

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ДОКТОРА С ПАЦИЕНТОМ

Л.А. Троицкая, профессор, д. псих. н., М.А. Романова, И.А. Григорьева, Н.Н. Алехичева, ГБОУ ВПО «Московский городской педагогический университет», кафедра нейро- и патопсихологии факультета клинической и специальной психологии, А.А. Беликова, психолог Национальной ассоциации реабилитационных центров

Ключевые слова: взаимодействие медработника с больным, деонтология, психология конфликта
Keywords: interaction of the medic with the patient, a deontology, conflict psychology

Психология общения с пациентом

Любая работа с людьми неразрывно связана с процессом и проблемами общения. Общение пронизывает профессиональную деятельность медицинских работников на любом уровне. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных взаимоотношений приходят в соприкосновение с психологическими свойствами медицинского работника. Целью такого контакта является помощь, оказываемая пациенту. В таком взаимодействии заинтересован и пациент, и медицинский работник, деятельность которого обусловлена мотивами и интересами эффективного взаимодействия с пациентом, в обеспечении бесконфликтного взаимодействия между пациентами, что регламентировано его профессиональным призванием.

Предпосылки взаимодействия медицинского персонала и больного формируются в зависимости от ряда факторов, обуславливающих ожидания больного:

1) предварительная информация о медработнике (априорное мнение, сформированное под влиянием свидетелей, полученное от других больных и/или медработников);

2) репутация медицинского учреждения (например, его престижность);

3) «дорога» в медицинское учреждение (степень «доступности», например предварительная запись, длительность ожидания приема: чем труднее попасть, тем больше удовлетворения от достигнутого).

Для эффективного и бесконфликтного взаимодействия с пациентом важна такая психологическая характеристика, как коммуникативная компетентность – способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, осознание ситуации и предмета общения. Коммуникативная компетентность рассматривается также как система внутренних ресурсов, направленных на построение эффективной коммуникации в ситуации межличностного взаимодействия. Некомпетентность в общении способна нарушить диагностический и лечебный процесс.

Выделяют следующие характеристики медработника, предрасполагающие к успешному общению с больным:

1) эмпатия (вчувствование, осознанное сопереживание эмоциональному состоянию);

2) акцептация (безусловное позитивное принятие больного);

3) аутентичность, или самоконгруэнтность (естественность поведения, согласованность чувств и их выражения, искренность) [5].

Процесс общения с больным начинается с выбора определенной дистанции взаимодействия, которая должна быть такой, чтобы пациент мог чувствовать себя комфортно и безопасно. На этот выбор оказывают влияние такие факторы, как [5]:

- принадлежность к определенной культуре;
- социальный статус;
- психологические установки;
- возраст участников общения;
- наличие или отсутствие психологического напряжения.

Анализ дистанцирования пациента может служить диагностическим критерием, так как аффективная патология или другие психические расстройства резко меняют поведение больного, в том числе в отношении психологически комфортной дистанции. Когда человек находится в ситуации стресса, обусловленного болезнью, то наличие территории, принадлежащей только ему, становится позитивным фактором. В связи с этим в психологии больничной среды необходимо учитывать потребности пациента в фиксированной территории и возможность развития психогенных реакций в результате хронического психического напряжения из-за того, что границы его личной зоны постоянно нарушаются. Позитивное межличностное взаимодействие зависит не только от наличия фиксированной территории, но и от социального статуса пациентов и возрастной однородности пациентов.

Модели взаимодействия медработника с больным [5]

● **Руководство** – авторитарная модель, характеризующаяся пассивной ролью больного в лечебном процессе, неравной позицией по отношению к доктору. Медицинский работник исходит из своих профессиональных знаний, представлений о необходимости лечебных мероприятиях.

● **Партнерство** – сотрудничество в вопросах лечения, сопровождающееся разделением ответственности за результаты обследования и лечения между медперсоналом и больным.

● **Контрактная** – сотрудничество на основе взаимных обязательств, обозначенных задач, ожидаемых результатов. Применяется в условиях платной медицины, когда объем обследования и лечения определяется запросами пациента.

Модели взаимоотношения «врач – пациент» по Роберту Витчу [8]

В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются и понимаются по-разному. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет четыре модели взаимоотношения «врач – пациент», характерные для современной культуры: *инженерную, патерналистскую (пастырскую), коллегиальную и контрактную.*

1-ю модель отношения врача к пациенту Витч называет *инженерной*. В рамках этой модели пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача – исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме. Методы диагностики, которые использует врач, – биохимические, биофизические, рентгенологические и другие. Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту, который противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. Пациент не участвует в обсуждении процесса лечения. В современной медицине врач действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции. Примером может служить хирургический конвейер в глазной клинике Святослава Федорова.

2-й тип отношений между врачом и пациентом – патерналистский. Межличностные отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребенка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они были отражены в клятве Гиппократова. Патерналистская

модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий. В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространенной. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник – подчиненный».

3-й тип взаимоотношений между врачом и пациентом Витч называет *коллегиальным*. Здесь господствует принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между врачом и пациентом скорее исключение из правила. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо при хронических заболеваниях.

И *4-я модель*, которую выделяет Витч, называется *контрактной*. Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несет свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место.

Рассмотренные модели взаимоотношения «врач – пациент» являются идеальными конструкциями. Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния больного, характером медицинской помощи.

Существуют другие ориентиры, по которым можно охарактеризовать формы модели взаимоотношений «врач – пациент», напри-

мер, если учитывать не только биологический, но и биографический план заболевания. Данный подход позволяет говорить о *4 моделях отношений, характер которых определяется состоянием больного. Это отношения к пациенту в остром периоде заболевания, отношения к хроническим больным, инвалидам и умирающим.*

Острые заболевания. Больные могут быть пассивными участниками взаимоотношения «врач – пациент». Основная задача врача – вылечить пациента и как можно быстрее вернуть к прежнему образу жизни.

Хронически больные пациенты. Их образ жизни заставляет быть компетентными и создавать группы взаимопомощи. Основная задача врача – реализовать принцип равноправия и взаимопонимания в процессе лечения.

Инвалиды. Могут быть компетентными и некомпетентными относительно своего заболевания. Задача врача – приспособить пациента к условиям инвалидности, но не оставить прикованным только к своей койке или комнате.

Умиравшие больные. Задача врача – обеспечить обезболивание, уход, нравственную поддержку и достойное умирание.

В общении медицинского персонала с пациентами в процессе установления с ними определенных отношений И. Харди выделяет *3 этапа, характерных для условий стационарного лечения:*

- ориентация (знакомство пациента и медперсонала: медперсонал получает представление о поведении пациента, особенностях его характера, переживаниях, целях; пациент вступает в контакт с окружающими его лицами, принимает во внимание специфику больничной обстановки, считается с принятыми правилами, его могут одолевать воспоминания о предыдущем опыте пребывания в больнице);

- развернутый этап (развитие отношений может иметь место сотрудничество в процессе лечения);

- выписка, связанная с чувством утраты защищенности у больного (задачей медперсонала также является психологическая подготовка родственников и близких больного

к тому, как поддержать выпишиваемого и что делать в той или иной ситуации дома).

Некоторые негативные стереотипы мышления врача [2, с. 61–67]:

а) целью здравоохранения является борьба с болезнями, а не здоровье пациента;

б) болезнь является не процессом, а состоянием;

в) врач лечит не человека, а болезнь;

г) врач не Бог, а узкий специалист;

д) больной – это машина, требующая постоянного ремонта;

е) у хорошего врача не может быть хорошего здоровья.

Сознание современного врача, как и любого другого специалиста, говоря словами Владимира Высоцкого, располагается на «сгибе бытия», где новую реальность все труднее загонять в стереотипы прошлого.

На эффективность лечебного процесса значительное влияние оказывают негативные стереотипные мышления пациентов [2, с. 212–227]:

- здоровьем пациентов в первую очередь должны заниматься система здравоохранения и врачи;

- здоровье человека не самое главное в жизни;

- современная медицина в состоянии решить любые проблемы;

- от самого пациента мало что зависит;

- обращение к врачу как крайняя мера;

- во всем виноваты врачи;

- стереотип здорового образа жизни:

из исследований Ефименко С.А. (2007) ясно, что в настоящее время в России основными причинами смертности в 82,7% случаев являются болезни «поведенческого характера», то есть зависящие от нашего образа жизни. Лишь 42,6% россиян занимаются спортом; 27,8% соблюдают режим дня; 18,5% придерживаются сбалансированного питания; 11,1% занимаются закаливанием и используют другие способы сохранения здоровья;

- стереотип ответственности за свое здоровье:

если пациент готов встать на путь излечения, то первое (и самое главное), что он должен сделать, – это взять на себя ответственность за свое здоровье; это первый шаг на пути к здоровому образу жизни (Синельников В., 2006);

- стереотип понимания болезни как процесса (отношение к болезни как к чужому объекту или «существу», а не как к естественному природному процессу);

- стереотип понимания здоровья как высшей ценности (быть здоровым или болеть – это исключительно наш выбор, он не может быть навязан извне);

- стереотип борьбы с ленью (лень – сестра смерти);

- стереотип достижения цели:

из исследований Журавлевой И.В. (2006) ясно, что более 90% россиян считают, что для заботы о своем здоровье им не хватает силы воли, у финских респондентов эта цифра была значительно снижена – 66%.

Информирование больного [5]

Информируя пациента и строя взаимодействие с ним, крайне важно знать особенности его внутренней картины болезни, поскольку только с учетом индивидуальных особенностей его личности и эмоционального состояния возможно грамотно построить процесс общения с ним и при этом соблюсти основной принцип клятвы Гиппократата: «Не навреди». И эти особенности могут отличаться от эмоционально-личностных особенностей здорового человека. Именно поэтому стоит остановиться на некоторых особенностях внутренней картины болезни пациента.

Внутренней картиной болезни Лурия называет «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». В современной литературе чаще используют более простое определение: внутренняя картина болезни – это вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с заболеванием. В структуре

внутренней картины болезни Лурия выделяет 4 компонента: сенситивный, отражающий локальные боли и расстройства; эмоциональный; рациональный и мотивационный, или волевой, связанный с сознательными целенаправленными действиями по преодолению болезни.

Структура как сенситивного, так и рационального компонента находится в тесной зависимости от особенностей личности больного, а внутренний мир больного является индивидуальным проявлением его личности. Эмоциональный и волевой компоненты отражают также и состояние эмоционально-личностной сферы пациента. Многие исследователи указывали, что сознание болезни относится к сознанию Я – высшей синтетической функции личности. Эмоциональный аспект внутренней картины болезни включает типы доминирующего переживания болезни: депрессивный (подавленность и пессимизм вследствие реальных или воображаемых утрат объектов привязанности, целей, сил или своих возможностей) и фобический (переживание угрозы утраты безопасности, самоконтроля, независимости). Мотивационно-поведенческий аспект внутренней картины болезни (активность или пассивность в переработке личностных конфликтов и психотравмирующих ситуаций, преодолении болезни и стремлении к выздоровлению) выражается в особенностях самооценки, конфликта, патогенной ситуации, системы адаптации – механизмов психической защиты и совладания, а также поведения комплаенса (следование лечебным предписаниям и соответствующему образу жизни) [4].

Ситуация болезни резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Поэтому комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности В.Н. Мясищева

(1960, 1974), в которой человек понимается как единая биопсихосоциальная система, а личность – как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой. В этой системе болезнь как ситуация неопределенности и непрогнозируемого исхода может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя «картину мира», разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг него событий, характер межличностного взаимодействия и, в целом, социальное функционирование личности [4].

Копинг-поведение, наряду с механизмами психологической защиты, рассматривается в качестве важнейших форм адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Отличие защитных механизмов и механизмов совладания проводится по параметрам «активность – конструктивность» и «пассивность – неконструктивность». Психологическая защита пассивна и неконструктивна, в то время как копинг-механизмы активны и конструктивны. Б.Д. Карвасарский отмечает, что если процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации, и в особенности психологической защиты, направлены на смягчение психического дискомфорта [3, 4].

В.А. Ташлыков рассматривает внутреннюю картину болезни как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладания. Внутренняя картина болезни создается в защитных целях, для ослабления интенсивности негативных переживаний, связанных с болезнью, компенсации чувства вины, стыда, агрессии. [3, 4, 7].

Опираясь на вышеизложенное, можно утверждать, что внутренняя картина болезни является составной частью эмоционально-личностной сферы человека с каким-либо серьезным хроническим заболеванием. Это

отличает эмоционально-личностную сферу больного от аналогичной здорового. И изучать эмоционально-личностную сферу пациента полноценно можно лишь в том случае, когда присутствует детальное изучение внутренней картины болезни. В деле информирования пациентов важен средовой подход лечебного учреждения, в том числе и с учетом вышеперечисленных особенностей внутренней картины болезни.

Среда лечебного учреждения может выступать для пациента как лечебный, так и как патогенный психотравмирующий, *ятрогенный*, то есть вызывающий психические расстройства, фактор.

Информирование о болезни имеет 2 аспекта:

- медицинский – добиться продуктивного сотрудничества с пациентом и (или) его родственниками;

- социальный – право пациента на знание о своей болезни и методах ее лечения. Поэтому, информируя человека о его болезни, приходится решать сложную задачу – сохранение максимально возможного уровня психической адаптации пациента.

Задачи информирования:

1. Уменьшение уровня аффективных расстройств, связанных с болезнью (тревоги, страха, чувства неуверенности, неопределенности).

2. Обеспечение адекватного отношения к болезни.

3. Достижение терапевтического альянса – подчинения больного требованиям лечебного режима (комплаенса).

Основные принципы при осуществлении информирования:

1. Подробность и полнота информации как о позитивных сторонах болезни, так и возможных негативных последствиях.

2. Разделение ответственности за эффективность лечения с больным.

3. Обеспечение конфиденциальности информации.

Механизмы, помогающие в процессе информирования:

- работа в рамках «адаптационных образов» пациента на основе понимания его личностно-психологических особенностей;

- тщательная психологическая подготовка к встрече, ее продумывание и прогнозирование;

- использование при информировании психотерапевтических технологий (позитивный смысл, метафоры);

- избегание заведомо нереалистических обещаний;

- постоянная обратная связь во время информирования.

При этом не следует информировать в спешке, «на ходу», или при посторонних; грубо или резко прерывать эмоциональные реакции пациента, давать объяснения, заведомо непонятные для больного, и «пугать» его, давать обещания, которые невозможно сдержать, скрывать информацию с целью «обнадежить» (ложь во спасение), иронизировать по поводу болезни, негативно интерпретировать действия медперсонала (других медсестер, врачей), обвинять кого-либо в причинах возникновения болезни.

Техника разъяснительной и просветительской работы врача с пациентом [2, с. 372–410]

(Несколько практических советов)

1. Умение врача продуктивно слушать:

- врач должен в два раза больше слушать, чем говорить;

- задав вопрос, врачу необходимо выслушать ответ пациента;

- по утверждению А. Максимова часто на вопрос врача пациент отвечает не по существу (услышать человека – значит его понять, умение слышать – это еще и умение задавать вопросы);

- пациентов необходимо приближать к себе, а не отдаляться от них;

- для продуктивного «слушания» необходима верная тональность разговора;

- возьмите за правило спрашивать пациентов, все ли им понятно;

- пациенты прощают практически все, кроме безразличия.

2. Умение врача в доступной форме излагать свои мысли:

- избегайте многословия;
- не используйте специальные медицинские термины – вас могут неправильно понять;
- не пытайтесь быстро говорить;
- употребляйте короткие, односложные слова, которые более действенны, чем многословные конструкции; не информируйте, а убеждайте пациентов;
- воздействуйте не только на сознание, но и на чувства пациента;
- не перегружайте свою речь избыточной информацией;
- руководствуйтесь интересами пациентов, а не своими личными;
- разрабатывайте логику беседы с пациентами, учитывая их пол, возраст, образование, социальный опыт, семейное положение и т. д.;
- разговаривайте паузами (тишина раздумий – это тоже содержание);
- стройте свою речь в форме круга; в конце вернитесь к тому, о чем говорили в начале.

3. Техника аналитической работы врача (несколько правил):

- 1) определитесь с проблемой анализа и четко ее формулируйте;
- 2) разрабатывайте план анализа;
- 3) соберите необходимый фактический материал;
- 4) обобщите и классифицируйте полученные материалы по определенным общим признакам;
- 5) установите внутренние взаимосвязи между изучаемыми явлениями;

4. Техника убеждающего воздействия врача.

Задача **первого этапа** – расположить пациента к себе (например, начать общение с улыбки):

- упоминание доктором имени и отчества больного способствует установлению психологического контакта врача с пациентом;

- при установлении психологического контакта с больным врачу необходимо внушать и подчеркивать значительность личности пациента;

- стремясь установить психологический контакт с пациентом, говорите о том, что интересует его;

- располагая пациента к себе, врач должен проявлять внимательное и уважительное отношение к его личности;

- воздействуйте на чувства пациентов.

Задача **второго этапа** – убедить пациента, что доктор на его стороне:

- выслушайте пациента: его жалобы, сомнения, пожелания;
- прокомментируйте жалобы и позицию пациента;
- анализируйте ситуацию;
- воспринимайте каждого больного как неповторимую индивидуальность;
- рассуждайте и думайте вместе с пациентом.

Задача **третьего этапа** – добиться желаемого результата и перетянуть пациента на свою сторону:

- не осуждайте другие точки зрения;
- предугадывайте возможные возражения.

Психология общения с микросоциальным окружением больного [5]

Социально-психологические факторы являются детерминантой адаптации к болезни. В их числе – социальная поддержка со стороны семьи и друзей, которая положительно сказывается на выздоровлении больных.

Болезнь и лечение – это проблема не только самого больного, но и его близких. Психологический климат в семье существенно сказывается на психической адаптации больных. Известно, что адекватное реагирование родных и близких способствует успешной психической адаптации к заболеванию, в том числе четкому соблюдению лечебного режима.

От медицинского персонала зависит, как родные будут оценивать состояние больного, чем они смогут непосредственно помочь

в организации лечения, какой психологический климат создадут.

Психология лечебного взаимодействия [5]

Квалификация медицинского работника включает в себя как минимум 2 качества:

- уровень знаний и навыков, которыми он обладает;
- использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов.

Почти ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека.

Важными сторонами взаимодействия медицинского работника и пациента являются *этика и деонтология* – совокупность норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этические нормы поведения динамичны, подвержены влиянию социальных факторов и норм общественной морали.

Систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности представляют в виде уровней:

- этические нормы;
- этические стандарты поведения.

В теоретическом плане задачами медицинской этики становится оправданность и обоснованность моральных норм.

В области *медицинской этики* доминируют 2 теории морали:

- **Апологическая** (основа нравственной жизни – долг, выполнение которого связано с внутренним поведением).

Следуя долгу, человек отказывается от своекорыстного интереса и остается верен самому себе (И. Кант). Основным критерием нравственности выступает честность.

- **Утилитарная** (критерием оценки поступков человека является полезность).

Базисные принципы биомедицинской этики:

- *автономия* (уважение личности пациента, оказание больному психологической поддержки в затруднительных ситуациях, предо-

ставление ему необходимой информации о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах.) Предоставление возможности выбора способа лечения из альтернативных вариантов, самостоятельность пациента в принятии решений, возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения со стороны пациента. Вовлеченность больного в процесс оказания ему медицинской помощи – «терапевтическое сотрудничество»;

- *непричинение вреда* (вытекает из клятвы Гипократа и включает конкретные этические нормы: правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность);

- *благодеяние и справедливость*.

В понятие идеального больного медработник обычно включает следующие характеристики: малую осведомленность больного в медицинских вопросах, веру и отсутствие сомнений в силах и умениях медика, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение четко излагать свою проблему, отсутствие ипохондричности (фиксированности на болезни).

Медик обычно нацелен на директивный стиль взаимодействия с больным и не всегда готов к истинному партнерству, что связано с защитой от профессионального выгорания, психологической усталости.

При директивном поведении медработника и, следовательно, зависимом поведении пациента медик берет всю ответственность за исход лечебного процесса на себя, поскольку убежден, что отрицательный исход будет рассматриваться как его ошибка или проявление некомпетентности. Сравнение ожиданий медицинского работника и пациента демонстрирует сферы возможных межличностных конфликтов. Суть конфликтов в системе «медицинский работник – больной» заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Институт партнерства позволяет изменить эту ситуацию.

Партнерство представляет собой совместную целенаправленную, творческую и поступательную работу врача и пациента по достижению ими лечебного результата, устраивающего обе стороны. Инициатором и «идейным» руководителем установления таких отношений выступает доктор. Его задача – сделать пациента сознательным и активным участником своего исцеления. И ее не решить без общей слаженности в работе врача и пациента и их настроя на общую волну [2, с. 115–116].

Результативность лечения будет зависеть от стремления врача и пациента к эффективному партнерству [2, с. 117].

Психология общения медицинского работника в сложных (конфликтных) ситуациях [1]

Большую роль в процессе взаимодействия с пациентом играют восприятие и понимание участниками коммуникации друг друга, их психологическая установка, которая определяется рядом эффектов.

Эффект «ореола». Характеризуется формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основах общих впечатлений о нем, вследствие чего квалифицированность медработника может восприниматься пациентом в зависимости от его «солидности», использования им в речи научных терминов, которые сами по себе не могут являться признаками его профессиональных умений.

Эффект «последовательности», или «авансирования». Приводит к тому, что суждения о человеке зависят от сведений, полученных о нем в первую очередь, и определяют отношение к нему в дальнейшем. Так, восприятие медсестры нередко строится на основании тех сведений, которые были получены пациентом, к примеру, от соседей по палате, других сестер, из разговоров врачей. Любое действие или высказывание сотрудника отделения будет оцениваться недавно поступившим пациентом сквозь призму представленных сведений.

Эффект «проецирования на других людей собственных свойств». Позитивная установка на восприятие медицинской сестры может быть

обусловлена ее размеренной манерой говорить, неторопливо проводить осмотр или манипуляции, а негативная – чересчур шумной манерой поведения.

Все вышеприведенные эффекты и прочие, встречающиеся в жизни, более подробно можно рассмотреть в разделах социальной психологии о межличностных взаимоотношениях, которые, соответственно, можно переложить на пациента и медицинский персонал как участников взаимодействия.

В любом межличностном общении можно встретить конфликтные ситуации, структурными компонентами которых являются: объект и предмет, личности оппонентов – активных участников конфликта, места жительства, условия работы и жизни, обстановка социального взаимодействия, цели деятельности, стратегия и тактика противодействия, потребности и интересы. В современном мире конфликты встречаются почти на каждом шагу и, к сожалению, являются ее нормой.

Основными стратегиями поведения в конфликтной ситуации по К. Томасу являются: приспособление, избегание, соперничество, сотрудничество, компромисс. Сотрудничество, компромисс и уступки одной из сторон являются *завершением конфликтной ситуации переговорным путем*, что является благополучным и успешным выходом из конфликтной ситуации конструктивным путем.

Уровни конфликта [1]

Стычки. Под стычками подразумеваются незначительные конфликты, которые разрешаются или исчезают сами по себе и не влияют на способность отношений удовлетворять потребности участников. Примером может служить ситуация, когда пациент, несмотря на сделанное замечание, вновь опоздал на процедуру. Это вызывает у медработника раздражение, однако если напоминание сказанного ранее приводит все в соответствующий порядок, то конфликтная ситуация разрешается.

Столкновения. Столкновение, если им пренебрегать, снижает способность отноше-

ний удовлетворять потребности участников. К признакам конфликта этого уровня можно отнести:

- продолжительное повторение одних и тех же аргументов по одному и тому же поводу;
- расширение круга причин, вызывающих ссоры;
- уменьшение желания сотрудничать;
- уменьшение веры в доброе отношение другого;
- раздражение по поводу чего-либо в течение нескольких часов или дней;
- проявление сомнений в правильности своего представления об этих отношениях.

Как столкновение можно расценить ситуацию, в которой медсестре приходится неоднократно исправлять ошибки напарницы по смене, при том, что последняя не изменяет своего поведения в ответ на все замечания, а воспринимает их как результат придирчивости, проявления недоброжелательности.

Кризисы – это такой уровень конфликта, который угрожает дальнейшему продолжению отношений. К критериям кризиса относятся: решение окончательно прервать взаимодействие; опасение, что другой разорвет отношения в одностороннем порядке; чувство, что отношения носят нездоровый характер, и опасение эмоционального срыва в случае их продолжения; боязнь физического насилия.

Причины конфликта могут быть объективными и субъективными (психологическими).

Виды конфликтов

Реалистические (предметные) конфликты (вызываются неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ, и направлены на достижение конкретных целей);

Беспредметные (нереалистические) конфликты (имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью).

Причины конфликтов

Барьер целей (цели общения для каждого участника могут носить осознаваемый, неосознаваемый и смешанный характер, трудности возникают, когда участники общения преследуют противоположные или несоотносимые друг с другом цели).

Барьер правил общения (правила общения представляют собой общепринятые понятия, убеждения, предписания, направленные на осознание определенных границ, в которых строится общение, навязываемые правила общения одного участника другому, без особых на то причин могут быть поводом для конфликта).

Барьер ролей (ролевое поведение зависит от воспитания, социальных, культурных, религиозных традиций. То, какую роль играет человек, во многом определяется его темпераментом, характером, широтой личности, репертуар действий выступает как барьер общения при его несовпадении с таковым у других участников).

Барьер понятий и совместного владения знаниями (причиной психологического напряжения и ятрогении может послужить использование при общении с пациентом медицинской терминологии, незнакомой больному; важным фактором является внутренняя картина болезни пациента; при общении важно учитывать индивидуальные особенности личности).

Тактики и стратегии успешного переговорного процесса [2, с. 372–452]

(Несколько практических советов)

Результат переговоров складывается из умения убеждать и умения догадываться. Эту зависимость с определенной долей условности можно представить в виде уравнения:

$РП = УУ + УД$, где:

РП – результат переговорного процесса;

УУ – умение убеждать;

УД – умение договариваться.

Успешные переговоры врача с пациентом должны иметь оптимальную стратегию.

Разработка стратегии включает ответ на следующие вопросы:

Почему я собираюсь действовать в этом направлении?

Что я намереваюсь получить?

Как предполагаю действовать?

В какие сроки? Используя какие средства?

Как заинтересовать и убедить оппонента?

Будет ли этого достаточно?

Что можно будет предпринять дополнительно?
и т. д.

Обычно в переговорах используется **3 основные стратегии:** *соперничество, сотрудничество, уступки.*

Рассмотрим подробнее *стратегию сотрудничества* как наиболее перспективную. Используя стратегию сотрудничества, стороны не отказываются от своих притязаний, а пытаются примирить их с притязаниями другой стороны (Рубин Дж., Пруйт Д., Ким Хе Сунг, 2002). Данная стратегия объясняется моделью двойной заинтересованности сторон в переговорном процессе.

В основе стратегии сотрудничества лежат следующие положения:

- Пациент такая же личность, как врач. $C = Я (в) + Я (п)$, где Я (в) – «Я» врача, Я (п) – «Я» пациента.

- Сотрудничество – не цель, а условие и средство эффективного лечебного процесса.

- Идея сотрудничества ставит врача и пациента в положение, когда общие интересы и дела становятся важнее личностных интересов каждой из сторон.

- Сотрудничество побуждает врача вести поиск оптимальных схем лечения больного, максимально учитывающих его индивидуальные особенности, осуществляя такой поиск на основе объективных критериев, а не субъективных предпочтений.

- Сотрудничество врача с пациентом приносит в лечебный процесс дух взаимопомощи, уважения, доброжелательности, доверия и взаимной требовательности.

- Сотрудничество предполагает должную психолого-педагогическую подготовленность

врача к взаимодействию с пациентом. (Учет личности пациента, влияния болезни на нее.)

- Сотрудничество укрепляет веру врача и больного в положительный результат лечения и мобилизует личностный потенциал последнего на борьбу с заболеванием.

Основные тактики ведения переговоров врача с пациентом:

- *Тактика «Сохранить лицо».* Часто оппоненты бывают готовы изменить свою точку зрения, но их сдерживает боязнь «потерять свое лицо». В этом случае постройте своему оппоненту «золотой мост» для отступления. Японцы никогда не отвечают отказом на высказанные предложения. Японский отказ предполагает ответ «да», но с условиями, заведомо неприемлемыми для другой стороны. Простое «нет» равносильно приговору, в данном же случае вам говорят «да», но с определенными оговорками. Такой ограниченный выбор значительно лучше, чем отсутствие выбора вообще (Томас Д., 2007).

- *Тактика «Противник – партнер».* Вспомним секрет успеха одного из известных американских бейсболистов О. Садахару. Этот выдающийся спортсмен рассматривал подающего игрока из команды соперников как своего партнера, каждая подача которого представляет ему возможность для результативного удара. Садахару смог перестроить свою игру, изменив стереотип восприятия игровой ситуации. Аналогичную тактику целесообразно использовать и врачу в процессе переговоров с пациентом.

- *Тактика «личного обязательства».* Если врач сможет убедить пациента в необходимости самостоятельного принятия конкретного обязательства, связанного со своим лечением, то сам этот факт автоматически запускает механизм личной ответственности за данное слово, который заставляет больного идти даже на значительные уступки с единственной целью – не «потерять свое лицо» в глазах окружающих.

- *Тактика «последовательности».* После того как мы делаем выбор или занимаем определенную позицию, мы сталкиваемся с личностными и межличностными требованиями

вести себя в соответствии с принятыми обязательствами. Эти требования заставляют нас вести себя так, чтобы оправдать ранее принятое решение. Мы убеждаем себя, что сделали правильный выбор, и, несомненно, чувствуем себя лучше. Стремление быть (или выглядеть) последовательными является мощным орудием социального влияния, часто заставляя нас действовать вопреки собственным интересам, ведь последовательность ценится обществом, а непоследовательность считается отрицательной чертой. По этой причине механизм последовательности доводится нами до автоматизма, нам не приходится каждый раз тратить умственную энергию, взвешивая все «за» и «против», принимать трудные решения, необходимо просто включить выработанные автоматизмы.

● *Тактика «Поскольку»*. Когда мы просим кого-либо сделать нам одолжение, мы с большей вероятностью добиваемся успеха, если называем причину своего обращения.

● *Тактика «взаимного обмена»*. Если человек делает нам одолжение, мы невольно начинаем испытывать по отношению к нему чувство «должника». При этом не имеет значения, нравится ли он нам или нет.

● *Тактика «контраста»*. Одним из принципов человеческого восприятия является принцип контраста. Так, если мы вначале поднимаем легкий предмет, а затем – тяжелый, то вес второго покажется нам значительно большим, чем если бы мы поднимали его без предварительного знакомства с легким предметом. Эту психологическую особенность можно использовать и в лечебной практике.

● *Тактика «второй просьбы»*. Предположим, вы хотите, чтобы другой человек выполнил вашу просьбу. Один из способов повысить свои шансы на успех – сначала попросить его о чем-то более значимом, ожидая, что он, вероятнее всего, даст отрицательный ответ. А затем, после отказа, попросить о чем-то менее значимом, о том, что вас интересовало первоначально (Чалдини Р., 2006).

● *Тактика «обращения за помощью»*. Люди всегда ценят, когда их просят о помощи.

И неважно, чего это касается: информации, технологии, знаний, опыта или здоровья. И пациенты не являются в этом случае исключением.

● *Тактика «Подняться на балкон»*. Попробуйте взглянуть на проблему пациента его глазами с учетом его жизненного опыта. Представьте, что переговоры проходят на театральной сцене, а вы поднимаетесь на балкон, нависший над сценой. «Балкон» – это метафора психологической отстраненности. С высоты «балкона» вы можете спокойно проанализировать ситуацию как сторонний наблюдатель. Старайтесь «глядеть издалека на близкие вещи».

● *Тактика «равновесия»*. Врач внутренне всегда спорит с пациентом. Если от этого выигрывает пациент, подавлен врач. Если выигрывает доктор, подавлен больной. Поэтому в их взаимодействии должен соблюдаться баланс. В этом случае выигрывает положительный результат.

● *Тактика «потерь»*. В понимании врача реализация им тактики «потерь» должна заключаться не в убеждении пациента укреплять свое пошатнувшееся здоровье, а в инициации того, чтобы больной не потерял хотя бы то, что пока еще имеет.

Методика проведения успешных переговоров

Этап подготовки:

- 1) найдите желание продуктивно взаимодействовать с пациентом;
- 2) ясно представляйте конечную цель переговоров; не забывайте о единстве целей деятельности врача и пациента;
- 3) проявляйте уверенность в достижении поставленной цели;
- 4) представляйте план действий на предстоящих переговорах

Что вы собираетесь сказать?

Как вы предполагаете это сделать?

Как вы собираетесь реагировать на слова оппонента?

Что вы предпримете, если переговоры зайдут в тупик?

На какие уступки вы готовы и способны пойти?

Что вы ожидаете от другой стороны? и т. д.;

5) установите сроки достижения поставленной цели;

6) сформулируйте преимущества, которые могут быть получены в случае достижения поставленной цели;

7) изучите свои личностные особенности;

8) вызывайте симпатию

Факторы, вызывающие симпатию:

- физическая привлекательность;

- схожесть;

- комплименты;

- контакты и сотрудничество;

9) получите исчерпывающую информацию о пациенте;

10) будьте готовы к сопротивлению со стороны пациента;

11) прогнозируйте возможный ход развития событий;

12) составьте список лиц, чья помощь и сотрудничество необходимы вам для достижения намеченной цели;

13) продумывайте и сформулируйте все вопросы, которые вы собираетесь задать пациенту;

14) наполните свой ум и сердце внутренним покоем.

На этапе ведения переговоров:

1) настройте себя на хорошее настроение;

2) передайте свое хорошее настроение пациенту;

3) вызывайте у пациента чувство личной значимости и самоуважения;

4) находите общие интересы и сферы влияния на пациента;

5) не торопитесь;

6) проявляйте терпение и выдержку;

7) уточняйте точку зрения пациента, задавайте вопросы, просите пояснений;

8) в тушковых ситуациях пытайтесь переформулировать или дробить обсуждаемую проблему;

9) будьте гибкими;

10) ставьте себя в положение пациента;

11) постоянно анализируйте ситуацию;

12) слушая пациента, докапывайтесь до понимания смысла его слов;

13) глядя на пациента, не смотрите, а изучайте его;

14) оставайтесь самим собой;

15) используйте возможности темпоритма и экспрессии устной речи;

16) превращайте свои желания в действия;

17) предвосхищайте поступки и намерения пациента.

В спортивных играх существуют четкие правила игры, позволяющие определить победителя. В переговорах врача и пациента ситуация принципиально иная. Только каждая из сторон и обе вместе могут определить, победили они, проиграли или, может быть, переговоры закончились «вничью».

Дети с хроническими болезнями нервной системы. Приверженность семьи к их лечению [2, с. 500, 512]

Опрошенные родственники детей с хроническими неврологическими заболеваниями довольно объективно оценили причины конфликтов и отсутствие должного психологического контакта с лечащим врачом.

К сожалению, на сегодняшний день единой эффективной стратегии повышения приверженности лечению со стороны семьи больного ребенка не существует, однако большинство авторов делают акцент на принципиальном изменении самого подхода к участию пациента и его семьи в лечебном процессе и более активном привлечении их к выработке принимаемых решений.

Программные предложения по вопросу внедрения этических норм [6]


Поскольку в медицинском обучении аналогичные устремления тоже находятся в стадии разработки, а этика ухода за больными хотя и закреплена законом, но все же не может быть универсально компетентной, возможно, стоило бы предложить мероприятия по этике в медицинских профессиях и здравоохранении, охватывающие все специальности и профессии. Кое-где на меди-

	Варианты ответов	Число ответивших (%)
Семья пациента считает, что основной причиной конфликта является:	большая нагрузка на врача	27
	личностные особенности врача	17
	личностные особенности родителей ребенка	33
	плохая организация лечебного процесса	23
На психологический контакт с врачом влияют:	тяжесть заболевания	17
	особенности личности родителей	24
	незаинтересованность врача	30
	особенности личности врача	21
	недостаточный уровень подготовленности врача	8

цинских факультетах вот уже несколько лет как введены факультативные семинары по этике, и оказывается, что не только слушатели других, немедицинских специальностей, но и уже практикующие врачи, и младший и средний медицинский персонал приходят на «свой» семинар, чтобы обсудить актуальные вопросы и сложные случаи. Еще одно мероприятие по введению этики в медицинских профессиях и в здравоохранении – форум пациентов по медицинской этике, где в обсуждении специфических этических вопросов участвуют помимо профессиональных групп также пациенты и их родственники (Reiter-Theil, 1995; Reiter-Theil & Hiddemann, 1996). Возможно, мероприятия такого рода легче принять в сфере соматических заболеваний, чем психических расстройств; и все же такой форум предлагает удобный случай попробовать всем участвующим группам прийти к соглашению по этическим вопросам, что было бы полезно и для клинической психологии.

В практическом применении – как в клинико-психологическом исследовании, так и в консультировании и терапии – можно целенаправленно улучшать осуществление этических принципов.

В психологическом консультировании и психотерапии нужно предпринимать интенсивные и систематические меры, чтобы остановить разрастание «специальных этик» разных школ (Reiter-Theil, 1988, 1996). Важный стимул к этому дают и актуальные усилия, предпринимаемые, чтобы гарантировать качество в психотерапии.

Но итог анализа этой проблемы – не требование чего-то вроде «единой этики», а вывод, что без *целенаправленной и координированной инициативы* нельзя справиться с современным хаосом. А без этого мы рискуем репутацией психологии и клинической психологии. 

Список литературы:

1. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вузов. 3-е изд. СПб.: Питер, 2008, 496 с.
2. Батышев А.С., Батышева Т.Т. Врач + пациент: философия успеха. М.: ВК, 2011, 522 с.
3. Григорьева И.А. Адаптация подростков, болеющих эпилепсией, в социуме: диссертация магистра психологии: МГППУ, Москва, 2012, 115 с.
4. Карвасарский Б.Д., Незнанов Н.Г. Клиническая психотерапия в медицинской практике, СПб.: Питер, 2008, 528 с.
5. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей: учебник для студ. сред. мед. учеб. заведений / Н.Н. Петрова. 4-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2008, с. 198–216.
6. Baumann U., Perrez M. Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, 1998, ch. 5.
7. Ульякина Н.А. Эмоционально-личностные особенности детей и подростков, больных эпилепсией: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.10 / МГППУ, Москва, 2009, 154 с.
8. Юдин Б.Г., Тищенко П.Д., Иванюшкин А.Я., Игнатъев В.Н., Коротких Р.В., Силуянова И.В. Введение в биоэтику. М.: Прогресс-Традиция, 1998.