

УДК 159.972

Шевченко С.І.[°]

Запорізький національний технічний університет, Інститут управління та права, гуманітарно-правовий факультет, кафедра психології, старший викладач

СТИЛІ МІЖОСОБИСТІСНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ

Проаналізовано погляди на стилі міжособистісної комунікації при захворюваннях шкіри у ракурсі розуміння різних психотерапевтичних підходів. Особливості комунікативних стилів знайшли своє відображення більшою мірою у психоаналітичній літературі, що пов'язано з наявністю теоретичних позицій психоаналітиків щодо різних видів захворювань, зокрема, і до шкірних захворювань. У когнітивно-біхевіоральному та екзистенційно-гуманістичному підходах існують погляди на особистісну проблематику загалом, які є неспецифічними для шкірних захворювань.

Ключові слова: *захворювання шкіри, стилі міжособистісної комунікації, психоаналітичний підхід, когнітивно-біхевіоральний підхід, екзистенційно-гуманістичний підхід*

Проанализированы взгляды на стили межличностной коммуникации при заболеваниях кожи в ракурсе понимания разных психотерапевтических подходов. Особенности коммуникативных стилей нашли свое отражение большей частью в психоаналитической литературе, что связано с наличием теоретических позиций психоаналитиков относительно разных видов заболеваний, в частности, и относительно кожных заболеваний. В когнитивно-бихевиоральном и экзистенциально-гуманистическом подходах существуют взгляды на личностную проблематику в общем, которые являются неспецифическими для кожных заболеваний.

Ключевые слова: *заболевания кожи, стили межличностной коммуникации, психоаналитический подход, когнитивно-бихевиоральный подход, экзистенциально-гуманистический подход*

The analysis looks at the styles of interpersonal communication in skin diseases in perspective, of understanding of different psychotherapeutic approaches. Features communicative styles reflected more in the psychoanalytic literature, due to the presence of psychoanalyst's theoretical positions on various types of diseases, in particular, skin diseases. There are views on the personal problems at general in cognitive-behavioral and existential-humanistic approaches. These views are not specific for skin diseases.

Keywords: *skin diseases, styles of interpersonal communication, psychoanalytic approach, cognitive-behavioral approach, existential-humanistic approach*

Актуальність дослідження. Захворювання шкіри нині належать до розповсюджених медичних проблем. Кількість таких захворювань постійно зростає, незважаючи на розвиток медичної галузі. Загальновизнаною є думка, що означений спектр проблем має розглядатися на стику медицини та психології: багато авторів вказують та психологічну складову виникнення та прогресування подібних захворювань [1-2, 4]. Традиційна медицина пропонує лише симптоматичне лікування шкірних захворювань, хоча у такий спосіб здійснюється боротьба із наслідками, а не з причинами проблеми. Фактори ж, які впливають на появу та перебіг захворювань, залишаються поза полем розгляду медиків.

Метою статті є здійснити аналіз існуючих у вітчизняній та зарубіжній літературі поглядів на особливості комунікативних стилів у осіб, які страждають на псоріаз.

Вчені та фахівці-практики давно звернули увагу на зв'язок виникнення та перебігу шкірних захворювань із особливостями комунікації хворого (П. Куттер, Д. Мак-Дугалл, І. Г. Малкіна-Пих, Д. Пайнз та ін.).

Автори психоаналітичної орієнтації вказують на залежність фактів появи та розвитку захворювань шкіри від специфіки материнсько-дитячих стосунків. Зокрема, Д. Пайнз [4] підкреслює фундаментально важливе значення шкіри як засобу спілкування між матір'ю і немовлям у той період, коли мати забезпечує оточення (holding environment), яке і закладає у дитини основи первинної ідентифікації.

Автор вважає, що контакт через шкіру заново встановлює сокровенне материнське відчуття своєї дитини. Вони при цьому ніби знову робляться єдиним цілим як під час вагітності, коли шкіра матері охоплювала їх обох. Шкіра стає засобом фізичного контакту, через неї приходить до дитини почуття спокою від обіймів, вона передає запах, відчутні відчуття, смак і тепло - все те, що може бути джерелом насолоди і близькості матері і дитини. Шкіра у той же час встановлює межу між Я і не-Я і містить в собі Я матері і Я дитини. Це один з основних і найдавніших каналів їх довербального спілкування, за яким невербальний афект передається соматично і стає доступним спостереженню.

П. Куттер зазначає [1]: “Визначити...залежність між душевним станом і шкірним захворюванням можна, встановивши відповідні причинно-наслідкові зв'язки, спостерігаючи, наприклад, за турботливим доглядом матері за немовлям. Варто лише уявити, що мати може або надмірно стимулювати шкіру немовляти або уникати будь-якого до неї дотику”.

Автор зазначає, що за почуттями хворих людей у випадку психосоматичного захворювання стоять симптоми “екзистентного страху”, від якого ці люди страждають, страху, який і якісно, і кількісно відрізняється від сигнального невротичного страху і означає для уражених ним людей втрату існування (Verlust der Existenz) або смерть.

П. Куттер вважає екзистентний страх ключем до розуміння психосоматичних захворювань. Він є результатом базисного конфлікту, що полягає у “екзистентній загрозі самості” (Selbst), яка, у свою чергу, виходить від злорякної інтроєкції (malignes introjekt), що від неї самість захищається.

Психоаналітики указують, що при догляді за дитиною шкіра матері може передавати весь спектр почуттів - від ніжності, тепла і любові до відрази й ненависті. Дитина може реагувати шкірою на добрі материнські почуття відчуттям, що їй добре, а на недобрі - різними шкірними захворюваннями. Невербальні афекти немовляти можуть знайти собі вираз через його шкіру. Шкіра може свербіти, шкіра може «плакати» (мокнути), шкіра може дратуватися. Її поведінка буде визначатися здатністю матері приймати і втішати свою дитину. Материнська здатність відчувати тривогу щодо дитини інтроєкується дитиною. Така ситуація становить початок поняття дитини про зовнішній і внутрішній простір. Невдача при інтроєктуванні функції вміщення в себе і незасвоєння, неприйняття того, що дитина і об'єкт містяться кожен у своїй, окремій один від одного шкірі, веде до феномену помилкової незалежності, до «адгезивної» (термін “адгезія” означає злипання поверхонь двох різнорідних тіл) ідентифікації і до нездатності визнати окреме існування самого себе і об'єкта.

Д. Пайнз, виходячи зі спостережень над жінками, що страждають на шкірні захворювання, показує, що довербальна травма від дитячих шкірних захворювань позначається не тільки у фундаментальному порушенні стосунків матір-дитя, але і в повторних спробах знову досягти контакту з об'єктом, з яким і був пережитий первинний досвід тілесного заспокоєння. Вона вважає, що це пристрасне бажання проходить через весь життєвий цикл, і вплітається в кожні нові взаємини. Надія інтегруватися з цим об'єктом і його заспокійливою роллю щоразу оживає знову, але потім людина відмовляється від неї. У цьому процесі велику роль відіграє первинний страх втрати Власного Я. Він є сильною загрозою нормальному перебігу процесу індивідуалізації.

На думку психоаналітиків, розчарування матері зовнішністю своєї дитини зароджує у дитини базальну нарцисичну вразливість, яка мало змінюється в подальшому, навіть незважаючи на реальні успіхи у дорослому житті. Ранній образ Власного Я закріплюється і залишається незмінним і впливає на Реальне Я [4]. Д. Пайнз зазначає, що у випадку шкірних захворювань хворобливі відхилення в ранніх відносинах з матір'ю не долаються, і жінка переживає цю проблему знову і знову на кожному перехідному етапі життєвого циклу, незважаючи на збагачену реальність тривалих взаємин з чоловіком, незважаючи навіть на емоційну зрілість, яка приходить з материнством та дозволяє виховати дітей.

Пацієнтки, в історії яких поєднуються обидві такі умови, як адаптація до материнської нездатності зрозуміти та витримати їх емоційний голод і наявність в ранньому дитинстві тривалого періоду тілесного заспокоєння, знаходять альтернативні засоби спілкування. Вони дізнаються, в результаті, як можна перевести психічні страждання на мову видимого тілесного недугу і тим самим пробудити до себе увагу і турботу. Так відбувається «навчання» тому, як надалі обходити психічну сторону нестерпного страждання. Звідси випливає, що всякий раз, коли жінка-лікар лікує жінку-пацієнтку в лікарняній обстановці, тим самим вона відновлює первинний заспокійливий контакт матері і немовляти.

Аналітична обстановка, де фізичний контакт відсутній, стає особливо фруструючою для таких пацієнток. Їх нарцисичні проблеми, пов'язані з порушенням поняття про власне Я, і їхня надзвичайна чутливість до об'єктних відносин здійснюють значний вплив на переживання почуттів, що належать як перенесенню, так і контрпереносу. Перенесення пацієнтки і пристрасне регресивне бажання, щоб її обняли і заспокоїли, і сильний страх перед емоційною близькістю, який протистоїть йому, так як при такій близькості оживає і первинна тривога - бути повністю поглиненою і втратити

Власне Я. Д. Пайнз вказує, що діти, чия дитяча екзема відштовхнула їх матерів, відчувають величезний сором і згодом вставляються до аналізу як до ситуації, де цей сором, можливо, доведеться пережити знову. Тому психотерапевта вони сприймають не тільки як того, хто, захищає їх від дезінтеграції, але і як непрошеного прибульця, який вторгається в їх повний болу внутрішній світ.

Такий розкол Его захищає справжні почуття пацієнтки від психічного оголення, навіть перед самою собою, і їх замінюють сурогати угодиництва та імітації. Тим не менш, почуття, що переносяться на терапевта, залишаються

сильними, і пацієнтка, щоб врятуватися від них, може спробувати “відігратися” на терапевті.

У діадній ситуації такт пацієнти майже завжди хочуть “залишатися немовлям”. Такі пацієнти вимагають великого терпіння від терапевта, але водночас пробуджують і бажання полегшити і заспокоїти їх біль. Але як тільки терапевтичний альянс пройшов перевірку на міцність, ці пацієнти можуть, зрештою, завершивши виконання свого психічного завдання по відреагуванню «первинної агонії» (Віннікотт), перейти до продуктивного контакту. Вербалізація тривало усунених афектів, таких як сильне роздратування і гнів, може у них полегшитися, і тоді можуть бути відкинуті регресія і соматизація. Д. Пайнз зазначає, що психічна біль цих пацієнтів реальна, як і їх надія, що терапевт проникне у внутрішнє життя і зрозуміє їх, і вони зможуть розпочати процес своєї індивідуалізації.

Аналізуючи сучасні погляди на психологічну проблематику, що лежить в основі виникнення та розвитку захворювань, І. Малкіна-Пих доходить висновку, що хвороби є продуктом неусвідомленого внутрішнього конфлікту і, таким чином, являють собою неусвідомлений вибір самої людини [2]. При цьому психосоматичні захворювання завжди мають «вторинну вигоду», неусвідомлювану самим хворим. Іншими словами, хвороба зручна для підсвідомості, яка таким «дитячим» чином допомагає людині виправдовувати свої помилки, проступки або бездіяльність, або «карає» її (повторюючи нав'язні у дитинстві закиди старших), чи містить (повторюючи нав'язні ж, але в більш зрілому віці, негативні установки оточуючих).

Визначення подібних розладів як психосоматичних підкреслює, що людина сама, активно, хоча й значною мірою несвідомо, соматизує, буквально «отілеснює» свої невідреаговані емоції. Психологічні проблеми спочатку «застряють» в тілі у вигляді дискомфортних відчуттів, а потім внаслідок викликаних цим застряганням збоїв нормальної регуляції їх роботи виходять з ладу ті чи інші системи організму. Простіше кажучи, коли людина не виражає свої емоції зовні, вона «заморожує» їх у вигляді тілесних відчуттів.

Шкіра відображає як фізичний, так і психологічний стан людини. Кожна клітина буквально «стискається», реагуючи на негативну емоцію, і «розкривається», радіючи, коли людина добре себе почуває у психологічному відношенні. Вчені інколи називають шкіру «другим мозком», адже вона володіє величезною кількістю нервових і сенсорних закінчень. Відомо, що епідерма, мозок і нервова система розвиваються у людського зародка одночасно із однієї клітини, і протягом усього нашого життя зберігається нерозривний зв'язок між центральною нервовою системою і нашою шкірою. Метафорично кажучи, вони ведуть безперервний діалог між собою за допомогою нейронів: ми червоніємо від збентеження або гніву, бліднемо від больового чи психологічного шоку, у нас зволожуються долоні, коли ми нервуємо.

Тому можна впевнено говорити про те, що шкіра є показником не тільки фізичного, а й душевного, емоційного стану людини. Її можна розглядати як психосоматичний орган людини.

Шкіру можна назвати дзеркалом психічних процесів. Не випадково її певні ділянки особливо реагують під час емоційних сплесків. Саме зовнішній вигляд шкірних покривів особливо багато значить для людини. За кольором і станом

шкіри ми визначаємо, молода людина чи стара, втомлена чи бадьора, чи червоніє від сорому, чи блідне від переляку, чи потіє від страху і т. д. Вегетативні процеси, зміна спокою і збудження відбуваються у шкірі у вигляді зміни кровообігу, потіння, скорочення (наприклад, поява «гусячої шкіри»).

Поряд з фізіологічними функціями шкіри можна відзначити її психологічні функції [2]:

- 1) Функція кордону між людиною і довкіллям, між «Я» і «не-Я».
- 2) Функція контакту, мосту до навколишнього середовища.
- 3) Функція вираження емоцій: хвилювань, побоювань, страху, радості, сорому.
- 4) Естетична функція;
- 5) Функція органа чуття, що забезпечує відчуття тепла, холоду, болю, печіння і т. д.

Також зазначається, що одне з центральних місць в психології шкіри займає сприйняття болю. Тому з шкірою можуть бути тісно пов'язані мазохістські нахили.

При екземі і нейродерміті садо-мазохістські і ексгібіціоністські нахили специфічним чином пов'язані з шкірними симптомами. У цих випадках демонстрація тіла, точніше – шкіри, з метою добитися уваги, любові і прихильності (ексгібіціонізм) використовується як зброя у суперництві і збуджує малоусвідомлюване почуття провини. За законом відплати, покарання має бути пропорційне «злочину»; шкіра, що служить інструментом ексгібіціонізму, стає місцем хворобливого страждання.

Представники когнітивно-біхевіорального підходу розглядають подібні медико-психологічні проблеми як наслідок когнітивних та/або поведінкових порушень, які формуються у стосунках зі значущими людьми та можуть бути виправлені через відповідні психотерапевтичні втручання [3, с. 185-204]. Відтак лікування у цьому підході базується на розв'язанні когнітивних та поведінкових проблем пацієнта. Як правило, когнітивно-біхевіоральна психотерапія проводиться у комплексі з традиційним медикаментозним лікуванням [6]. Результуючий тип міжособистісної комунікації у цьому підході розглядається як підсумок психотерапевтичних втручань, заснованих на відповідних процедурах.

Окремий погляд на будь-які патологічні вияви знаходимо у роботах представника когнітивно-біхевіорального підходу У. Глассера. Він створив власну теорію, що пояснює поведінку людини, – теорію контролю – та запропонував власний вид психотерапії – терапію реальністю. У. Глассер вбачає у будь-якій симптомній поведінці спробу контролю оточуючого світу та себе як частини цього світу [5]. Тобто шкірні захворювання з цих позицій можуть розглядатися як засіб особливого виду комунікації, метою якої є контроль. Відтак пацієнта навчають такому виду контролю, який би відповідав існуючим реаліям його життя та розширював способи задоволення потреб. У. Глассер виділив 5 базових потреб: одна з них базується на біологічному прагненні до виживання (у тому числі, потреба у їжі, сексуальна потреба тощо); 4 інших – власне психологічні потреби, а саме – потреба у силі (могутності), потреба у свободі, потреба у належності (любві), потреба у радості.

Пацієнта у підході терапії реальністю навчають задовольняти ці потреби, використовуючи ширший діапазон стратегій, ніж він використовував, будучи обмеженим певною психологічною проблемою.

У когнітивно-біхевіоральному підході не вдаються до глибинного аналізу психологічних проблем пацієнта, а працюють, зважаючи на наявні симптоми. Тому проблематика самих по собі шкірних захворювань не аналізується. Фахівці працюють, маючи на меті покращити когнітивно-поведінкові стратегії пацієнта. Стилі ж міжособистісної комунікації, які при цьому формуються, у даному випадку є побічним ефектом навчання продуктивним стратегіям когнітивного та поведінкового спектру. Незважаючи на те, що у центр уваги не ставиться основне захворювання (наприклад, псоріаз чи нейродерміт), цей вид терапії виявився ефективним, що доведено емпіричними дослідженнями [6].

Психологи екзистенційно-гуманістичного напрямку зазначають, що будь-які порушення здоров'я людини є наслідком незадоволення значущих потреб, причому як потреб т.з. нижчого рівня (фізіологічних та потреби у безпеці), так і потреб вищого рівня: потреб у належності та любові, повазі та самоповазі, а також самоактуалізації [3, с. 98-147, с. 205-222]. Усі потреби людини "зав'язані" на стосунках з іншими людьми, тому стилі комунікації визначають міру задоволення найрізноманітніших потреб.

Загалом, у екзистенційно-гуманістичному підході лікування шкірних захворювань є неспецифічним. З клієнтами, які страждають на шкірні захворювання, працюють так, як працюють і з іншими категоріями клієнтів. Це пов'язано з відсутністю теорій особистості у цих підходах. Тому будь-яка особистісна проблема розглядається як унікальний випадок, до розв'язання якого необхідно ставитися як до виготовлення "разового", індивідуалізованого, унікального ж продукту.

Гуманістичні психологи допомагають клієнту розв'язати конфлікт між прагненням до самоактуалізації, з одного боку, та Я-концепцією, - з іншого. На думку Роджерса, конструктивні зміни особистості клієнта можливі за умови створення певної атмосфери під час налагодження стосунків «консультант-клієнт», яка забезпечує конгруентність у відносинах, безумовно позитивне ставлення та емпатію.

Гуманістичне консультування не акцентує свою увагу на використанні спеціальних технік. Головне – це здатність консультанта встановити взаємини, адекватні реальним подіям, бути емпатійним та уважним слухачем, який беззаперечно приймає будь-яку особистість.

Екзистенційний консультант підводить клієнта до такого стану, коли той перестане тікати від реальності або боротись з нею, перебільшуючи її значення. В результаті таких сеансів симптоми залежності від ситуації стають слабкішими або й зовсім зникають.

Висновки. Отже, специфічні проблеми шкірних захворювань у психології розглядаються здебільшого у ракурсі психосоматики. Аналіз особливостей комунікативних стилів знайшов своє відображення більшою мірою у психоаналітичній літературі, що пов'язано з наявністю теоретичних позицій психоаналітиків щодо різних видів захворювань, зокрема, і до шкірних захворювань. У когнітивно-біхевіоральному та екзистенційно-гуманістичному підходах існують неспецифічні погляди на особистісну проблематику загалом. Шкірні захворювання, таким чином, стоять в одному ряду з іншими захворюваннями та особистісними проблемами. З клієнтами, які страждають на

шкірні захворювання, у цих підходах працюють так само, як і з іншими категоріями клієнтів.

Література

1. Куттер П. Современный психоанализ, Введение в психологию бессознательных процессов / Петер Куттер. - Санкт-Петербург, 1997. – 321 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Болезни кожи. Освободиться и забыть. Навсегда / И.Г.Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 224 с.
3. Основи психотерапії: навч. посіб. / В. І. Банцер, Л. О. Гребінь, З. В. Гривул [та ін.] ; під заг. ред. К. В. Сєдих, О. О. Фільц, Н. Є. Завацька. – Полтава : Алчевськ : ЦПК, 2013. – 329 с.
4. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной / Динора Пайнз. - Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2000. – 198 с.
5. Glasser, W. Control theory / W. Glasser. - Ed. – N. Glasser // Control Theory in the Practice of Reality Therapy: Case Studies. – 1989. – New York: Harper & Row. - P. 1-15.
6. Griffiths C. The efficacy of a psychological symptom management programme for the treatment of psoriasis / C. Griffiths // The Research Findings Register. – 2001. – Summary number 637. Retrieved 6 October 2006, from <http://www.ReFeR.nhs.uk/ViewRecord.asp?ID=637>

Отримано 05.10.2014 р.