

Итак, по проведенным исследованиям к неблагополучным семьям можно отнести:

1. Недоверчивая семья: повышенная настороженность по отношению к окружающим (соседям, знакомым, педагогам), ожидание враждебности; слабые контакты с окружающими; нередко длительные конфликты с родственниками; в любых конфликтах (со сверстниками, с педагогами).

2. Легкомысленная семья: отличается беззаботным отношением к будущему, стремится жить сегодняшним днем; склонна к сиюминутным удовольствиям, планы на будущее у нее неопределенны; семья живет по инерции, не предпринимая попыток что-нибудь изменить (старая мебель, отсутствие нужных в доме вещей, неумение организовать); - досуг кроме просмотра ТВ, застолий; семья постоянно находится в состоянии внутреннего разлада, по малейшему пустяковому поводу возникают конфликты; правым только своего ребенка.

Но решающим фактором, определяющим удовлетворенность или неудовлетворенность женщин браком, является все же взаимная поддержка или ее отсутствие (Accitelly, Antonucci, 1994).

В заключении надо отметить, что в работе с неблагополучными семьями, безусловно, надо проводить коррекционную работу, которая должна направляться на улучшение таких характеристик: повышение взаимопонимания, снижение конфликтности и т.д.

Психолог должен уметь проводить разные виды работы с семьей:

1) Профессиональная диагностика семьи для целей дальнейшей работы: коррекции, терапии, консультирования, тренинга.

2) Консультирование актуальных проблем семьи по запросу ее членов: супруги, прародители, дети, родственники и т. п.

4) Просвещение и совершенствование семей, имеющих желание и потенциал развития.

5) Профилактика отклонений в жизнедеятельности семьи и ее членов.

Коррекционная работа должна направляться на улучшение этих характеристик: повышение взаимопонимания, снижение конфликтности.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е. Г. Королева, Д. Ю. Дегтярёва

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Актуальность. Псориаз является наиболее распространенным хроническим заболеванием кожи. По данным Harvey L. и Adam M. (2004г.), заболеваемость им в мире колеблется от 0,6% до 4,8%. По данным Kurd SK, Gelfand JM (2009 г.), псориазом болеют около 3,5% населения планеты. На основании исследования Harvey L., Adam M., 2004 Naidi L., 2004, «средняя общая» заболеваемость псориазом в мире колеблется от 0,6% до 4,8%.

Исследования 2010 года, проведенные международной организацией IFRA, показали, что на планете зарегистрировано 125 млн. человек с псориазом, или каждый двадцать пятый житель. В возникновении псориаза отмечают 2 возрастных пика. Первый пик относится к возрасту 16-22 года, а второй - к периоду 57-60 лет. Псориаз чаще встречается у женщин, чем у мужчин. И у женщин он развивается раньше. Экзема также встречается часто, составляя 30-40% всех кожных заболеваний. По статистике экземой страдают 10% населения земного шара. Она поражает все возрастные группы, но чаще всего встречается у женщин в возрасте от 20 до 45 лет. Принимая во внимание тот факт, что кожа и центральная нервная система имеют общее эмбриональное происхождение, позволяет нам понимать их тесную взаимосвязь.

Психогенные факторы часто становятся триггерами манифестации или рецидива заболевания, а дерматологическая патология, в свою очередь, нередко выступает причиной психологических расстройств. Известно, что лицо и открытые участки тела играют существенную роль в межличностной коммуникации, и наличие косметического дефекта может ее затруднить, особенно у молодых пациентов женского пола. Оба этих дерматологических заболевания не представляют собой угрозу для жизни пациентов. Но несмотря на это, их хронический характер негативно сказывается на межличностных отношениях, профессиональной деятельности, снижает самооценку, а тем самым и качество жизни.

Любое хроническое заболевание, особенно то, которое имеет клинические проявления, доступные для всеобщего обозрения, сопряжено с психоэмоциональным стрессом. От его успешного преодоления зависит качество лечения, отношение к себе и своему заболеванию, отношения с лечащим врачом и в конечном счете, качество жизни. Многие пациенты, особенно в начале своего заболевания, ждут полного излечения, исчезновения всех симптомов заболевания. Не получая этого, пациенты оказываются в ситуации стресса, часто ввиду нежелания принять свой недуг, который в свою очередь только усугубляет клинические проявления.

Устав Всемирной организации здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому успешное лечение пациента не должно ограничиваться восстановлением или сохранением только физического статуса, без учета психосоциального аспекта.

Цель: Изучение психоэмоционального состояния пациентов с псориазом и экземой для понимания роли психотерапевтической коррекции в лечении.

Задачи:

1. Определить качество жизни и уровень депрессии у пациентов с псориазом.
2. Определить качество жизни и уровень депрессии у пациентов с экземой.

Материалы и методы. Анкетирование 30 пациентов стационарного отделения ГУЗ «Кожно-венерологический диспансер» с диагнозом псориаз и экзема с помощью опросников «Дерматологический индекс качества жизни» и «Опросник депрессии Бека». Из них 18 мужчин и 12 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%.

Выводы.

1. Дерматологическая патология не протекает изолированно, не затрагивая психоэмоциональный статус человека.

2. Таким образом, наиболее целесообразным будет являться комплексный подход к лечению, состоящий не только из назначения медикаментозного компонента, но и из психотерапии.

Заключение. 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 лечении 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.