

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Кулак Арина Игоревна**

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь,  
г.Гомель

**Костюкевич Яна Павловна**

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь,  
г.Гомель

**Островский Артем Михайлович**

научный руководитель, м.м.н., ассистент кафедры, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г.Гомель

### **Введение.**

Известно, что заболевания пациентов дерматовенерологического профиля достаточно часто осложняются нарушением психологического статуса, поскольку обычно имеют склонность к хроническому рецидивирующему течению, часто являются резистентными к терапии, им сопутствуют неприятные субъективные симптомы, поражение открытых участков тела. В конечном итоге это может привести к социальной дезадаптации и снижению качества жизни. [3, 6]

Чаще всего пациенты дерматовенерологического профиля подвержены тревожным расстройствам и депрессиям. [3]

Тревога, которая является естественной первичной реакцией на стресс, представляет собой дискомфорт от неопределенности будущих событий. Когнитивная и соматическая тревога может проявляться вегетативными кризами, функциональными расстройствами различных органов и систем, болевыми симптомами, зудом и др. Патологическая тревога значительно снижает качество жизни человека и предрасполагает к развитию более тяжелых психологических расстройств даже при незначительном воздействии неблагоприятных факторов.

У пациентов дерматовенерологического профиля тревога обычно связана с заметными для окружающих проявлениями заболевания, обращающего на себя внимание вследствие обезображивающего эффекта. [5]

Депрессия представляет собой расстройство, которое характеризуется снижением настроения, преобладанием негативных мыслей, заторможенности. У пациентов снижается самооценка, теряется интерес к происходящим событиям. Наблюдается недостаток мотивации и потеря жизненной энергии. Кроме того, сюда относятся чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Тревога и депрессия связаны между собой, причем тревога является одним из признаков депрессии. [4]

Кожная симптоматика и спровоцированные ею психогении сами по себе обладают

психотравмирующим воздействием, запуская прогрессирующее течение заболевания и приводя к формированию порочного круга. Психогенные же воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению заболевания лишь в тесной связи с основными факторами патогенеза. [2]

## Цель.

Оценить особенности психологического статуса пациентов дерматовенерологического профиля.

## Материалы и методы.

Проведено анкетирование 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин, среднего возраста  $44,03 \pm 10,4$  лет), проходивших стационарное лечение в Учреждении «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер» без психических и неврологических расстройств.

Для удобства проведения исследования, исследуемые разделены на несколько клинических групп: пациенты отделения дерматологии и пациенты венерологического отделения.

Для оценки тревожности использовалась шкала личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина (STAI), которая включает в себя 40 вопросов. Высказывания из опросника оценивались по 4-бальной шкале (от «совершенно неверно» до «совершенно верно»). [1]

Низкий уровень тревожности регистрировался при итоговой сумме до 30 баллов, средний – при сумме 31-45 баллов, высокий – если сумма составляла 46 баллов и более.

Для оценки депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая включает в себя 7 вопросов (учитывался только показатель шкалы депрессии).

Отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии выявлялось при сумме 0-7 баллов, субклинически выраженной депрессии – 8-10 баллов, клинически выраженной депрессии –  $\geq 11$  баллов. [7]

Для проведения статистического анализа данных (анализ данных, точный критерий Фишера, критерий Манна-Уитни, коэффициент сопряженности Пирсона) использована программа Statistica Soft 10.0 (USA).

## Результаты.

В результате проведенного исследования установлено, что средний возраст опрошенных в дерматологическом отделении пациентов составил  $43,85 \pm 11,3$  лет, в венерологическом –  $44,44 \pm 8,66$  года.

Соотношение по полу в дерматологическом стационаре составило 1,1:1, в венерологическом – 3,5:1 (мужчины и женщины, соответственно).

В таблице 1 и 2 представлены данные, характеризующие взаимосвязь и достоверность различий между тревожно-депрессивными нарушениями пациентов дерматологического профиля и их клиническими диагнозами и полом.

**Таблица 1.**

### **Взаимосвязь тревожно-депрессивных нарушений пациентов дерматологического стационара с их клиническим диагнозом**

| Характеристика                  |        | Диагноз, число пациентов |              | Достоверность различий |
|---------------------------------|--------|--------------------------|--------------|------------------------|
|                                 |        | Розацеа, n=13            | Псориаз, n=7 |                        |
| Уровень ситуативной тревожности | низкий | 5                        | 4            | ГК Фишера              |

|                    |                   |    |   |                     |
|--------------------|-------------------|----|---|---------------------|
| тревожности        | средний и высокий | 8  | 3 | p>0,05              |
| Уровень личностной | низкий            | 0  | 0 | Коэфф сопряж = 0,17 |
| тревожности        | средний и высокий | 13 | 7 | ТК Фиш              |
| Уровень            | низкий            | 1  | 1 | ТК Фиш              |
| депрессии          | средний и высокий | 12 | 6 | Коэфф сопряж = 0,10 |

**Таблица 2.**

**Взаимосвязь тревожно-депрессивных нарушений пациентов дерматологического стационара с их полом**

| Характеристика      |                   | Пол, число случаев (%) |         | Достоверность различий |
|---------------------|-------------------|------------------------|---------|------------------------|
|                     |                   | Ж, n=10                | М, n=10 |                        |
| Уровень ситуативной | низкий            | 2                      | 7       | ТК Фиш                 |
|                     | средний и высокий | 8                      | 3       | p<0,05                 |
| тревожности         |                   |                        |         | Коэфф сопряж = 0,17    |
| Уровень личностной  | низкий            | 0                      | 0       | ТК Фиш                 |
| тревожности         | средний и высокий | 10                     | 10      |                        |
| Уровень             | низкий            | 3                      | 2       | ТК Фиш                 |
| депрессии           | средний и высокий | 7                      | 8       | p>0,05                 |
|                     |                   |                        |         | Коэфф сопряж = 0,11    |

В таблице 3 представлены данные, характеризующие взаимосвязь и достоверность различий между тревожно-депрессивными нарушениями пациентов венерологического профиля и их полом.

**Таблица 3.**

**Взаимосвязь тревожно-депрессивных нарушений пациентов венерологического стационара с их полом**

| Характеристика |        | Пол, число случаев (%) |        | Достоверность различий |
|----------------|--------|------------------------|--------|------------------------|
|                |        | Ж, n=2                 | М, n=7 |                        |
|                | низкий | 0                      | 3      | ТК Фиш                 |

|                                 |                   |   |   |                    |
|---------------------------------|-------------------|---|---|--------------------|
| Уровень ситуативной тревожности | средний и высокий | 2 | 4 | Коэфф сопря = 0,33 |
| Уровень личностной тревожности  | низкий            | 0 | 0 | ТК Фи              |
|                                 | средний и высокий | 2 | 7 |                    |
| Уровень депрессии               | низкий            | 0 | 6 | ТК Фи<br>p>0,05    |
|                                 | средний и высокий | 2 | 1 | Коэфф сопря = 0,60 |

При сравнении исследуемых параметров (уровень ситуативной тревожности, уровень личностной тревожности, уровень депрессии) для дерматологического и венерологического стационаров, при  $p>0,05$  достоверных различий получено не было.

### Выводы.

Установлено наличие статистически значимых различий уровня ситуативной тревожности в зависимости от пола (у женщин достовернее выше уровень ситуативной тревожности).

В результате проведенного исследования установлено, что уровень ситуативной тревожности, уровень личностной тревожности, уровень депрессии достоверно не отличается при сравнении пациентов дерматологического и венерологического профиля.

### Список литературы:

1. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск: Соврем. шк., 2007. – 496с.
2. Музыченко А.П. Розацеа: учеб.-метод. пособие / А.П. Музыченко. Минск: БГМУ, 2014.– 20 с.
3. Смулевич А.Б., Дороженко И.Ю., Иванов О.Л., Львов А.Н. Проблемы психодерматологии: современные аспекты. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005; 6:33-40.
4. Фомин, А. В., Кирпиченко, А. А., Фомин, Ф. А. (2014). Тревога и депрессия у пациентов в хирургическом стационаре. Вестник Витебского государственного медицинского университета, 13 (3), 139-145.
5. Шавловская О.А. Тревожные расстройства в дерматологической практике. Consillium Medicum. Дерматология (Прил.). 2014; 03: 33-35
6. Leon A., Levin E.C., Koo J.Y. (2013) Psychodermatology: an overview. semin. cutan. med. surg., vol. 32, no 2, pp. 64-67.
7. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67:361 –70.