

УДК 616.5:159.9

ДЕРМАТОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ЯК МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

О.Є. Федоренко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Ключові слова: соматична хвороба, взаємопорозуміння, лікар, хворий, емпатія.

Будь-яка соматична хвороба викликає стан, що характеризується обмеженням фізичних, соціальних та психологічних можливостей людини [5]. При цьому в такій особі значно змінюються зв'язки, її ставлення до себе та оточення, відбувається певна переоцінка цінностей, стають іншими життєві установки й потреби. Клінічний перебіг хвороби, а іноді й сама її поява пов'язані з помітним впливом преморбідного стану хворого та його реакції на патологічні розлади, що виникли. Традиційно в медицині соматичну хворобу розглядають як складну форму пристосування цілісного людського макроорганізму до умов життєдіяльності, що змінилися в гірший бік. Цей дуже складний і внутрішньо дуже суперечливий процес зумовлений не тільки і не стільки зовнішніми, а й внутрішніми, зокрема суб'єктивними факторами. Соматична патологія являє собою інтегративне явище, яке включає не лише безпосередньо сам патологічний процес як такий, а й свербіж, біль [18], певні функціональні зміни в діяльності того чи іншого органа [3], також напружену діяльність цілої системи пристосувальних механізмів на біо- та психо-соціальних рівнях [11] організації людського макроорганізму.

Значення цих механізмів пристосування нашого організму до патології, що виникла, досить різна, залежно від впливу тих чи інших чинників, зокрема і періодів у розвитку власне соматичної хвороби.

Серед них традиційно розрізняють: 1) інкубаційний або латентний; 2) продромальний; 3) період перебігу з максимальними клінічними виявами; 4) період одужання або реконвалесценції.

Принципово значущим є розвиток будь-якої хвороби на початковій стадії, коли рання діагностика і відповідна терапія дають змогу зупинити захворювання з мінімальними втратами для макроорганізму в цілому. Самі по собі патологічні зміни в певному органі або тканинах далеко не завжди супроводжуються відповідними виявами. Вони можуть доволі довго компенсуватися регулювальним впливом організму.

Здається, що виникнення соматичної патології у людини встановити нескладно. Насправді ж це не зовсім так. Реально дати визначення поняттю «хвороба» та більш-менш окреслити найістотніші її відмінності від «здоров'я» непросто й для досвідченого клініциста. Часто навіть значні патологічні зміни залишаються зовсім непомітними ні для лікаря, ні для їхнього носія. Ці зміни можуть довго не викликати хворобливих виявів — людина почу-

вається цілком здоровою і справляє таке ж враження на оточення [24]. З іншого боку, в цілому здорова людина може почуватися погано вже у разі легкого та випадкового нездужання, зумовленого простою перевтомою [22]. Усі ці ситуації добре відомі досвідченим лікарям і свідчать про складність діагностики станів як хвороби, так і здоров'я людини з точки зору органічних і психологічних показників [10]. Тож проблему своєчасного встановлення діагнозу можна більш-менш успішно і достовірно розв'язати лише з урахуванням типу вищої нервової діяльності конкретної людини, структури її особистості, індивідуальності, а також взаємодії в системі людина — довколишнє середовище — хвороба.

Отже, цілісний та всебічний розгляд проблеми хвороба — особистість — лікування є найбільш ефективним лише за системного підходу до неї [17]. Науковий рівень досліджень у медицині сьогодні не може обмежитися лише аналітичним вивченням окремих клінічних виявів тієї чи іншої соматичної патології. Цілісний підхід зобов'язує лікаря-клініциста розглядати соматичну хворобу як внутрішньо-динамічну систему, функціонування та клінічний перебіг якої визначається широким діапазоном чинників — від генетичних [25] до соціальних, фізіологічних та психологічних [4].

Лікар-дерматолог має чітко усвідомлювати, що залежно від стадії розвитку, типу перебігу та форми дерматозу змінюється співвідношення соматобіологічних та психо-соціальних чинників у формуванні його клінічної картини. Соматичні та психологічні аспекти тісно переплітаються при різних дерматологічних захворюваннях залежно від характеру взаємодіючих систем (життєва ситуація — патологічний процес — особистість хворого).

Майже будь-яка соматична хвороба уражує в цілому весь організм людини. Тип особистості, психологічне сприйняття нею своєї патології відіграють роль не тільки в самому нездужанні, а й у погіршенні стану, мало того, навіть у розвитку хронічного характеру захворювання [29].

Дерматологічна патологія не може бути повністю зрозуміла лише на підставі оцінки поведінки, вражень та переживань пацієнта під час його розмови з лікарем шкірно-венерологічного диспансеру.

Особливе значення мають ситуація в родині захворюючого, перенесені захворювання, операції, випадки інвалідизації знайомих та близьких. Простежується постійна екстраполяція до перебігу анало-

гічного (або схожого в очах хворого) дерматозу в близьких. Це призводить до особливої стривоженості й страху, які своєю чергою зосереджують увагу та напружують психіку в цілому на тому чи іншому органі. Більшість дослідників у царині медичної психології однозначно стверджують, що психічна концентрація і дія найбільше корелює із захворюванням таких органів, як серце [23], очі, статеві органи та шкіра.

Для лікаря-дерматолога пацієнт має бути не тільки об'єктом діагностики та терапії, а й суб'єктом зі своїм психологічним світом, з індивідуальною реакцією на появу та існування на шкірі певної патологічної висипки й на умови мікросоціального середовища. Розуміння лікарями-дерматологами саме психологічного аспекту шкірної патології дає змогу сприймати хворого «не як нозологічну одиницю, а як неповторну індивідуальність» [14]. Зосередження уваги лікаря лише на виявах патологічного процесу на шкірі та слизових оболонках призводить до переважного сприйняття хворого тільки як носія визначеної дерматологічної симптоматики без урахування своєрідності його емоційних реакцій, які дуже часто значно впливають на перебіг дерматозу та успішність його терапії. Дезорганізацію соціального життя, зумовлену поширеною висипкою на відкритих ділянках шкіри, пацієнт іноді сприймає гостріше, ніж порушення функціонування організму. Терапія останнім часом значною мірою орієнтована на мобілізацію та активізацію резервів самого хворого. Серед цих внутрішніх резервів велике значення мають саме його психологічні можливості [13]. Тож індивідуальний підхід до лікування дає змогу усунути недоліки рутинної терапевтичної практики, що ґрунтується на односторонньому біологізаторському розумінні хвороби, оскільки на відміну від досі традиційної соматотерапії прагне не тільки ліквідувати клінічні вияви дерматозів, а й опосередковувати лікувальні процедури через певного пацієнта, домогтися поновлення його особистого та соціального статусу [17].

На нашу думку, особливо складні зміни у психіці хворого в цілому відбуваються саме при дерматологічних захворюваннях [20]. Психологічний бік шкірної патології залежно від її характеру, курбельності, преморбідних особливостей пацієнта становить дуже складне динамічне співвідношення психологічного стресу та відповідних адаптивних механізмів людської психіки. В сучасній дерматології нерідко виявляються розходження між методами спеціального лікування (місцевою терапією, загальною медикаментозною терапією, УФО тощо), що постійно удосконалюються, та знаннями психології хворих. Важливість індивідуального підходу до лікування дерматологічних хворих у принципі визнають усі дерматологи. Потреба у врахуванні лікарем-дерматологом психології хворого різко зросла в останнє десятиліття в зв'язку з широкою популяризацією принципів та методів психотерапії і реабілітації хворих при різних клінічних формах шкірної патології, а також через те, що нині ці хворі переважно лікуються амбулаторно й можуть цілком вільно вибрати собі лікаря. Не важко

здогадатися, чому пацієнти частіше звертаються до лікарів, з якими їм психологічно комфортно.

Хоча особистість кожної як здорової, так і хворої людини, безумовно, унікальна, існують певні загальні закономірності. Це дає змогу досвідченому лікарю-клініцисту застосувати з лікувально-реабілітаційною метою інтегральну та диференційовану систему психологічних впливів у конкретних випадках шкірної патології. З цього погляду дослідження як «внутрішньої картини хвороби», так і внутрішнього світу особистості дерматологічного хворого дуже важливі. Особливо це актуально у плані емоцій і почуттів тих, хто захворів [30].

Слід не забувати, що люди, які вже мали ту чи іншу висипку на шкірі, помітно спокійніше психологічно реагують на появу нової, ніж ті хто, захворів уперше. У тих пацієнтів ШВД, для яких стан шкіри та слизових оболонок відіграє особливу роль у професійній діяльності (артисти, спортсмени, педагоги, кухарі тощо), розвиваються такі психічні розлади як різке посилення не тільки реактивної тривоги, а й особистісної стривоженості, страху. Часто-густо також дуже змінюється і їхня поведінка в цілому.

Психологам відомо, що внутрішній світ хворого та його поведінка під час недуги пов'язані зі сформованою ще до неї та діючою ієрархією в системі його стосунків, цінностей та мотивів, а також із взаємодією усвідомленого й неусвідомленого та відповідними механізмами психологічного захисту особи. Тільки таке розуміння особистості хворого допоможе лікарю розкрити характерні взаємозв'язки особистість — шкірна патологія — соціальна ситуація. Все це однозначно потребує від лікаря-дерматолога будувати стосунки з пацієнтом на зразок суб'єкт — суб'єкт, а не суб'єкт — об'єкт. Вузкопрофесійний підхід лікаря до пацієнта лише перетворює його в об'єкт певних діагностичних та терапевтичних дій. Тільки після встановлення позитивного емоційного контакту, що ґрунтується на принципі «партнерства», взаємопорозуміння та взаємоприйняття хворим свого лікаря, а лікарем хворого як особистості, відбувається трансформація пацієнта в суб'єкт терапії, що бере активну участь у власному лікувальному процесі [26].

Психологи пострадянських країн особистість розглядають як складну інтегральну психічну систему, в якій знаходять відображення соціально-психологічні та психофізіологічні властивості людини, потенціал яких формується і реалізується в умовах соціального середовища, в якому вона вихована і тепер живе [2].

Лікар-дерматолог має чітко усвідомити, що позитивний лікувальний ефект значною мірою залежить від плідної співпраці двох особистостей — лікаря і хворого. І передусім це пов'язано з проблемою спілкування. Хоча в сучасній клінічній медицині і має місце процес подальшої спеціалізації, диференціації та технізації самого лікувального процесу, проте істотним чинником у цих умовах є збереження та подальше поглиблення безпосереднього спілкування лікаря з пацієнтом. Залежно від характеру патологічного ураження шкіри та слизових оболонок, а також від терапевтичних завдань на перший план мо-

жуть виходити як специфічні, так і неспецифічні фактори, що впливають на ефективність лікування. Неспецифічний позитивний вплив на хвору людину справляє медико-деонтологічний підхід лікаря та створена на цьому ґрунті сприятлива психологічна атмосфера в спілкуванні з пацієнтом [8]. Доволі специфічним позитивним чинником впливу є характер стосунків із пацієнтом, що регулює лікар, як особливого терапевтичного засобу для підвищення загальної ефективності лікування [7]. Лікар-клініцист сам по собі в цьому аспекті виступає як ліки [21].

Специфіку міжособистісного спілкування як особливу форму людської активності психологи визначають як своєрідну взаємодію за типом суб'єкт — суб'єкт [19]. Вона переважно здійснюється притаманними для певної особистості формами та способами, в яких виявляються індивідуальні потреби в розумінні, допомозі, самовизначенні тієї або іншої особи. Таке спілкування слід розглядати в єдності його міжособового, інформаційного та перцептивного рівнів. Соціально-психологічний підхід до розуміння взаємовідносин лікаря-клініциста до свого хворого дає змогу визначити його як особливу форму довірливого спілкування, в основі якого лежить емоційний «резонанс». Цей вид спілкування визначається як конкретною значущістю інформаційного «матеріалу», який співрозмовники про себе розкривають, так і прихильністю до іншого, що ґрунтується не стільки на вмінні зберігати таємницю, але й на «вірі» в його високу порядність та професійність. Довіра до лікаря-клініциста значною мірою залежить від потреб пацієнта, його очікувань, уже витвореного уявою еталонного образу «свого» лікаря та деяких інших індивідуальних особливостей хворого [27].

Характер психологічного контакту між хворим і лікарем залежить також від тяжкості соматичного захворювання та його перебігу. Позиція лікаря має бути, безумовно, домінантною при вирішенні всіх питань, пов'язаних з лікуванням тяжкохворих (псоріатична або екзематозна еритродермія, поширена вульгарна акантолітична пухирчатка). Більшість таких пацієнтів зовсім безпорадні та пасивні, всю відповідальність лікар у цих умовах мусить брати на себе. Лікування певний час здійснюється без активної усвідомленої в ньому участі хворого. Коли ж перебіг захворювання гострий (мокнуча екзема, опік), але із повним збереженням свідомості, то пасивність пацієнта вже явно менша. Дерматолог обговорює з ним низку питань лікування, дає відповідні рекомендації та поради щодо поведінки. Чітко дотримуючи деонтологічного підходу, лікар може з великим успіхом використовувати прийоми як раціональної психотерапії (роз'яснення, переконання, емоційна підтримка), так і симптоматичної (гіпноз, аутогенне тренування, соціальний тренінг) [6].

Авторитет клініциста значною мірою визначається не тільки і не стільки ефективністю рекомендованої ним медикаментозної терапії, а залежить від його поведінки з хворим та його родичами. Це твердження більше ніж актуальне для дерматологів, бо в більшості випадків шкірна патологія характеризується хронічно-рецидивуючим перебі-

гом і сподіватися на дуже швидке одужання тільки від медикаментозної терапії немає підстав. Відомо, що професія лікаря в певному магічному ореолі, це пов'язано з тим, що він професійно займається такими життєво важливими питаннями, як хвороба, здоров'я, смерть, таємниця. Тож цілком зрозуміло, що така особа переважно психологічно сприймається хворим як авторитет, близький, з одного боку, до образу батьків (надання допомоги, опіка, піклування, сила), а з іншого, до образу вчителя (навчання).

Спочатку здебільшого вимушені появою соматичної патології стосунки між лікарем і хворим — це не тільки взаємодія медичного фахівця та пацієнта, а й форма спілкування двох особистостей, які неминуче виявляють власну індивідуальну своєрідність свого внутрішнього світу, що не виводиться з приписаною цими стосунками тієї чи іншої ролі. Деонтологічно виважений підхід лікаря до хворого має створювати умови, коли таке спілкування стає своєрідним лікувальним засобом, що значно впливає на наслідок усієї довготермінової терапії. На першому плані — взаємовплив цих двох особистостей, в основі якого лежать механізми емоційного та соціального взаємосприйняття, потреби в психологічній підтримці хворої особи [1]. Саме лікар-дерматолог та його професійна поведінка визначають психологічне сприйняття його хворими зі шкірною патологією. Залежно від характеру такого сприйняття можуть виникати і різні реакції та емоційні вияви у пацієнта під час його лікування. Привітність, доречний жарт та усмішка лікаря часто мають справді безцінне значення для занепокоєного висипкою пацієнта. Особистість дерматолога має оточувати своєрідна аура, яка повинна підвищувати терапевтичну ефективність його роботи. Звідси зрозуміла та важлива роль у поведінці лікаря, яку відіграє настрій і його почуття та емоції [28].

У «Канонах лікаря» Гіппократ особливо наголошував на умінні лікаря сприймати емоційний стан пацієнта та співпереживати з ним. Ця психологічна риса є феноменом емпатії, яку вкрай важливо враховувати як основу оптимізації міжособистісного спілкування дерматолога зі своїм пацієнтом [12]. Під час професійного контакту з хворим лікар нерідко здатний відчувати його переживання не тільки на основі вербальних повідомлень, а й за характером міміки та жестів, тобто невербальної поведінки. Емпатичний підхід лікаря-клініциста переважно виявляється в умінні в кожний момент спілкування відчувати емоційний стан хворого, а також у здатності «передати» пацієнтові те, що його турботи повністю зрозумілі дерматологу. Характер та ступінь виразності емпатичного чуття може бути різним залежно і від природних, і від розвинених у процесі професійної діяльності лікаря здібностей [19]. За хронічного дефіциту часу на спілкування з пацієнтом протягом амбулаторного прийому в ШВД поступово формуються навички такої емпатії, яка дає змогу досвідченому дерматологові добре «читати» експресивні елементи поведінки і розуміти емоційний стан свого пацієнта. Дерматолог своїм виглядом й розмовою має показувати як своє ро-

зуміння емоційних переживань хворого, так і ставлення до них. Зрозумілим у цьому аспекті також є уміння правильно розпізнавати емоційний зміст невербальної поведінки пацієнта, яку він не може чітко висловити або чітко сформулювати словесно. В багатьох випадках хворий просто і не усвідомлює цього в процесі свого спілкування з лікарем. Емоційно-перцептивні здібності лікаря виявляються й у свідомому умінні своєю інтонацією передавати хворому власну емоційну реакцію на його проблеми зі шкірою. Експериментальні дослідження, проведені в цій галузі, стверджують важливість такого уміння лікаря-дерматолога для того, щоб у хворого з'явилося відчуття задоволення від поліклінічного прийому в ШВД, а також значення емпатії для глибшого розуміння суттєвості терапевтичної дії лікаря-дерматолога. Крім власне самого розуміння індивідуальних психологічних особливостей хворого на дерматоз, дуже важливим є відвертий вияв лікарем співчуття, здатність «вжитися» в страждання.

Свідоме скорочення хворим часу спілкування з лікарем свідчить про бажання напісвідомо приховати як від самого себе, так і від лікаря свій хворобливий стан. Такі пацієнти часто-густо можуть навіть заперечувати сам факт хвороби. Хоча шкірна висипка цілком очевидна як для дерматолога, так і для самого пацієнта, котрий іноді здатний переносити тяжкі страждання, але психологічно не визнавати факту захворювання на дерматоз.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Александр Ф., Селесник Ш.* Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней: пер. с англ.— М.: Яхтсмен, 1995.— 285 с.
2. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания.— Л.: ЛГУ, 1968.— 338 с.
3. *Антропов Ю.Ф., Карпина Л.М.* Аффективные нарушения и расстройства желудочно-кишечного тракта у детей и подростков // Психиатрия.— 1997.— № 3.— С. 52—56.
4. *Апанасенко Г.А., Попова Л.А.* Санология в практике семейного врача // Энциклопедия семейного врача.— К.: Здоров'я, 1995.— Кн. 2.— С. 665—670.
5. *Белов В.И.* Психология здоровья.— М.: КСП, СПб, Респект, 1994.— 271 с.
6. *Бехтерев В.М.* Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное значение.— СПб, 1911.— 320 с.
7. *Боголюбов В.А.* Личность врача в медицине // Казан. мед. журн.— 1928.— № 1.— С. 13—25.
8. *Вагнер Е.А.* Раздумья о врачебном долге.— Пермь: Перм. кн. изд-во, 1986.— 222 с.
9. *Витенко И.С., Ороховский В.И., Кондратенко Г.П.* Формирование психологической готовности молодежи к медицинскому труду.— К.: Вища школа, 1989.— 85 с.
10. *Витенко И.С.* Зміни психіки при соматичних розладах як проблема лікаря загальної практики // Проблеми підготовки медичних та фармацевтичних кадрів в Україні: матер. доп.— К.: Полтава, 1998.— С. 147.
11. *Воробейчик Я.Н., Похлитер Е.А.* Основы психогигиены.— К.: Здоров'я, 1989.— 180 с.
12. *Гиппократ.* Избранные книги: пер. с греч. М.: Биомедгиз, 1936.— 736 с.
13. *Гримак А.П.* Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности.— М.: Политиздат, 1987.— 286 с.
14. *Давидовский Л.Я.* Ваш диагноз, доктор? (Беседы о врач. диагностике).— Алма-Ата: Казахстан, 1991.— 115 с.
15. *Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А.* Психологические проблемы готовности к деятельности.— Минск: Изд-во Белорус. гос. университета, 1976.— 176 с.
16. *Кабанов М.М.* Концепция реабилитации и современная клиническая медицина / Реабилитация онкологического больного.— Л., 1979.— С. 17—25.
17. *Кабанов М.М.* Роль психических факторов в современной клинической медицине // Сов. Медицина.— 1982.— № 12.— С. 91—98.
18. *Лиманский Ю.П.* Проблемы боли в современной медицине // Журн. практ. лікаря.— 2001, № 2.— С. 37—39.
19. *Ломов Б.Ф.* Проблема общения в психологии // Проблемы общения в психологии.— М., 1981.— С. 3—23.
20. *Лоун Б.* Утерянное искусство врачевания.— М., 1998.— 256 с.
21. *Любан-Плоцца Б.* Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря.— К., Адеф-Україна, 1997.— 326 с.
22. *Максименко И.* Парадоксы восприятия болезней больным и врачом // Врач.— 1994.— № 11.— С. 27—28.
23. *Оганов Р.Г., Метелица В.И.* Основные итоги и перспективы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в США // Тер. архив.— 1999.— № 1.— С. 77—80.
24. *Рапопорт Я.Л.* Курс патології.— К.: Держмедвидав УРСР, 1956.— 373 с.
25. *Рейнберг Г.А.* Методика диагноза.— М., 1951.— 72 с.
26. *Ташьков В.А.* Психология врачебного процесса.— Л.: Медицина, 1984.— 191 с.
27. *Телешевская М.Е.* Учитесь властвовать собой: Записки психотерапевта.— Л.: Медицина, 1973.— 98 с.
28. *Хаббард Рон Л.* Дианетика — современная наука душевного здоровья.— М., 1993.— 540 с.
29. *Харди И.* Врач, сестра, больной: Психология работы с больным.— Будапешт: Изд-во АKN Венгрии, 1972.— 286 с.
30. *Шингаров Г.Х.* Эмоции и чувства как форма отражения действительности.— М.: Наука, 1971.— 223 с.

**ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ
КАК МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА****А.Е. Федоренко**

Для дерматолога пациент должен быть не столько объектом диагностики и терапии, как субъектом со своим психологическим миром, который весьма индивидуально реагирует на появление и существование на коже патологических высыпаний. Нужно четко понять, что положительный лечебный эффект в значительной мере зависит от сотрудничества двух личностей — больного и его врача. Деонтологически верный подход, восприятие эмоций пациента и сопереживание им превращает каждое общение больного с дерматологом в весьма действенное лечебное средство — врач как лекарство.

DERMATOLOGICAL PATHOLOGY AS A MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEM**O.E. Fedorenko**

Patient for dermatologist should not be only an object of the diagnostics and therapy, and a subject with his psychological world, which rather individually react on occurrence and existence of the skin eruption. It is necessary to understand that the positive effect of treatment is appreciably depends on cooperation of two persons — patient and his doctor. Deontological correct method, the emotional perception of patient transforms each contact of the patient with dermatologist into effective medical instrument — the doctor as a medicine.