

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Иркутская государственная медицинская
академия последипломного образования»

В.В. Колягин

КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНЕ ОСНОВЫ ТРАНСАКЦИОННОГО АНАЛИЗА

Пособие для врачей



Иркутск
2012

УДК 614.25
ББК 51.1(2)п+88.48
К62

Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 19.04.2012

Рецензенты:

В.С. Собенников – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО ИГМУ;

О.П. Ворсина – канд. мед. наук, главный психиатр Министерства здравоохранения Иркутской области, зам. главного врача по лечебной работе ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1»

Колягин, В.В.

К62 Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей / В.В. Колягин. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. – 60 с.

В пособии рассмотрен широкий круг проблем, связанных с коммуникациями в медицине, показаны различные модели взаимоотношений в диаде «врач – больной». Освещаются варианты и этапы осознания болезни, отношения больных к патологии – соматонозогнозии, в зависимости от их личностных особенностей. Представляются клинические особенности патологических форм реагирования больных на соматическое заболевание, также рассматриваются различные психологические типы врачей и медицинских сестер.

Особое внимание уделяется коммуникациям в психиатрии и особенностям интервью в медицине, специальным навыкам и умениям в проведении таких интервью.

Даются основы транзакционного анализа, в русле которого рассматривается эффективное ролевое общение в медицине и социуме.

Пособие позволит восполнить недостаток знаний в области коммуникаций и будет полезным врачам всех специальностей, особенно психотерапевтам, психологам, социальным работникам и студентам медицинских вузов.

УДК 614.25
ББК 51.1(2)п+88.48

© Колягин В.В, 2012
© ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012

Оглавление

Введение	5
От патерналистской к партнерской модели взаимоотношений	8
Социально-психологическая компетентность врачей в условиях современной медицины	10
Коммуникативные навыки, необходимые современному врачу	11
Основные принципы коммуникативных навыков	12
Современные международные требования подготовки специалистов в области высшего медицинского образования	13
Отношение больного к болезни	16
Соматонозогнозии и личностные особенности больных	18
Осознание и отношение к болезни	20
Патологические формы реагирования на соматическое заболевание	21
Типы врачей	24
Типы медицинских сестер	25
Основные типы взаимодействия врача с пациентами	26
Модели врачевания	28
Коммуникации в психиатрии	32
Комплаентность в психиатрии	36
Медицинское интервью и базовые коммуникационные навыки	37
Открытие интервью	39
Последняя часть раздела интервью	39
Недостатки проведения интервью	40
Активное слушание	41
Руководство интервью	43
Вербальное общение	44
Невербальное общение	44
Дистанция общения, личное пространство	45
Контакт глазами	46
Мимика, позы, жесты	46
Навыки передачи информации	47
Закрытие интервью	48
Трансакционный анализ	49
Структурный анализ	50
Собственно анализ транзакций (взаимодействий)	54
Дополнительные (простые, параллельные, комплементарные) транзакции	55
Перекрестные транзакции	55
Скрытые транзакции	56
Психологическая игра	56
Список использованной литературы	58

Колягин Василий Васильевич

Кандидат медицинских наук,
доцент кафедры психиатрии ГБОУ ДПО ИГМАПО
Рабочий тел/факс: (3952) 763-857
E-mail: Koliagin54@mail.ru

Несчастен человек, который не делает того, что он может, и берется за то, чего он не понимает.

Несмотря на все их недостатки, люди больше всего достойны любви.

Иоганн Вольфганг фон Гёте.

Введение

Врач и философ Карл Ясперс полагал, что врачевание опирается на два основания:

1. *Естественно-научные познания и их практическое применение.*
2. *Этика человечности.*

Боткин С.П. утверждал, что для больного принципиально важным является создание психологически благоприятной среды. Предельно актуальны в настоящее время слова, сказанные русским психиатром Владимиром Петровичем Сербским (1855-1917): «Врач имеет дело не с болезнями, а с больными, из которых каждый болеет по-своему».

Большие достижения современной научной мысли, технический прогресс, столь бурный в наши дни, неуклонно ведут к постоянному совершенствованию медицинской практики, внедрению в нее все новых методов исследования, диагностики и лечения. Углубленное изучение биологических процессов (как в норме, так и в патологии) на различных, вплоть до субмолекулярного, уровнях в свою очередь требует сложной и разнообразной аппаратуры и все более конкретной специализации знаний. Однако, необходимость узкой профилизации врачей и введение большого числа параклинических методов таят в себе известную опасность. Создается ситуация, когда медицинское мышление сосредоточивается на патологии отдельных систем и отдельных органов, и такая узкая направленность заслоняет восприятие больного в целом, затрудняет возможность видеть личность страдающего человека во всей полноте, со всеми присущими ей индивидуальными особенностями, проблемами, стремлениями, огорчениями и надеждами.

Недостаток времени, перегруженность работой мешают врачу более углубленно, с применением психологических методов заниматься с больными. На взгляды врачей также оказывает воздействие традиция:

- Жалобы больных стремятся разрешить путем обнаружения физических недугов.
- Охотно устанавливают органические изменения.
- Психические симптомы оценивают как значительно менее важные, чем соматические. *«Врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез до определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования. Для больного же в*

центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. Врач должен рассматривать эти субъективные переживания как реальные факторы, уловить переживания больного, понять и оценить их, искать их причины, поддержать их положительные стороны и использовать их для содействия больному при обследовании и лечении. Различия между точкой зрения врача и больного закономерны и предопределены их различной позицией в данной ситуации, различными ролями. Однако врач обязан следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более глубокие и стойкие противоречия, которые ставили бы под угрозу взаимоотношения медицинского персонала и больных и тем самым затрудняли бы оказание помощи больному» (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Врачам необходимо постоянное повышение и совершенствование знаний в области психологии и психиатрии, а этого практической медицине все еще не достает. *«Плох тот врач, – писал известный советский терапевт Б.Е. Вотчал, – который, назначая резерпин, все свое внимание концентрирует на показаниях манометра».* Машины всегда останутся ближайшими помощниками врача, но последнего, важнейшего для его жизни слова больной вечно будет ждать только от своего доктора. *«Изучение переживаний больного, как указывал русский терапевт Г.А. Захарьин, является не менее важным, чем факты, которые с большой точностью удастся зарегистрировать с помощью самых совершенных методов естественных наук. И хотя то, что получает врач в результате психического контакта, уступает в точности результатам физического исследования, этот материал нередко превосходит последнее точностью наблюдений».* Неслучайно Захарьин делал акцент на исследовании субъективных жалоб и анамнеза больного. Ту же мысль поддерживал один из старейших английских терапевтов Маккензи. Он указывал, что *«ранние симптомы болезни, как правило, носят чисто субъективный характер и появляются значительно раньше, чем те, которые можно обнаружить так называемыми физическими методами исследования».* Ригельман Р. писал: *«Взаимоотношения врача и больного остаются основой медицинской практики ... Даже самая совершенная техника не заменит плодотворного взаимодействия врача и больного. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больными».*

Люди часто сталкиваются с невозможностью воспользоваться качественными медицинскими услугами, с предвзятым отношением к себе со стороны тех, кто эти услуги предоставляет, дополнительные барьеры на пути к получению помощи создает боязнь стигматизации, и одной из

главных причин недостаточной эффективности медицинской помощи считается неблагополучие в сфере общения врача и пациента. Во многом это связано с изменением позиции пациента в ходе терапевтического процесса, выразившееся в значительно выросшем внимании к его правам, но это изменение не сопровождалось конгруэнтным изменением врача.

Для медицины сегодняшнего дня характерна ситуация большого выбора лечебных тактик и отсутствия одного общепризнанного средства, кардинально решающего проблему заболевания, что способствует чувству растерянности, тревожности, неопределенности у пациентов. При этом, в отдельных разделах медицины, нарастающая технизация лечебно-диагностического процесса способствовала кардинальным изменениям отношений врача и больного, а доведение до крайности узкой специализации врачей определяет становление «немой» медицины. *«В этих случаях все большее значение приобретает взаимодействие в диаде врач - больной» (Коршунов Н.И., соавтор., 1995).* Важно не только развивать новые медицинские технологии, иметь возможность использовать необходимые диагностические и лекарственные средства, но и добиваться того, чтобы пациенты следовали рекомендациям врача, для этого необходимо уметь общаться с пациентом.

Умение общаться с пациентом (навыки общения, или *коммуникационные навыки*) относится к числу наиболее ценных качеств врача любой лечебной специальности и в значительной, если не в решающей, степени определяет:

- Эффективность лечебно-диагностического процесса.
- Степень удовлетворенности пациента оказанной ему помощью.
- Оценку пациентом профессионализма врача.
- Экономическую эффективность работы медицинской помощи в целом.

Общение является практическим навыком, который врач чаще всех других использует в своей повседневной работе. Степень развития коммуникационных навыков у наших коллег весьма различна – некоторые из них достигают здесь успеха, для других же общение с больными из года в год является постоянным источником нервных стрессов, конфликтов и неудовлетворенности и способствует развитию синдрома профессионального выгорания, падению профессиональной мотивации.

В наших условиях освоение этих навыков представляет собой процесс преимущественно бессознательный, многое зависит от личностных особенностей и задатков врача, обучение идет путем проб и ошибок, а опыт приходит только с годами. При этом обучение врача коммуникационным навыкам и тренировка в данной области

- не требует каких-либо существенных экономических затрат;
- способствует личностному росту;
- повышает степень удовлетворенности своей повседневной работой и профессией в целом. Многие из приобретенных навыков общения оказываются полезны и за рамками

профессии, в обыденной жизни (Евстегнеев Р.А., 2001).

В ряде экономически развитых стран Запада коммуникационные навыки расцениваются как краеугольный камень медицинской практики, а обучение им как обязательная часть до- и последипломного медицинского образования. Проведенные в этой области исследования обнаружили следующее (ВОЗ, 1993):

- Примерно 60 – 80% диагностических решений в амбулаторной практике принимается на основании только той информации, которая была выявлена в ходе медицинского интервью, поэтому тренировка коммуникационных навыков улучшает диагностические способности врача.
- Правильное общение позволяет в значительной степени повысить степень согласия больного с планом лечения (compliance) и готовность ему следовать.

Compliance очень важен, так как эффективность лечения часто в большей степени зависит не столько от врачебных назначений, сколько от готовности пациента им следовать. Еще в 1994 году, на семинаре ВОЗ, рассматривалась проблема отношений врача и больного, где было отмечено, что только 20 – 25 % пациентов, обращающихся к врачам общей практики, применяют те лекарства и именно так, как они были назначены. По другим данным более 50 % амбулаторного и больничного контингента больных не принимают назначенных медикаментов и не выполняют предписанных рекомендаций.

От патерналистской к партнерской модели взаимоотношений

В конце XIX века, благодаря работам Брейера, стоявшего с З. Фрейдом у истоков психоанализа, наметился переворот в отношениях «врач – пациент». Традиция «врачебной власти», идущая от врачей-жрецов древности, сменилась открытостью врача для пациента, пониманием им сплавленности личности больного с его жизненным миром, жизненно-практическим постижением его проблем и их интерпретацией (Конечный Р., Боухал М., 1983). Для того чтобы врач перешел с неэффективной в настоящем патерналистской модели взаимоотношений к партнерской (модель сотрудничества), врачу-клиницисту необходимо преобразиться в интерпретирующего слушателя. *«Раньше анамнез устанавливался врачом, который задавал вопросы пациенту, либо он вообще изучал его, не произнося ни звука, осматривал и высказывал свое мнение, тогда как пациент только отвечал на вопросы. Теперь инициатива переходит к пациенту, причем настолько, что такой инициативы раньше не позволяли даже придворные врачи своим коронованным пациентам»* (Лоренцер А., 1996). Такая трансформация отношений «врач – пациент» требует глубокого переконструирования врачебного восприятия пациента. *Современной медицине необходимо*

расширять свое внимание к пациенту – больной больше не должен пониматься как носитель какого-то заболевшего органа, а должен рассматриваться и лечиться как человек в целом. Если раньше пациент должен был следовать медико-диагностической схеме и не мог приблизиться к своим переживаниям по поводу страдания, то теперь врач и пациент должны стремиться вместе, понять историю жизни пациента.

В свете новой парадигмы в медицине больше внимания уделяется правам личности пациента. Поэтому в последние десятилетия происходят существенные изменения в медицинской практике, значительно затрагивающие содержание и характер деятельности врача. Увеличиваются требования к его коммуникативной компетентности, так как качество коммуникаций с пациентом приобретает особую значимость и безусловное владение ими – важное условие успеха работы. *Доверие между пациентом и врачом является основой эффективной медицинской помощи, и в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи принципиально важным является создание психологически благоприятной среды, создающей доверительную атмосферу, искренние и устойчивые отношения пациента и врача.* (Любан-Плоцца Б., соавтор., 1996; Харди И., 1981; Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ. 1983; Пальцев М.А. , 2005).

Вопросы обеспечения качества жизни пациентов, ставшие первостепенными, в настоящее время выходят за пределы традиционных профессиональных задач врача – сохранение жизни и трудоспособности больного. На первый план выдвигается качество оказания медицинской помощи и удовлетворенность ею населения. Удовлетворенность определяется соответствием помощи психологическим потребностям и субъективным ожиданиям больных. Врачу начинают предъявляться новые требования, без которых задача повышения качества жизни и социального функционирования больных оказывается трудно выполнимой. Важнейшим требованием является овладение навыками межличностного взаимодействия, имеющими особую значимость в профессиональной деятельности врача, в том числе при решении вопросов комплаентности, при возникновении конфликтных ситуаций, в профилактической и реабилитационной работе с пациентами. При этом медицинские специалисты не должны выносить оценочного суждения в отношении поведения и отдельных поступков пациента, обязаны сохранять в тайне информацию о пациенте, внимательно его выслушивать и подбадривать, давать точные ответы на его вопросы и оказывать ему всестороннюю поддержку (Аверченко Л.К., соавтор., 1997; Александров А.А., 1997; Телеуов М.К., соавтор., 2010; Болучевская В.В., соавтор., 2011).

В настоящее время становится очевидной необходимость существенных изменений до- и последиplomной подготовки членов медицинской команды (в первую очередь врачей и клинических психологов). На одно из первых мест в этой подготовке выходит формирование психологической и коммуникативной компетентности.

Прежде всего, это знание и понимание психологических особенностей пациента, медицинских работников, коммуникативных процессов, возникающих при их взаимодействии, особенностей медицинской среды, навыки по проблеме преодолевающего поведения в решении межличностных и профессиональных задач, знание основ психологического воздействия, направленного на продвижение к здоровью и повышению качества жизни пациентов.

Выработка коммуникативных навыков представляет собой важную самостоятельную задачу профессионального образования, нацеленного на развитие у врача способности к улучшению психологического взаимодействия с пациентом, способствующего формированию конструктивного сотрудничества, оптимизирующего сбор и анализ клинических данных, позитивно влияющего на эффективность лечебно-профилактических мероприятий (Телеуов М.К., соавтор., 2010; Болучевская В.В., соавтор., 2011).

Социально-психологическая компетентность врачей в условиях современной медицины

Повышение социально-психологической компетентности врачей рассматривается во многих развитых странах как необходимый элемент профессионализма. Стандарты профессиональной компетентности включают ключевые технические, интеллектуальные и эмоциональные аспекты во врачебной деятельности. И одной из ключевых задач современной медицинской практики становится развитие способности осуществлять эффективную коммуникацию, которая включает способности:

- адаптироваться,
- реагировать,
- сохранять самоконтроль в процессе контактов с другими людьми и восприятия информации.

Профессиональная компетентность формируется на основе базисных медицинских навыков, научного знания и морального развития, а ее главными компонентами являются:

- способность приобретать и использовать знания;
- интеграция знаний с помощью клинического мышления;
- реализация и передача знаний в процессе коммуникации с пациентами и коллегами;
- руководство этическими принципами.

Использование врачами коммуникативных навыков в профессиональной деятельности

- Повышает качество жизни врачей;
- Снижает их восприимчивость к профессиональному стрессу;
- Уменьшает профессиональное «выгорание» («синдром эмоционального сгорания» – субъективное чувство психического

истощения, неуспешности в профессиональной деятельности, со снижением эффективности профессионального взаимодействия и самооценки, невозможностью полностью отдаваться работе);

- повышает профессиональное самоуважение;
- обеспечивает более полную и точную оценку состояния больного;
- повышает удовлетворенность больных качеством оказания медицинской помощи;
- способствует более полному осознанию пациентами своих проблем. Пониманию пациентами и родственниками необходимости обследований. Уяснению смысла осуществляемых диагностических и лечебных мероприятий;
- уменьшает склонность пациентов к тревоге и депрессии, обусловленной заболеванием. *Пациенты, курируемые врачами с развитыми коммуникативными навыками, привержены терапии в большей мере, принимают более осознанное и активное участие в ведении собственного заболевания, чаще следуют советам по изменению собственного поведения* (Аверин В. А., 1997; Дернер К., 2006; Асимов М.А., соавтор., 2008).

Коммуникативные навыки, необходимые современному врачу

Перечень коммуникативных навыков, необходимых современному врачу, включает:

- вербальные средства коммуникации,
- невербальные средства коммуникации,
- методы улучшения межличностных взаимодействий,
- методы усиления самоконтроля,
- методы углубления самоосознавания.

Психологические техники

Используются следующие психологические техники:

- Активное слушание.
- Дифференцированное задавание вопросов.
- Компетентное информирование.
- Щадящее доведение потенциально травмирующих сведений до больного.

При консультировании используются *психологически обоснованные подходы*, способствующие:

- активизации пациента,
- формированию конструктивного диалога,
- выработке партнерской позиции,
- совместному принятию терапевтических решений,
- снижению противодействия в конструктивной оценке,

- эффективной работе с психологическими сопротивлениями и др.

Основные группы коммуникативных навыков

Существует три основные группы коммуникативных навыков, которыми целесообразно овладеть врачам:

Первая группа – "Базисные навыки". Это навыки, связанные со способностью:

- поддерживать активное внимание,
- правильно интерпретировать полученную информацию,
- задавать соответствующие вопросы,
- принимать пациента как личность, проявлять к нему уважение и внушать доверие,
- быть понятным пациенту,
- к эмоциональной выразительности в процессе взаимодействия,
- давать сбалансированную моральную оценку происходящему,
- придерживаться этических профессиональных норм.

Вторая группа – "Коммуникативные навыки специального характера

".

Это навыки взаимодействия с:

- Некоторыми категориями больных (неуверенные, тревожные, недоверчивые, молчаливые, др.);
- Пациентами в urgentных или стрессовых ситуациях;
- Родственниками больного;
- Пациентами с психическими расстройствами.

Третья группа – "Коммуникативные навыки общего характера".

Эти навыки формируются на основе интеграции базисных и некоторых специальных навыков. Это наиболее значимые и универсальные для медицинской практики психологические умения:

- помогать пациенту разрешать жизненные проблемы;
- принимать сложные этические решения в ситуациях выбора;
- преодолевать конфликтные ситуации;
- сообщать неприятную информацию;
- побуждать пациента следовать врачебным рекомендациям;
- корректировать поведение пациента;
- облегчать психологическое состояние больного.

Основные принципы коммуникативных навыков

Принцип 1. Установления партнерских взаимоотношений с пациентами.

Принцип 2. Фокусировки на приоритетах, потребностях и точке зрения пациента.

Принцип 3. Использовать модель 5 "А":

3.1. Assess – оценивать ситуацию и состояние пациента.

3.2. Advise – использовать советы.

3.3. Agree – соглашаться.

3.4. Assist – помогать.

3.5. Arrange – договариваться, приходиться к соглашению.

Принцип 4. Поддержания пациента в самостоятельном управлении своим состоянием (саморегуляция).

Принцип 5. Организации системы активного наблюдения за пациентом.

Принцип 6. Включения в процесс помощи "опытных" пациентов («экспертов»), способных осуществить человеческую поддержку.

Принцип 7. Использования для поддержки пациента ресурсов среды (родственников, близких).

Принцип 8. Активного применения письменной информации для структурирования процесса лечения и помощи (регистрационные данные, план лечения, терапевтические карты, назначения, советы и их выполнение).

Принцип 9. Работы в составе команды.

Принцип 10. Обеспечения пациента уверенностью в настоящей и последующей заботе (Протоколы ВОЗ, 2007).

Современные международные требования подготовки специалистов в области высшего медицинского образования

Современный врач должен владеть:

- когнитивными и поведенческими навыками принятия клинических решений,
- навыками эффективного поведения в процессе профессионального взаимодействия с пациентами, их родственниками и коллегами,
- высокоразвитыми коммуникативными навыками,
- профессиональной компетентностью и морально-этическими установками на уровне современных достижений медицины.

Коммуникативная и психологическая компетентность врача включает такие компоненты, как знание и понимание:

- психологических особенностей пациента, самого врача, коммуникативных процессов, возникающих при взаимодействии врача, больного и его родственников;
- психологии медицинской среды;
- клинических навыков общения;
- способов решения этических и профессиональных проблем;
- психологических аспектов профилактики;
- основ укрепления здоровья, психотерапии заболеваний и реабилитации.

Кроме того необходимы способности к познанию, личностному росту и повышению квалификации на протяжении всей профессиональной жизни. *Психологические знания, поведенческие и коммуникативные*

навыки позволяют врачам эффективно общаться с клиентами, принимать взвешенные и ответственные клинические решения, основывать медицинскую практику на принципах психологической и коммуникативной компетентности (Соловьёва С.Л., 2001; Местергази Г.М., 2009; Ильин Е.П., 2011;).

Требования к уровню коммуникативной компетентности современных врачей включают в себя:

- умение проявлять в процессе лечебно-профилактического взаимодействия грамотные и этически состоятельные поведенческие навыки общения с пациентом и его родственниками, эффективные для установления контакта, приверженности к лечению и преодоления болезни;
- информирование и обеспечение руководства процессом совладания пациента с болезнью на основе знаний его личности – «персоно-центрированный» подход к пациенту;
- понимание влияющих на пациента психологических аспектов клинической практики;
- умение идентифицировать психологические компоненты болезни и ее последствия;
- распознавание желаний и ожидания пациента, принимая во внимание его ценности, цели и проблемы.

Врач с развитыми навыками коммуникации способен компетентно и эффективно:

- общаться с пациентами и их родственниками,
- проводить комплексный опрос пациента и его родственников или людей, ухаживающих за ним,
- получать необходимые для полноценной оценки сведения,
- распознавать и понимать индивидуальные и социальные факторы, влияющие на течение болезни,
- поддерживать и поощрять автономию пациента,
- проводить оценку душевного состояния пациента,
- определять его потребности, цели и ценности,
- формулировать медицинские, психологические и социальные проблемы пациента, исходя из доступной информации,
- доводить информацию о проблемах и аспектах лечения пациента.
- выбирать вариант лечения и реабилитации,
- мотивировать пациента на преодоление болезни.

Для достижения согласия пациента и его близких на проведение необходимого лечения и комплаентности при его проведении – обеспечение приверженности пациента к лечению, врач должен объяснять и комментировать это лечение, информировать об альтернативах и рекомендациях, об их роли в терапевтическом процессе. Врач должен иметь способность понять и оценить приоритеты для психологического состояния пациента и таким образом устанавливать эффективные

отношения с ним, проявлять в процессе взаимодействия с пациентом и его родственниками этически состоятельные поведенческие навыки общения, обеспечивая партнерские отношения на основе уважения к личности.

Иными словами, врач должен владеть навыками обеспечения приверженности пациента к лечению, уметь мотивировать пациента на преодоление болезни. Для совместного преодоления болезни врачом и больным (эффективными могут быть только совместные усилия), врач должен поддерживать и поощрять автономию пациента.

Развитые навыки коммуникации имеют не все пациенты, при этом их болезненное состояние способствует провокации или усугублению коммуникативных проблем, и врачу необходимо преодолеть эти проблемы. Врач также должен уметь различать религиозную, этническую, культурную, индивидуальную, семейную, социоэкономическую ситуации, жизненные события, социально-психологические факторы риска формирования заболевания и его рецидива (Алешина Ю.Е., Петровская Л.А., 1989).

Любой медицинский работник должен понимать ограниченность своих знаний, умений и возможностей. В связи с этим перед ним стоит задача дополнять собственные знания и умения знаниями и умениями других профессионалов с целью улучшения уровня услуг, эффективно консультироваться с коллегами, работать в команде, оценивать опыт, уровень компетентности и роль других профессионалов, постоянно повышать свой личностный и профессиональный уровень компетентности. Кроме этого врач и члены команды должны постоянно заботиться о своем личностно-профессиональном росте. В противном случае не избежать эмоционального выгорания.

Развитие коммуникативных навыков врача зависит от условий профессиональной деятельности, особенностей межличностного взаимодействия с пациентом, характера и объема его личной ответственности, а также от влияния социальных факторов.

На стиль взаимодействия врача и пациента существенное воздействие оказывают профессиональные и личные интересы врача, его статус, поведение пациента и его близких, а также влияние коллег и руководства лечебно-профилактическим учреждением.

Проблемы

Многие врачи, имея представление о необходимости использовать различные средства, побуждающие пациента к рассказу, на практике склонны чрезмерно блокировать направленную на участие в решении вопросов диагностики и лечения активность пациентов, предпочитают получать от пациента краткие ответы.

Врачи положительно относятся к необходимости структурировать и обобщать получаемую от больного информацию, но в своей практической деятельности это им удается далеко не всегда.

Необходимость говорить с пациентом на понятном ему языке известна всем медицинским работникам, а фактически – широко

используют медицинскую терминологию, что затрудняет понимание их больными.

Несмотря на декларирование заботливого и внимательного отношения к своим больным, реальное профессиональное поведение большого количества врачей определяется не столько интересами пациентов, сколько интересами учреждения, в котором они работают, а также интересами поддержания собственной профессиональной самооценки.

Отношение больного к болезни

Проходящие заболевания у здоровых людей протекают, как правило, без каких-либо особых последствий. Более тяжелые заболевания, которые приковывают человека к постели, приводят к его отрыву от повседневной деятельности, привычного образа жизни, а попадание в больницу из привычной среды, что является значительной нагрузкой для индивидуума, могут возникать переживания о семье, работе, собственном состоянии. Болезнь как новая, незнакомая опасность действует на психику человека, вызывая различные страхи, что в свою очередь может ухудшить течение основного заболевания. По удачному выражению Крихтон-Миллера "каждый больной страдает своей болезнью плюс страхом за утрату здоровья, за жизнь". Задача врача и состоит в том, чтобы снять этот страх, а не вселять в больного новые своим неудачным поведением и необдуманном советом.

Многие исследователи, особо подчеркивают психическое воздействие заболеваний глаз, половых органов, сердца. Например, малейшее изменение в сердце или опасность такого изменения может вызвать страх и опасения у большинства больных. Страдающий глаукомой боится слепоты, подверженные головным болям – опухоли головного мозга, болезнями легких, ЖКТ – рака.

В других случаях на первый план выдвигаются опасения и страхи, связанные с последствиями и осложнениями заболеваний, операций, связанных с потерей профессии, женственности (при мастэктомии). Опасения и страхи могут генерализоваться, больной становится неуверенным, беспомощным, боязливым. Могут возникать идеи самообвинения – сами виноваты, были недостаточно осторожны, что-то не так делали, это усугубляется непривычной, новой обстановкой, иным образом жизни. Люди, чаще подверженные заболеваниям, с большим спокойствием и смирением переносят их, чем заболевшие впервые. Те больные, для которых физическое здоровье играет особо важную роль, например артисты или спортсмены, подвержены исключительно серьезным проявлениям страха и беспокойства, т.к. боятся за свою дальнейшую судьбу, в то время как у отдельных невротиков или психопатических личностей выявление соматического заболевания часто вызывает облегчение, разрешение душевного напряжения.

Неразрешенные конфликты, напряженность отходят на задний план, ими не стоит заниматься, поскольку «обнаружена настоящая причина бед». Все силы и внимание они концентрируют на физическом состоянии. Физические процедуры временно могут оказывать хорошее воздействие на больных (Квасенко А.В., соавтор., 1980; Соложенкин В. В., 1997).

Во время заболевания формируются те или другие реакции личности. Например, определенная группа больных скрывает от самих себя то, что для них непереносимо, является тяжелой психической нагрузкой, и ведут себя как здоровые, не замечая очевидных проявлений болезни (даже медработники). При такой реакции личности на задний план отходят даже нормальные доводы рассудка, разума, образованности. Отрицание может быть полным (отрицание наличия заболевания как такового) и частичным (отрицание важнейших симптомов проявления заболевания), с выдвиганием на первый план незначительных признаков.

Варианты отношения к болезни

В целом выделяются следующие варианты отношения пациента к болезни:

- *Нормальное*, т.е. соответствует соматическому состоянию больного.
- *Пренебрежительное* - недооценка серьезности заболевания, ее прогноза. Не лечится и не бережет себя.
- *Отрицающее*, когда больной «не обращает внимания на симптомы», не обращается к врачу, отгоняет от себя мысли о болезни. Сюда относится диссимуляция.
- *Нозофобное* – пациент чрезмерно боится болезни, повторно обследуется, меняет врачей. Он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними.
- *Ипохондрическое*, когда больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, или когда он переоценивает серьезность менее тяжелой болезни.
- *Нозофильное* связано с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни, получением большего внимания и заботы от близких.
- *Утилитарное*, что является высшим проявлением нозофильной реакции. Утилитарное отношение может иметь тройную мотивировку:
 - получение сочувствия, внимания и лучшего обследования;
 - выход из неприятной ситуации. Например, заключение, военная служба, ненавистная работа и т.д.;
 - получение материальных выгод – пенсия, отпуск, свободное время, которое можно экономически выгодно использовать. Утилитарная реакция может основываться на нетяжелом или несерьезном заболевании, а иногда может наблюдаться и у здорового человека. С этой точки зрения различают следующие

типы реакций:

- *аггравация* – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Сознательное, а затем и менее сознательное;
- *симуляция* – притворство о наличии какого-то заболевания, и его признаков (встречается реже аггравации). Применяют либо примитивные лица, либо напротив очень опытные;
- *диссимуляция* – скрывание болезни и ее признаков. Часто встречается в практике у психиатров, у других специалистов – в случаях объективной и субъективной невыгоды для больного:
 - утрата специальности (авиация и др.),
 - длительное лечение (туберкулез),
 - извещение о заболевании и выявление контактов (сифилис),
 - возможность операции (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Роль психогенных воздействий велика, по данным Харди заболевания психогенной природы составляют в практике участковых (районных) врачей 25 – 50 % всех заболеваний, а в работе клиник – 50 %. Чем в большей степени удастся избавить больного от страха перед обследованием, лечением и последствиями болезни, тем успешнее удастся предупредить диссимуляцию. Важно, чтобы врач знал об отношении пациента к болезни и избрал соответствующий к нему подход. Тактичность, внимание к больному, тщательное изучение особенностей его личности позволяют врачу найти правильный психологический подход и устранить возможность вредного влияния на него (ятрогения). Англичанин Перри справедливо указывал, что *часто не столько важно знать, какая болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у какого человека развивается болезнь.*

Соматонозогнозии и личностные особенности больных

Квасенко А. В. и Зубарев Ю. Г. выделяют четыре варианта соматонозогнозий:

- ***Нормосоматонозогнозия***, характеризуется наиболее адекватным отношением больного к болезни, правильной оценкой своего состояния, соответствующей той, которая определяется его лечащим врачом, позитивным отношением к проводимым диагностическим и лечебным мероприятиям, активностью в борьбе с болезнью, стремлением преодолеть все сложности создавшейся в связи с болезнью ситуации (служебной, домашней и т. д.). Обычно такое отношение к болезни наблюдается у уравновешенных, сильных, гармонично развитых личностей.
- ***Гиперсоматонозогнозия*** (чаще у акцентуированных личностей с преобладанием тревожно-мнительных черт характера,

склонных к застреванию), отличается склонностью больного к переоценке значимости своего заболевания, его тяжести, к чрезмерному вниманию к своим ощущениям. Больному его заболевание представляется очень опасным по своим последствиям, угрожающим и здоровью, и его социальному положению. Больные склонны беспричинно впадать в панику, настроение их чаще пониженное. Они чрезмерно активны в поисках средств для выздоровления (максимально число исследований, консультаций), любят вносить свои коррективы в назначения врача.

– **Гипосоматонозогнозия** (чаще характерна циклоидным, гипертимным, экстравертированным личностям), отмечается недооценка своего состояния, серьезности болезни.

Гипосоматонозогнозия у части больных проявляется благодушным отношением к болезни, поверхностными суждениями о ней, неверием в серьезность имеющихся симптомов. Больные неохотно обращаются к врачу, отрицательно относятся к лечению.

У других, при вполне правильной оценке заболевания, преобладает уверенность, что благодаря своему организму, своим силам они легко справятся с болезнью, что их надо лечить «побыстрее и поактивнее». Стремятся выписаться на работу, боятся потерять из-за болезни свой социальный вес.

– **Диссоматонозогнозия** близка к гипосоматонозогнозии – недооценка своего состояния, стремление больного полностью отрицать наличие болезни, с целью ввести в заблуждение либо:

- окружающих (чтобы не сказалось на его служебном положении),
- самого себя, активно вытеснив из своего сознания всякую мысль о серьезности болезни.

Этапы соматонозогнозий

Соматонозогнозии (СНГ) – это психический процесс, имеющий свою структуру и динамику. Термин «соматонозогнозии» предполагает личностные реакции на болезнь у психически здоровых людей.

Этапы СНГ:

1. Сенсологический.
2. Оценочный.
3. Отношения больного к болезни.
 1. **Сенсологический.** Отражает реакции больного на развившиеся явления дискомфорта, на боли и сопровождается чувством собственной недостаточности. Таким образом, сенсологический этап включает: дискомфортный, алгический и дефицитарный компоненты.
 2. **Оценочный этап** – следующая ступень познания психологической картины соматического заболевания. Это результат

интрапсихической переработки больным сенсологических данных. Больной оценивает болезнь в целом и ее отдельные симптомы. Ставит свой диагноз, имеет свои суждения о причинах, прогнозе и лечении.

В зависимости от характера болезни можно выделить следующие компоненты личностного реагирования на болезнь:

- Витальный (высок при ИБС).
- Общественно-профессиональный (травмы с инвалидностью).
- Этический (кожные и венерические заболевания).
- Эстетический (косметические дефекты).
- Интимный (урологические заболевания).

3. Этап отношения больного к болезни.

Включает:

- переживания,
- высказывания,
- действия (общий рисунок поведения больного),

При признании пациентом болезни могут быть следующие варианты отношения:

- пассивно-страдальческий,
- активно-положительный (или уход в болезнь),
- спокойно-выжидательный,
- активного противодействия.

Осознание и отношение к болезни

Осознание болезни может быть полным или частичным.

При частичном осознании пациенты признавая болезнь, не понимают ее тяжести и возможных исходов.

Может быть игнорирование (отрицание) болезни.

Отношение к болезни меняется в возрастных группах.

В соответствии с классификацией ВОЗ выделяются следующие возрастные группы:

- молодой возраст (18-30 лет),
- зрелый возраст (31-59 лет),
- пожилой возраст (предстарческий возраст – 60-74 года),
- старческий возраст (75-89 лет),
- долгожители (90 лет и старше).

В молодом возрасте (18-30 лет):

- Наиболее значимы этические и эстетические компоненты (косметические дефекты, дерматологические заболевания, сексуальные нарушения).
- Озабочены в большей степени не фактом болезни, а резонансом и ситуацией, обусловленными заболеванием (плохо переносят стационарирование – для них это чрезмерная социальная депривация). *Это индивидуально-психологический уровень.*

- Имеется высокая реактивность организма, которая способствует более острому течению заболевания с выраженной, а не смазанной симптоматикой (острее воспринимается и хуже переносится боль). *Это биологический уровень.*

Зрелый возраст (31-59 лет).

В первой его половине отношение к здоровью и заболеванию наиболее адекватное.

Во второй половине этого возраста на почве биологического увядания (климакс), социальных перестроек (выход на пенсию, «отделение» взрослых детей), структура соматонозогнозий может существенно измениться. Особое значение начинают приобретать профессионально-трудовой и интимный компоненты психологической картины соматической болезни. Отношения к болезни могут быть с переоценкой. В отдельных случаях возможны патологические реакции.

Предстарческий возраст (60-74 года).

Снижаются адаптационные возможности организма, изменяется висцеральная регуляция, нередко возникают ипохондрические, депрессивные и фобические расстройства. Больные больше уделяют внимания своим ощущениям, чрезмерно заботятся о своем здоровье. У ¼ больных – переоценка болезненных расстройств, а у другой четверти переоценка носит извращенный характер. Лишь примерно у половины пожилых людей отмечается адекватное отношение к соматическим заболеваниям.

Старческий возраст (75-89 лет).

Падает активность, снижается эмоциональный резонанс, нарастает упрямство и ригидность, соматические расстройства отвлекают от внешнего мира, усиливают интравертированность. Это делает старика более тревожным, ипохондричным, в том числе преувеличенно и неадекватно.

Часто отношение больных старческого возраста к соматическим болезням отличается недооценкой. Нередко встречаются патологические формы переоценки.

Таким образом, расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными данными наиболее выражены в молодом, предстарческом и старческом возрасте. Отношение к болезни имеет тенденцию меняться с возрастом:

- от недооценки в молодом,
- к адекватному пониманию в зрелом,
- к переоценке в пожилом,
- к недооценке в старческом возрасте.

Патологические формы реагирования на соматическое заболевание

Кроме соматонозогнозий возможны и патологические формы реагирования. Частота патологических типов отношения к болезни при различных соматических заболеваниях достигает 30 % и даже 50 % (Зикеева Л.Д., 1974; Зайцев В.П., 1975). Патологическая (психопатологическая) личностная реакция на соматическое заболевание, при которой утрачивается соответствие силе, продолжительности и значимости раздражителя и невозможна коррекция поведения, представлений, суждений, утверждений больных о характере заболевания – реакция, не адекватная психогенному воздействию. Продолжительность психопатологических реакций: от нескольких часов до нескольких дней, недель. При хроническом течении заболевания возможно развитие личности. В структуре психопатологических реакций находят свое отражение характер соматического заболевания, личностные особенности (психопатические и психопатоподобные). Патологические виды реагирования многообразны и по структуре полиморфны, наиболее распространенными являются: депрессивные, фобические, истерические, ипохондрические и анозогнозические варианты.

Депрессивный вариант является универсальным типом реакции (депрессивная форма реагирования присуща многим людям). Для возникновения депрессивного варианта ключевым моментом является значимость соматического страдания, вне существенной связи с индивидуальностью. Тревожно-депрессивный синдром наиболее характерен:

- для начала заболевания (состояние стресса) с витальным компонентом соматического страдания – реальная угроза для жизни (инфаркт миокарда, онкологическое заболевание и др.);
- для заболеваний с чрезмерной переоценкой значимости этического компонента болезни (инфекционные заболевания, в частности туберкулез, сифилис, ВИЧ и др.);
- при угрозе частичной или полной утраты профессионально-трудовой деятельности (внезапная потеря зрения, конечностей и т. д.). В структуре этого синдрома могут выступать эмоции страха, отчаяния, сужения сознания, доминирующие идеи, связанные с соматическим заболеванием, возможно возбуждение типа меланхолического раптуса (взрыва) с чувством отчаяния, безнадежности, гибели.

Астено-депрессивный синдром развивается обычно в стадии разгара и исхода заболевания. По окончании соматического заболевания эти реакции в большинстве случаев проходят.

При фобическом варианте реакции определяющую роль играют тревожно-мнительные особенности личности (акцентуация, расстройство

личности), истощающие, астенизирующие организм факторы и изменения состояния здоровья.

Выделяют три периода динамики фобических реакций:

- Появление навязчивых страхов под действием травмирующего раздражителя, при непосредственном соприкосновении с патогенным фактором.
- Появление навязчивых страхов в ожидании столкновения с травмирующими раздражителями (фобические реакции появляются на отдаленный, значительно более слабый раздражитель).
- Появление фобических переживаний под влиянием представлений о патогенной ситуации, в объективно индифферентной ситуации.

Могут возникать различные фобии: танатофобии (смерти), канцерофобии, нозофобии (соматических страданий), дисморфофобии (утрированное представление об эстетических компонентах не только болезни, но и ее последствий), часты кардиофобии

При истерическом варианте патологических реакций расстройство обуславливается декомпенсацией патологической структуры личности при психогенно-стрессовой ситуации в связи с соматическими заболеваниями.

Характерны:

- Склонность к быстрым и резким переменам настроения, легким переходам от смеха к слезам и обратно, вычурность, театральность, рисовка, склонность к демонстративным поступкам и актам самоповреждения в состоянии аффекта, в отдельных случаях на фоне суженного сознания.
- Пароксизмальность с явным несоответствием между тяжестью болезни, ее отдельными признаками, либо ее последствиями и их субъективным отражением.
- Явная недостаточность интрапсихической переработки болезненных ощущений.

Ипохондрический вариант представляет гиперболически-пессимистическую оценку соматической болезни с вытекающим отсюда несоответствием между тяжестью болезни и ее истолкованием. В генезе преобладающая роль принадлежит личностным особенностям. Продолжительность ипохондрических реакций может колебаться в пределах нескольких часов, дней и недель. В отдельных случаях, при хроническом течении заболевания, ипохондрические проявления могут продолжаться годы, перерастая в ипохондрическое развитие.

При акцентуации, расстройстве личности, либо при экзогенно-органическом поражении головного мозга возможно ипохондрическое развитие личности, этому способствует наличие тревожно-мнительных особенностей. Для ипохондрического развития характерно присутствие в преморбиде черт эпилептоидного радикала в сочетании с ригидностью установок, императивностью суждений, узостью аффекта и негибкостью

мышления (Бобров А. С., 1976). Полиморфизм клинических проявлений позволяет условно подразделить ипохондрические реакции на два типа:

- тревожно - ипохондрический.
- ригидно - ипохондрический тип.

Анозогнозический вариант, при котором больной не осознает факт болезни и поэтому ее отрицает. При затяжном, хроническом течении соматического заболевания, при наличии соответствующих характерологических особенностей возможно патологическое развитие личности в виде астенического, обсессивного, ипохондрического, истерического типов (Соложенкин В.В., 1997).

Типы врачей

С позиции психиатрии можно выделить 4 крайних типа врачебного мышления:

- *«Агрессивный» тип врача.* Оценивает состояние больного как более тяжелое. Выставляет тяжелый диагноз («каллезная язва – это практически рак», «...с таким состоянием живут считанное время»).
- *«Дистимический» тип врача.* Диагностика состояния зависит от настроения врача. Характерен «терапевтический нигилизм» – «как не лечи – все особой разницы нет». Присущи кататимная (эмоциональная) оценка и кататимная гипердиагностика.
- *«Психастенический» тип врача.* В связи с тревожной мнительностью, неуверенностью, с неадекватной оценкой и беспокойным поведением является источником ятрогении у пограничного больного.
- *«Невротический» тип врача.* Врач-невротик с чувством собственной малоценности не умышленно сравнивает свое состояние с состоянием больного. Как следствие, выделяет 2 типа больных:
 - o докучливые, неприятные больные;
 - o приятные пациенты.

С позиции психологии различают четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары (Арбузова Е.Н. и соавтор, 2008; Ильин Е.П., 2011):

- 1) *Сопереживающий.*
- 2) *Эмоционально-нейтральный.*
- 3) *Директивный.*
- 4) *Недирективный.*

Сопереживающий тип врача нередко принимает концепцию болезни, выдвинутую пациентом, способен понять и разделить его психологические проблемы, переживать вместе с пациентом колебания его состояния и самочувствия

Эмоционально-нейтральный тип врача ориентирован на технократический подход к лечению – эмоционально безразличен к глубинным проблемам пациента, не желает поддерживать пациента в его субъективных эмоциональных кризисах

Директивный психологический тип врача выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяет себе более значимую роль – выступает в роли учителя, указывает, как следует поступать и что делать в случае заболевания. Не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы,. В своей деятельности руководствуется определенными схемами лечения, аксиомами, строя взаимоотношения с пациентами как отношение учителя и ученика, родителя и ребенка. Директивный врач исключает возможности сомнений пациента, негативно относится к перепроверке диагноза у иных врачей, склонен обижаться и отрицательно реагировать на пациента в случае критики его действий

Недирективный психологический тип врача противоположен директивному. Включает ориентацию на партнерство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения пациента как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

Представленные психологические типы могут составлять четыре пары типов врача:

- *Сопереживающий – недирективный.*
- *Сопереживающий – директивный.*
- *Эмоционально-нейтральный – недирективный.*
- *Эмоционально-нейтральный – директивный.*

Пациент руководствуется в выборе врача личностными особенностями, опытом общения и своими пристрастиями – имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями (Болучевская В.В., соавтор., 2011).

Врач не имеет права выбирать пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком. Современное понимание болезни как проявления нарушений целостной жизнедеятельности человека в мире, а не как изолированного факта в жизни человека, детерминирует необходимость построения терапевтического сотрудничества в диаде «врач – пациент».

Типы медицинских сестер

Наиболее частые типы сестер:

- *Сестра-рутинер, или практический тип.* Отличается точностью, строгостью, механическим выполнением своих обязанностей, работает с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью. Они делают все, без сопереживания, без сочувствия больному. Такая сестра разбудит в определенное время пациента, чтобы дать ему предписанное снотворное.
- *Артистический тип.* Такие сестры играют роль, по их

пониманию, идеала медсестры. Это может приводить к переходу допустимых границ непосредственности в отношениях, неискренности и служить помехой в формировании контакта с больными.

– *Нервный тип* – эмоционально лабильный, склонный к невротическим реакциям, грубости, раздражительности, вспыльчивости, вредно влияющий на больного. Они подсознательно уклоняются от некоторых обязанностей из-за опасения заразиться, часто не выходят на работу по причине различных соматических жалоб. От них возможны заявления типа – «мои ноги не казенные». Таким людям угрожает возможность формирования наркоманий, токсикоманий в связи с попытками подавлять и компенсировать свои затруднения лекарствами.

– *Мужской тип* – самоуверенные, решительные, энергичные, последовательные, не терпящие малейшего беспорядка, часто крупного телосложения. В благоприятных случаях могут быть организаторами, воспитателями молодых медсестер, в неблагоприятных – бывают негибкими, примитивными, агрессивными, деспотичными.

– *Материнский тип* – выполняющий свою работу с максимальной заботливостью, сочувствием к больным, успевая повсюду, не уступая более молодым. Забота о больных – жизненное призвание, неотъемлемое условие жизни. Часто пикнического телосложения.

– *Сестры-специалисты*, посвящающие свою жизнь выполнению сложных технических задач, например, работают в спецлаборатории, электрокардиографе, электроэнцефалографе и т.д., иногда это странные, чудаковатые люди, фанатики своей узкой деятельности, ничем не интересующиеся, кроме своей работы (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Личность сестры, метод ее работы, ее стиль, умение обращаться с больными, владение техникой психологической работы с ними – все это, как и в случае врача, само по себе может оказывать исцеляющее действие. Сестра выполняет воспитательную, руководящую деятельность, являясь представителем, посланцем врача, переводчиком, разъяснителем недопонятого или неправильно понятого больными. Очень многие исследователи подчеркивают материнскую роль сестры. Если атмосфера лечебного учреждения благоприятна, больные чувствуют себя членами большой семьи, где люди, так много делающие для них, действительно становятся очень близкими им.

Основные типы взаимодействия врача с пациентами

Можно говорить о четырех основных типах взаимодействия врача с пациентами:

1. *Авторитарный.*
2. *Подчиненный.*
3. *Разобщенный.*
4. *Партнерский.*

Стили взаимоотношения определяются рядом психосоциальных факторов:

- Распределением ответственности между врачом и пациентом.
- Коммуникационными потребностями пациента.
- Влиянием социального окружения на лечебно-диагностический процесс.

Авторитарный стиль (типичен для ургентной медицины, а также в случаях ведения недееспособных и беспомощных пациентов):

- Ответственность за диагностику и лечение полностью возлагается на врача.
- Коммуникационные потребности пациента (в информации, в эмоциональной поддержке, в сопровождении деятельности, направленной на выздоровление) игнорируются. Ожидается полное и пассивное выполнение всех медицинских рекомендаций пациентом.
- Роль ближайшего социального окружения больного (родственников, медицинской администрации и персонала) в расчет практически не принимается.

Подчиненный стиль (возможен при некоторых формах анонимной и платной медицинской помощи, а также в ряде ведомственных медицинских учреждений):

- Врач отвечает за свою деятельность только в относительно узких рамках, установленных условиями договора об оказании медицинской помощи.
- Основное влияние на терапевтический процесс оказывают потребности больного и его социальное окружение.
- Конкуренция больного и социального окружения и недостаточная способность их совместно адекватно и последовательно формулировать потребности существенно затрудняют лечебный процесс.

Разобщенный стиль (отчасти базируется на необходимости разделенной ответственности и признании роли немедицинских факторов в процессе лечения):

- Врач осуществляет стандартное лечение – «по схеме» и его профессиональные потребности в индивидуальном подходе остаются неудовлетворенными. На первое место выходят иные психологические или экономические побуждения.
- Коммуникационные потребности больного не учитываются. Ожидается, что пациент будет следовать рекомендациям врача.
- Требования и ожидания пациента и его социального окружения, выходящие за рамки стандартов медицинской помощи или перечня

оговоренных услуг, обычно игнорируются.

Партнерский стиль (является наиболее адекватным для большинства социально активных пациентов, в условиях длительной терапии хронических заболеваний, а также при реабилитации больных):

- Разделенная ответственность между врачом и пациентом с динамическим изменением границ ответственности. По мере выздоровления пациент принимает все более активное участие в лечебно-профилактических мероприятиях.
- Сотрудничество построено на сбалансированном учете задач терапии (включая профессиональные потребности врача) и субъективных потребностей больного.
- Значимая роль микросоциального окружения (Болучевская В.В., соавтор., 2011).

В повседневной работе врачам и сестрам необходимо знать о влиянии, которое оказывают соматические заболевания в целом, и о важности психогенных факторов. Эти знания помогают выбрать правильный тон в работе с больными, понять их, найти нужный метод в подходе и обращении. Никакими даже самыми современными завоеваниями техники, никаким самым сложным оборудованием и аппаратурой невозможно заменить личную работу медработников, их непосредственных отношений с больными.

Таким образом, психология общения с больными – это та общая дисциплина, распространяющаяся на деятельность врачей и сестер, суть которой составляют знания в области обращения с больными и центром которой является умение найти ключ к личности больного человека, умение найти путь к созданию нужного контакта с ним.

Модели врачевания

Американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели взаимоотношений между медицинскими работниками и пациентами:

- Инженерная.
- Патерналистская.
- Коллегиальная.
- Контрактная (договорная). Эти модели представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной – контрактной.

В *"инженерной модели"* задача врачевания интерпретируется как исправление "поломки или отклонения физиологического механизма от положения равновесия", обусловленного действием внешних или внутренних факторов. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в положение равновесия. Состояние здоровья пациента уясняется через совокупность объективных признаков: биохимических показателей,

значений артериального давления, данных рентгенографии и т.п. Учет мнения пациента при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и вреден из-за привнесения субъективных оценок. Его личное мнение необъективно, ненаучно и с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания. Врач руководствуется сугубо объективными знаниями и на его выбор не оказывают влияния собственные субъективные предпочтения и интересы. В здравоохранении характерный для инженерной модели технократизм морально ущербен, поскольку практически низводит личность больного человека до статуса неодушевленного предмета, что резко противоречит принципу уважения автономии пациента.

Жизнеспособность подобной модели, как следствие технологизации современной медицинской практики, демонстрирует офтальмологический хирургический конвейер в клиниках С.Федорова – стол с больным в процессе хирургической операции перемещается от одного хирурга к другому, последовательно выполняющих только одну свою высокоспециализированную манипуляцию. Работа медицинского коллективного субъекта в решающие для пациента моменты может быть персонализирована общением с лечащим врачом.

В рамках патерналистской модели связь между врачом и пациентом напоминает отеческое отношение родителя к ребенку. Патерналистское отношение мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральные характеристики:

- любовь к ближнему,
- благотворительность,
- милосердие и справедливость. Личности находятся при этом в неравном положении. Врач играет роль "отца", обладающего определенными научными знаниями и умеющего их применить, а пациенту отведена роль несведущего ребенка, моральная добродетель которого заключается в дисциплинированном выполнении предписаний и назначений "старшего". Патерналистская модель господствовала в медицине на протяжении многих столетий. Она явно выражена и в "Клятве Гиппократата", и в "Обещании врача России".

Патернализм в общении с пациентами остается нормой и для значительного числа современных медиков, да и многие пациенты воспринимают такое отношение к себе наиболее адекватно. По сути дела, при этом присутствует элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится не как "горизонтальное" равноправное, а как "вертикальное", как отношение между властью и подчиненными. Пациент вынужден глядеть на врача "снизу вверх".

Патернализм является естественной и самой адекватной формой отношения врачей к больным детям и пациентам с ограниченной дееспособностью. "Отеческое" отношение к ребенку меняется по мере его взросления. Так и отношение врача к пациенту должно различаться в

зависимости от степени его дееспособности, с учетом его личной готовности к ответственным автономным поступкам. Когда пациент в состоянии вести себя как автономная личность, патерналистское нарушение его прав с моральной точки зрения недопустимо.

Коллегиальная модель отношений между медицинским работником и пациентом. Эта модель создает большие возможности для реализации ценностей автономной личности. Больной реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора, предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом. Для того чтобы играть свою роль – действовать как коллега лечащего врача, пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.д. Однако подобного рода гармония интересов редко достижима. Медработник и пациент могут относиться к различным социальным классам, этническим группам, могут придерживаться различных ценностных ориентаций, и совпадение интересов очень часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. К примеру, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная (то есть обусловленная не его личностными качествами, а реальным положением дел) заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов, тогда как интерес пациента, напротив, состоит в том, чтобы получить максимум доступной помощи при минимизации собственных затрат на ее получение. Коллегиальная модель не соответствует требованиям социального реализма в полной мере и представляет собой обычно неосуществимую мечту, т.е. нередко бывает иллюзорной.

Вместе с тем следует иметь в виду, что существует достаточно представительная область, в которой отношения между врачом и пациентом действительно могут носить коллегиальный характер. Это случаи длительно текущих хронических заболеваний, когда объем знаний, приобретенных такими пациентами за многие десятилетия болезни, в определенных аспектах может оказаться значительно более обширным, чем у молодого и даже не очень молодого врача. В подобной ситуации общение больного и медика может приближаться к идеалу коллегиальной модели, напоминая консилиум профессионалов, в котором знания одного дополняют и уточняют знания другого и решение о том или ином медицинском назначении вырабатывается совместно.

Контрактная модель взаимоотношений. В современном обществе на договорном распределении ролей и взаимной ответственности строятся не только макрополитические отношения, но и трудовые, в значительной мере – семейные и многие другие социальные связи. Каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод... Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости важны для реализации контрактных отношений. Такая форма позволяет избежать

тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи инженерной и патерналистской моделям, и одновременно не уповает на иллюзию возможности соучастия пациента в качестве "коллеги" врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные "властные" полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства.

Контрактная модель более реалистична, чем коллегиальная. Она учитывает невозможность равенства врача и пациента, то есть неизбежность наличия "вертикальных" отношений зависимости. Эта зависимость, однако, устанавливается на вполне определенных условиях. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишит врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора, и потребовать компенсации (Иванюшкин А.Я., соавтор., 1998).

Как представляется, основные черты организации современного российского здравоохранения определяет (по крайней мере, в принципе) идея общественного договора. Конституция Российской Федерации представляет собой договор между обществом и государством. В этом договоре государственным органам делегируется власть, причем устанавливаются цели использования этой власти и ее границы. В частности, статья 41 Конституции устанавливает право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Обеспечение и защита прав граждан, в том числе и прав в области здравоохранения, является одной из целей, для реализации которых государству и делегируются определенные властные полномочия. Однако эта власть может быть использована лишь в очерченных законом пределах. Например, статья 21 Конституции гласит: "Никто не может быть, без добровольного согласия, подвергнут медицинским, научным и иным опытам".

Законы, принимаемые Думой, решения органов федеральной и региональной власти и местного самоуправления создают следующие уровни договорных отношений, наделяя правами и обязанностями субъектов здравоохранения, устанавливая правила, по которым они могут взаимодействовать. Договор на медицинское обслуживание, который гражданин заключает с медицинским учреждением либо лично, либо делегировав это право страховой компании, образует как бы "вершину" того "айсберга" договорных отношений, на котором строится медицинская практика.

Каждая из моделей представляет собой то, что социолог назвал бы идеальным типом: в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило, не реализуется в чистом виде, хотя взаимодействие врача и пациента в том или ином случае и может строиться в соответствии с одной из моделей. Выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи, специализацией врача и т.д.

Модели взаимоотношений между врачом и пациентом также можно классифицировать по взаимодействиям врача с пациентом:

- *Монологичное.*
- *Диалогичное.*

Монологичная модель – общение выстраивается как монолог знающего специалиста с невежественным слушателем. Если не считать жалоб, пациенту нечего сказать врачу по существу вопроса (о сущности заболевания, выборе лечения и др.).

Диалогичная модель – взаимодействие разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему с разных сторон и как бы дополняющих познания друг друга для более точного отображения истинного положения дел. К диалогичной приближается коллегиальная модель (Иванюшкин А.Я., 1998).

Коммуникации в психиатрии

«Не дай мне бог сойти с ума. Нет, легче посох и сума... Да вот беда: сойди с ума, и страшен будешь как чума, как раз тебя запрут, посадят на цепь дурака и сквозь решетку как зверька дразнить тебя придут...» (А.С. Пушкин).

К сожалению, эти слова, сказанные в XIX веке, не потеряли своего значения. В нашей стране до сих пор на бытовом уровне существует страх перед такой областью медицины как психиатрия, перед психиатрическим диспансером, больницей или кабинетом, перед врачом-психиатром. На врача лежит большой груз ответственности, ведь от знаний, умений, доброй воли зависит возвращение больного к здоровой жизни.

Там, где существует система платного лечения, больной старается поменять роли: с помощью денег, подарков и т.п. ставит врача в зависимость от себя, а при феодальном или рабовладельческом строе он обычно был хозяином своего лекаря. Но всегда основой отношений между доктором и пациентом было и остается доверие. *Больной доверял врачу – врач брал на себя заботу о нем.*

Сложилась традиционная система:

- Взаимоотношения врача и больного основывались на слепой вере.
- Врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду.
- Врач же “исключительно в интересах больного” поступал так, как считал нужным.

Раньше думали, что держать больного в неведении гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовавшему мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности.

И поныне взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи, однако строиться они должны на иной основе. В наши дни доктор и пациент:

- сотрудничают,*
- делятся сомнениями,*
- сообщают друг другу полную правду. Это три обязательных компонента современного медицинского подхода.*

Больной – не пассивная сторона, не предмет, он – активный участник лечебного процесса. Общение является практическим навыком, который врач чаще других использует в своей повседневной работе. Для врача это процесс преимущественно бессознательный:

- Обучение идет путем проб и ошибок.*
- Опыт этот приходит с годами.*
- Зависит от личностных особенностей и задатков врача. Последнее значимо при выборе врачебной специальности и особенно психиатрии, где личностные особенности имеют первостепенное значения для состоятельности в профессии.*

Проверкой правильности выбранного врачом пути является доверие больного. На профессиональном языке это называется «контакт с больным». От него зависит объем информации и доступ к пониманию состояния больного. *Если психиатр говорит: «Больной плохо контактирует», то это часто свидетельствует о проблемах самого врача.* Неумение налаживать конструктивные взаимоотношения и недостаточная психологическая компетентность – причины неспособности врача своевременно выявлять имеющиеся у больного психические расстройства.

При ведении больных, страдающих психическими расстройствами, в случаях с хроническими инвалидизирующими заболеваниями, при воздействии психического стресса, коммуникативная компетентность врача приобретает особую важность.

Первое впечатление пациента о враче может сложиться под влиянием эффекта «трансфера» (переноса), описанного З. Фрейдом. Согласно этому эффекту, пациент подсознательно может отождествить врача с какой-нибудь эмоционально значимой для него личностью из детства, как правило, это отец или мать. Пациент бессознательно перенесет на врача те эмоции и чувства, которые испытывал по отношению к родителю или другой значимой личности, которую врач ему напомнил. В зависимости от того, какие у пациента были отношения с отцом (или матерью), в отношении врача проявится та же тенденция – либо положительная (доверие к врачу), либо отрицательная (и тогда проявится подозрительность, враждебность, ожидание подвоха и т.п.). Трансфер может появиться не только во время первого впечатления, но также практически на любом этапе терапевтического процесса, особенно если он продолжителен и взаимодействие врача и пациента происходит регулярно.

Несмотря на то, что между врачом и пациентом всегда устанавливаются определенные эмоциональные отношения, дружеские или враждебные, психиатр не должен полностью в них погружаться – как это имеет место в обычном межличностном общении. Иначе дошло бы до того, что врач начал бы ссориться или флиртовать с пациентом, любить его или ненавидеть. Поэтому важной составляющей коммуникативной компетентности является коммуникативная толерантность (терпимость, снисходительность, переносимость), в какой степени врач переносит индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые ему стили поведения и стереотипы мышления. Независимо от душевного состояния пациента (печаль или беспокойство, гнев, тревога или отчаяние), врач должен уметь адекватно взаимодействовать, строить отношения, добиваться решения профессиональных задач. Пациент может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае его психологическая подготовка должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Эмоциональная стабильность (уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом) – это еще одна психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача.

В ситуации болезни повышается уровень тревоги, усиливается эмоциональная неустойчивость (вспыльчивость, агрессивность, раздражительность, плаксивость), появляется астения на разнообразные внутренние и внешние патогенные факторы психогенной, соматогенной и эндогенной природы. Под влиянием тревоги могут нарушаться различные функции организма, проявляющиеся нарушениями сна, снижением либо, напротив, повышением аппетита.

Определенная личностная тревожность позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры, это воспринимается пациентом как понимание со стороны лечащего врача, как его эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач – пациент».

Врач с заметными тревожными характерологическими особенностями обычно малопривлекателен для пациента (предпочитают более эмоционально стабильных и уравновешенных), не пользуется доверием, так как не способен оказать ему необходимую поддержку. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его, прерывает его коммуникацию с пациентом, разрушает психологический контакт.

Врач должен владеть собственными эмоциями, сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение. Душевное равновесие, эмоциональная стабильность, спокойная доброжелательность врача способствуют установлению доверительных отношений и вызывают у пациента чувство надежности.

Стабилизирующая уверенность врача важна больным с тяжелыми психическими расстройствами и пограничными состояниями. Для таких пациентов характерна нестабильность психики, тревожность, неуверенность, беспокойство, лабильность эмоциональных реакций и др. В состоянии тревоги повышается потребность в других людях (во враче), само их присутствие действует благотворно, уменьшает интенсивность негативных эмоциональных переживаний – это т.н. «аффилиация» (потребность человека быть в обществе других людей). Способность поддержать аффилиацию больного помогает врачу сохранить живое, заинтересованное отношение, а желание помогать и сотрудничать с пациентом – защищает специалиста от профессиональной деформации, равнодушия и формализма, когда он начинает рассматривать пациента как безличное «тело», нуждающееся в терапии.

Депрессивность врача также способна разрушить его коммуникацию с пациентом. Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь возникают образы пережитых психотравмирующих событий. Сплошной цепью неудач и неприятностей представляется прошлое, формируется ощущение безысходности, безнадежности, которое проецируется в будущее, утрачивается перспектива и жизнь окрашивается переживанием собственной ущербности, неполноценности. Наблюдая, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления и, напротив, «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия пациента.

Глубокая интровертированность врача – еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений в диаде. Погруженный в свой психологический мир, занятый собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, интровертированный врач мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание, отзываться на беспокойство и тревогу, не обеспечивает необходимую

эмоциональную поддержку другому человеку (Телеуов М.К., соавтор., 2010; Болучевская В.В., соавтор., 2011).

В настоящее время сфера компетенции психиатрии расширилась от выраженных форм психической патологии к пограничным расстройствам и к практически здоровым лицам в аспекте риска развития психических расстройств у них, что нередко может сопровождаться гипердиагностикой психических заболеваний. Поэтому профессиональная этика в психиатрии требует максимальной честности, объективности и ответственности при оценке психического состояния. Психиатрический диагноз стигматизирует пациентов, ограничивает их права, ущемляет достоинство, снижает доверие общества, ограничивает жизнедеятельность человека (Шарков Ф.И., 2003; Ялтонский В.М., соавтор., 2008; Местергази Г. М., 2009). В обществе необходимо повышение толерантности, преодоление предвзятости, отчуждения к лицам с психическими отклонениями – это важная задача психиатрической этики. Гуманизация в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, отражена в Законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

Все лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
- психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства; (Статья 5. в ред. Федерального закона от 06.04.2011 № 67-ФЗ).

Психиатрические пациенты представляют широкий континуум по способности к волеизъявлению. От больных с глубокими расстройствами психики, неспособных самостоятельно защитить и даже выразить свои интересы, до больных с психическими расстройствами с личностной автономией, интеллектуальным развитием, персональной ответственностью, нравственным и правовым сознанием, не уступающими и даже порой превосходящими таковые у врача-психиатра. Поэтому с учетом конкретной психической ситуации взаимоотношения в диаде врач – пациент, оптимально способствующие реализации интересов больного, могут быть в виде как патерналистской, так и партнерской (совещательной) модели (Руководство по социальной психиатрии, 2001).

По мере редукции психических расстройств осуществляется продвижение к партнерской модели с максимальной автономией пациента.

Комплаентность в психиатрии

Частично или полностью некомплаентны 73,8 % больных в психоневрологических диспансерах и 53,1 % – в дневных стационарах (лекция Шмуклера А.Б., 2012).

Причины нонкомплаенса при шизофрении, связанные с пациентом:

- Личность.
- Внутренняя картина болезни.
- Реакция личности на болезнь (нозогения).
- Молодой или пожилой возраст.
- Мужской пол.

Социальные факторы нонкомплаенса при шизофрении:

- Отсутствие или недостаточность социальной поддержки.
- Анозогнозия родственников.
- Активная профессиональная деятельность.
- Вождение автомобиля.
- Стигма.

Причины нонкомплаенса при шизофрении, связанные с врачом:

- Низкая квалификация.
- Использование шаблонных схем.
- Нерегулярное наблюдение.
- Недостаточное внимание к побочным эффектам.
- Неправильное планирование поддерживающей терапии.
- Отсутствие преемственности терапии.
- Неверие в лечение.
- Формальные отношения с пациентом.
- Излишне неформальные отношения с пациентом.
- Отказ от психотерапии.
- Другие.

Причины нонкомплаентности при шизофрении, связанные с терапией:

- Недостаточный эффект или позднее начало его.
- Сложные режимы дозирования.
- Вынужденная полипрагмазия (поли- + греч. прагма действие – в медицине одновременное, нередко необоснованное, назначение множества лекарственных средств или лечебных процедур).
- Вынужденное использование завышенных или заниженных доз антипсихотиков.
- Необходимость использования парентеральных лекарственных форм.

- Побочные эффекты. Наиболее часто к некомплаентности приводят увеличение веса, акинезия (экстрапирамидная симптоматика) и повышенная сонливость (седация) (Azorin et al., ICOSR, 2007).

Медицинское интервью и базовые коммуникационные навыки

Под медицинским интервью понимается любое сколько-либо продолжительное общение врача со своим пациентом. В отличие от привычного отечественного синонима «беседа с больным» термин «интервью» подчеркивает наличие у того, кто его проводит, специальных навыков и умений, а также заранее подготовленного плана его ведения.

Коммуникационные навыки делятся на базовые и продвинутые.

Базовые навыки могут быть условно разделены на:

- навыки межличностного взаимодействия,
- навыки сбора информации,
- навыки передачи информации пациенту.

Вещественное окружение («декорации»).

Материальное, вещественное окружение, в котором происходит интервью, включает:

- характер и размещение мебели в кабинете;
- оформление мест, где сидят врач и пациент;
- расстояние между врачом и пациентом;
- характер и направление освещения;
- предметы на столе врача и т. д., вплоть до мелких, второстепенных деталей.

Установлено, что эти особенности интерьера всегда оказывают существенное, хотя обычно и не осознаваемое собеседниками влияние на их взаимодействие. Манипулируя предметами, изменяя «декорации», врач может в значительной мере воздействовать на отношение к себе пациента, его поведение, характер беседы и т. д.

Некоторые типичные ситуации

Показано, что высота сиденья или кресла от пола прямо коррелирует с социальным статусом сидящего на нем человека в глазах собеседника. Это же касается и высоты спинки. Поэтому типичная для наших условий ситуация, когда врач ведет прием, сидя чуть ли не на табурете, несомненно, вносит свой вклад в низкий уровень социальной оценки, даваемой врачу пациентом.

Большое значение имеет расположение (позиция) врача и пациента за столом и расстояние между ними во время беседы. Как известно, люди, сидящие по разные стороны стола напротив друг друга, испытывают при этом чувство соперничества или обороны (как это бывает, например, на

экзамене или допросе), стол при этом выступает для врача в роли защиты, барьера, и пациент чувствует себя скованным.

Гораздо лучше, когда пациенту предлагается сесть к углу стола и врач смещается к тому же углу. Такая позиция предполагает большую открытость и непринужденность. Считается, что дистанция, разделяющая врача и пациента, как правило, не должна превышать 100 – 120 см, что труднодостижимо, если собеседники разделены большим письменным столом.

В случаях, где необходима еще большая доверительность, предпочтительно, чтобы стола не было вообще.

На уровень социальной и профессиональной оценки пациентом врача влияет также расположение предметов на его столе. Плохо, когда стол либо совершенно пуст, либо весь завален бумагами. В первом случае пациент это ассоциирует (чаще бессознательно) с бездельем. Во втором – с загруженностью черновой работой, а значит, с низкой квалификацией.

Наличие на столе каких-либо крупных предметов (портфеля, толстых книг и т.п.) бессознательно может восприниматься больным как дополнительный барьер, воздвигнутый врачом для защиты от пациента.

Навыки врача состоят также в способности изменять «декорации» в зависимости от того, какую цель он хочет достичь беседой и какой пациент перед ним. Например, интервью с тревожным, неуверенным в себе, с низкой самооценкой и страхом перед обследованием пациентом, проводимое в интерьере, когда собеседники разделены большим письменным столом и больной сидит на расстоянии двух метров от врача на низком топчане или табурете, свет падает ему в лицо, вряд ли будет успешным.

Использование таких «декораций» в интервью с конфликтным, излишне самоуверенным и не сотрудничающим с врачом пациентом, явно переоценивающим свою компетенцию в вопросах лечения, может быть вполне оправданным. Конечно, процесс этот во многом творческий и напоминает работу театрального режиссера.

Открытие интервью

Интервью должно начинаться с приветствия пациента врачом. Важно, чтобы форма приветствия соответствовала возрасту и социальному опыту пациента и чтобы вербальное (словесное) приветствие было подкреплено невербальными средствами (это может быть пожатие руки, наклон тела в сторону пациента, кивок головы, улыбка и т. п.). Если такого соответствия вербальной и невербальной части приветствия не будет, то больной воспринимает приветствие как неестественное и неискреннее.

В случае, если пациент опоздал на прием, нужно всегда выяснить причину этого, так как опоздание часто бывает неосознаваемой попыткой избежать встречи.

Место, где пациенту следует сесть, чаще всего должно быть указано ему врачом, лишь иногда с диагностической целью можно дать пациенту возможность самому выбрать себе место и посмотреть, как он это сделает:

- Тревожный больной попытается спрятаться за каким-либо барьером.
- Депрессивный больной займет самое неудобное и непрестижное сиденье и т. д.

Если эта встреча первая, врачу следует представить себя больному; психологически правильнее сделать это даже в том случае, если фамилия врача написана на двери кабинета, в регистратуре.

Произнесение своего имени, фамилии, должности невнятно и коротко свидетельствует о пониженной самооценке и не способствует повышению статуса в глазах собеседника.

Вводные комментарии следуют далее. Врач коротко описывает:

- как он представляет себе цель встречи,
- основные вопросы, которые должны быть в ходе ее решены,
- каким временем располагает (в некоторых случаях).

Последняя часть раздела интервью

Пациенту самому предлагается сформулировать как можно свободнее и полнее проблемы, которые привели его к врачу.

Цели встречи в изложении врача и пациента могут совершенно не совпадать. Если это так, то нужно обсудить разногласия и прийти к общему решению о том, какие цели имеет встреча и какие вопросы будут на ней обсуждены. Не следует, особенно в амбулаторной практике, намечать слишком широкие и неопределенные цели, лучше разделить работу на несколько встреч, каждая из которых посвящена какой-либо определенной проблеме.

Все перечисленные навыки относятся к навыкам межличностного взаимодействия.

Типичные врачебные ошибки:

- Игнорирование приветствия или его невербальной части.
- Отсутствие представления врачом самого себя.
- Пациенту не дается возможности самому сформулировать цели прихода к врачу, что важно сделать именно в начале интервью.

Навыки сбора информации.

Наличие этих навыков в решающей степени влияет на количество информации для принятия диагностических и лечебных решений.

К числу навыков относятся:

- баланс открытых и закрытых вопросов в ходе интервью;
- способность врача к облегчению и прояснению высказываний пациента;
- активное слушание;
- правильное использование пауз и молчания;
- выяснение проблем пациента и его ожиданий от консультации.
- выдвижение гипотез.

Открытые вопросы (предполагают расширенный ответ, на которые нельзя ответить «да» или «нет»), для хорошего сбора информации, врач должен задавать пациенту в начале интервью.

Примеры открытых вопросов:

- Расскажите мне о своем самочувствии.
- Хотелось бы больше узнать о здоровье ваших близких родственников.
- Что вы думаете о причинах своего заболевания?

Закрытые вопросы (предполагают только ответы «да» или «нет»):

- Беспокоят ли вас головные боли?
- Снизился ли ваш вес за время болезни?

Преимуществом открытых вопросов является то, что они позволяют получить гораздо больше сведений о пациенте, симптомах, отношении пациента к болезни, его взглядах, опасениях и др., однако ответы на них требуют гораздо больше времени, чем ответы на закрытые вопросы.

В середине интервью необходимо задавать вопросы обоих типов.

В конце интервью должны задаваться только закрытые вопросы, иначе беседа затянется.

Недостатки проведения интервью

Наиболее частый недостаток – использование закрытых вопросов в начале беседы, что ведет к резкому ограничению и снижению качества собранной врачом информации.

Закрытые вопросы никак не подходят для обсуждения с пациентом его семейных, психологических, глубоко личных или интимных проблем.

К типичным ошибкам относится также:

- частое использование врачом наводящих вопросов (особенно они нежелательны в начале интервью);
- постановка нескольких вопросов подряд, без получения ответа на предыдущий.

Качество интервью повышается, если врач постоянно стремится к уточнению и прояснению высказываний пациента, например, нельзя удовлетвориться фразами типа «мне было плохо», «со мной произошел стресс», «чувствую себя не вполне здоровым» и т. п.

Научись слушать, и ты сможешь извлечь пользу даже из тех, кто говорит плохо.

Плутарх.

Активное слушание

К числу важных коммуникационных навыков относится также активное слушание, при котором врач вербальными и невербальными средствами (например, кивками головой, фиксацией взгляда, наклоном тела в сторону пациента и др.) постоянно показывает, что понимает суждения пациента и принимает на себя ответственность.

Наставления по искусству эффективно слушать:

- Перестаньте говорить. Невозможно слушать, разговаривая. "Дай

каждому твой слух, но никому твой голос!" – советовал Шекспир в трагедии "Гамлет".

– Помогите говорящему раскрепоститься. Создайте у человека ощущение свободы. Это называется созданием разрезающей атмосферы.

– Покажите говорящему собеседнику, что вы готовы слушать. Слушая, старайтесь понять, а не искать поводы для возражений.

– Устраните раздражающие моменты. Не рисуйте, не постукивайте по столу, не перекладывайте бумаги.

– Сопереживайте говорящему. Постарайтесь войти в его положение.

– Будьте терпеливы. Не прерывайте говорящего. Сдерживайте себя. Рассерженный человек придает словам неверный смысл: «То, что начато в гневе, кончается стыдом», – гласит народная мудрость.

– Не допускайте споров или критики. Это заставляет говорящего человека занять оборонительную позицию. Победив в споре, вы проиграете в делах.

– Задавайте вопросы. Это подбадривает говорящего и показывает, что вы его слушаете.

– Перестаньте говорить. Это наставление идет и первым и последним, ибо все остальные зависят от него. Умение правильно делать паузы в беседе и пользоваться молчанием – навык в значительной степени творческий и приобретаемый интуитивно. Не нужно бояться пауз в беседе – они часто дают больше, чем слова, и они особенно важны при выявлении скрытых, глубинных переживаний пациента. Многим кажется, что слушать – означает молчать и дать возможность говорить другому человеку. *Слушать – это эксплуатировать свой орган слуха, а слышать – эксплуатировать свой мозг, концентрируя внимание на словах говорящего.* Можно слушать и не слышать, ибо в тот момент сознание занято иными мыслями:

– *Здорово, кума!*

– *На рынке была.*

– *Аль ты глуха?*

– *Купила петуха.*

– *Прощай, кума.*

– *Два с полтиной дала (Народная притча).*

Неумение правильно слушать является одной из причин конфликтов. Когда пациент понимает, что его не слушают, у него могут возникнуть чувства обиды, враждебности, осуждения. Хмурый взгляд, торопливость движений, беспокойные жесты могут свидетельствовать об отсутствии интереса, уважения говорящему собеседнику. Больному необходимо почувствовать себя услышанным и понятым. В этом случае у партнеров появится намного больше шансов для принятия конструктивного решения.

Напротив, излишняя многословность врача нередко служит проявлением его неосознанной защиты от проблем пациента, иметь дело с которыми врач совершенно не готов.

Очень важной и часто игнорируемой частью навыков сбора информации является способность врача прояснить проблемы пациента и оправдать его ожидания от консультации, иными словами, выяснить, зачем этот пациент пришел к врачу? В большинстве случаев предполагается, что пациент пришел обследоваться или лечиться, но часто это далеко не так.

Причины обращения пациента могут быть чрезвычайно многообразны и носить характер не только медицинский, но психологический и социальный:

- Желание получить больничный лист.
- Потребность услышать от врача правдивый ответ, например, какова вероятность возникновения у больного инфаркта миокарда или внезапной смерти.
- Обмен текущей медицинской информацией (особенно у больных «со стажем»).
- Желание обсудить семейный конфликт или просто необходимость излить душу внимательному собеседнику и т. д.

Удовлетворенность пациента от встречи с врачом определяется не квалификацией врача вообще, а тем, получил ли пациент то, что искал в этой встрече. Здесь кроется причина того, что многие с медицинской точки зрения безупречно проведенные приемы больных оставляют их совершенно неудовлетворенными и наоборот.

Действительные мотивы обращения к врачу в силу механизмов психологической защиты могут иногда не вполне осознаваться и самим пациентом. Например, больной пришел с жалобами на расстройство сна, а при дальнейшем расспросе может оказаться, что действительная причина для встречи с врачом – страх возникновения инфаркта или инсульта. Поэтому консультация будет тем успешнее, чем раньше врач выяснит для себя, что именно хочет получить от него данный пациент.

Заключительный этап – суммирование собранной информации и выдвижение гипотезы (она может касаться определения характера болезни, или ее причин, или плана дальнейших действий и т. д.).

Наиболее частые ошибки:

- закрытые и наводящие вопросы в начале интервью и открытые – в конце;
- непояснение ожиданий пациента от консультации;
- отсутствие суммирования собранной информации.

Руководство интервью

Навык этот состоит в умении врача постоянно держать нить беседы в своих руках и направлять ее по своему усмотрению, не выглядя при этом излишне авторитарным и категоричным.

Методы руководства, которые могут быть использованы в интервью:

- похвала;

- ободрение пациента (позитивное подкрепление), когда он, например, точно и выразительно описал свои жалобы;
- способность врача остановить и перебить пациента там, где это необходимо;
- организовать течение беседы вокруг главной темы, избегая ненужных отклонений;
- исследовать мысли, предположения и ожидания больного в отношении его болезни;

Для правильного ведения интервью важно уже в самом начале ясно определить его цель. Если пациент начинает отклоняться на другие темы, остановить его примерно такими словами: «То, о чем вы сейчас говорите, очень интересно, но мы уже договорились, что сегодня наша цель – обсудить... Если мы будем отклоняться, то не успеем сделать главное, поэтому давайте вернемся к основной теме».

Умение врача руководить ходом интервью наглядно проявляется в его способности точно уложиться во время, отпущенное им самим на беседу. Ситуация, когда каждое интервью длится одинаковое время, например 10 или 15 минут, с психологической точки зрения глубоко ошибочна - в некоторых случаях бывает достаточно и 3 минут, а в других и 30 минут может быть мало. Много беседовать и хорошо беседовать с больным – вещи совершенно разные.

Наиболее распространенным недостатком является утрата контроля над ходом интервью со стороны врача – при этом оно превращается в неструктурированный, бессистемный и затянувшийся по времени «обмен мнениями», становясь похожим на обычную бытовую беседу.

Вербальное общение

Требования к вербальному (то есть словесному) поведению врача вполне очевидны:

- Правильность и точность языка.
- Краткость и четкость выражений.
- Отсутствие в речи слов-паразитов, канцеляризмов и так называемого медицинского жаргона.
- Избегание многословия, ненужных повторов, скороспелых суждений, оценок и стереотипов, а также менторского тона.
- Понятность языка врача для пациента. Вербальное общение - основное средство коммуникаций, но мы также используем и невербальные символы (общение).

Невербальное общение

При любых взаимодействиях люди общаются друг с другом не только словами, но и:

- взглядами,
- позами,
- жестами,

- выражением лица,
- своим размещением в пространстве (положением тела) и др. невербальными сигналами.

Психологи отмечают, что:

- 55 % информации воспринимается через выражение лица, позы и жесты;
- 38 % информации – через интонацию и модуляцию голоса;
- 7 % остается словам.

Принципиальное различие вербальных и невербальных коммуникаций состоит в том, что *если с помощью слов передается сама по себе информация, то с помощью тела – чувственное отношение человека к ней, поэтому эмоциональные отношения между людьми – дружба, доверие, любовь, ненависть и т. д., устанавливаются, главным образом, на основе невербальных сигналов.* Невербальное поведение формируется и протекает бессознательно и в гораздо меньшей степени по сравнению с речевым общением доступно произвольному контролю. Иными словами, *язык человека лжет или говорит полуправду достаточно часто, тогда как тело его – почти никогда.* Невербальная передача информации происходит одновременно с вербальной. Она может усиливать или изменять смысл слов. Обмен взглядами, выражение лица, например, улыбка или поднятые в недоумении брови – все это способы невербальной коммуникации. Впечатление от беседы и отношение собеседника определяются по невербальным сигналам. Если в процессе общения вербальные и невербальные сигналы, подаваемые людьми друг другу, не соответствуют, то собеседник воспринимается как неискренний, лживый и скрытный.

Основные элементы невербального общения:

- дистанция,
- контакт глазами,
- мимика,
- позы,
- жесты,
- одежда,

Дистанция общения, личное пространство

Человек, как и многие животные, имеет вокруг своего тела некоторое пространство («воздушный пузырь»), которое он бессознательно оценивает как продолжение себя или свою собственность и сопротивляется попыткам вторжения в него других людей. Форма этого «воздушного пузыря» овальная – он сплюснут с боков и вытянут в переднезаднем направлении.

Размеры такого пространства очень изменчивы и колеблются в зависимости от:

- этнических и культуральных различий человека (например, у англосаксов пространство это значительно большее, чем у японцев, вьетнамцев или жителей Средиземноморья);

- социального статуса и положения в группе (чем они выше, тем больше личное пространство);
- взаимоотношения собеседников;
- характера обсуждаемой темы и т. д.

В личном пространстве выделяются следующие зоны:

- Интимная (0 – 46 см).
- Личная, или персональная (46 – 122 см).
- Зона социального общения (122 – 366 см).

Зона публичного общения - более 366 см. Данные показатели были получены при исследовании белого населения из среднего класса англоязычных стран.

В интимную зону человек допускает только несколько самых близких ему людей – детей, родителей, сексуального партнера.

Личная зона используется для общения с людьми хорошо знакомыми, но не самыми близкими.

В зоне социального общения находятся люди незнакомые и малознакомые – продавец в магазине, случайный попутчик в пустом автобусе и т. д.

Если беседующие люди находятся на расстоянии 1,5 – 2 м друг от друга, то можно предположить, что они обсуждают тему не личную или интимную, а скорее социальную.

Врачу необходимо постоянно контролировать расстояние до пациента и изменять его в зависимости от ситуации. Вторжение без подготовки в интимную зону больного при соматическом осмотре подсознательно воспринимается им как агрессия или насилие.

При обсуждении каких-либо личных или интимных тем дистанция должна быть значительно сокращена, иначе пациент не будет откровенен.

Если врач постоянно общается с больным на небольшом расстоянии, это может расцениваться пациентом как проявление невысокого социального статуса врача.

Контакт глазами

Имеет значение частота и продолжительность обмена взглядами. При исследованиях было обнаружено, что общая сумма времени контакта глазами и дистанция, разделяющая собеседников, находятся в связи. Это обусловлено, вероятно, тем, что недостаток интимности при беседе на расстоянии должен быть компенсирован частыми обментами взглядами.

Показатель этот сильно варьирует в разных странах и культурах, например, белые жители США и Западной Европы могут обмениваться долгими взглядами, а японцы избегают этого.

Во время консультации важно, чтобы у врача и пациента была постоянная возможность найти взглядом друг друга, иначе больной испытывает напряженность и дискомфорт. Особенно важно обмениваться взглядом с пациентом, когда тот начал говорить.

Если врач начинает в этот момент делать записи, больной часто замолкает, так как не получает невербального позитивного подкрепления.

Врача, который редко встречается взглядом с пациентом, последний склонен оценивать, либо как незаинтересованного и недружелюбного, либо как неуверенного в себе человека, хотя действительные причины могут быть совершенно другими (усталость, яркий свет и т. д.).

Мимика, позы, жесты

Выражение лица представляет собой наиболее сильный невербальный сигнал. Врач, который чаще улыбается и кивает головой, слушая пациента, воспринимается им как открытый и доступный человек.

Легкий наклон тела врача вперед расценивается больным как демонстрация теплоты и заинтересованности.

Закрытая поза и закрытая позиция рук ассоциируются с холодностью и отстраненностью.

Изменением позы врач может обозначить приближающееся окончание беседы.

Необходимо изменить положение тела перед тем, как сказать пациенту что-либо очень существенное.

Важно, чтобы позы и жесты врача подчеркивали его слова и соответствовали вербальным сигналам, в противном случае у пациента возникает ощущение, что его обманывают. Люди легче принимают позицию того человека, к которому испытывают положительное отношение. Симпатия, привязанность, дружба или любовь – это те эмоциональные состояния, при которых легко принимается позиция другого человека. Труднее принимается, а нередко отвергается позиция того человека, к которому испытывают эмоционально отрицательное отношение – неприязнь, антипатию, ненависть. Излучайте эмпатию и открытость. Эмпатия – это внимание к чувствам других людей, готовность их понять, стремление эмоционально откликнуться на проблемы другого человека. Эмпатия при обмене информацией поддерживает открытость в разговоре.

Одежда играет важную роль в общении, потому что указывает:

- на социальную, иногда и профессиональную принадлежность собеседников;
- насколько хорошо чувствует себя человек в этой социальной роли. Манера одеваться много говорит об особенностях личности и поведения (например, подчеркнутая аккуратность и педантичность, либо неряшливость, либо экстравагантность и стремление бросить вызов общественным нормам), о том, к какой возрастной группе относит себя сам человек, и т. д.

Таким образом, при невербальном общении перед врачом стоит двойная задача:

- во-первых, научиться контролировать собственное невербальное поведение;
- во-вторых, быть способным хорошо улавливать невербальные сигналы пациента, ценность которых бывает гораздо выше, чем

его слова.

Навыки передачи информации

Навыки передачи информации включают в себя:

- Способность врача суммировать полученные результаты.
- Дать пациенту ясную и понятную информацию в отношении дальнейшего лечения, обследования и т. д.
- Проверить степень понимания больным передаваемых ему сведений.
- Оценка языка поз, жестов, мимики, интонации человека. Например, давая рекомендации пациенту, врачу необходимо следить за его лицом: не появляется ли в выражении лица напряженность? Не заметно ли в нем раздражение? Не смотрит ли он на часы, слушая вас? Эти сигналы того, что человек не вполне понимает вас или расстроен полученной информацией, либо ему неинтересно.

В любой, даже короткой, встрече с пациентом врачу необходимо суммировать все те данные, которые были получены (это может касаться не только диагноза, прогноза или лечения, но и психологических, социальных или семейных проблем пациента – в зависимости от того, что было выявлено). *Суммирование вслух повышает готовность пациента следовать врачебным указаниям, так как ему становится понятным ход мысли врача и основания для последующих действий.*

Давая указания по лечению, диете, образу жизни и т. д., врач должен делать это с максимальной конкретностью. Рекомендации типа «вам надо сменить характер питания и побольше двигаться» или «вам следует следить за артериальным давлением» вряд ли будут выполнены. Гораздо лучше, если пациенту будет предложено, например, «измерять артериальное давление, начиная с завтрашнего дня в 9, 15 и 22 часа 5 дней подряд и прийти на прием с листком бумаги, на котором записаны результаты».

Важный этап консультации – *проверка степени понимания пациентом информации, переданной врачом.* При этом нельзя ограничиться вопросом «Все ли вам понятно?». Необходимо попросить, чтобы пациент сам изложил, что он понял. Например: «Будьте добры, расскажите мне, что вы считаете наиболее важным в нашей беседе».

К сожалению, в отечественной практике информация передается пациенту, как правило, лишь с помощью речи. *Известно, что более 80 % информации человек получает с помощью зрения, поэтому гораздо лучше, если врач свои объяснения подкрепляет любым визуальным материалом – схемой, графиком, каким-либо произвольным рисунком и т. д.*

Закрытие интервью

Важна точность завершения беседы, момент для которой должен определить только врач. Для правильного окончания интервью нужно:

- Сначала подать пациенту несколько невербальных сигналов (например, изменить позу, прекратить демонстрацию активного слушания, увеличить дистанцию, закрыть записи).
- Затем следуют вербальные сигналы о том, что интервью заканчивается, это могут быть слова «итак», «таким образом», «подводя итоги» и т. п.
- Лишь затем закончить интервью. Для контроля за временем беседы хорошо постоянно иметь перед глазами часы – допустим, на стене напротив врача.

Возможные недостатки:

- Внезапное, неожиданное для пациента окончание беседы, что заметно снижает его удовлетворенность интервью.
- Окончание интервью затянутое, когда пациент перехватывает инициативу и продолжает беседу, которую врач хотел бы уже закончить.

Заключение

Коммуникационные навыки являются фундаментом хорошей медицинской практики. Овладение ими значительно повышает:

- эффективность лечебно-диагностического процесса,
- удовлетворенность пациента медицинской помощью,
- удовлетворенность врача своей профессией.

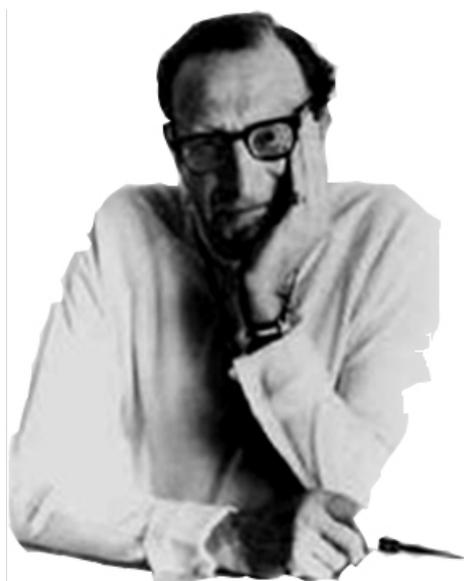
Коммуникационные навыки представляют собой набор большого числа умений, каждое из которых может быть оценено и развито путем тренировки (Древаль А.В., 1994; Евстегнеев Р.А., 2001).

Трансакционный анализ (ТАА)

Взаимодействуя в процессе профессиональной деятельности, люди выступают в определенной социальной роли. Социальная роль – это набор поведенческих схем, соотносимых с определенным статусом, состоянием и сознанием человека. Ролевое общение рассматривается в русле трансакционного анализа, представленного именами Э. Берна, Т. Харриса, Д. Джонджевилла. Человек постоянно стремится к социальным, физиологическим и биологическим контактам, тем самым удовлетворяя изначальную потребность в общении и признании. «Киноактеру, – пишет Берн, – необходимы постоянные восторги и похвалы («поглаживания»). В то же время научный работник может пребывать в прекрасном моральном и физическом состоянии, получая лишь одно «поглаживание» в год от руководства».

ТАА – система представлений о личности, позволяющая оценить динамические личностные проявления, детерминированные деятельностью, какой-либо из личностных структур (субличность) с основанным на этой системе психотерапевтическим процессом.

Создатель ТАА американский психолог, психиатр Е.Берн (1902-1970). В 1964 г. издана книга Берна «Игры, в которые играют люди». В 1988 г. она напечатана в СССР издательством «Прогресс».



Эрик Лэннард Берн
(Леонард Бернстайн)

англ. Eric Lennard Berne

Дата рождения: 10 мая
1910
(1910-05-10)

Место рождения: Монреаль,
Канада

Дата смерти: 15 июля
1970
(1970-07-15)
(60 лет)

С точки зрения структуры личности Берн выделял три составляющие субличности или эго-состояния:

- *родитель (Р),*
- *взрослый (В),*
- *ребенок (дитя – Д).* Механизмы нарушений в ТАА сходны с таковыми в концепции А. Адлера (индивидуальная психология Адлера). Есть близость трех «Я» состояний Э. Берна к понятиям id, ego и superego в психоанализе. Но Берн отрицал ведущую роль бессознательного в мотивации поведения человека. Согласно его концепции, мотивы, хотя и могут быть недостаточно осознаны, но они легко диагностируются на основании характерных высказываний и поведения пациента.

Берн рассматривал поведение человека, запрограммированным от родителей – мы играем жизненный сценарий, нами движут стереотипы мышления, поведения, эмоций, полученные от родителей или воспитателей.

Большое значение в нарушениях поведения по Эрику Берну принадлежит конфликту между потребностью в контакте с другими людьми и трудностями удовлетворения этой потребности, которая обусловлена в значительной степени низкой самооценкой (чувством неполноценности). Неудовлетворяющий индивида контакт приводит к еще большему снижению самооценки – возникают эмоциональные нарушения (механизм порочного круга).

Цель ТАА – освободить от стереотипов, ставших отжившими, мешающими расширить выбор поведения, и таким образом реконструировать систему отношений пациента. Пациент должен осознать свой сценарий, личностную структуру, свои игры. Гештальт-терапия, NLP и ТАА - самые современные психотерапевтические методы.

ТАА состоит из 4-х частей:

- Структурный анализ личности.
- Анализ транзакций.
- Анализ психологических игр (скрытые транзакции).
- Скрипт-анализ (пишу) – анализ индивидуального жизненного пути.

Структурный анализ

Согласно Эрику Берну, *личность каждого человека, ее структура состоит из 3-х эго - состояний (состояний бытия или состояний «Я»): Родитель (Exteropsyche); Взрослый (Neopsyche) и Ребенок (Archaeopsyche)*. Все эти три аспекта личностного взаимодействия одинаково важны для функционирования в обществе. Каждое эго-состояние проявляется характерными высказываниями, особенностями экспрессии, характерными реакциями.

Родитель

Современный транзактный анализ определяет это состояние как набор паттернов поведения, мыслей и чувств, копируемых у родителей или других родительских фигур. Родитель – это суперэго, или совесть, оно связано с информацией, полученной от родителей (воспитателей) – это как бы «звучание голосов истинных родителей в памяти» в форме правил поведения, социальных запретов, нормах, санкциях общества.

Это может быть «Контролирующий родитель», указывающий, как индивид может использовать это эго-состояние для контроля, управления или критики. При этом индивид может использовать его положительно (+КР), позволяя себе безопасное функционирование, основывающееся на неукоснительном исполнении родительских инструкций, правил и моральных установлений. Если использовать «Контролирующего родителя» отрицательно (-КР), человек, тем самым, начинает выполнять роль «Преследователя» по отношению к себе и другим, контролирует, указывает, приказывает, управляет и критикует, исходя из предрассудков и предубеждений, наказывает за непослушание и ошибки («Карающий родитель»). Это может быть «Воспитывающий родитель» и как его вариант – «Жесткий внутренний критик». Информация от категории - «Как»-проекция на личность человека из социума.

Другой вариант – «Питающий родитель» (ПР), указывает, как индивид может использовать это эго-состояние для поддержки, заботы и помощи. При этом положительный «Питающий родитель» (+ПР), как хорошо заботящийся, «опекающий родитель» (советует, защищает, сочувствует, жалеет, заботится, прощает ошибки и обиды), способствует личностному росту и развитию.

Отрицательный ПР (-ПР) выполняет роль Спасателя (С. Карпман) – человека, который обесценивает возможности других что-то сделать самостоятельно. Например, подсказывает в присутствии учителя, запрещает ребенку себе помогать, делать работу самостоятельно.

Взрослый – выражает эго или «Я»-состояние с позитивным потенциалом навыков, приобретенных в течение жизни, что позволяет ему

быть способным объективно оценить действительность и самого себя. Взрослый выясняет, какое поведение выгодно на данном этапе, способствует адекватному ситуации функционированию, используя соответствующие ситуации поведенческие, мыслительные и эмоциональные модели. Взрослый – человек, способный переработать информацию и вычислить вероятности, которые нужно знать для эффективного взаимодействия с окружающим миром. Взрослый контролирует действия Родителя и Ребенка, являясь посредником между ними.

Психотерапевт должен в процессе работы обращаться именно к взрослому эго-состоянию.

Ребенок

Ребенок – «Ид»-желание. Генетически запрограммированные влечения, эмоциональные реакции, настроения (желание, радость, удовольствие, гнев, боль). Ребенок – источник интуиции, творчества, спонтанных побуждений и радости.

Это состояние состоит из 2-х частей. В позиции Ребенка могут быть две функции: «Послушного ребенка» и «Бунтующего ребенка».

«Послушный ребенок»

«Естественный ребенок» – природное дитя – состояние, формирующееся в абстрактной идеальной семье, где ребенок не позволяет не соответствующего ожиданиям и требованиям родителей поведения. Можно говорить о «Свободном ребенке» (СР) – он указывает, как индивид может использовать это состояние для выражения чувств, потребностей без рефлексии и без обращения к правилам или социально ориентированным установкам. Это самое естественное человеческое проявление, способствующее интуиции, творчеству и беспрепятственному функционированию. В отрицательном смысле – эгоцентризм, не всегда учитывающий желания и потребности других.

Чаще встречается «Адаптированное» или «Приспособившееся дитя» – с повышенной конформностью, робостью, стыдливостью, неуверенностью в общении, особенно со значимыми людьми. Адаптированное дитя указывает, как индивид может использовать это эго-состояние для соглашательства с правилами или социально ориентированными установками. Положительная часть заключается в послушании, старании сделать правильно. Отрицательная (превалирующая) часть заключается в покорности ситуации, судьбе или «Преследователю».

«Бунтующий ребенок»

«Бунтующий ребенок» – иррационально отрицающий нормы, авторитеты, нарушает поведение, несмотря на социальные запреты, санкции («Не хочу», «Не буду»).

Дети имеют потребность в ободрении, хотя бы принятыми, для этого и из-за этого – зависимость, робость, конформность, тревожность.

Чтобы получить сладость, заискивает перед старшими, ведет себя так, чтобы понравиться.

В обществе используется условно-положительное воспитание – ты хороший, т.к. послушный, исполнительный. Ты плохой – т.к. наоборот. Необходимо безусловно-положительное отношение к ребенку с адекватной оценкой поступков.

Терапевту необходимо раскрепостить истинное, задавленное – естественное дитя. *«Принимая его таким, какой он есть, мы делаем его хуже. Принимая же его таким, каким он должен стать, мы заставляем его быть таким, каким он может стать» – Гете И.В. (Goethe, Johann Wolfgang von).*

В ТАА положительными, терапевтически стимулируемыми сторонами клиента считаются:

- «+Контролирующий родитель».
- «+Питающий родитель».
- Взрослый.
- «Свободное дитя».

Проблемными, требующими коррекции и соответствующей работы, считаются:

- «-Контролирующий родитель».
- «-Питающий родитель».
- «Адаптированное дитя».

Основной девиз ТАА – «Будьте всегда взрослыми», т. е. возникающие проблемы, информацию от родительского и детского эго – состояния нужно просеивать через взрослый компонент, что дает возможность быть уместным в настоящее время.

Взрослый

Вербальные признаки взрослого:

- **Извините, я вас не понял, объясните, пожалуйста, еще раз.**
- **Я считаю, это приемлемое решение.**
- **Как вы планируете выполнить эту работу.**
- **Я полагаю...**
- **Прикинем варианты решения.**
- **Я думаю...**
- **Необходимо взвесить, подумать.**
- **А что, если нам поступить так...**
- **У меня складывается впечатление...**
- **Из этого логически вытекает.**
- **С учетом всех данных.**
- **Давай обсудим.**

Девиз взрослого – «целесообразно, полезно».

Невербальные признаки взрослого:

- **Поза – все тело и взгляд направлены на объект.**
- **Тело как бы подается вперед.**
- **Глаза несколько расширены или чуть сужены.**
- **На лице выражение внимания, через которое можно увидеть «любопытствующее дитя».**

Вербальные признаки родителя

- **Никогда не делай так...**
- **Всегда поступай так...**
- **Коню понятно, что...**
- **Ни за что на свете....**
- **Здесь вы абсолютно не правы...**
- **Сколько раз я тебе говорил...**
- **Неужели трудно понять...**
- **Итак, запомни...**
- **И какой идиот это придумал?**
- **Я этого не потерплю...**

Невербальные признаки родителя

- **Вся фигура в виде буквы «Ф».**
- **Угрюмый взгляд вниз.**
- **Грозный вид.**
- **Нахмуренные брови.**
- **Злые глаза.**
- **Руки на груди, бедрах скрещенные.**
- **Покачивание головой.**
- **Указующий перст.**
- **Вытянутая вперед рука.**
- **Мимика – от выражения снисходительности до презрения, нередко кривая улыбка.**
- **Сидит родитель, откинувшись назад, ему «все ясно», он знает какую-то тайну, которая всем недоступна.**

Ребенок

Вербальные признаки ребенка:

- **Осточертело.**
- **Надоело.**
- **Пропади все пропадом.**
- **Я хочу.**
- **Я не хочу.**
- **Я боюсь.**
- **Я ненавижу.**
- **Это меня злит.**
- **Зачем мне это надо.**
- **Купи мне.**
- **Как мне это все надоело.**

Невербальные признаки ребенка:

- **Если дитя спокойное, поза расслабленная, естественная или соответствует эмоциям.**
- **Надутый вид.**
- **Выражение восторга, слезы.**
- **Размахивание руками.**
- **Дрожание губ, рук.**
- **Покраснение.**
- **Хихиканье.**
- **Поерзывание.**
- **Ковыряние в носу.**

Собственно анализ транзакций (взаимодействий)

Транзакция (ТА) – единица общения. Простейшими формами общения Э. Берн называет процедуры и ритуалы. Процедура – это серия простых транзакций, направленных на взаимодействие с окружающими людьми. Транзакции – это стимул одной и ответная реакция другой личности. Транзакции могут быть простыми, пересекающимися и скрытыми.

Три типа транзакций:

- дополнительные (параллельные, комплементарные, простые),
- перекрестные (перекрещивающиеся, пересекающиеся) конфликтогенные транзакции,
- скрытые (межличностные со скрытой мотивацией).

Дополнительные (простые, параллельные, комплементарные) транзакции

Это ТА ожидаемые, не приводящие к конфликту, они дополняют друг друга, стимул и реакция не пересекаются, они параллельные и могут

продолжаться без конфликта сколько угодно. Это безопасные ТА, общение с взаимным одобрением (поглаживание), в виде ритуалов (приветствия), процедур (стереотипное взаимодействие в семейной, в том числе интимной сфере, в профессиональной деятельности), развлечений (свободное времяпровождение – курение перед, во время работы, сборища после работы с алкоголем). Например, начало кинофильма «Служебный роман».

*Примеры простых транзакций Муж – Жена
В – В (от «Взрослого» к «Взрослому»)*

Муж – Нужно купить телевизор.

Жена – Тогда не поедем в отпуск.

Муж – Обойдемся старым.

Жена – В отпуске давно не были.

Лектор читает, его внимательно слушают, ему задают вопросы, если что-то непонятно.

Во время операции хирург протягивает руку медсестре, а она вкладывает скальпель ему в руку.

Транзакции Р – Р (от «Родителя» к «Родителю»)

Беседа двух людей, транзакции могут быть параллельными, если это говорится о других. Например, старушки говорят о молодежи: «Да раньше молодежь была любознательной» (вода была мокрее; вот мы в свое время...).

Транзакции Д – Д (от «Дитя» к «Дитю»).

Двое взрослых катятся с горы на санях – уровень чувств, эмоций.

Студенты:

– А что, если мы уйдем с лекции в кино, пивной бар?

– Идея отличная.

Таким образом, по линии:

- В – В – мы работаем.
- Д – Д – мы любим, развлекаемся.
- Р – Р – сплетничаем.

Перекрестные транзакции

На стимул выдается неподходящее эго-состояние. Муж – Жена

Муж: «Дорогая, не подскажешь, где мои часы» (В - В)

Жена: «Ты уже не маленький, тебе пора знать, где положил, там и возьми» (Р – Д). Транзакции заканчиваются психологической игрой «домашний шум» - скандал.

Либо (ответ жены): Я их видела там-то (В - В).

Либо другой ответ: «Вечно я у тебя виновата» (Д – Р).

Покупатель: «Вы не скажете, сколько стоит килограмм колбасы?» (В – В).

Продавец: «Что у вас глаз нет?» (Р – Д).

Покупатель: «Она еще спрашивает, есть ли у меня глаза. Но я не знаю, будут ли они сейчас у тебя. Я знаю, чем вы тут занимаетесь, пока я вкалываю» (Р – Д).

Продавец: «Ишь, какой выискался угрожать мне. Встань на мое место» (Р - Д).

Правило. Если стимул и реакция пересекаются - партнеры поворачиваются друг к другу спинами.

Скрытые трансакции

Это более сложные ТА, требующие участия 2-х и более эго-состояний. Именно эта категория служит основой для игр.

Скрытые ТА – это ТА, маскируемые под социально приемлемые.

Ковбой обращается к девушке: «Не хотите осмотреть мои конюшни?»

Девушка: «Страсть как люблю по воскресеньям осматривать конюшни...»

Здесь 2 уровня ТА:

первый – приемлемого поведения (социальный уровень);

второй – эмоций, скрытого смысла – сексуальное заигрывание (психологический уровень).

Э. Берн приводит пример игр продавцов, сведущих в так называемых «угловых трансакциях», где участвует 3 эго-состояния.

Продавец обуви: «Эта модель лучше, но она вам не по карману...»

Покупательница: «Вот ее-то я и возьму...»

Продавец на уровне взрослого констатирует 2 факта:

«Эта модель лучше, и она вам не по карману». На социальном уровне слова продавца кажутся обращенными к «Взрослому» покупательницы, этому она должна была ответить: «Вы, безусловно, правы в том и другом, но я все-таки возьму их». Но скрытый психологический вектор направлен опытным «Взрослым» продавца к «Ребенку» покупательницы. Он добился, чтобы ответ дал не «Взрослый», а «Ребенок» покупательницы, который думает: «Несмотря на финансовые последствия, я покажу этому наглецу, что я ничуть не хуже других покупателей».

Эта трансакция дополнительна на обоих уровнях, поскольку продавец как бы принимает за чистую монету ответ покупательницы, как ответ «Взрослого», решившего сделать покупку.

Психологическая игра

Психологическая игра – однотипно повторяющееся поведение человека, ведущее к предсказуемому исходу, движущие силы – скрытые, психологические трансакции. Выигрыши – определенное эмоциональное состояние, к которому игрок стремится.

Противоположный пример – муж неожиданно приходит домой с цветами не 8 марта и не в день рождения.

Игра – «Ударь меня». Хочет вызвать у партнера негативное отношение. Позиция игр.

Трансакция из родительского эго-состояния. Ответ из родителя, с издевкой повторяет вопрос («Сколько это можно терпеть?» - «Правда. Сколько это можно терпеть?»).

Вопрос из взрослого эго-состояния – ответ из детского эго-состояния (опыт основан на ранних детских реакциях, позициях, занимаемых в детстве).

Люди получают сценарий – предписания, сообщения о стиле поведения от родителей на профессию, замужество и т. д. Этот сценарий – установки, предписания на жизненный путь, типы реагирования могут быть конструктивными и деструктивными. Согласно Берну, в каждом человеке скрываются «принц» или «принцесса», но под влиянием деструктивного сценария люди становятся «лягушками». Если звать ребенка дураком, уродом, квашной, неудачником, неумехой, бестолочью, родительским несчастьем и т. д., таким будет и через годы.

Если повзрослевший ребенок в своих жизненных проблемах будет винить родителей, он будет оставаться дитем до тех пор, пока не научится принимать ответственность на себя, не осознает своих позиций, своей роли, своих игр, своего жизненного сценария. Т. е. необходимо отказаться от деструктивной навязанной роли и актуализировать свое «Я» (это быстро происходит в армии).

Психотерапия может быть групповой и индивидуальной. Психотерапевт анализирует поведение и высказывания пациента, обращается к его «Взрослому», обучает основам ТАА, пониманию механизмов поведения и его расстройств. Психотерапевт помогает больному удовлетворить потребности в оптимальном контакте – полноценном функционировании.

В скрипт-анализе (предначертании) нужно установить источники, обуславливающие негативную симптоматику у пациента. Скрипт отвечает пациенту на вопросы: «Кто ты? Чего ты стоишь? Каким должен быть? Как это достигнешь?». Делается оценка навязанных ролей. Определяются пути достижения цели индивида.

Терапевт стремится:

- Реконструировать личность.
- Разделить 3 состояния «я».
- Показать пациенту выгоды и утраты из-за чрезмерной податливости «Ребенку» и «Родителю».
- Усилить «Взрослого» в поведении пациента, способного решать рациональным путем встречающиеся в жизни трудности.

Конечная цель ТАА – *автономная личность, которая принимает ответственность за свои действия, за свои мысли и желания. Три составляющие автономной личности:*

- осознанность,
- спонтанность.
- искренность.

Полноценно функционирующий индивид в ТАА – это эмансипированный взрослый, который в состоянии проверять и оспаривать иррациональные или чрезмерные требования «Родителя» и «Ребенка».

Список использованной литературы

1. Аверин, В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / В.А. Аверин. – СПб., 1997.
2. Александров, А.А. Современная психотерапия: курс лекций / А.А. Александров. – СПб., 1997. – 335 с.
3. Алешина, Ю.Е. Психология общения: психологическая компетентность пропагандиста / Ю.Е.Алешина, Л.А. Петровская. – М.: Знание, 1989. – 210 с.
4. Арбузова, Е.Н. Практикум по психологии общения / Е.Н. Арбузова, А.И. Анисимов, О.В. Шатровой. – СПб.: Речь, 2008. – 272 с.
5. Асимов, М.А. Коммуникативные навыки: учебник / М.А. Асимов, С.А. Нурмагамбетова, Ю.В. Игнатъев. – Алматы, 2008.- 212 с.
6. Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми: учебное пособие / А.В. Винокур [и др.] - СПб., 1998.
7. Бобров, А.С. Затяжная непсихотическая ипохондрия в практике врачебно-трудовой экспертизы / А.С. Бобров. – М.: Медицина, 1984. – 142 с.
8. Болучевская, В.В. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом (Лекция 4) / В.В. Болучевская, А.И. Павлюкова.
9. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А.Я. Иванюшкин [и др.] – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 381 с.
10. Дернер, К. Хороший врач: учебник основной позиции врача: пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского / К. Дернер. – М.: Алтейя, 2006. – 544с.
11. Древаль, А.В. Диагностика болезней (метод. интервью) / А.В. Древаль. – М., 1994.
12. Евстегнеев, Р.А. Психиатрия для врачей общей практики / Р.А. Евстегнеев. – Минск: Беларусь, 2001. – 430 с.
13. Зайцев, В.П. Вопросы психической реабилитации больных инфарктом миокарда: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.П. Зайцев. – М., 1975.
14. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в ред. Федеральных законов от 21.07.1998 N 117-ФЗ, от

25.07.2002 N 116-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 27.07.2010 N 203-ФЗ, от 07.02.2011 N 4-ФЗ, от 06.04.2011 N 67-ФЗ, от 21.11.2011 N 326-ФЗ)

15. Зикеева, Л.Д. Внутренняя картина болезни при хроническом гломерулонефрите и пиелонефрите (клинико-психологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Д. Зикеева. – М., 1974.
16. Ильин, Е.П. Психология общения и межличностных отношений / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 576 с.
17. Квасенко, А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. – Л.: Медицина, 1980. – 184 с.
18. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, Б. Милан. – Прага, 1983.
19. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1983. – 405 с.
20. Коршунов, Н.И. Некоторые вопросы взаимоотношений в диаде «врач – пациент» / Н.И. Коршунов, Н.В. Яльцева // Новости медицины. – 1995. – №1. – С.51-53.
21. Лоренцер, А. Археология психоанализа: интимность и социальное страдание / А. М. Лоренцер. – 1996.
22. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Креггер. – СПб., 1996.
23. Местергази, Г.М. Врач и больной, или по-новому о старом. – 2-е изд.: учеб. пособие / Г.М. Местергази. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. – 112 с.
24. Пальцев, М.А. Болонский процесс и высшее медицинское образование в России / М.А. Пальцев // Вестн. РАН. – 2005. – Т. 75. – № 2. – С.1067-1076.
25. Принципы обеспечения качества: отчет о совещании ВОЗ. – Барселона, 1983.
26. Протоколы ВОЗ по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе. – 2007.
27. Психология управления: курс лекций / Л.К. Аверченко [и др.]. – Новосибирск: Медицина, 1997.
28. Соловьёва, С.Л. Индивидуально-психологические особенности личности врача / С.Л. Соловьёва. – ГОУ ВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова МЗ РФ. – 2001. – 29 с.
29. Соложенкин, В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учеб. пособие / В. В. Соложенкин. – М.: Планета детей, 1997. – 264 с.
30. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность. Коммуникативные навыки: метод. рекомендации / М.К. Телеуов [и др.]. – Караганда, 2010. - 46 с.

31. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт, 1981.
32. Шарков, Ф.И. Основы теории коммуникации / Ф.И. Шарков. – М., 2003.
33. Ялтонский, В.М. Стигматизация, дискриминация и раскрытие диагноза зависимости от наркотиков и алкоголя, позитивного статуса ВИЧ-инфицированных как проблема третичной профилактики: руководство по наркологии / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, А.В. Ялтонская; под ред. Н.Н. Иванца. – М., 2008. – С. 795-800.

Василий Васильевич Колягин

КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНЕ. ОСНОВЫ ТРАНСАКЦИОННОГО АНАЛИЗА

Пособие для врачей

Оператор электронной верстки Р.В. Сороковиков

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.
Усл. п. л. 3,8. Уч.-изд. л. 2,7. Тираж 100. Заказ 1/68.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО. 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, к. 302.
Тел. (3952) 46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Иркутская государственная медицинская
академия последипломного образования»

В.В. Колягин

КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНЕ. ОСНОВЫ ТРАНСАКЦИОННОГО АНАЛИЗА

Пособие для врачей

Иркутск
2012