

- физиологические потребности (питание, сексуальность)
- потребность в защите (чувство безопасности, доверительность, постоянство)
- потребность в принадлежности к чему-либо или кому-либо (контакты, коммуникации, любви)
- потребность в уважении (признании и утверждении со стороны других, независимость, уверенность в себе)
- потребность в самовыражении (развитие и выражение способностей, усвоение).

Путевка в дом-интернат – это уже не билет в одну сторону!

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Королева Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Кожа, кроме ее физиологических функций, выполняет и психологическую: кожа лица и тела для окружающих является органом выражения и представления. Душа влияет на кожу сильнее, чем любой другой орган. В связи с чем является актуальным изучением психологических аспектов ряда дерматологических заболеваний.

Кожа является важным сенсорным органом и существенно затрагивается при различных эмоциональных состояниях:

- выражение острых эмоциональных побуждений,
- типичных форм поведения и хронических душевных нагрузок, что подтверждено физиологическими экспериментами,
- может проявляться такими конверсионными симптомами, как анестезия, парестезия.

Кожные заболевания, которые ведут к обезображиванию лица и других частей тела или к выпадению волос, осложняют межличностные отношения. Ощущения самого человека, что он безобразен, вызывает отвращение к себе более сильное, чем у окружающих, в частности у их супругов.

При многих невротических нарушениях возникают кожные вегетативные реакции, такие как эритема, кожный зуд, гипергид-

роз и др.

В плане психосоматических связей при кожных заболеваниях центральное место занимают болезни, в происхождении которых участвуют, с одной стороны, факторы предрасположенности, а с другой – психические трудности и конфликты, вызывающие их манифестацию.

К ним относится нейродермит и крапивница, экзема, трихотилломания, татуировки, ангионевротический отек. Некоторые авторы также упоминают эмоциональные факторы при себорее, дисгидрозе и псориазе. Они считают, что психологические факторы, например, эксгибиционистские тенденции, имеют при этих состояниях первостепенное этиологическое значение.

При **нейродермите** постоянный мучительный зуд нарушает сон, приводит к развитию тревожных, астено-депрессивных, истеро-ипохондрических невротических реакций. Возникает непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, вспышки раздражения. При тяжелом течении болезни к подростковому возрасту формируется астено-невротическая личность, которой свойственен уход в болезнь, стремление преувеличить тяжесть своего заболевания и игнорировать интересы окружающих. Заболевание обостряется в конфликтных ситуациях, связанных с фрустрацией потребностей больного в телесном контакте.

Симптоматика нейродермита выражает слишком близкие отношения с первичной фигурой и одновременно протест против этой слишком большой близости.

Отталкивающий вид расчесанной кожи служит больным своего рода оправданием их отказа от контактов.

При **крапивнице** даже при аллергически обусловленных формах для ее манифестации или в качестве одного из причинных факторов имеет значение психическая перегрузка.

Для психосоматических форм хронической крапивницы характерны готовность к переживаниям и определенная структура личности. Нередко устанавливают, что она возникает у тех, кто пережил жестокое обращение такого характера, что о ней было трудно рассказывать и что-то с ней сделать.

Сол и Бернстайн описали определенную корреляцию крапивницы с подавляемым плачем. Основное свойство - это подавляемое зависимое желание, объектом которого являются родители и чувство выраженного соперничества в отношении сиблинга.

Наблюдалось, что после приступа плача резко проходила крапивница. В ситуации, когда бьют и плакать не дают», чешутся глаза и «плачет» кожа. Целью данного исследования явилось изучение психоэмоционального состояния пациентов с псориазом и экземой для понимания роли психотерапевтической коррекции в лечении.

При этом задачами явились: определить качество жизни и уровень депрессии у пациентов с псориазом и определить качество жизни и уровень депрессии у пациентов с экземой.

Материалы и методы. Анкетирование 50 пациентов стационарного отделения Областного Кожно-венерологического Диспансера с диагнозом псориаз и экзема с помощью опросников «Дерматологический индекс качества жизни» и «Опросник депрессии Бека». Из них 28 мужчин и 22 женщин. Минимальный возраст – 17 лет, максимальный – 64 года.

Результаты и их обсуждение. Среди обследуемых пациентов было выявлено, что дерматологическая патология чрезвычайно сильно влияет на качество жизни у 7% пациентов, очень сильно – у 10%, незначительно – 33%.

При этом на вопрос «Испытывали ли Вы ощущение неловкости или смущения в связи с состоянием Вашей кожи?» 63% ответили «Достаточно сильно», 53% из которых были лица женского пола. На вопрос «Испытывали ли Вы ощущение неловкости или смущения в связи с состоянием Вашей кожи?» - 91% опрошенных женщин ответил «Достаточно сильно». На вопрос «Насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор Вашего гардероба на прошлой неделе? – Все опрошенные женщины ответили «Достаточно сильно».

Скрининговый опросник депрессии Бека выявил наличие депрессии легкой степени тяжести у 24%.

Заключение.

1. Дерматологическая патология не протекает изолированно, не затрагивая психоэмоциональный статус человека.
2. Наиболее целесообразным будет являться комплексный подход к лечению, состоящий не только из назначения медикаментозного компонента, но и из психотерапии. При наличии полиморфных вегето-сосудистых расстройств используют психотропные средства, обладающие выраженным психовегетативными свойствами (эглонил, грандаксин, френолон).

Таким образом, большой удельный вес в лечении дерматологических заболеваний должна принадлежать психотерапии. Совместно с врачом-психотерапевтом пациент должен научиться принимать свой недуг и вырабатывать механизмы по преодолению негативного влияния клинических проявления дерматологической патологии. Наиболее эффективной может являться поведенческая психотерапия. Также актуальными станут групповая и семейная психотерапия. Групповая психотерапия поможет увидеть и понять пациенту, что он не единственный, кто столкнулся с такой патологией. Общаясь в группе людей с такими же или похожими симптомами, пациент сможет почувствовать себя увереннее, поделиться проблемами и послушать разные мнения по их преодолению. Ощущение единства в группе дает огромный вклад в построение межличностных коммуникаций. Также важным в лечение будет работа не только с самим пациентом, но и с его близкими. Семья – это первый ресурс, который может помочь эффективно справиться со стрессом, вызванным заболеванием. В этом поможет семейная психотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов, В.Я. Кожные и венерические болезни. / В.Я. Арутюнов – М.:Медгиз,1972. – 407 с.
2. Лукина О.Г., Альбанова В.И., Архапчев Ю.П./ О.Г.Лукина и др. Эффективность применения высокоочищенного дегтя березового при хронических дерматозах. // В сб.: Мат. VI междунар. съезда (Актуальные проблемы создания новых лекарственных препаратов природного происхождения), 4-6 июля 2002.- С.-Пб., 2002.-С.435-437.
3. Львов А.Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции. Автореф. ...дис. канд. мед. наук.- М., 2001.
4. Фармакотерапия в дерматовенерологии / Под ред. В.Н.Мордовцева и З.Б.Кешилевой. – Алматы: Казахстан, 1992. – 352с.
5. Beck LA. The efficacy and safety of tacrolimus ointment: A clinical review. Journal of the American Academy of Dermatology 2005; 53: Supplement 2, S1 65—S1 70.
6. Carrasco DA, Vander Straten M, Tyring SK. A review of antibiotics in dermatology. J Cutan Med Surg 2002; 6: 128-1 50.