

**Социально-психологическая адаптация мужчин и женщин,  
страдающих atopическим дерматитом**

**Калашникова Валентина Владимировна**, кандидат медицинских наук, доцент  
*Самарский государственный медицинский университет*

**Аннотация**

**Цель исследования** – изучение особенностей психоэмоционального состояния и адаптации к болезни у пациентов с atopическим дерматитом с учетом гендерных различий.

**Методы исследования:** анализ и обобщение научно-методической литературы, психодиагностические методики для оценки эмоционального состояния, определения качества жизни, социальной адаптации и методы математической статистики.

**Результаты исследования и выводы.** В ходе исследования были выявлены гендерные различия в отношении к болезни и уровне дискомфорта, вызванного дерматологическими проблемами. Обнаружены существенные различия в типах отношения к болезни с преобладанием тревожного и ипохондрического типа у женщин, апатического и ипохондрического у мужчин. Полученные данные подтверждают наличие значимых гендерных различий в восприятии и адаптации к atopическому дерматиту. Эти результаты подчеркивают важность учета психоэмоциональных факторов и разработки дифференцированных подходов к лечению и психологической поддержке пациентов с учётом их пола.

**Ключевые слова:** atopический дерматит, социально-психологическая адаптация, отношение к болезни, гендерная специфика.

**Socio-psychological adaptation of men and women suffering from atopic dermatitis**

**Kalashnikova Valentina Vladimirovna**, candidate of medical sciences, associate professor  
*Samara State Medical University*

**Abstract**

**The purpose of the study** is to study the features of the psycho-emotional state and adaptation to the disease in patients with atopic dermatitis, taking into account gender differences.

**Research methods:** analysis and generalization of scientific and methodological literature, psychodiagnostic techniques for assessing emotional state, determining quality of life, social adaptation, and methods of mathematical statistics.

**Research results and conclusions.** During the research, gender differences in attitudes towards illness and the level of discomfort caused by dermatological problems were identified. Significant differences in types of attitudes towards illness were found, with a prevalence of anxious and hypochondriacal types in women, and apathetic and hypochondriacal types in men. The obtained data confirm the existence of significant gender differences in the perception and adaptation to atopic dermatitis. These results emphasize the importance of considering psycho-emotional factors and developing differentiated approaches to the treatment and psychological support of patients, taking their gender into account.

**Keywords:** atopic dermatitis, socio-psychological adaptation, attitude to the disease, gender specificity.

**ВВЕДЕНИЕ.** В современном обществе заболевания кожи оказывают большое влияние на различные аспекты жизни больных, они могут быть причиной развития психологических проблем и нарушения социальной адаптации. Хронические дерматозы, к которым относится atopический дерматит, протекают с частыми рецидивами, отсутствием стойкой ремиссии, приводят к инвалидизации и оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов [1]. Причинами физического дискомфорта при atopическом дерматите часто являются косметические дефекты, которые видны окружающим и искажают внешний вид [2, 3]. Переживания больных в таком случае носят психотравмирующий характер. У них выявляются невротические нарушения, ухудшение социального положения, формирование чувства собственной неполноценности в зависимости от отношения к заболеванию [4].

Значительная распространенность и социальная значимость атопического дерматита подразумевает ответственность как всего общества перед популяцией больных, так и ответственность, которую сами больные несут за состояние своего здоровья и социальную адаптацию. Несмотря на распространенность заболевания, об эффективности лечения дерматозов часто судят исключительно по физиологическим показателям [5].

Негативное влияние атопического дерматита на психику человека во многом создает для него трудную ситуацию. Чем длительнее и тяжелее протекает заболевание, тем сложнее для пациента происходит адаптация к болезни. Однако с помощью определенных психологических механизмов человек может продолжить полноценно проживать свою жизнь и оставаться психически здоровым [6].

Удовлетворенность физическим состоянием и образом тела является компонентом субъективного благополучия и включает как общие характеристики, так и гендерную специфику [7]. Исследования показывают, что при атопическом дерматите мужчины и женщины могут по-разному воспринимать свое состояние. Женщины чаще склонны обращать внимание на эстетические изменения своей внешности, связанные с заболеванием, такие как сухость кожи, зуд и высыпания. Это может приводить к снижению самооценки, развитию депрессивных реакций. Мужчины же, напротив, реже акцентируют внимание на внешних проявлениях болезни, однако они также подвержены стрессу и эмоциональным переживаниям, связанным с ограничениями в повседневной жизни и снижением качества жизни. Социальный контекст также играет важную роль в восприятии болезни. Гендерные различия и переживания атопического дерматита подчеркивают необходимость проведения дальнейших исследований в этой области. Понимание специфики психологических проблем мужчин и женщин с атопическим дерматитом позволит разработать более эффективные стратегии психологической поддержки пациентов, что улучшит качество их жизни и поможет им лучше справляться с болезнью.

**МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Исследование проводилось на базе отделения дерматологии Клиник СамГМУ. В исследовании приняли участие 42 пациента, представленных в двух подгруппах, разделенных по гендерному признаку. Первую подгруппу составили 23 женщины, вторую – 19 мужчин в возрасте от 42 до 50 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении с верифицированным диагнозом «Атопический дерматит».

В исследовании были использованы следующие методики: дерматологический индекс качества жизни (A.Y. Finlay, G.K. Khan, April 1992); методика «Тип отношения к болезни» (1980); методика диагностики самооценки Дембо – Рубинштейн (1962); семейная социограмма Э.Г. Эйдемиллера; опросник для исследования уровня социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации супружеской пары (Д.Л. Буртянский, В.В. Кришталь); опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (1980); клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич, 1978); госпитальный опросник тревоги и депрессии HADS (1983); проективная методика «Нарисуй человека» (К. Маховер в 1946 г. на основе теста Ф. Гудинафа). В качестве метода математической статистики для определения различий между группами был использован U-критерий Манна-Уитни, для оценки взаимосвязей между исследуемыми показателями был использован метод ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ данных опросника «Дерматологический индекс качества жизни» (табл. 1) показал, что 86% пациенток женского пола и 35% мужского пола испытывают ощущение неловкости или смущения в связи с дерматологическим заболеванием, обеспокоены состоянием кожи 65% пациенток женского пола и 37% пациентов мужского пола. Испытывают зуд или другие неприятные ощущения 60% пациенток женского пола и 36% пациентов мужского пола. Данные показатели позволяют сделать вывод о том, что большинство пациентов, испытывающих телесный дискомфорт в связи с состоянием кожи, – это пациенты женского пола.

Исследование отношения к болезни показало, что имеются значимые различия среди типов по шкалам «Эргопатический тип» ( $U=83,5$ , при  $p=0,001$ ), «Анозогнозический тип» ( $U=124$ , при  $p=0,006$ ), «Тревожный тип» ( $U=140$ , при  $p=0,046$ ), «Неврастенический тип» ( $U=122,5$ , при  $p=0,014$ ), «Сенситивный тип» ( $U=112,5$ , при  $p=0,007$ ), «Дисфорический тип» ( $U=115$ , при  $p=0,008$ ).

Таблица 1 – Личностные характеристики пациентов мужского и женского пола по результатам методики «Тип отношения к болезни»

Критерий	Женщины, n=23	Мужчины, n=19	U	P
Гармоничный	8,2	17	164,5	0,135
Эргопатический	10	21	83,5	0,001*
Анозогнозический	4	15	124	0,006*
Тревожный	15	8,4	140	0,046*
Ипохондрический	16	11	159	0,131
Неврастенический	11	7	122,5	0,014*
Меланхолический	7	5	188	0,432
Апатический	4	4	202,5	0,681
Сенситивный	19	11	112,5	0,007*
Эгоцентрический	11	7,2	165,5	0,177
Паранойяльный	9,7	6,5	162,5	0,154
Дисфорический	7	3	115	0,008*

\* - статистически значимые различия

Высокие результаты по шкале «Сенситивный тип» свидетельствуют о том, что женщины в большей степени переживают свою болезнь, опасаются осуждения со стороны. У мужчин высокие результаты по шкале «Эргопатический тип» позволяют говорить о том, что для них важно сохранять профессиональный статус и возможность продолжать активную трудовую деятельность.

Исследование способов совладающего поведения выявило значимые различия между пациентами мужского и женского пола по шкалам «Дистанцирование» ( $U=124$ , при  $p=0,017$ ), «Самоконтроль» ( $U=121$ , при  $p=0,014$ ), «Принятие ответственности» ( $U=138,5$ , при  $p=0,043$ ), «Планирование решения проблемы» ( $U=82,5$ , при  $p=0,001$ ), «Положительная переоценка» ( $U=111$ , при  $p=0,006$ ). У пациентов мужского пола преобладает копинг-механизм «Принятие ответственности», для женщин в большей степени характерен механизм «Поиск социальной поддержки», то есть они пытаются справиться с проблемами с помощью поиска новой информации и поддержки.

Исследование эмоционального состояния выявило значимые различия между мужчинами и женщинами, имеющими атопический дерматит, по шкалам «Тревога» ( $U=117,5$ , при  $p=0,01$ ) и «Депрессия» ( $U=136,5$ , при  $p=0,036$ ) (табл. 2).

Таблица 2 – Результаты госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)

Критерий	Женщины	Мужчины	U	P
Тревога	7		117,5	0,010*
Депрессия	3	2	136,5	0,036*

\* - статистически значимые различия

Исследование невротических состояний показало, что у женщин и мужчин имеются повышенные баллы по шкале «Истерический тип реагирования» (2,6 и 4,7 балла соответственно) при достоверности различий ( $U=92,5$ ,  $p=0,001$ ). Также значимые различия имеются по шкале «Невротическая депрессия» (3 и 4,5 балла соответственно) при ( $U=126$ ,  $p=0,015$ ).

Исследование самооценки пациентов женского пола в сравнении с пациентами мужского пола, представленное в таблице 3, выявило значимые различия уровня самооценки между пациентами женского и мужского пола по шкале «Низкая» ( $U=116$ ,  $p=0,001$ ).

Таблица 3 – Исследование самооценки по методике Дембо–Рубинштейн

Критерий	Женщины	Мужчины	U	P
Низкая	0,52	0,05	116	0,001*
Реалистичная	0,39	0,68	154,5	0,062
Высокая	0,08	0,26	180	0,132

\* - статистически значимые различия

Выявлено, что пациенты мужского пола имеют реалистичную или высокую самооценку, у пациентов женского пола чаще выявляется низкая самооценка. Пациенты женского пола более чувствительны к происходящим событиям, они сильнее переживают искажение внешнего вида в связи с болезнью и начинают себя чувствовать менее уверенно, что почти не наблюдается у пациентов мужского пола.

Исследование уровня социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации супружеских пар, представленное в таблице 4, показало, что большинство пациентов мужского и женского пола удовлетворены своей сексуальной жизнью. Пациенты, не удовлетворенные или не полностью удовлетворенные своими сексуальными отношениями, в большинстве случаев имели заболевание в тяжелой форме.

Таблица 4 – Результаты опросника для исследования уровня социально-психологической адаптации (Д.Л. Буртянский, В.В. Кришталь)

Критерий	Женщины	Мужчины	U	P
Полностью удовлетворен	0,26	0,31	206,5	0,698
Удовлетворен не полностью	0,21	0,15	205,5	0,629
Полностью не удовлетворен	0,04	0,05	216,5	0,891

Исследование пациентов с атопическим дерматитом по методике «семейная социограмма» показало, что большинство обследуемых проживают в собственных семьях. Интересно, что у женщин с более тяжелым течением заболевания в анамнезе обнаружена взаимосвязь особенностей отношений в родительской и собственной семьях в виде повторяемости феноменов слияния и отчужденности. Это может свидетельствовать о недифференцированном «Я» у членов семьи, наличии симбиотических связей или эмоционального дистанцирования, а также конфликтных отношений. В процентном соотношении количество таких случаев составляет около 40%. Можно предположить, что родительская семья влияет на формирование межличностных отношений женщины в ее собственной семье.

В результате корреляционного анализа были получены значимые взаимосвязи. Прямая взаимосвязь тревожного типа отношения к болезни и поведения по типу «бегство-избегание» ( $r_s = 0,334$ ,  $p \leq 0,05$ ), а также со шкалой невротической депрессии ( $r_s = 0,305$ ,  $p \leq 0,05$ ), говорит о том, что пациенты с тревожным отношением к болезни склонны избегать проблемных ситуаций и демонстрируют признаки невротической депрессии. Выявленная обратная взаимосвязь стратегии принятия ответственности с паранойальным типом отношения к болезни ( $r_s = -0,034$ ,  $p \leq 0,05$ ) и шкалой невротической депрессии ( $r_s = -0,311$ ,  $p \leq 0,05$ ) свидетельствует о том, что лица, склонные принимать ответственность за свои поступки, реже проявляют паранойальность и имеют меньшую склонность к развитию невротической депрессии. В то время как прямая взаимосвязь с гипертимным типом личности ( $r_s = 0,428$ ,  $p \leq 0,05$ ) характеризуется повышенной активностью и оптимизмом. Взаимосвязь ипохондрического типа имеет обратную корреляцию с планированием решения проблем ( $r_s = -0,337$ ,  $p \leq 0,05$ ), неврастеническим типом отношения к болезни ( $r_s = -0,337$ ,  $p \leq 0,05$ ), апатичным типом отношения к болезни ( $r_s = -0,397$ ,  $p \leq 0,05$ ) и шкалой тревоги ( $r_s = -0,432$ ,  $p \leq 0,05$ ). То есть пациенты с ипохондрией менее склонны планировать решение своих проблем и проявлять апатию или тревогу. Прямая взаимосвязь ипохондрического типа с высокой самооценкой ( $r_s = 0,325$ ,  $p \leq 0,05$ ) и гипертимным типом личности ( $r_s = 0,532$ ,  $p \leq 0,01$ ) может указывать на стремление к позитивному восприятию себя и мира вокруг. Выявленная прямая взаимосвязь высокой самооценки с анозогностическим типом отношения к болезни ( $r_s = 0,417$ ,  $p \leq 0,01$ ) и стратегией планирования решения проблем ( $r_s = 0,325$ ,  $p \leq 0,05$ ) связана с тенденцией игнорирования болезни и активной работой над решением возникающих трудностей. Обратная взаимосвязь высокой самооценки с тревожным типом отношения к болезни ( $r_s = -0,418$ ,  $p \leq 0,01$ ), неврастеническим типом отношения к болезни ( $r_s = -0,360$ ,  $p \leq 0,05$ ) и субклинической тревогой ( $r_s = -0,331$ ,  $p \leq 0,05$ ) говорит о том, что пациенты с высокой самооценкой менее подвержены тревожности и неврастению, что подчеркивает их уверенность в себе и способность справляться с трудностями без излишней тревоги.

**ВЫВОДЫ.** Для больных atopическим дерматитом характерен повышенный уровень тревожности. У пациенток женского пола уровень тревожности значительно выше, чем у пациентов мужского пола.

Ведущим копинг-механизмом для пациентов мужского пола с atopическим дерматитом является принятие ответственности, для пациенток женского пола – поиск социальной поддержки. На социально-психологическую адаптацию пациентов с atopическим дерматитом влияют обеспокоенность внешним видом, телесный дискомфорт и нарушение сна.

Выявлена взаимосвязь между низкой самооценкой пациентов с atopическим дерматитом и такими типами личности, как «эмоционально-лабильный» и «тревожно-мнительный». Выявлены особенности внутренней картины болезни: для мужчин с atopическим дерматитом характерен гармоничный тип отношения к болезни, для женщин – сенситивный. Пациенты мужского пола более адаптированы к наличию заболевания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** У пациентов с atopическим дерматитом наблюдаются повышенные уровни тревожности, телесного дискомфорта и обеспокоенности своим внешним видом. Психологическая адаптация к заболеванию осуществляется через

индивидуальные механизмы, имеющие выраженные гендерные особенности. Женщины придают большее значение состоянию кожи и мнению окружающих, часто испытывая стеснение и смущение. Они склонны связывать болезнь с психотравмирующими событиями и видят необходимость в психологической помощи. Мужчины, напротив, отвергают связь между стрессовыми факторами и кожными заболеваниями, не считая нужным обращаться к психологу. Женщины чаще используют стратегию поиска социальной поддержки, а мужчины предпочитают брать ответственность за своё здоровье на себя. У женщин отмечается более низкая самооценка, тогда как у мужчин она более реалистична.

Общее исследование показало, что внутренняя картина болезни влияет на жизненный тонус и активность пациентов, причём мужчины демонстрируют большую приспособленность к своему состоянию. Направленные психотерапевтические вмешательства могут улучшить качество жизни больных, повышая их эмоциональный фон и способствуя успешной адаптации к болезни. Корреляционный анализ подтвердил существование гендерных различий среди пациентов с атопическим дерматитом. На основе этих выводов разработана программа психокоррекции, ориентированная на усиление адаптационных возможностей пациентов с данным заболеванием.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Дворянкова Е. В., Шевченко Н. А. Личностные особенности больных с заболеваниями кожи. DOI 10.47407/kr2022.3.4.00145 // Клинический разбор в общей медицине. 2022. № 4. С. 19–23. EDN: PPDBRA.
2. Рисунув В.И., Иванова И.Н. Социальная адаптация дерматологических больных в современном обществе // Вестник ВлГМУ. 2007. № S3. С. 21–22. EDN: SFBKNN.
3. Шеншова С. В., Гатиятуллина А. А. Социальная адаптация при кожных заболеваниях. Взгляд современных студентов // FORCIPE. 2022. № S3. С. 237. EDN: NOHRXH.
4. Баткаева Н. В., Баткаев Э. А., Гитинова М. М. Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами // РМЖ. 2018. Т. 26, № 8-2. С. 68–71. EDN: YOXUHN.
5. Дрождина М. Б., Бобро В. А., Сулов Е. В. Атопический дерматит. Новые парадигмы диагностического и терапевтического поиска // Медицинский альманах. 2023. № 1. С. 101–110. EDN: KHODQK.
6. Померанцев О. Н., Поткаев Н. Н. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема // Клиническая дерматология и венерология. 2013. Т. 11, № 6. С. 4–6. EDN: RTVJXZ.
7. Хавыло А. В., Ситцева М. С., Еремина И. И. Удовлетворенность образом тела как компонент субъективного благополучия человека. DOI 10.26516/2304-1226.2021.38.100 // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2021. Т. 38. С. 100–113. EDN: KPDPVS.

#### REFERENCES

1. Dvoryankova E. V., Shevchenko N. A. (2022), "Personal characteristics of patients with skin diseases", *Clinical analysis in general medicine*, No 4, pp. 19–23.
2. Risunov V. I., Ivanova I. N. (2007), "Social adaptation of dermatological patients in modern society", *Bulletin of Volgsmu*, No S3, pp. 21–22.
3. Shenshova S. V., Gatiyatullina A. A. (2022), "Social adaptation in skin diseases. The view of modern students", *FORCIPE*, No S3, p. 237.
4. Batkaeva N. V., Batkaev E. A., Gitinova M. M. (2018), "Comparative assessment of the dermatological quality of life index in patients with chronic inflammatory dermatoses", *Russian Medical Journal "Dermatology"*, Vol. 26, No 8-2, pp. 68–71.
5. Drozhkina M. B., Bobrov V. A., Suslov E. V. (2023), "Atopic dermatitis. New paradigms of diagnostic and therapeutic search", *Medical almanac*, No 1, pp. 101–110.
6. Pomerantsev O. N., Potekaev N. N. (2013), "Morbidity of the population with skin and subcutaneous tissue diseases as a medical and social problem", *Clinical dermatology and venereology*, Vol. 11, No 6, pp. 4–6.
7. Khavylo A. V., Sittseva M. S., Eremina I. I. (2021), "Satisfaction with body image as a component of human subjective well-being", *Izvestiya Irkutsk State University. Series: Psychology*, Vol. 38, pp. 100–113.

#### Информация об авторе:

**Калашникова В.В.**, доцент кафедры общей и клинической психологии, SPIN-код: 5568-8527.

Поступила в редакцию 03.02.2025.

Принята к публикации 02.04.2025.