифічним є симптом дисморфобії. Хворим із вугровою патологією притаманні високі рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності. Порушення у психоемоційній сфері обумовлювали психологічний дискомфорт та були підґрунтям для формування психологічної дезадаптації.**

*Ключові слова:* вугрова хвороба, депресія, тривожність, психоемоційний стан, психодерматологія, медико-психологічна допомога.

Вугрова хвороба (ВХ), або акне, є однією з найпоширеніших проблем, з якою пацієнти звертаються до дерматологів та косметологів. Найчастіше захворювання починається у підлітковому віці, близько 85% осіб мають цю патологію. У більшості пацієнтів до 20 років акне регресують, однак у 10–20% хворих дерматоз стає хронічним. Рецидивуючий перебіг ВХ, локалізація уражень на видимих ділянках шкіри погіршують якість життя пацієнтів і спричиняють розвиток психічних порушень [1]. Шкірні захворювання із косметологічними дефектами у 40–60% осіб супроводжуються зниженням соціального статусу, проблемами у професійній діяльності, міжособистісних стосунках [2–5].

Можна виділити три основні рівні взаємозв'язків патогенезу ВХ із психоемоційним станом [6]: загальні генетичні чинники і фактори навколишнього середовища, які спричиняють як розвиток ВХ, так і порушення ментальної сфери; провокація нозогенних психічних розладів косметичними дефектами; вплив змін психічної сфери на перебіг захворювання.

Акне має більш виражену психотравмуючу негативну дію на психіку пацієнтів порівняно з іншими шкірними захворюваннями та станами, які зменшують зовнішню привабливість людини (ожиріння, рубці на відкритих ділянках тіла) та можуть досягати ступеня загрозливих для життя або інвалідизуючих [7]. Стрес, пов'язаний із переживаннями через свою зовнішність, спричиняє патологічні гормональні реакції, які ще більше ускладнюють перебіг захворювання. Проблемами акне є негативні емоції, тривога, депресія, порушений образ тіла, знижена самооцінка, менша задоволеність зовнішністю, зниження якості життя [8]. Хворі з ВХ часто асоціюють наявність висипу з власною потворністю та огидою в оточуючих,

що супроводжується уникненням соціальних контактів [8]. Формування психічних розладів при ВХ взаємопов'язане з індивідуальними особливостями особистості. Молоді жінки становлять найбільш уразливу щодо розвитку психічних розладів групу, що обумовлено більшою значущістю краси порівняно з чоловіками [1, 9–11].

Корекція психоемоційного стану — важлива складова медико-психологічної допомоги пацієнтам із ВХ, у зв'язку з чим вивчення їх емоційного реагування на захворювання є актуальним завданням психодерматологічної практики.

Метою дослідження було вивчення особливостей проявів депресивного стану, рівнів особистісної та ситуативної тривожності у хворих із ВХ.

У дослідженні взяли участь 142 хворих із ВХ — основна група (ОГ), із них 75 жінок і 67 чоловіків (ОГ1 та ОГ2), і 70 опитуваних без шкірної чи будь-якої хронічної соматичної патології — група порівняння (ГП), відповідно 35 дівчат та 35 хлопців (ГП1 та ГП2).

Для визначення психоемоційного стану обстежених обох груп було використано шкалу депресії А. Т. Бека (BDI, Beck Depression Inventory) та методику суб'єктивної оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [12].

Наявність вугрового висипу на обличчі сприймалася опитуваними як серйозна загроза для їхньої краси, привабливості, соціальної успішності. Основними психологічними проблемами хворих, пов'язаними з наявністю ВХ, були:

- занепокоєння погіршенням свого зовнішнього вигляду;
- почуття неповноцінності, присутності «дефекту»;

Таблиця 1

**Вираженість депресивного стану в опитуваних основної групи та групи порівняння,  $x \pm \sigma$  (за шкалою Бека)**

Параметри	ОГ, $n = 142$	ГП, $n = 70$
Загальний рівень	10,6±4,8*	5,5±3,4*
Когнітивні та афективні прояви	6,9±3,8*	3,9±2,8*
Соматичні прояви	3,7±2,1*	1,6±1,1*

\*  $p < 0,05$ .

Таблиця 3

**Структура депресивного стану в обстежених основної групи та групи порівняння,  $x \pm \sigma$**

Рівень депресії	ОГ, $n = 142$		ГП, $n = 70$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Відсутня	74	52,1	60	85,7
Субдепресія	43	30,3	10	14,3
Помірна	18	12,7	0	0
Виражена	7	4,9	0	0
Тяжка	0	0	0	0

Таблиця 2

**Вираженість депресивного стану у пацієнтів основної групи,  $x \pm \sigma$  (за шкалою Бека)**

Параметри	ОГ1, $n = 75$	ОГ2, $n = 67$
Загальний рівень	11,5±5,6*	9,6±3,5*
Когнітивні та афективні прояви	7,8±4,4*	5,9±2,6*
Соматичні прояви	3,7±2,4	3,7±1,6

\*  $p < 0,05$ .

Таблиця 4

**Структура депресивного стану у пацієнтів основної групи,  $x \pm \sigma$**

Рівень депресії	ОГ1, $n = 75$		ОГ2, $n = 67$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Відсутня	33	44,0	41	61,2
Субдепресія	24	32,0	19	28,4
Помірна	11	14,7	7	10,4
Виражена	7	9,3	0	0
Тяжка	0	0	0	0

— відчуття невпевненості у спілкуванні з іншими людьми, особливо з протилежною статтю через проблеми із зовнішністю;

- страх бути відразливими для інших людей;
- страх публічних виступів;
- обмеження чи уникнення соціальних контактів.

Психоемоційний стан обстежених формувалася на основі взаємодії нозогенних чинників та їх персоніфікованого сприйняття пацієнтами. Загальна вираженість депресивних проявів у хворих із ВГ досягла субдепресивного стану і була вищою порівняно з особами без соматичної патології, у яких цей показник перебував у межах норми (10,6±4,8 бала в ОГ та 5,5±3,4 бала у ГП,  $p < 0,05$ ) (табл. 1).

За субшкалами когнітивно-афективних (СКА) та соматичних проявів (ССП) вищі результати отримано у пацієнтів із ВХ (СКА — 6,9±3,8 бала в ОГ та 3,9±2,8 бала у ГП; ССП — 3,7±2,1 та 1,6±1,1 бала відповідно,  $p < 0,05$ ). Когнітивно-афективні симптоми переважали соматичні депресивні.

Установлено, що у дівчат із ВХ рівень депресивних переживань був вищим, ніж у хлопців (11,5±5,6 бала в ОГ1 та 9,6±3,5 бала в ОГ2,  $p < 0,05$ ) внаслідок когнітивних та емоційних симптомів більшої інтенсивності (7,8±4,4 бала в ОГ1 та 5,9±2,6 бала в ОГ2,  $p < 0,05$ ) (табл. 2). Вираженість соматичних проявів між підгрупами не відрізнялась (3,7±2,4 та 3,7±1,6 бала в ОГ1 та ОГ2).

Депресивний стан виявлено у 47,9% хворих із ВХ і лише у 14,3% опитуваних ОГ (табл. 3). Субдепресію діагностовано у 30,3% у пацієнтів із ВХ, помірну — у 12,7% та виражену у 4,9%, в обстежених у ГП був тільки легкий депресивний стан.

Серед дівчат із ВХ була більшою частка осіб (56,0%) із депресивними проявами порівняно з хлопцями (38,8%). Легкий депресивний стан виявлено у 32,0% осіб жіночої та 28,4% — чоловічої статі; помірний — у 14,7 та 10,4% відповідно, тоді як виражену депресію зареєстровано лише у пацієток ОГ1 — 9,3% (табл. 4).

Вираженість окремих симптомів депресії в пацієнтів ОГ була сильнішою, ніж в опитуваних ГП (табл. 5): прояви печалі (0,87±0,68 бала в ОГ та 0,41±0,60 бала у ГП), песимізму (0,93±0,41 та 0,53±0,50 бала), незадоволеності собою (0,85±0,57 та 0,51±0,58 бала), почуття провини (0,42±0,64 та 0,19±0,39 бала) і покараності (0,34±0,54 та 0,14±0,35 бала), самозвинувачення (0,58±0,72 та 0,16±0,37 бала), суїцидальні думки (0,06±0,24 та 0 балів), дратівливість (0,84±0,78 та 0,59±0,55 бала), відчуття соціальної відчуженості (0,64±0,62 та 0,27±0,45 бала), дисморфофобія (0,87±0,79 та 0,20±0,40 бала), труднощі в роботі та навчанні (0,35±0,49 та 0,20±0,40 бала), безсоння (0,72±0,69 та 0,27±0,45 бала), втомлюваність (0,35±0,49 та 0,21±0,41 бала), заклопотаність станом здоров'я (0,68±0,66 та 0,41±0,50 бала), зниження лібідо (0,63±0,55 та 0,34±0,48 бала), втрата апетиту (0,08±0,30 та 0 бала) при

Вираженість складових депресивного стану в опитуваних основної групи і групи порівняння,  $x \pm \sigma$ 

Параметри	ОГ, $n = 142$			ГП, $n = 70$
	ОГ1, $n = 75$	ОГ2, $n = 67$	загалом	
Печаль	0,81±0,73	0,93±0,61	0,87±0,68*	0,41±0,60*
Песимізм	0,91±0,34	0,96±0,47	0,93±0,41*	0,53±0,50*
Відчуття невезучості	0,28±0,76	0,27±0,45	0,27±0,63	0,21±0,41
Незадоволеність собою	0,89±0,56	0,81±0,58	0,85±0,57*	0,51±0,58*
Почуття провини	0,57±0,76*	0,25±0,44*	0,42±0,64*	0,19±0,39*
Відчуття покараності	0,52±0,62*	0,13±0,34*	0,34±0,54*	0,14±0,35*
Самозаперечення	0,15±0,39	0,07±0,26	0,11±0,34	0,10±0,30
Самозвинувачення	0,80±0,79*	0,34±0,54*	0,58±0,72*	0,16±0,37*
Суїцидальні думки	0,07±0,25	0,06±0,24	0,06±0,24*	—*
Плаксивість	0,27±0,45	0,15±0,36	0,21±0,41	0,16±0,37
Дратівливість	0,97±0,87*	0,69±0,63*	0,84±0,78*	0,59±0,55*
Відчуття соціальної відчуженості	0,71±0,61	0,57±0,63	0,64±0,62*	0,27±0,45*
Нерішучість	0,87±0,81*	0,63±0,57*	0,75±0,72	0,61±0,49
Дисморфофобія	0,88±0,80	0,85±0,78	0,87±0,79*	0,20±0,40*
Труднощі в роботі/навчанні	0,36±0,51	0,34±0,48	0,35±0,49*	0,20±0,40*
Безсоння	0,81±0,82	0,61±0,49	0,72±0,69*	0,27±0,45*
Втомлюваність	0,39±0,52	0,31±0,47	0,35±0,49*	0,21±0,41*
Втрата апетиту	0,08±0,27	0,09±0,34	0,08±0,30*	—*
Втрата ваги	0,04±0,20	0	0,02±0,14	—
Зклопотаність станом здоров'я	0,56±0,68*	0,81±0,61*	0,68±0,66*	0,41±0,50*
Втрата лібідо	0,57±0,50	0,70±0,60	0,63±0,55*	0,34±0,48*

\*  $p < 0,05$ .

$p < 0,05$ . Інтенсивність симптомів відчуття невезучості (0,27±0,63 та 0,21±0,41 бала), самозаперечення (0,11±0,34 та 0,10±0,30 бала), плаксивості (0,21±0,41 та 0,16±0,37 бала), нерішучості (0,75±0,72 та 0,61±0,49 бала), втрати ваги (0,02±0,14 та 0 балів) суттєво не відрізнялись між групами обстежених.

Провідними депресивними проявами у пацієнтів із ВХ були песимізм, печаль, дисморфофобія, незадоволеність собою, дратівливість, нерішучість, порушення сну, заклопотаність станом здоров'я, відчуття соціальної відчуженості, зниження лібідо, самозвинувачення. Такі симптоми, як почуття провини, труднощі в роботі, втомлюваність, відчуття покараності і невезучості, плаксивість, самозаперечення, втрата апетиту, суїцидальні думки та втрата ваги були представлені менше (табл. 5).

У дівчат були вищими рівні почуття провини (0,57±0,76 бала в ОГ1 та 0,25±0,44 бала в ОГ2), відчуття покараності (0,52±0,62 та 0,13±0,34 бала), самозвинувачення (0,80±0,79 та 0,34±0,54 бала), дратівливості (0,97±0,87 та 0,69±0,63 бала) та нерішучості (0,87±0,81 та 0,63±0,57 бала),

у юнаків — заклопотаності станом здоров'я (0,56±0,68 та 0,81±0,61 бала) при  $p < 0,05$  (табл. 5).

Гендерні відмінності депресивного стану у дівчат виявлялися в тому, що провідними симптомами у структурі депресії поряд із такими спільними, як печаль, песимізм, дисморфофобія, незадоволеність собою, дратівливість, були також самозвинувачення зі схильністю до формування почуття провини й виникнення відчуття покараності, безсоння, нерішучість, відчуття соціальної відчуженості. У хлопців депресивний стан характеризувався зниженим настроєм, песимізмом, незадоволеністю собою, дисморфофобією, заклопотаністю станом здоров'я, зниженням лібідо та дратівливістю.

Депресивні прояви в опитуваних ГП обмежувалися помірною вираженістю песимізму, незадоволеністю собою, дратівливості та нерішучості, що були моносимптомними і відповідали психологічним особливостям вікового періоду.

Симптом дисморфофобії був високоспецифічним для обстежених із ВХ на відміну від осіб без шкірної патології.

У хворих із ВХ був вищим ступінь як ситуативної, так і особистісної тривожності (41,3±8,7 бала

Таблиця 6

**Вираженість та структура тривожності в опитуваних основної групи і групи порівняння (за Ч. Д. Спілбергером — Ю. Л. Ханіним)**

Ступінь	ОГ, n = 142				ГП, n = 70			
	Тривожність							
	ситуативна		особистісна		ситуативна		особистісна	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низький	27	19,0	23	16,2	16	22,9	21	30,0
Середній	70	49,3	92	64,8	48	68,6	43	61,4
Високий	45	31,7	17	12,0	6	8,6	6	8,6
Рівень (бали)	41,3±8,7*		38,8±6,9*		35,7±6,3*		35,3±6,1*	

\*  $p < 0,05$ .

Таблиця 7

**Вираженість та структура тривожності у пацієнтів основної групи**

Ступінь	ОГ1, n = 75				ОГ2, n = 67			
	Тривожність							
	ситуативна		особистісна		ситуативна		особистісна	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низький	13	17,3	11	14,7	14	20,9	12	17,9
Середній	33	44,0	46	61,3	37	55,2	46	68,7
Високий	29	38,7	18	24,0	16	23,9	9	13,4
Рівень (бали)	42,8±8,9*		39,9±7,2*		39,7±8,3*		37,6±6,4*	

\*  $p < 0,05$ .

в ОГ та 35,7±6,3 бала у ГП; відповідно 38,8±6,9 та 35,3±6,1 бала,  $p < 0,05$ ) (табл. 6). Поміж пацієнтів із вугровою патологією була більшою частка осіб (31,7%) із високим рівнем ситуативної тривожності на відміну від здорових опитуваних (8,6%).

В ОГ вищі рівні ситуативної та особистісної тривожності встановлено в осіб жіночої статі (42,8±8,9 та 39,7±8,3 бала у ОГ1 і ОГ2; 39,9±7,2 та 37,6±6,4 бала відповідно,  $p < 0,05$ ) (табл. 7). Серед дівчат переважали особи як з високою ситуативною, так і вираженою особистісною тривожністю (38,7% в ОГ1 проти 23,9% у ОГ2; 24,0 та 13,4% відповідно).

Висока ситуативна тривожність у хворих із ВХ була обумовлена особливістю патології, а саме — негативними змінами зовнішнього вигляду, що провокувало ніяковість, невпевненість у ситуаціях соціальної взаємодії та міжособистісних контактах.

Отже, встановлено такі особливості психоемоційного стану пацієнтів із ВХ:

- вугрова патологія є інтенсивним психостресовим чинником, що обумовлює зміни у психологічному стані хворих;

- у 47,9% пацієнтів формувалися депресивні стани різного ступеня вираженості;

- у структурі депресії переважав легкий депресивний стан;

- більш схильними до депресивного та тривожного відреагування були пацієнтки;

- провідними депресивними проявами у пацієнтів із ВХ є песимізм, печаль, дисморфофобія, незадоволеність собою, дратівливість, нерішучість, порушення сну, заклопотаність станом здоров'я, відчуття соціальної відчуженості, зниження лібідо, самозвинувачення;

- гендерними відмінностями депресивного стану у дівчат були вираженість самозвинувачення зі схильністю до формування почуття провини та виникнення відчуття покараності, безсоння, нерішучість, відчуття соціальної відчуженості; у хлопців — висока заклопотаність станом здоров'я та зниження лібідо;

- високоспецифічним є симптом дисморфофобії;

- високі рівні тривожності, особливо ситуативної, пов'язані з ситуаціями соціальної взаємодії.

Вираженість та поширеність змін у психоемоційному стані хворих із ВХ свідчать про необхідність його корекції в рамках комплексної програми медико-психологічної допомоги.

Список літератури

1. Наумова Л. О. Гормональні порушення як вагомий

- патогенетичний чинник виникнення вугрової хвороби у жінок [Електронний ресурс] / Л. О. Наумова // Міжнарод. ендокринологічний журн.— 2014.— № 5 (61).— Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39145#prettyPhoto>.
2. *Koo J.* Psychocutaneous Medicine / J. Koo, C. Lee.— N. Y.: Marceel Dekker Inc., 2003.— 376 p.
  3. *Дороженко И. Ю.* Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью / И. Ю. Дороженко, Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине.— 2009.— № 2.— С. 33–38.
  4. Психосоматические аспекты угревой болезни у женщин / Н. Н. Потекаев, М. В. Горячкина, В. В. Савенков [и др.] // Дерматология.— 2009.— № 3.— С. 7–11.
  5. *Волошина Н. О.* Оцінка якості життя у хворих на вульгарні вугри (акне) / Н. О. Волошина // Буковинський мед. вісн.— 2014.— Т. 18, № 3 (71).— С. 39–42.
  6. *Носачева О. А.* Психоэмоциональное состояние детей и подростков с угревой болезнью / О. А. Носачева, Г. А. Каркашадзе, Л. С. Намазова-Баранова // Педиатрическая фармакология.— 2012.— Т. 9, № 4.— С. 42–47.
  7. *Дороженко И. Ю.* Нозогенные психические расстройства у пациентов с угревой болезнью / И. Ю. Дороженко, Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине.— 2009.— № 2.— С. 33–38.
  8. *Матюшенко Е. Н.* Дисморфофобия в дерматологической практике / Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине.— 2011.— № 3–4.— С. 11–17.
  9. *Матюшенко Е. Н.* Дисморфофобия в клинике кожных болезней: от психологических концепций образа тела к психопатологическому расстройству (обзор зарубежной литературы): Ч. 2 / Е. Н. Матюшенко // Психические расстройства в общей медицине.— 2011.— № 2.— С. 45–54.
  10. *Niemeier V.* Acne vulgaris — psychosomatische Aspekte / V. Niemeier, J. Kupfer, V. Gieler // J. Deutsch. Dermatol. Gesellsch.— 2010.— Bd. 8, № 3.— P. 95–104.
  11. *Uhlenhake E.* Acne vulgaris and depression: a retrospective examination / E. Uhlenhake, B. A. Yentzer, S. R. Feldman // J. Cosmet. Dermatol.— 2010.— Vol. 9, № 1.— P. 59–63.
  12. *Райгородского Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородского.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М. В. ЛИТВИНЕНКО

**Изучение особенностей проявлений депрессивного состояния у пациентов с угревой болезнью выявило ее значительную распространенность с преобладанием состояний легкой степени тяжести. Определена гендерная специфика депрессивных проявлений: у женщин угревая патология влекла за собой более выраженные нарушения в психоэмоциональном состоянии. Установлено, что для угревой болезни высокоспецифичен симптом дисморфофобии. Больным с угревой патологией присущи высокие уровни как ситуативной, так и личностной тревожности. Нарушения в психоэмоциональной сфере обуславливали психологический дискомфорт и были основой для формирования психологической дезадаптации.**

*Ключевые слова:* угревая болезнь, депрессия, тревожность, психоэмоциональное состояние, психодерматология, медико-психологическая помощь.

## THE FEATURES OF EMOTIONAL STATE IN PATIENTS WITH ACNE

M. V. LYTVYENENKO

**The study of depressive state manifestations in patients with acne demonstrated its high prevalence with dominating state of mild severity. Gender specificity in depressive manifestations was defined. Acne in women caused more pronounced changes in the emotional state than in males. It was established that dysmorphophobia was a highly specific symptom of acne. The patients with acne are characterized by a high level of state and trait anxiety. The shift in the psycho-emotional sphere caused psychological discomfort and was the basis for psychological maladjustment.**

*Key words:* acne, depression, anxiety, psychoemotional state, psychodermatology, medical psychological help.

Надійшла 18.03.2016