**Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3)**[**\***](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php#snoska)

**Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. (Волгоград)**

**Болучевская Валентина Викторовна**

–  кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» преподаватель ГОУ ДПО ВИМПСР.

E-mail: boluchevskaya@yandex.ru,  milakova@list.ru

**Павлюкова Антонина Игоревна**

–  медицинский психолог, Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2 (ГУЗ «ВОКПЦ № 2»).

E-mail: sheirena87@rambler.ru

**Сергеева Надия Валерьевна**

–  доктор философских наук доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, старший научный сотрудник отдела этической и правовой экспертизы в медицине Волгоградского Научного центра.

E-mail: Sergeeva\_nadiya@list.ru

**Ссылка для цитирования** размещена в конце публикации.

Эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организовывает взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением, и, конечно же, с коллегами. Часто необходимо согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника. В психологии для характеристики тех компонентов общения, которые связаны с взаимодействием людей, с непосредственной организацией их совместной деятельности применяется специальный термин – «интерактивная сторона общения».

Таким образом, взаимодействие «врач-пациент» осуществляется согласно следующей схеме:

http://www.medpsy.ru/mprj/pictures/pic11_3_22_1.jpg

Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными.

Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью исключить наличие заболевания. Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними причинами и не требует медицинского вмешательства.

Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер – обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания. Цель обследования и ожидание его результатов оказываются иными.

В первом случае несовпадение реальности и подтверждение отсутствия заболевания способно вызвать более негативную и даже аффектную реакцию со стороны пациента, чем во втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным. Важную роль в процессе взаимодействия врача и пациента также играет восприятие и понимание друг друга, эти аспекты более подробно будут рассмотрены в следующей лекции.

**Типы взаимодействия.** Наиболее распространенным является дихотомическое деление: кооперация и конкуренция (согласие и конфликт, приспособление и оппозиция).

*Кооперация* – это такое взаимодействие, при котором его субъекты достигают взаимного соглашения о преследуемых целях и стремятся не нарушать его, пока совпадают их интересы.

*Конкуренция* – это взаимодействие, характеризующееся достижением индивидуальных или групповых целей и интересов в условиях противоборства между людьми.

В обоих случаях как тип взаимодействия (сотрудничество или соперничество), так и степень выраженности этого взаимодействия (успешное или менее успешное сотрудничество) определяет характер межличностных отношений между людьми.

В процессе осуществления этих типов взаимодействия, как правило, проявляются следующие ведущие *стратегии поведения*:

1.   Сотрудничество, направленное на полное удовлетворение участниками взаимодействия своих потребностей (реализуется либо мотив кооперации, либо мотив конкуренции).

2.   Противодействие, предполагающее ориентацию на свои цели без учета целей партнеров по общению (индивидуализм).

3.   Компромисс, реализующийся в частном достижении целей партеров ради условного равенства.

4.   Уступчивость, предполагающая жертву собственных интересов для достижения целей партнера (альтруизм).

5.   Избегание, которое представляет собой уход от контакта, потерю собственных целей для исключения выигрыша другого.

Заметим, что общение врача и пациента можно назвать вынужденным общением, так как основным мотивом встречи и беседы становится появление у одного из участников взаимодействия проблем со здоровьем. Со стороны врача «вынужденность» общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями профессионального долга и роста, а также материальным подкреплением (заработной платой). Медицинский работник, как правило, мотивирован на встречу с пациентом, поскольку от этого зависит его профессиональная карьера и положение в обществе. Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, чаще всего, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема со здоровьем.

**Модели взаимоотношений врача и пациента.**

Какие модели отношений между медиками-профессионалами и пациентами существуют на сегодняшний день в медицине?

*Патерналистская (сакральная) модель.*

Основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда».

*Модель технического типа.*

Одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным с точки зрения научного знания и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.

*Модель коллегиального типа.*

На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

*Модель контрактного типа.*

Ещё одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

В России практическое применение этой модели имеет существенное отличие от общемировой практики. Ввиду ряда культурно-исторических причин, патернализм в России распространялся не только на медицину, но и на политику, на экономику, и на все сферы общественной деятельности. Поэтому избавиться от патерналистских установок общественного сознания за 30-40 лет просто невозможно. Контрактная модель в пореформенной России представляет из себя симбиоз патернализма и техницизма. Многочисленные социологические исследования в медицине за последние 10 лет показывают, что заключением контракта (договора) российский пациент с одной стороны, демонстрирует свое равноправие в отношениях «врач – пациент», а, с другой стороны, сознательно, договором стремится узаконить патерналистские отношения с врачом (т. е. перекладывает всю ответственность за исход лечения на врача).

Таким образом, доверие к врачу остается обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса. Однако его внутренняя сущность в лечебном процессе меняется. «Доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного» [3]. Взаимоотношения врача и пациента – не просто обмен сведениями; это – часть лечения. Известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств: примером может служить *эффект плацебо*. Плацебо – это биологически инертное вещество, которое врач дает пациенту в качестве биологически активного. В клинических испытаниях (где плацебо применяют специально для того, чтобы вводить пациентов контрольной группы в заблуждение) совершенно однозначно продемонстрирована эффективность такого «лечения».

Обычно думают, что основное действие плацебо – болеутоляющее; на самом же деле плацебо может быть средством воздействия на все потенциально устранимые симптомы; клинические испытания с применением «двойного слепого» контроля убедительно это доказывают, идет ли речь о симптомах сахарного диабета, ишемической болезни сердца или даже рака. В свое время обязательной предпосылкой возникновения эффекта плацебо считалась слепая вера в чудесную силу лекарств. Однако отношения сотрудничества между врачом и пациентом порождают эффект плацебо без всякого плацебо; будучи научно обоснованным, эффект плацебо дополняет медицину как науку и оправдывает взгляд на нее как на искусство.

При всем разнообразии подходов **сотрудничество врача и пациента состоит из четырех главных компонентов**: поддержки, понимания, уважения, сочувствия.

*Поддержка* – это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и пациента. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным пациенту. Обычно это само собой разумеется, и не требует никаких доказательств; однако бы-вают случаи, когда пациент отнюдь не уверен, что врач отстаивает его интересы.

Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение пациента. Здесь должны помочь другие звенья системы здравоохранения, семья и друзья пациента. Однако главные ресурсы, вероятно, скрыты в самом пациенте. Их использование станет возможным, если пациент осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли пациента в лечебном процессе.

Это справедливо и в случае хирургического вмешательства, когда врач как будто полностью контролирует ситуацию. Добровольное ограничение приема наркотических анальгетиков, активное передвижение, несмотря на боль, энергичное участие в лечении – все это требует от пациента четкой установки на выздоровление. Эффективность плацебо, способствующего «самоизлечению», зависит от желания пациента выздороветь и, в конечном итоге, – от его уверенности в успехе. Согласие пациента на активное участие в лечебном процессе обычно предвещает благоприятный исход.

Когда врач проявляет *понимание*, пациент уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я Вас понимаю» – или выражает то же самое невербальными средствами: взглядом, кивком головы. Тон и интонация способны демонстрировать как внимание и понимание, так и отстраненность и отсутствие интереса. Реплики врача типа «Пожалуйста, продолжайте», «Расскажите подробнее» или простое повторение услышанного создают у пациента ощущение, что его слушают и хотят помочь. Вместе с тем, нужно уметь распознать случаи, когда убедить пациента в своем понимании не удается, и разбираться в причинах этого. На существование некого барьера указывает противоречивость сообщаемых пациентом сведений или несоответствие между его словами и невербальными сигналами. Бывает и общее ощущение неловкости ситуации или сопротивление со стороны пациента. Например, он может отказаться отвечать на вопросы, заявив, что «устал от людей, сующих нос в его личную жизнь».

Невыполнение врачебных рекомендаций (и вследствие этого – неуспех лечения) может быть единственным признаком того, что пациент не уверен в том, что в его случае разобрались. Когда отношения врача и пациента заходят в тупик, можно произнести примерно следующее: «Кажется, мои советы Вас не совсем устраивают. Хотелось бы понять, в чем тут дело», демонстрируя этим свое доверительное отношение к пациенту и готовность понять его проблему.

*Уважение* подразумевает признание ценности пациента как индивида и важности его забот. Речь идет не только о согласии выслушать человека – главное показать, что его слова произвели на вас впечатление: необходимо признать значительность происходящих с ним событий. Улучшению взаимопонимания способствует такая, например, фраза: «Конечно, Вам приходится много терпеть; Вы слишком долго болеете, и Ваше огорчение очень естественно и понятно».

Чтобы продемонстрировать уважение, нужно ознакомиться с обстоятельствами жизни пациента настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни. Уже само время, потраченное на выяснение личных обстоятельств пациента, свидетельствует об уважении врача. Часто все, что требуется, – активно проявить заинтересованность. Важны простейшие вещи, типа быстрого запоминания имени и фамилии пациента. Невербальное общение способно как укрепить доверие к врачу, так и разрушить его. Так, если смотреть пациенту в глаза, сидя рядом с ним, он почувствует, что его уважают. Если же без конца прерывать пациента или вести в его присутствии посторонний разговор, он «замкнется в себе» и доверительные отношения с пациентом не сложатся.

Уместно бывает похвалить пациента за терпение, за аккуратное соблюдение предписаний врача. Если он представил свои старые рентгенограммы, следует показать, насколько полезной оказалась эта информация, – в результате возникнет положительная обратная связь.

Одна из самых опасных и деструктивных привычек врача – склонность к унизительным для своих пациентов замечаниям. Пациент, случайно услышавший, как врач вышучивает его в кругу коллег, вряд ли забудет и простит. Правильно или неправильно он истолкует услышанное, неосторожные замечания врача могут навсегда испортить доверительный контакт с пациентом.

*Сочувствие* – ключ к установлению сотрудничества между врачом и пациентом. Нужно уметь поставить себя на место пациента, взглянуть на мир его глазами. Сочувствие можно проявить, высказав сугубо личную оценку ощущений и эмоций пациента: «Вам пришлось нелегко, было от чего обозлиться» или «Похоже, все от Вас отвернулись, представляю себе, в каком Вы были отчаянии». Сочувствуя, мы испытываем те же чувства, что и партнер. Сочувствие начинается с самого факта нашего присутствия, часто молчаливого, с ожидания, когда пациент заговорит. Если приходится прервать беседу, нужно уверить пациента, что вы тотчас вернетесь и дослушаете его. Врач должен терпеливо выслушать пациента, даже когда тот повторяется, дать ему возможность обсудить причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь. Сочувствие можно выразить просто положив ему руку на плечо, контактируя с ним не только физически, но и эмоционально.

К сожалению, технический прогресс разрушает эту непосредственную связь: врач – пациент. Когда врач позволяет машине вклиниться между собой и пациентом, он рискует лишиться своего мощного исцеляющего воздействия.

Налаженные взаимоотношения врача и пациента не только целительны сами по себе, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств. Например, от этих взаимоотношений часто зависит дисциплинированность пациента, т.е. его готовность выполнять врачебные рекомендации. Аналогичным образом, стремление сотрудничать со своим врачом – часто главный стимул к изменению образа жизни, подчас очень трудному.

Таким образом, сотрудничество врача и пациента – необходимое условие успеха лечебных мероприятий. Обычно установление таких взаимоотношений не представляет для врача сложности, поскольку сами пациенты стремятся к плодотворному сотрудничеству с ним.

Однако процесс взаимодействия пациента с врачом не всегда протекает благоприятно. Во взаимоотношениях врача и пациента нередко возникают **конфликтные ситуации**.

Конфликты между врачом и пациентом разделяют на:

1)  предметные, или реалистические;

2)  беспредметные, или нереалистические.

*Реалистические конфликты* вызваны неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов.

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

Первый вид конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить неправильное представление о должном поведении медицинского персонала, о проведении процедур, санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре, нерациональная диагностика, неправильное или необоснованное назначение лекарств. Второй конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности.

Так, далеко не все пациенты, обращающиеся к врачу, склонны сотрудничать с ним и верят, что врач хочет и может им помочь. Такие *пациенты не готовы к установлению сотрудничества* в процессе лечения. Практика показывает, что многие из них смотрят на попытки врача завязать с ними доверительное отношение как на замаскированное стремление заполучить «подопытного кролика». Аналогичный скептицизм ощущают на себе и врачи первичной медицинской помощи, в которых некоторые пациенты видят «преграду», препятствующую им получить «настоящую» помощь. Требование быстрее направить их к специалисту, часто еще до завершения сбора анамнеза, – прозрачный намек на отсутствие у пациента желания наладить взаимодействие с врачом. Иногда это выражается открыто: «Не люблю я ходить по врачам», «От лекарств – один вред», или даже: «Я врачам не верю».

Распознать пациента, скептически настроенного по отношения к врачам, обычно не трудно, но избежать его отрицательной или оборонительной реакции гораздо сложнее. Тем не менее, важно уметь отличать таких людей от прочих и не пытаться убеждать их словами. Скорее всего, на них большее впечатление произведут не слова, а действия. В подобных случаях, как и во многих других, потенциально конфликтных ситуациях, полезно дать пациенту понять, что его внимательно выслушали. Иногда обойти острые углы и дать ему расслабиться помогают простые реплики типа: «Я Вас внимательно слушаю», или «Я кое-что посоветую, но решать Вы, конечно, будете сами».

Особую категорию составляют *пациенты, имеющие цели, отличные от лечения*. Доверительные отношения с врачом они стремятся использовать в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Такие пациенты, в отличие от предыдущих, обычно выглядят настроенными на плодотворное сотрудничество, благодарными и полностью доверяющими врачу. На самом деле те из них, кто особенно усердствует в похвалах, чаще других вступают с врачом в конфликт. Существует два типа ситуаций, в которых пациенты стремятся к деструктивному взаимодействию с врачом.

Во-первых, это случаи, когда пациент своими словами и поступками пытается склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи: «Объясните это, пожалуйста, моей жене», «Это у меня из-за него депрессия». В этой ситуации врач становится оружием, которое пациент использует против своих близких. Пациент может прямо попросить врача вмешаться в домашний конфликт. Подобные просьбы следует расценить как сигнал, предупреждающий об опасности: завязавшиеся в ходе лечения доверительные отношения могут быть использованы пациентом для достижения далеких от лечения целей.

Второй тип ситуаций, при которых возможно злоупотребление доверием врача, – когда болезнь сулит пациенту определенные выгоды. Другими словами, болезненное состояние приносит какую-то пользу, и в результате он стремится его сохранить. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. Человеку хочется быть больным, и он использует свои отношения с врачом для получения «официального подтверждения» своего состояния.

Итак, важно уметь распознавать пациентов, использующих отношения с врачом в посторонних целях: их легко спутать с людьми, действительно стремящимися к плодотворному сотрудничеству в процессе лечения. Оба упомянутых вида деструктивного взаимодействия пациента с врачом характеризуются тем, что поведение пациента мало меняется с течением времени, а врач зачастую испытывает разочарование и чувство беспомощности. Врач должен проявлять постоянную настороженность в отношении таких ситуаций, иначе его доверием будут злоупотреблять.

Наконец, еще один редкий *тип людей, не склонных к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, можно назвать «сутяжным»*. Несмотря на то, что пациенты с изначальной установкой на предъявление судебного иска встречаются крайне редко, врач должен уметь их распознавать. Серьезные ошибки в диагностике и лечении чреваты судебным иском, даже если между врачом и пациентом установились вполне доверительные отношения, однако важно подчеркнуть, что в большинстве своем судебные иски вызваны именно конфликтными отношениями.

Следует отметить, что эффективное предупреждение судебных исков по поводу неправильного лечения требует особого внимания врача к установлению плодотворного взаимодействия с пациентом, причем это правило распространяется на всех людей, независимо от того, заметна у них склонность к сутяжничеству или нет. И, главное, следовать совету юристов – предельно четкая документация.

Пациенты, с которыми в процессе лечения трудно наладить взаимопонимание, несмотря на обоюдное стремление к нему, могут быть разного склада, но обычно это люди, чья личность не вызывает у нас интереса. Однако врач не должен позволять себе такой субъективности. Пациентов, с которыми часто возникают трудности, в установлении сотрудничества условно можно разделить на следующие типы: настырно-требовательные, вязкие, хронически недовольные.

*Настырно-требовательные* умеют обосновать свои самые бессмысленные требования. *Вязкие* пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду. *Хронически недовольные* изводят и часто повергают врачей в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности применяемого лечения.

Существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами пациентов. Настырно-требовательному следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования. В случае вязких пациентов целесообразно проводить регулярные короткие осмотры в строго установленные часы; медицинское обоснование для назначения очередного приема необязательно. Столкнувшись с хронически недовольными пациентами, лучше всего признать неутешительные результаты лечения, разделить их пессимизм и обратить свое внимание скорее на установление с ними хороших отношений, чем на выполнение. Существенную роль в этом взаимодействии медицинского работника и пациента играет этика и деонтология – учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия.

Квалификация врача включает в себя как минимум два качества. Во-первых, это уровень знаний и навыков, которыми обладает он; во-вторых, использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства врач принимает клятву, облекая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению, *медицинская этика* – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но однозначно приводит к моральному осуждению со стороны общества, нравственному суду, «суду чести». Проблема современного кризиса заключается в том, что этические нормы поведения в последние десятилетия становятся достаточно динамичными. Объективная необходимость их изменения намного опережает их всеобщее признание в обществе. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

В.А. Тихоненко и Т.А. Покуленко [1] систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности представляют в виде четырех уровней: этические теории, этические принципы, этические нормы, этические стандарты поведения.

В теоретическом плане задачами медицинской этики становится выявление этической оправданности и обоснованности моральных норм. В области медицинской этики доминируют две теории морали: деонтологическая и утилитарная. Первая считает основой нравственной жизни долг, выполнение которого связано с внутренним повелением. Следуя долгу, человек отказывается от своекорыстного интереса и остается верен самому себе (И. Кант). Основным критерием нравственности выступает честность. Вторая теория морали исходит из убеждения о том, что критерием оценки поступков человека является полезность.

К числу базисных принципов биомедицинской этики относятся принципы: а) автономии, б) непричинения вреда, в) благодеяния, г) справедливости. В соответствии с этими принципами и должно строиться взаимодействие врача и пациента.

Под автономией понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Так, В.А. Тихоненко, Т.А. Покуленко выделяют семь основных аспектов автономии:

•   уважение личности пациента;

•   оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;

•   предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);

•   возможность выбора из альтернативных вариантов;

•   самостоятельность пациента в принятии решений;

•   возможность осуществления контроля за ходом исследования и лечения (со стороны пациента);

•   вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество») [1].

Принципы непричинения вреда, благодеяния и справедливости вытекают из клятвы Гиппократа и соответствующим образом нацеливают медицинского работника.

Конкретные этические нормы, применяемые в медицине, включают правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность и компетентность. Этические нормы поведения врача, разработанные еще Гиппократом, в настоящее время все чаще подвергаются критическому анализу. Социальные изменения способствуют тому, что многие постулаты Гиппократа входят в противоречие с сегодняшними понятиями о добре и зле, благе и вреде и т. д.

Ниже будут проанализированы наиболее значимые аспекты этических взаимоотношений в современной медицине.

Конфиденциальность. Вопрос о нравственной оценке конфиденциальности (разглашении врачебной тайны – интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в процессе обследования и терапии пациента) до настоящего времени остается одним из наиболее важных в области медицинской этики. Ведь конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, т. е. будут нарушены основополагающие этические принципы и к врачам многих специальностей добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Проблема заключена в том, что пациент в связи со своим заболеванием может представлять общественную опасность и пытаться совершить преступление против близких родственников, знакомых, врачей или общества в целом, а врач может быть ограничен рамками врачебной тайны для того, чтобы предотвратить преступление. Раньше подобная проблема решалась в пользу общества, т. е. добродетелью считалась однозначная помощь обществу в ущерб личности. В учебниках, по которым продолжают учиться будущие врачи, написано: «В условиях советского государства общественные интересы народа настолько актуальны, что запрещение врачу раскрывать секреты, почерпнутые из общения с больным, принесло бы вред общему делу». При этом общественные интересы незаслуженно расширялись.

Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности – случаи непосредственной опасности для окружающих, связанной с симптоматикой заболевания. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания. Что признать этически оправданным, «добродетельным» – сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива – в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью вследствие реакции жены на диагноз, или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь?

Врач решает эту задачу в настоящее время «индивидуально», но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

Паттернализм. Паттернализм так же, как и вышеперечисленные параметры, можно отнести к этическим проблемам медицины. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач берет на себя ответственность за категорические рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у врача-психиатра совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Врач не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями. Противоположностью паттернализма является взаимоотношения врача и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

Лечение без согласия. Сложной этической проблемой остается обоснованность терапии пациента без оповещения его о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах. Недопустимым следует считать назначение антипсихотических препаратов человеку (подбрасывание в пищу), который не знает об их приеме.

Компетентность. На первый взгляд, категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако это относится к случаям недостаточной компетентности – недостаточные знания и навыки в области профессиональной деятельности. С этических позиций интерес представляет расширение границ компетентности, когда в профессионально проводимый анализ включаются, наряду с традиционными клиническими феноменами психологические проявления. При этом, как правило, происходит гипердиагностика – приписывание обычным психологическим феноменам характера патологии. Справедливо в связи с этим замечание В.А. Тихоненко и Г.М. Румянцевой о том, когда психиатр грусть или печаль называет субдепрессией, гнев – дисфорией, увлеченность – гипопаранойяльностью, враждебность – гипопараноидностью и т. д. [2]. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван «профессиональным кретинизмом».

Этических проблем современной медицины значительно больше, чем перечислено выше, однако наиболее дискуссионными считаются именно они.

Таким образом, взаимодействие между врачом и пациентом в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успеха. Самое популярное лекарство – сам врач, а если взглянуть на это глазами пациента, то личность врача – самое мощное из всех плацебо.

**Литература**

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
2. Тихоненко В.А. О нравственной ответственности психиатров перед обществом / В.А. Тихоненко, Г.М. Румянцева // Психиатрия в СССР. – 1990. – Вып. 1. – С. 47-54.
3. Katz J. The silent world of doctor and patient / J. Katz. – New York: The Free Press, 1984. – 263 p.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*   **Мини-курс лекций « Общение врача» включает в себя четыре базовые темы:**  
Общение врача: введение в психологию профессионального общения. (Лекция 1). – 2011 № 1(6).  
Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. (Лекция 2). – 2011 № 2(7).  
Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). – 2011 № 3(8).   
Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.   
(Лекция 4). – 2011 № 4(9).  
[↑](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php#vozvrat)

**Ссылка для цитирования**

Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 3. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был доступен.