

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко,  
Р.І. Ісаков, П.В. Кидонь

Українська медична  
стоматологічна академія

## ЛІКАР І ПАЦІЄНТ У ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ (ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ)

**Резюме.** В оглядовій статті наведено результати аналізу літературних джерел щодо психологічних аспектів у взаємовідносинах лікар і пацієнт у діагностичному процесі. Правильна побудова взаємин лікар — хворий залежить від багатьох факторів, серед яких не останнє місце посідають досвід і мистецтво лікаря. Лікувально-діагностичний процес, таким чином, має обопільний характер. В ідеалі, у ньому беруть участь дві сторони: уважний, високопрофесійний лікар і пацієнт, що, довіряючи лікареві, надає йому всю необхідну інформацію.

**Ключові слова:** лікар, пацієнт, лікувально-діагностичний процес.

Відповідальність за здоров'я хворого — головний моральний обов'язок лікаря, людини, якій пацієнт довіряє своє здоров'я і благополуччя, натомість очікуючи на професійність, порядність і принциповість.

Головною метою клінічної медицини є забезпечення високого рівня діагностики та лікування. Лікар має досконало володіти спостереженням, бесідою, експериментальним дослідженням, але кожен із розділів клінічної медицини має свої специфічні особливості роботи з пацієнтом, ігнорування яких призводить до погіршення кінцевих наслідків [1, 2].

**Мета роботи** — допомога практикуючому лікарю в підвищенні рівня професійного спілкування із хворими та вдосконалення комунікативних навичок.

Відомий вислів: «Якщо хворому не стало краще після першої ж зустрічі з лікарем, то це погань фахівець» [3]. При всій невиправданій категоричності такого підходу необхідно пам'ятати, що лікаря завжди сприймають психотерапевтично — позитивно або негативно. У взаєминах лікар — хворий пацієнт схильний приписувати лікареві ті риси, які мають допомогти впоратися йому із хворобою. Практично завжди хворий неусвідомлено чекає від лікаря чогось більшого, ніж соматичне одужання. Це очікування призводить до формування *переносу (трансферу)*. Хворий переносить на лікаря свій минулий досвід відносин зі значущими людьми, очікування й надії, які існували в цих відносинах.

Усім подіям нашого життя ми надаємо те значення, яке вони здобувають у нашому суб'єктивному сприйнятті, відбиваючи індивідуальну психологічну проблематику. Як зазначив

© А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков, П.В. Кидонь

із цього приводу Ф. Перлз: «Ми всі живемо в будинку, де стінами є дзеркала, і думаємо, що дивимось назовні». Так, хворий може ставитися до свого лікаря-жінки аналогічно тому, як у дитинстві він ставився до матері, у якої шукав допомоги й підтримки в несподіваних і важких ситуаціях, він може відчувати ті самі почуття довіри, замилювання й любові [4, 5].

У тому випадку, коли пацієнт переносить на лікаря позитивні почуття, пов'язані з досвідом взаємин у минулому, говорять про *позитивне перенесення*. Якщо ж хворий переносить на лікаря негативні почуття, пов'язані з минулим негативним досвідом (роздратування, недовіру, ворожість), то говорять про *негативне перенесення*. Тоді пацієнт приходиться до лікаря з уже сформованою недовірою до того, що він почує. Такі випадки потребують від медика толерантності, щоб делікатно вислухати хворого й методично його оглянути.

У взаєминах із лікарем пацієнт також може перенести на нього *амбівалентний* емоційний досвід, одночасно переживаючи стосовно лікаря почуття ворожості та ніжності, довіри й підозри. Перенесені реакції хворого — позитивні, негативні, амбівалентні — ускладнюють комунікацію з ним, впливають на її ефективність [6].

Не лише хворий асоціює з образом лікаря минулий досвід емоційних відносин, але й лікар неусвідомо переносить на хворого свої очікування, установки, пов'язані з минулим спілкуванням. Феномен переносу лікарем на хворого досвіду минулих емоційних відносин називається *контрперенесенням* (антитрансфером). Як і трансфер, контрперенесення може бути *позитивним* або *негативним*, залежно від того, які емоції лікар переносить на пацієнта. Їхні відносини — це

завичай суміш реальних вражень і реакцій один на одного, з одного боку, і, з іншого — різноманітних взаємних реакцій перенесення, спорадів, асоціацій. Розуміння й уміння нівелювати перенесені реакції дозволяє будувати відносини з реальною людиною, а не із власним травматичним (або, навпаки, благополучним) досвідом минулого.

Хворий завжди шукає «ідеального лікаря», але психотерапевтичну ефективність лікаря визначають кілька особистісних якостей, головними з яких є: афіліація, комунікативна компетентність, комунікативна толерантність, емпатія, емоційна стабільність, сенситивність до відторгнення [7-9].

**Афіліація** — потреба людини до перебування в суспільстві інших людей і взаємодії з ними. Психологічно афіліація виступає у вигляді почуття прихильності й вірності, а поведінково — у товариськості, бажанні співпрацювати. У роботі лікаря, що відрізняється тривалістю й інтенсивністю різноманітних соціальних контактів, ця риса допомагає зберегти живе зацікавлене ставлення до пацієнтів, захищає від професійних деформацій, байдужості й формалізму, утримує від розгляду хворого як бездушного анонімного «тіла», частина якого має потребу в терапії.

**Комунікативна компетентність** — уміння спілкуватися, що передбачає не тільки наявність певних психологічних знань (наприклад, про типи особистості й темпераменту), але й сформованість спеціальних навичок: уміння встановлювати контакт, вислуховувати, «читати» невербальні прояви, будувати бесіду, формулювати питання. Для людини наявність соціальних зв'язків настільки важлива, що вже тільки їх недостатність вважається достатньою причиною розвитку стресу. Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння хворого й відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, у якому душевному стані перебуває пацієнт, лікар має вміння з ним взаємодіяти, домагаючись вирішення професійних завдань.

Професійно значущою якістю медичного працівника є також **комунікативна толерантність** (як один з аспектів комунікативної компетентності) — терпимість, поблажливість, володіння лікарем власними емоціями, здатність контролювати свої реакції й переносити суб'єктивно неприємні індивідуальні особливості пацієнтів. Хворий може викликати різні почуття, але психологічна підготовка лікаря має допомагати лишатися в рамках професійної ролі, запобігати конфліктам або виникненню неформальних відносин, коли замість рольової структури «лікар — хворий» виникають відносини конфлікту, психологічної близькості, залежності або любові.

**Емоційна стабільність** — контроль над емоціями й поведінкою, що допомагає лікареві

у взаєминах із хворими уникати «психологічних зривів». Інтенсивні емоційні реакції не тільки руйнують довіру хворого, лякають і насторожують його, але й астенизують, стомлюють. Навпаки, душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, викликає в пацієнта почуття захищеності, сприяє встановленню довірливих стосунків.

**Емпатія** — здатність до співчуття, співпереживання, жалю, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань хворого. Сучасне розуміння емпатії як проникнення у внутрішній світ іншої людини передбачає наявність трьох її видів:

- емоційна емпатія — заснована на механізмах ототожнення й ідентифікації;
- когнітивна (пізнавальна) емпатія — базується на інтелектуальних процесах порівняння й аналогії;
- предикативна емпатія — проявляється здатністю до прогностичного уявлення про іншу людину, що базується на інтуїції.

Хворий допитливо й уважно вивчає лікаря: його одяг, манеру розмовляти, ступінь доброзичливості й співпереживання (емпатії). Тому лікар має володіти високорозвиненою здатністю до емпатії. Ці якості лікаря можуть бути особливо корисні у випадках невідповідності висловлюваних хворим суб'єктивних скарг об'єктивній клінічній картині захворювання. Але надлишкова емоційна «включеність» у переживання хворого, властива молодим лікарям, може призводити до хронічних емоційних перевантажень і розвитку синдрому емоційного вигорання.

**Синдром емоційного вигорання** — специфічна професійна деформація осіб, що працюють у тісному емоційному контакті з пацієнтами при наданні медичної допомоги. Суб'єктивно він проявляється психічним виснаженням, коли лікар уже не може повністю віддаватися роботі, діяльність суб'єктивно сприймається як недостатньо успішна. Можливе формування негативного ставлення до пацієнтів, які сприймаються як джерело хронічної психічної травматизації. Лікар перестає брати до уваги внутрішню картину хвороби пацієнтів, не реагує на їх тривогу, не зауважує депресивних і суїцидальних тенденцій. У висловлюваннях такого лікаря про своїх хворих можуть з'явитися цинізм, холодна байдужість і навіть ворожість.

При дослідженні синдрому емоційного вигорання було виділено три фази його розвитку [10].

Перша — «фаза напруги». Провісником і пусковим механізмом є фіксований стан тривожної напруги, на тлі якого спостерігаються ознаки послаблення контролю над емоційними реакціями й поведінкою загалом: зниження настрою, дратівливість, імпульсивність.

Друга фаза — «фаза опору». Цей етап пов'язаний із появою захисного стереотипу

поведінки за типом «неучасті», що проявляється прагненням до уникання й тенденцією до обмеження емоційного реагування у відповідь на незначні психотравмуючі впливи. «Економія емоцій», обмеження емоційної віддачі спрощує й скорочує процес спілкування «лікар — хворий», несучи в нього риси поверховості й формалізму. Подібна форма захисту може переноситися за межі професійної діяльності, скорочуючи спілкування у всіх сферах життя, що призводить до регламентованості й вибіркості міжособистісної взаємодії.

Третя фаза — «фаза виснаження». Вона характеризується зниженням енергетичного тону, психовегетативними порушеннями. Виникає почуття безнадійності, безперспективності всього, що відбувається, тривога з ознаками дезорганізації психічної діяльності (зниженням пам'яті, порушенням концентрації уваги), схильність до соматизації у вигляді різних болісних відчуттів, порушень із боку серцево-судинної та інших фізіологічних систем.

У лікарів-жінок емоційне виснаження розвивається стрімкіше, ніж у чоловіків. Вразливі до «вигорання» гуманні, м'які, захопливі та схильні до ідеалізації оточуючих люди, які одночасно вирізняються емоційною нестійкістю, інтровертованістю. У період подібної кризи лікар має потребу в психотерапевтичній допомозі, а також відпочинку, психологічному «розвантаженні», участі в професійних тренінгах [11].

У міру нагромадження досвіду лікар навчається «дозувати» ступінь емпатичних проявів. Емоційна «включеність» важлива на початку спілкування із хворим, при встановленні психологічного контакту. Надалі глибина емоційної взаємодії може бути значно зменшена, підвищуючись лише на найбільш значущих етапах діагностики й терапії, наприклад у разі потреби переконати хворого пройти болісну діагностичну процедуру або операцію, особливо якщо існує ймовірність несприятливого результату. Роль емоційної взаємодії зростає при спілкуванні з депресивними пацієнтами, що мають суїцидальні тенденції, а також при контактах із хворими, які перенесли тяжку психічну травму (смерть близької людини, втрата працездатності, розлучення) [12, 13].

*Сенситивність до відторгнення* — чутливість до появи невдоволення пацієнта ходом лікування, що дозволяє лікареві підтримувати своєрідний «зворотний зв'язок» і оперативно коригувати свою поведінку у взаєминах із хворим. Сенситивність до відторгнення не має бути надто високою, тому що це знижує самооцінку лікаря, блокує його афіліативні потреби, адаптивні й компенсаторні можливості. Непевність у власній професійній спроможності може стати причиною психічної травматизації.

На психотерапевтичну ефективність лікаря впливають також якості, що потенційно знижують його комунікативну компетентність: тривожність, депресивність, інтровертованість.

*Тривожність* впливає на прогностичні можливості лікаря, виконуючи залежно від ступеня виразності як адаптивну, так і дезадаптивну роль.

Легка тривожність природна й дозволяє лікареві чуйно реагувати на зміни стану пацієнта. Хворим це сприймається як розуміння з боку лікаря, його емоційна підтримка. Однак інтенсивна тривога (страх, паніка) заважає адекватно оцінити ситуацію й вибрати найбільш правильне рішення. Паніка лікаря передається хворому й додатково дезорганізує його.

Із психологічної точки зору хвороба — одна з найбільш тяжких психологічних ситуацій у житті, що супроводжується невизначеністю й очікуванням. Тому частою першою емоційною реакцією на факт захворювання є страх перед невідомістю. Посилення тривоги пацієнта під впливом страху, пережитого лікарем, вкрай небажане. У такому випадку хворий може перестати вірити в можливість одужання, дійти висновку про безнадійність свого стану. Хворі потребують психологічної підтримки медиків, і присутність поруч впевнених у собі людей дозволяє пацієнтові більш точно й адекватно реагувати на події [14].

Найважливіше завдання, яке стоїть перед лікарем у контактній фазі взаємодії із хворим, — справити потрібне враження. У пацієнта має виникнути переконання, що лікар хоче й може йому допомогти. Перше ґрунтується на емпатичних здібностях лікаря, друге — на його впевненій манері поведінки.

Наскільки б не був лікар шокований, наляканий і пригнічений можливою припущеною помилкою, він не повинен показувати своєї розгубленості хворому. Впевнений стиль поведінки допомагає сформувати «терапевтичну ілюзію» абсолютної компетентності лікаря, що дозволяє пацієнту зберігати віру в щасливий кінець подій. Навіть в умовах масового амбулаторного прийому необхідно показати пацієнтові, що він має справу з досвідченим, кваліфікованим і впевненим у собі фахівцем. При цьому навіть якщо саме обстеження не дає нічого важливого для формулювання діагнозу, але сам факт ретельного його проведення допомагає викликати в пацієнта довіру до думки лікаря. Хворий ніколи не має сумніватися щодо компетентності лікаря взагалі й точності встановленого діагнозу зокрема. Але впевненість у своїх силах і в успіху лікування — це одне, а самовпевненість, та ще й замішана на недостатній професійній грамотності, — зовсім інше. Лікар, що знає й уміє лікувати абсолютно всіх і все, так само небезпечний для хворого, як і лікар байдужий [15].

*Депресивність* — заглибленість у негативні переживання. Якщо емоція тривоги спрямована в майбутнє, то депресія пов'язана з переживанням минулого, коли в уяві знову й знову виникають образи пережитих психотравмуючих подій. Спостерігаючи, як лікар на будь-яку незначну невдачу реагує почуттям провини, хворий починає підозрювати його в некомпетентності, перестає йому вірити. Занурений у власні переживання лікар «заражає» свого пацієнта тужливою безнадійністю, руйнуючи позитивні ефекти проведеної терапії.

*Інтровертованість*, як правило, супроводжується браком інтуїції, чуйності, тактовності в міжособистісних відносинах, низьким рівнем емпатії. Ці якості перешкоджають ефективному спілкуванню, не забезпечують необхідного ступеня емоційної підтримки.

Якщо пацієнт довіряє своєму лікареві, не сумніваючись у правильності діагностики й адекватності терапії, то він буде виконувати призначення, пройде всі необхідні діагностичні й терапевтичні процедури. За відсутності психологічного контакту зростає ризик, що пацієнт не стане дотримуватися лікарських призначень, проконсультується в інших лікарів або просто у своїх знайомих, розпочне самолікування, звернеться до представників альтернативної медицини. Розуміють вони це чи ні, але лікарі й медсестри надають регулярну психотерапевтичну допомогу, проводячи обходи, роз'яснювальні бесіди й поточні консультації [16].

Виділяють такі типи взаємодії лікаря та пацієнта:

1. *Керівний (директивний)* — лікар домінує, приймає всі необхідні рішення, бере на себе всю повноту відповідальності за одужання пацієнта. Такий стиль виправданий у роботі з пацієнтами психіатричного профілю, у терапії невідкладних станів.

2. *Наставницький (патерналістичний)* — лікар опікає пацієнта. По праву більш компетентного він ділиться необхідною інформацією, з урахуванням особливостей особистості пацієнта допомагає йому розвивати компенсаторно-адаптивні можливості, аргументовано підводить до необхідності прийняття відповідних рішень.

3. *Взаємодіючий (партнерський)* — застосовується щодо пацієнтів, які мають високий культурно-інтелектуальний рівень і гармонійну внутрішню картину хвороби. Їм дозволяється, хоч і з урахуванням рекомендацій лікаря, але самостійно ініціювати й впроваджувати методи лікування. В основі взаємин лежить емпатичний підхід, спілкування відбувається на рівних. Подібна модель взаємин широко використовується в психотерапії, а також у низці особливих ситуацій: при вирішенні питання про оперативне

втручання, при ймовірності летального результату; у випадку, коли в ролі пацієнта виявляється лікар, або якщо відносини будуються на основі контракту.

У рамках контрактної моделі лікар несе юридичну відповідальність за результати лікування. Оплачуючи медичні послуги, пацієнт одержує право вибирати лікаря. Він думає, що контракт забезпечує гарантії надання кваліфікованої допомоги, її доступності (встановлений спільно розклад відвідувань), права на переривання курсу лікування й зміну лікаря. Хворий очікує, що лікар буде погоджувати з ним найважливіші етапи лікування. Лікар же висуває до пацієнта вимоги співробітництва в процесі терапії, виконання відповідних рекомендацій і правил.

Правильна побудова взаємин лікар — хворий залежить від багатьох факторів, серед яких не останнє місце посідають досвід і мистецтво лікаря. Те, що може собі дозволити в спілкуванні із хворим один лікар, неприпустиме для іншого. Літній і досвідчений медик іноді поводить себе різко, але це не кривдить, а, навпаки, заспокоює пацієнта. Молодий же лікар має обирати більш м'яку форму спілкування. За зовнішньою суворістю лікаря пацієнт завжди повинен відчувати тепле ставлення, співпереживання, бажання допомогти, адже він може пробачити лікареві багато чого, але ніколи не пробачить байдужості.

Такий позитивний настрій щодо пацієнта не повинен перешкоджати лікареві об'єктивно оцінювати можливі особистісні реакції хворого, спрямовані на перекручування клінічної картини хвороби. Найпоширенішими з них є симуляція, дисимуляція та агравація.

*Симуляція* — усвідомлена награна поведінка, за допомогою якої створюється враження про наявність серйозного розладу. Найчастіше до симуляції вдаються примітивні особистості, і вона відносно легко читається. Симулянтам властива *рентна поведінка* — прагнення до одержання певної вигоди (вихід із неприємної ситуації, одержання співчуття, матеріальної допомоги) з факту псевдохвороби.

*Агравація* — перебільшення ознак захворювання, що може носити усвідомлений і неусвідомлений характер.

*Дисимуляція* — усвідомлена поведінка, спрямована на приховування ознак хвороби. Як правило, виникає при захворюваннях, виявлення яких небажане для самого хворого, може перешкодити йому в досягненні певних цілей.

Лікувально-діагностичний процес, таким чином, має обопільний характер. В ідеалі, у ньому беруть участь дві сторони: уважний, високопрофесійний лікар і пацієнт, що, довіряючи лікареві, надає йому всю необхідну інформацію.

## Список використаної літератури

1. Скрипніков А.М. Діагностичний процес у психіатрії / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков. — Полтава: АСМІ, 2012. — 128 с.
2. Nishiyama M. Personalized medicine and molecular targets of drugs / M. Nishiyama // *Nihon. Rinsho.* — 2010. — Vol. 68, No. 10. — P. 1917-1922.
3. Царегородцев Т.П., Кроткое Е.А., Афанасьев Ю.И. О развитии клинического мышления у будущих врачей // *Тер. арх.* — 2005. — Т. 77, № 1. — С. 77-79.
4. Скрипніков А.М. Особливості курації пацієнтів із використанням телемедицини при викладанні психіатрії / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков, П.В. Кидонь // *Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика: Матеріали всеукр. навч.-наук. конф., м. Полтава, 19 березня 2020 р.* — Полтава, 2020. — С. 196-198.
5. Vitenko I.S. *Medical Psychology: Textbook* / I.S. Vitenko, R.I. Isakov, V.O. Rud. — Poltava: Dyvosvit, 2010. — 146 p.
6. Серов В.В. *Общепатологические подходы к познанию болезни.* — М.: Медицина, 1999. — 304 с.
7. Berg J.S. Deploying whole genome sequencing in clinical practice and public health: Meeting the challenge one bin at a time / J.S. Berg, M.J. Khouri, J.P. Evans // *Genetics in Medicine.* — 2011. — Vol. 13, No. 6. — P. 499-504.
8. Chan I.S. Personalized medicine: progress and promise / I.S. Chan, G.S. Ginsburg // *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.* — 2011. — Vol. 12. — P. 217-244.
9. Garrison Jr. L.P. The economics of personalized medicine: a model of incentives for value creation and capture / L.P. Garrison Jr., M.J. Austin // *Drug Information Journal.* — 2007. — Vol. 41. — P. 501-509.
10. Скрипніков А.М. Роль інформаційної дезадаптації при obsесивно-компульсивному розладі у жінок / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков, Ю.О. Фисун, К.В. Гринь // *Вісник проблем біології і медицини.* — 2020. — Вип. 3 (157). — С. 146-149.
11. Скрипніков А.М. Проблеми формування клінічного мислення у студентів / А.М. Скрипніков, В.О. Рудь, О.С. Телюков [та ін.] // *Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи: 36. статей V Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 19-20 листопада, 2020 р.* — Полтава, 2020. — С. 349-353.
12. Hamburg M.A. The path to personalized medicine / M.A. Hamburg, F.S. Collins // *N. Engl. J. Med.* — 2010. — Vol. 363, No. 4. — P. 301-304.
13. Hoggatt J. Personalized medicine trends in molecular diagnostics: exponential growth expected in the next ten years / J. Hoggatt // *Mol. Diagn. Ther.* — 2011. — Vol. 15, No. 1. — P. 53-55.
14. Jain K.K. From molecular diagnostics to personalized medicine / K.K. Jain // *Exp. Rev. Mol. Diagn.* — 2002. — Vol. 2, No. 4. — P. 299-301.
15. Jain K.K. Nanobiotechnology and personalized medicine / K.K. Jain // *Prog. Mol. Biol. Transl. Sei.* — 2011. — Vol. 104. — P. 325-354.
16. Nebert D.W. Personalize medicine: temper expectations / D.W. Nebert, G. Zhang // *Science.* — 2012. — Vol. 337, No. 6097. — P. 910.

Надійшла до редакції 18.02.2021 р.

## ЛІКАР І ПАЦІЄНТ У ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ (ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ)

А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков, П.В. Кидонь

Резюме

В оглядовій статті наведено результати аналізу літературних джерел щодо психологічних аспектів у взаємовідносинах лікар і пацієнт у діагностичному процесі. Правильна побудова взаємин лікар – хворий залежить від багатьох факторів, серед яких не останнє місце посідають досвід і мистецтво лікаря. Лікувально-діагностичний процес, таким чином, має обоюсторонній характер. В ідеалі, у ньому беруть участь дві сторони: уважний, високопрофесійний лікар і пацієнт, що, довіряючи лікарю, надає йому всю необхідну інформацію.

Ключові слова: лікар, пацієнт, лікувально-діагностичний процес