

УДК 616.517:616.89-008

ВЛИЯНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ПРОЦЕСС АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Онищенко И.В.

Реферат

В данной статье идёт речь об особенностях нарушений адаптации среди людей, которые страдают дерматологическими заболеваниями. Состояние кожи не только находится в тесной взаимосвязи с нервной системой человека, но и оказывает прямое и не посредственное влияние на его психологическое состояние и определяет его отношение к себе, как к части социума, который его окружает. Знание и учет влияния дерматологических заболеваний на процесс адаптации личности может способствовать выбору наиболее точно направленных способов лечебного воздействия и повышению его эффективности.

Ключевые слова: адаптация личности, дерматологическое заболевание, стресс, виды дезадаптации, общий адаптационный синдром.

UDC 616.517:616.89-008

INFLUENCE OF DERMATOLOGICAL DISEASE ON THE PROCESS OF ADAPTATION OF PERSONALITY

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Onishchenko I.V.

Summary

This article deals with the peculiarities of adaptation disorders among people who suffer from dermatological diseases. The skin condition is not only in close connection with the human nervous system, but also has a direct and not mediocre

impact on his psychological condition and determines its relation to, as part of the society that surrounds him. Knowledge and consideration of the effect of dermatological diseases on the adaptation process can contribute to the selection of the person most closely directed therapeutic effects and ways to improve its effectiveness.

Keywords: adaptation of the personality, dermatologic disease, stress, types of maladjustment, the general adaptation syndrome.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество психосоматических заболеваний за последние восемьдесят лет возросло в несколько десятков раз. Среди соматических заболеваний, которые сопровождаются психическими расстройствами, повреждение поверхности кожи занимает особое место не только благодаря тесной взаимосвязи кожи и нервной системы в процессе эмбриогенеза, но большого значения субъективного и объективного состояния кожи для человека.

По мнению многих авторов у людей, которые страдают кожными заболеваниями, возникает особая форма дезадаптации, которая обусловлена их состоянием [1, 2, 4, 5]. Однако, несмотря на многочисленные исследования, механизмы реагирования и адаптации пациентов с дерматологическими заболеваниями, а так же их учёт при разработке и проведении лечения остается малоизученным.

Изложение материала. При любом нарушении сбалансированности «человек-среда» недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей или для рассогласования самой системы потребностей является источником тревоги. Тревога, обозначаемая как: ощущение неопределенной угрозы, чувство диффузного опасения и тревожного ожидания, неопределенное беспокойство, – является наиболее сильно действующим механизмом психического стресса. Это следует из уже упоминаемого ощущения угрозы, которое является центральным элементом тревоги и обуславливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности [6, 11].

Организм противопоставляет действиям среды, прежде всего свою сильную способность гибко приспосабливаться. Стресс и есть набор приспособленных реакций, предназначенных на всякий случай, получивший название - общий адаптационный синдром (ОАС) [10].

При этом стрессорами для человека могут быть как физические, так и социальные раздражители, действующие как реально, так и не реально. Причем человек реагирует не только на действительную физическую опасность, но и на угрозу или напоминание о ней. Таким образом психическую адаптацию можно определить, как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, которая позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время максимальное соответствие деятельности человека, его поведения, требованиям среды [11].

Психическая адаптация является сплошным процессом, который, наряду с собственно психической адаптацией (то есть поддержанием психического гомеостаза), включает еще два аспекта: оптимизацию постоянного взаимодействия индивидуума с окружением, а так же установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками.

Процесс дезадаптации личности пациента, страдающего кожными заболеваниями, является, по своей сути, деструктивным явлением. Хроническое течение, частые рецидивы, психоэмоциональная дезадаптация, короткие периоды ремиссии, сопровождают многие дерматовенерологические заболевания, что позволяет рассматривать эту проблему не только как медицинскую, но и как социально-психологическую .

Дезадаптация может иметь патологический и непатологического характера [3]. Непатологическая адаптация характеризуется отклонениями в поведении и переживаниях субъекта, связанных с недостаточной социализацией, социально-принятыми установками личности, резкой сменой

условий существования, разрывом значимых межличностных отношений и т.д. [3, 4, 5, 11]. Состояние дезадаптации и конфликты могут привести к суицидальному поведению индивида. В одних случаях конфликт вызывает и усиливает дезадаптацию, переводит ее в суицидальную фазу, а в других ситуациях конфликт сам порождает дезадаптацию. При достаточно высокой степени обострения конфликта и значимости его для индивида, состояние дезадаптации может провоцировать суицидальное поведение [9].

Процесс дезадаптации имеет объективные и субъективные признаки. К объективным признакам относятся: изменение поведения пациента в социальной сфере; несоответствие поведения своим социальным функциям; патологическая трансформация поведения больного. К субъективным признакам относятся: психические нарушения; состояние психологической безысходности, которое возникает в результате длительного нахождения личности в конфликте (внешнем или внутреннем) и отсутствие необходимых адаптивных механизмов для выхода из этого состояния [9].

Большинство учёных выделяет 3 вида дезадаптации личности: временная дезадаптация, устойчивая ситуативная дезадаптация и общая стойкая дезадаптация [8]. Временная дезадаптация характеризуется нарушением баланса между индивидом и средой, при этом порождая адаптивную активность личности [12]. Стойкая ситуативная дезадаптация личности отличается отсутствием механизмов адаптации, наличием желания, но неумением адаптироваться. Общая стойкая дезадаптация является состоянием перманентной фрустрированности, которое активизирует патологические механизмы, а так же приводит к развитию неврозов и психозов [10].

По мнению авторов В.В. Барбинова, А.А. Баранова, А.Л. Иванова и Н. Кочергина, у пациентов, страдающих дерматовенерологическими заболеваниями, возникает специфическая форма дезадаптации, которая обусловлена состоянием человека [1, 2, 4, 5]. При этом авторы выделяют следующие ее виды: патогенная, психическая, функциональная.

Патогенная дезадаптация – вид дезадаптации, вызванный собственно клиническими проявлениями заболевания, которые сдерживают процессы накопления социального опыта и препятствуют адаптации человека в обществе [1, 4].

Психическая дезадаптация, в свою очередь, вызвана особенностями развития психических процессов и функций человека, которые связаны с половозрастными и индивидуально-психологическими параметрами [2, 5, 7]. По данным литературы, у больных дерматозами существуют следующие проявления психической дезадаптации: депрессивные тенденции, высокий уровень реактивной тревожности, низкая самооценка, неадекватное отношение к болезни, высокий уровень агрессивности [7]. При этом у пациентов, страдающих различными формами дерматозов, особенно в случаях, когда их проявления локализованы в местах, доступных визуальному восприятию (на руках, ногах и т.п.), возникает своеобразная аутизация и отказ от межличностных контактов, что также является проявлением психической дезадаптации [3]. Также появляется боязнь негативной оценки со стороны окружающих, что так же часто сопровождается социальной изоляцией [4].

Функциональная дезадаптация связана с особенностями выполнения функций людей в системе общественных отношений в соответствии с социальной ролью и статуса, на основе приобретенного социального опыта при стремлении субъекта к самореализации [3]. В основе этого вида дезадаптации находится противоречие между системой общественных ожиданий, выполнения определенной роли и возможностями человека выполнять конкретные действия, то есть проявляется проблема самовыражения личности.

Стоит отметить, что нетрадиционные, в широком понимании, формы самовыражения или самореализации, на основе имеющегося социального опыта, уровня воспитанности, выступают самостоятельными факторами дезадаптации. Для больных дерматологическими заболеваниями характерны

следующие формы нетрадиционного самовыражения или самореализации: негативизм, демонстративные проявления, антисоциальное поведение, уход в мир мистических представлений, аутизации, злоупотребление алкоголем. Все вышеназванные дезадаптивные проявления приводят к нарушению адаптации. На уровне семейных взаимоотношений главный акцент делается на формализацию отношений, что часто приводит к распаду семьи [4].

Знание и учет механизмов реагирования и адаптации к болезни могут значительно повысить эффективность последней, способствовать выбору наиболее точно направленных способов лечебного воздействия. В настоящее время, наряду с традиционным симптоматическим критерием, разрабатываются дополнительные критерии действенности различных методов и приемов комплексной терапии для улучшения адаптационных механизмов человека. Наиболее адекватным этим целям является подход, учитывающий три плоскости рассмотрения терапевтической динамики: соматическую, психологическую и социальную.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Аллергология и иммунология / А. А. Баранов, Р. М. Хаитов // Союз педиатров России. – 2008. – С. 35–74.
2. Барбинов В. В. Новые подходы к наружной терапии псориаза / В. В. Барбинов, Р. А. Граншн // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – №3. – С. 23–28.
3. Беялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта / Беялов Ф. И. – [3-е изд.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 256 с.
4. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных / И. Н. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – 35с.
5. 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.

6. Раева Т. В. Диагностика и лечение депрессивных расстройств у больных с хроническими дерматозами / Т. В. Раева, Н. П. Ишутина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. — Том 8, № 4. – С. 31-34.

7. Шевченко-Битенский К.В. Психодерматология и дерматопсихиатрия (терминология и проблемы патогенеза на примере псориаза): научно-практическая конференция с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологии в современную медицину». – АР Крым, 2013. – С. 21-22.

8. Buka R. L. Etanercept is minimally effective in 2 children with atopic dermatitis / R. L. Buka, B. Resh, B. Roberts, B. B. Gunningham, S. Friedlander // J. Am. Acad. Dermatol. – 2005. – Vol.53. – P. 358–359.

9. Gupta M. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis / M. Gupta // BJD. – 1998. – Vol.139. – P. 846–850.

10. Linnet J. Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients / J. Linnet, G. B. Jemec // Int. J. Dermatol. – 2001. – Vol. 40. – P. 632–636.

11. Mitschenko A. V. Atopic dermatitis and stress? Wie kommen Gefühle in die Haut / A. V. Mitschenko, A. N. Lwow, J. Kupfer, V. Niemeier und U. Gieler // Der Hautarzt. – 2008. – Vol. 59, N4. – P. 314–318.

12. Roberson Elisej D.O. Trends genetics / D. O. Roberson Elisej, E. Bowcock // Immunol. – 2010. – V.26, I.9. – P. 415-423.

REFERENCES

1. Baranov A.A. Allergology and immunology / A.A. Baranov, R.M. Khaitov // Union of pediatricians of Russia. - 2008. - P. 35-74. (Rus.)

2. Barbinov V.V. New approaches to topical treatment of psoriasis / V. Barbinov, R.A. Granshn // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. -2008. - № 3. - P. 23-28. (Rus.)

3. Belyalov F.I. Mental Disorders in practice therapist / Belyalov F.I. - [3rd ed.]. - M.: MEDpress Inform, 2005. - 256. (Rus.)
4. Ivanova N. Features of social maladjustment dermatologic patients / I. Ivanova // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. - 2007. - 35p. (Rus.)
5. Kochergin N.G. Dermatological quality of life as a psychosomatic symptom dermatosis / N.G. Kochergin, L. Smirnov // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. - 2006. - № 4. - P. 29-31. (Rus.)
6. Rayeva T. Diagnosis and treatment of depressive disorders in patients with chronic dermatoses / T. Rayeva, N.P. Ishutina // Psychiatry and pharmacotherapy. - 2006. - Volume 8, № 4. - Pp. 31-34 (Rus.)
7. Shevchenko-Bitensky K.V. Psychodermatology and dermatopsihiatriya (terminology and problems of the pathogenesis of psoriasis as an example): scientific and practical conference with international participation "The integration of psychiatry, psychotherapy and psychology in modern medicine." - Crimea, 2013. - P. 21-22. (Rus.)
8. Buka R. L. Etanercept is minimally effective in 2 children with atopic dermatitis / R. L. Buka, B. Resh, B. Roberts, B. B. Gunningham, S. Friedlander // J. Am. Acad. Dermatol. – 2005. – Vol.53. – P. 358–359. (Eng.)
9. Gupta M. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis / M. Gupta // BJD. – 1998. – Vol.139. – P. 846–850. (Eng.)
10. Linnet J. Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients / J. Linnet, G. B. Jemec // Int. J. Dermatol.– 2001. – Vol. 40. – P. 632–636. (Eng.)
11. Mitschenko A. V. Atopic dermatitis and stress? Wie kommen Gefühle in die Haut / A. V. Mitschenko, A. N. Lwow, J. Kupfer, V. Niemeier und U. Gieler // Der Hautarzt. – 2008. – Vol. 59,N4. – P. 314–318. (Eng.)
12. Roberson Elisej D.O. Trends genetics / D. O. Roberson Elisej, E. Bowcock //Immunol. – 2010. – V.26, I.9. –P. 415-423. (Eng.)