**Личность больного. Взаимоотношения больного с медицинским персоналом**

Больной и его образ «идеального врача»

Каждый больной на основе культуральных влияний(представлений общества о враче), своего прошлого опыта общения с медиками и характера ожидаемой помощи имеет определенный образ врача, который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении. По мнению Ж. Лакана, существует пять факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента: пол, возраст, национальность (раса), вероисповедание и сексуальная ориентация. Исследования показали, что все эти факторы оказываются значимыми, однако более значимыми являются личностные и характерологические свойства.

В.А. Ташлыковым(1984) на основании специального исследования было выделено несколько описаний представлений больных об образе «идеального» врача: «сопереживающий и недирективный», «сопереживающий и директивный» и«эмоционально-нейтральный и директивный».

***1. Сопереживающий и недирективный***: «Добрый, отзывчивый, терпеливый,

склонный к глубокому сочувствию и состраданию, вызывающий у больного полное до-верие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного».

В клинике неврозов такой выбор предпочитался больными с истероидными чертами характера. У этих больных имеется повышенная потребность в особом понимании и признании их окружающими вследствие свойственного им эгоцентризма.

***2. Сопереживающий и директивный***: «Этому врачу свойственно стремление проникнуть в душу больного, понять суть его переживаний, но, несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям; своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью он вызывает доверие и уважение». Выбор этого типа врача свойственен лицам с тревожно-мнительными чертами характера и отражает их надежды избавиться от нерешительности с помощью доброжела-тельной и сильной личности врача.

3. ***Эмоционально-нейтральный и директивный***: «Ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до опреде-ленного конца; по отношению к больным он внимателен, сдержан; вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей и спокойствием, а умением убеждать и внушать он оказывает сильное влияние на больного».

Этот образ врача больше импонировал больным неврастенией в связи с их повышенной потребностью в приобретении прежде всего такого личностного качества, как самообладание.

Пол, возраст и другие личностные качества врача. Для большинства больных

признаки пола и возраста врача являются второстепенными по сравнению с представлениями о его личности. Однако имеется некоторая тенденция к выбору врача более старшего по возрасту. Пол врача многими больными рассматривался как фактор, облегчающий общение (например, при обсуждении некоторых интимных вопросов своей жизни). В эталоне врача-женщины чаще преобладает «сопереживающий» комплекс личностных черт, а в эталоне врача-мужчины– «эмоционально-нейтральный».

Наиболее ценными для больных оказываются следующие (в порядке убывания) личностные качества врача: ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Техники налаживания с пациентом определенного психологического контакта, необходимого для успеха того или иного терапевтического вмешательства, часто называ-ют «техниками присоединения». Таких техник в профессиональной психотерапии много, хотя умение «почувствовать» другого человека во многом зависит от психологических свойств самого врача, его эмпатийности и может быть естественным. Технические приемы обучения умению налаживания психологического контакта в первую очередь направлены на развитие и совершенствование личностных эмпатийных способностей у самого врача.

**Личность больного и эффективность психологического**

**контакта с ним**

Пациент, как правило, имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Врач ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком. Личность больного, как и любого другого человека, характеризуется группой качеств: темпераментом, способностями, интеллектом, характером и пр. Многие из этих характеристик врачу приходится учитывать для формирования эффективного контакта с больным. Одна из таких особенностей личности– это соотношение в ней качеств экс-траверсии и интроверсии.

Больные экстраверты полностью обращены во внешний мир, у них широкий круг знакомств и интересов, они инициативны, импульсивны, гибки. В своих неприятностях они чаще винят внешние обстоятельства, судьбу, случай. Они склонны к агрессии и гневу. Психологические тесты позволяют легко установить принадлежность больного к экстравертам. Общение с такими пациентами целесообразно начинать с формирования эмоционального контакта, а установив его, переходить к информационному.

Для противоположного, интровертированного типа больных гораздо больший интерес представляет не внешняя среда, а переживания собственного внутреннего мира. Им никогда не бывает скучно «наедине с собой». Они более замкнуты, склонны к самоанализу, хуже адаптируются к изменениям окружающей среды. Для таких больных нет мелочей в своем здоровье, любой вопрос должен быть разобран максимально подробно, иначе у них легко формируется тревога. Ответственность за события своей жизни такие пациенты чаще всего берут на себя. Темп их мышления нередко бывает медлен-ным, и это заставляет врача испытывать серьезные трудности, если беседа идет в условиях дефицита времени. Контакт с таким больным труден, его лучше начинать с нейтрального, информационного. Лишь при условиях хорошего делового общения у подобных больных формируется положительное эмоциональное отношение к врачу. Большое значение для установления эффективного контакта имеет знание врачом характерологических особенностей больного, особенно наличие стойкого чрезмерного усиления (акцентуации) каких-либо отдельных черт характера. В повседневной жизни акцентуированные черты могут играть двоякую роль в социальной адаптации: они одновременно усиливают личностную устойчивость к одним неблагоприятным воздействиям и ослабляют ее к другим. При психотравмирующих ситуациях такая избирательная уязвимость может облегченно приводить к личностной декомпенсации и невротическому состоянию. Психологические тесты позволяют легко выделять все основные

типы акцентуации характера.

**Методики установления психологического контакта**

Практически любая встреча и беседа врача с больным, даже если она предпринимается только с диагностической целью, имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно профессионально грамотно и умело провести с больным первую встречу и беседу, с которой и начинается лечебный процесс. Первую беседу с больным следует организовывать и проводить обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна и как психотерапевтический фактор. Больной должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему. Лучше, когда при первой беседе нет посторонних лиц, а иногда и родственников. Тогда врачу легче найти контакт с пациентом, начать диалог, поставить вопросы и стимулировать рассказ о себе.

Очень важно уметь выслушать больного и отметить, что для него является самым важным. В самой постановке вопросов следует избегать воздействий внушающего характера– суггестивные вопросы, требовательный тон голоса или игнорирование жалоб. Конечно, трудно составить четкие универсальные правила первой беседы и вообще правила обращения с больными. В каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается врачом в зависимости от состояния больного и опыта врача.

**Техники активного слушания**

Стремительный темп жизни привел к тому, что мы все хорошо говорим и плохо умеем слушать. Имеется два вида слушания: оценочное или без оценки. В медицинской практике ценится слушание без оценки. В любом случае цель врача– разговорить пациента и получить максимум информации. Поза врача должна демонстрировать внимание: подбородок на руке, легкий наклон головы к больному. Встреча глаз– периодически. Нельзя «сверлить» больного глазами, но при информации об интимных вещах отводить глаза не следует, это ведет к мгновенной потере контакта.

*Безоценочное слушание*. Главное при активном безоценочном слушании– это умение молчать, поддакивать, перефразировать сообщения больного. Обязательное условие– заинтересованность. Можно демонстрировать больному эмпатийное понимание того, что тот чувствовал. Это могут быть следующие стандартные фразы-клише: «Вы тогда, наверное, расстроились», «Сколько же Вам пришлось пережить» и прочие. Однако нельзя перегружать беседу подобными психологическими клише, т. к сверхсочувствие– это всегда бесчувственность. Для того чтобы добиться одинакового с больным понимания того, что он говорит, можно пользоваться приемами усиления диалога, например такой фразой-клише:«Продолжайте, пожалуйста, это очень важно». Умению видеть «горячие точки» в анамнезе помогают симптомы напряженности в речи больного и психологическая защита. Напряженность проявляется в изменении темпа речи– появлении пауз и слов-паразитов (если их ранее не было), штампов, иронии. В отличие от юмора, свидетельствующего о хорошем контроле за ситуацией, ирония чаще говорит о психологическом неблагополучии.

Важными признаками психологического неблагополучия является стремление больного уклоняться от ответа на некоторые вопросы или отвечать общими фразами. Кроме того, больные психосоматическими заболеваниями на вопрос о своих конфликтах часто также отвечают отрицательно, искренне полагая при этом, что у них «все нормально». В речи этой группы пациентов нужно уметь выявлять элементы психологической защиты, указывающие на фактическое присутствие конфликтной ситуации.

Распознавание защитного поведения важно для последующего лечения больного. Оно поможет осознать причины возникшего заболевания. Все это можно уловить при максимально полном высказывании больного, слушая его безо всяких оценок.

*Оценочное слушание*. Оценочное слушание целесообразно тогда, когда сам больной хочет оценки. При обсуждении течения болезни, результатов анализов медицинский работник ежедневно сталкивается с необходимостью оценочного слушания. Его всегда желательно начинать с положительной оценки. Следует помнить, что осудить и психологически всегда легче, поскольку это повышает собственную самооценку. У больных с лабильным или сниженным настроением приходится помнить о сильном деструктивном компоненте порицания, поэтому не стоит заканчивать разговор от-рицательной оценкой чего-либо, касающегося больного. При затянувшемся или малоэффективном разговоре могут быть применены приемы сокращения диалога. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: «Уточните, пожалуйста, я не совсем понял...» и жест остановки рукой. Когда больной ошибается в своих суждениях, возникает необходимость немедлен-ной отрицательной оценки. Чтобы не потерять при этом установившийся психологический контакт, можно воспользоваться приемами корректного отбоя. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: «Вы, конечно, можете со мной не согласиться, но я совершенно уверен, что...».

Часто у больного во время эмоциональной беседы могут появиться слезы или наблюдается гнев, агрессия. Этого не следует пугаться. Такие проявления свидетельствуют о «горячих точках» в анамнезе, которые могут играть серьезную роль в заболевании. Подкрепив ситуацию фармакологическими средствами(возможно, что вполне достаточным будет дача валерианы или пустырника), пациенту все же следует дать возможность полностью высказаться. Отреагирование эмоций обычно значительно облегчает психологическое состояние больного.

*Бессловесное общение*. Информация, получаемая от больного, идет на разных уровнях восприятия, так как общение не исчерпывается устными и письменными сообщениями, важную роль в нем играет и невербальная информация– мимика, жесты, интонации. Все эти проявления имеют значение только в контексте разговора и не несут никакой прямой смысловой нагрузки вне беседы. Читая жесты в диалоге с больным, мы осуществляем обратную связь, понимая, как встречено то, о чем мы говорим, – с одобрением или враждебно, сомневается больной или не верит. Своеобразным предупреждающим сигналом о неблагополучном протекании беседы будет появление рассогласованности жестов и речи больного. Это бывает, когда устное сообщение больного сопровождается противоречащими словам видимыми жестами. Бессловесная информация в этом случае гораздо более информативна, и это может указать врачу, что нужно изменить свое поведение с больным, чтобы достигнуть нужного результата.

**Первое впечатление больного от встречи с врачом**

Известный психолог Д. Карнеги в своей книге «Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей» отмечал, что «нет ничего приятнее для человека, чем звук его собственного имени», поэтому еще до первой беседы с больным целесообразно знать полное его имя, так как пациенту всегда будет импонировать такая информированность врача.

Если имеются условия и позволяет состояние больного, то первую беседу с ним лучше проводить наедине. Перед беседой медицинскому работнику обязательно нужно «посмотреть» на себя в зеркало: какой я иду. Это необходимо, т.к. на лице может оставаться мимика от предыдущего контакта, например, раздраженность, что может серьезно повлиять на первое впечатление. Поскольку контакт с пациентом имеет две стороны– информационную и эмоциональную, то беседу хорошо бы начать тоном, которым мы говорим со старыми знакомыми. Хорошо, когда во время первой встречи имеется возможность не спешить и дать больному выговориться полностью. Первая беседа позволяет оценить ожидания больного о степени директивности контакта или наоборот, партнерства, сотрудничества.

Первый разговор покажет также предпочитаемый для данного больного контакт– информационные сообщения или же эмоциональные проявления медицинского работника находят больший отклик у больного. Больные, предпочитающие эмоциональный контакт, ищут в первую очередь сочув-ствия, человечности и никогда не простят отношения к себе, как к«материалу». Информацию такие больные воспринимают без сопротивления только от эмоционально-приятного собеседника. Вторая группа больных предпочитает информационный контакт– лишь врач, показавший свои деловые качества, становится достойным их уважения. Таким образом, обе стороны контакта являются необходимыми для успешного лечения, но очередность информирования врача разная с разными больными.

**Техники убеждения**

С необходимостью убеждать больного приходится сталкиваться ежедневно, особенно если принять во внимание, что около половины пациентов, согласно данным зарубежной статистики, не выполняют назначения врача. Поэтому для многих больных выписанный рецепт или рекомендация врача является не более, чем информацией к размышлению. Прямые, лобовые советы (уехать из данного города, уйти с этой работы и прочее), как правило, вызывают сильное сопротивление больного. Любопытно, что явное сопротивление(когда пациент честно отказывается выполнить совет врача), является обычно не таким сильным, как скрытое (когда на словах больной обещает все сделать и ничего не выполняет фактически). Лучше прямых советов работают косвенные приемы убеждения. Психологическое клише: «Я бы на Вашем месте, может быть, сделал бы так...» Эффект косвенного внушения связан с тем, что оно вызывает минимальное сопротивление больного. Однако значимая информация должна исходить от значимого человека. Если контакт с боль-ным формальный, то лучше подыскать референта из окружения больного (друга, родственника), который по совету врача доведет до больного эту необходимую информацию. Быстро и эффективно может помочь найти референта в окружении больного.

В литературе приводится ряд конкретных методов(техник) убеждения.

1. Метод выбора. Больному следует описать все «за» и «против» (например, положительные и отрицательные стороны его жизни после какой-либо операции), подвести его максимально близко к решению окончательного выбора, который он делает сам.

2. Метод сократовского диалога (метод семи «да»). Врачу следует подготовить

7 вопросов, на которые больной ответит утвердительно. Последним идет то, в чем не-обходимо убедить пациента. Не гибкие больные по инерции отвечают «да» и на последний вопрос.

3. Метод авторитета. Психологическое клише: «Консультант считает, что...»

4. Метод вызова. Психологическое клише: «Если Вы не сможете бросить курить, я Вас пойму, поскольку справиться с этим может только очень волевой человек». Метод практически не работает при убеждении женщин.

5. Метод дефицита. Определенная группа больных считает, что дефицитная процедура априорно считается хорошей. Поставив больного в ситуацию дефицита (например, очереди на консультацию или исследование), удается без психологических потерь перейти через необходимость самой процедуры. Метод лучше работает при убеждении женщин.

6. Метод проекции ожидания. Психологическое клише: «Вы, как умный человек, конечно, согласитесь со мной, что...»

Вышеприведенные техники прямого убеждения «работают» гораздо лучше при разовых встречах с больным, а при длительных и тесных контактах большее значение приобретает эмпатийная искренность врача.

**Спор и конфликт**

Споры нужны и в медицине, и в жизни. В спорах мы становимся умнее и логичнее. Знание, преподнесенное больному в беседе, всего лишь информация к размышлению. Знание, полученное в споре, становится убеждением. Спор– борьба, и побеждает тот, кто лучше вооружен. Однако врачу следует помнить, что нужно различать два вида споров. Есть споры конструктивные (реалистические, предметные), где ищется истина и больной восполняет свой дефицит информации. И есть споры конфликтные, софистические (нереалистические, беспредметные), где не истина важна, а необходима побе-да любой ценой. В первую группу споров с больным врачу вступать можно и нужно. Во вторую врача, как правило, втягивают насильно. Последний конфликтный спор надо распознавать сразу: он ведь тоже рядится в поиски истины. Признаки конфликтного спора следующие: нежелание и неумение слушать противника, монолог, а не диалог; переход с истины на дискредитацию личности противника; предубежденность; эмоциональная

агрессия; демонстрация своей значительности; порицание и осуждение, особенно огульное, всеобщего характера, что является неосознанным стремлением повысить свою самооценку. Этот тип конфликтов нередко обуславливается предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу.

**Беседа: общая структура**

Особенности беседы, ее структура зависят от поставленных задач, личности и опыта врача, характера заболевания и этапа лечения. Однако можно выделить и некоторые общие элементы структуры и последовательности каждой беседы. Акценты на том или ином элементе беседы могут быть различными в зависимости от характера болезни и ее этапа, методов лечения и личности больного.

**Первым ее элементом** является установление психологической атмосферы дове-рия и откровенности в общении терапевта с пациентом. С этой точки зрения ошибоч-ным является чрезмерное«выпытывание» больного при сборе анамнеза. Как правило, такая сверхнастойчивость врача вызывает сопротивление, уход и замкнутость пациента. Желательно начинать диалог с уточнения анкетных данных в стиле взаимного знакомства, а не допроса. Это позволит с первых минут задать необходимый тон общения и быстро психологически взаимно адаптироваться. В процессе беседы врач должен проявлять терпимость к человеческим слабостям и категорически избегать роли моралиста. Явно выражаемая врачом моральная оценка негативных поступков больного неизбежно несет в себе элемент осуждения, что затруд-няет контакт и толкает больного на сокрытие некоторых эпизодов жизни, которые, возможно, существенны для понимания причины болезни. Это, конечно, не означает того, что врач одобряет негативные поступки больного, но он принимает его таким, какой он есть. Основная задача врача– лечение, и каждый больной, независимо от его личностных особенностей, имеет право на максимально возможную медицинскую помощь.

Внешний вид врача, поведение, поза, выражение лица– все должно демонстрировать больному искреннюю заинтересованность беседой и участие в проблемах больного. Не следует, однако, забывать и то, что диалог с больным– это не праздный разговор, а довольно напряженная работа как врача, так и больного. Поэтому следует избегать и другой крайности– выслушивания нецеленаправленного "излияния" больного.

Необходимо умелое управление ходом беседы с больным, и инициатива в общении должна принадлежать врачу.

**Вторым элементом беседы** является предоставление больному необходимой и понятной информации относительно болезни и лечения. В беседе не следует употреблять специальную медицинскую терминологию. Несмотря на очевидность этого положения, студенты старших курсов и молодые врачи регулярно его нарушают. Вероятно, это обусловлено характером обучения, необходимостью освоения профессионального языка. Число терминов, которыми должен овладеть студент-медик, по объему эквивалентно изучению трех иностранных языков. Усвоить такой объем информации можно, лишь постоянно используя ее. Все студенты и начинающие врачи вначале испытывает серьезные трудности при общении с больным, который о своем заболевании рассказывает бытовым языком и способен воспринимать только лишенные медицинской терминологии вопросы. Кроме того, не следует забывать, что понятные для больного разъяснения, его просвещение способствуют усилению веры больного в врача как знающего специалиста.

**Третьим элементом беседы** является обсуждение с пациентом динамики проявлений болезни и хода лечения. Здесь важно согласование с больным поэтапного выполне-ния лечебных задач, степени и формы участия самого больного в лечебном процессе. Врач активно поддерживает адекватное этапу болезни поведение больного и сдерживает нежелательные поведенческие реакции.

**Четвертым элементом** беседы может быть обсуждение какой-либо проблемы больного, связанной с жизненной ситуацией, межличностным или внутриличностным его конфликтом. Интерпретация обсуждаемой проблемы в случаях неврозов или другой психогенной патологии направляется на осознание пациентом связей между особенностями конфликта, нарушенной системой его отношений, патогенной ситуацией и функциональными болезненными расстройствами.

**Пятой, з**аключительной, частью беседы является подведение итогов. В каждой беседе важно точной формулировкой определить достигнутое и наметить дальнейшие задачи лечения. Не следует забывать подчеркивать соответствующее участие самого больного в процессе лечения.

Строя общение с больным, целесообразно понимать, что лучше всего усваивается конец беседы, хуже– начало и совсем плохо– середина беседы. Эмоциональный накал в конце беседы приближает ее к внушению в состоянии бодрствования. После первой же беседы больному необходимо хоть приблизительно знать свою лечебную перспективу и иметь надежду. Если невозможно дать надежду, то хорошо бы поставить цель. Это делает больного активным участником своего выздоровления.

**Познавательный аспект беседы**

Врач является важнейшим источником сведений, нужных для больного, особенно на первом этапе лечения, уже при первой их встрече. Эти сведения касаются характера болезни, прогноза течения ее, методов лечения и перспектив выздоровления. Для врача важно знать особенности собственной «концепции» пациента о болезни, его представлений о ее причинах, выраженности у него чувства угрозы для жизни и эмоционального стресса на факт заболевания, влияние болезни на социальную ситуацию («масштаб переживаний» больного). С учетом этих данных и особенностей личности больного врач по уточнении диагноза передает пациенту свое понимание болезни и обсуждает с ним методы лечения. Устранение дефицита информации– важнейший аспект любой беседы и суть малой повседневной психотерапии лечащего врача, по Б.Е. Вотчалу (1972). Искусство заключается в том, кому и сколько сказать. При этом никогда не следует давать больному оснований уличить врача в обмане. Известные трудности представляет сообщение диагноза больному с тяжелым и малокурабельным заболеванием, объяснение его сущности и прогноза. Больной обычно знает или догадывается об истинной природе заболевания. Однако неуточняющие объяснения врача поддерживают у него механизмы психологической защиты по типу "от-рицания", которые и создают двойственную позицию в представлениях больного о диагнозе и тем самым сохраняют надежду на возможность благоприятного исхода. Основное условие, которое следует учитывать при сообщении диагноза, – знание того, что хочет и что боится услышать больной. Главное требование при сообщении диагноза и прогноза– это щажение чувств больного и его родных. Никогда не следует обманывать. Лучше недоговорить, чем обмануть. Надо подбирать слова, чтобы они ободряли и в то же время не давали повода больному и его родным говорить, что врач их обманул или ошибся. Прогнозирование в медицине всегда представляет собой сложную задачу. Очень часто то, что представляется больному и его родным неопасным, нетяжелым, на самом деле вовсе таким не является. Важно умение так отвечать на вопросы о прогнозе, чтобы избежать ятрогенного воздействия.

При сообщении прогноза, особенно если он неблагоприятный, надо быть экономным в словах. Не стоит вдаваться в подробности и прибегать к специальным терминам. Там, где это возможно, хорошо бы указать приблизительные сроки в изменениях течения болезни к лучшему. Более подробно описываются лекарства, порядок их приема, каковы они на вид и вкус и как себя вести после приема препаратов.

**Эмоциональный аспект беседы и самоконтроль врача**

Наряду с потребностью в разъяснениях, больной всегда испытывает потребность в определенном характере эмоционального общения с врачом. Больному важно видеть в враче не только хорошего специалиста, но и человека, который поймет его переживания, связанные с болезнью и его жизненной ситуацией. Основу такого контакта между врачом и больным составляет доверительность. Обычно речь идет о доверии больного к врачу, и сама ситуация болезни и ее лечения содействует его повышению. Однако немаловажное значение имеет и определенная степень доверия врача к своему больному. Последнее является существенным фактором, определяющим характер эмоциональной дистанции между терапевтом и пациентом. Здесь следует различать жалость(«мне жаль Вас»), симпатию(«я сочувствую Вам») и эмпатию («я с Вами»). Эмпатический подход необходим врачу прежде всего

как человеческое отношение к пациенту, именно он необходим для углубления доверительного контакта.

Беседуя с пациентом и наблюдая за ним, врач нередко акцентирует внимание лишь на его реакциях и поведении и значительно реже–на своих собственных чувствах и поведении. Врачу следует помнить, что суть межличностного общения состоит в постоянном действии «обратной связи». Врачу необходимо поддерживать в себе определенный эмоциональный самоконтроль, чтобы сохранить благожелательность даже при раздражительности, неадекватных реакциях и неадекватных установках больного. Скрываемое или недостаточно осознаваемое врачом негативное отношение к пациенту приводит к ухудшению контакта, так как больной улавливает невербальные проявления эмоций (мимика, жесты, интонации голоса) и тем самым получает представление об истинном отношении к нему врача. Невербальное поведение врача особенно обостренно воспринимается мнительными и недоверчивыми пациентами. Они часто больше верят выражению лица врача, чем его словам, и это иногда может послужить источником "немой" ятрогении. В отношении таких пациентов весьма важным является убедительность и уверенность в разъяснении всех вопросов и сомнений больного. Врач также должен понимать, что его собственные чувства и отношения могут, в силу нарушения взаимоотношений с больным,

влиять на правильность клинического анализа больных.

**Основные формы психологического**

**взаимодействия между врачом и больным**

После установления контакта между врачом и больным процесс общения приводит к созданию определенных форм взаимодействия между врачом и больным, которые устойчиво сохраняются в ходе терапии или изменяются на разных ее этапах. С точки зрения характера активности врача и степени участия больного в лечебном процессе можно выделить две основные формы их взаимоотношения: руководство и сотрудничество (партнерство).

Руководство – врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается

сравнительно малоактивным. Руководство представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю ответственность за основные вопросы в период лечения берет на себя. Нередко такой врач наделяется «магическими» качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Эти больные воспринимали врача как доминирующую силу и были ориентированы на подчинение по типу «врач знает все, больной– ничего». Некоторым больным с относительно незрелой личностью, нуждающимся в руководстве, в авторитетных советах, этот тип контакта был необходим, для них он был эффективен на первом этапе лечения. Недостатком этого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также нередко зависимость от врача по завершении лечения. Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованы, когда они касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда затрагиваются морально-ценностные вопросы. В этих случаях неизбежно отражаются собственные ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у больного(например, проблемы брака, выбора профессии или перемены работы).

Партнерство – это модель не авторитарного сотрудничества, союза и предполагает активное участие больного в лечебном процессе, развитие его самостоятельности и ответственности в выборе альтернативных решений. Сотрудничество наиболее эффективно у больных, стремящихся противодействовать болезни. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые им действия, оставляя право принятия решения за больным. Врач избегает давать прямые указания, рекомендации, советы относительно реальных жизненных проблем своего пациента, поскольку такое поведение может подкреплять тенденции ухода от принятия решений им самим. Если на первом этапе лечения врач избирает стиль «руководства», то в последующем он может стремиться к установлению сотрудничества(партнерства) в общении с больным. На разных этапах лечения отношения между больным и врачом выполняют разные функции.

На первом этапе лечения доминирует установление взаимопонимания, согласование целей лечения.

На втором этапе лечения более определенно структурируется система взаимоотношений между больным и врачом, устанавливается стиль ролевого поведения каждого из них и степень участия в лечебном процессе. Врач использует взаимоотношения с пациентом как лечебный инструмент(эмоциональная поддержка, коррекция межличностного опыта, конфронтация и т.д.).

На третьем этапе лечения врач снижает свою активность, способствует углублению самостоятельности и независимости пациента. Наиболее распространенным подходом к пониманию взаимоотношений врача и больного в отечественной медицине является представление об активной позиции врача, который, однако, избегает крайностей директивного и недирективного стилей.

**Характер заболевания и тип контакта**

Немаловажным фактором, который определяет формы взаимодействия врача и больного, является характер заболевания. Руководство как модель полностью доминирующей позиции врача включает много вариантов. В случае, например, коматозного состояния и при выходе из него или в си-туации операции больной совершенно беспомощен и пассивен, всю ответственность врач в данных условиях берет на себя, лечение осуществляется без активного сознательного участия больного. Если же заболевание протекает остро (инфекции, травмы и т.д.), но с сохранением сознания, то пассивность больного уже не носит абсолютного характера.

Врач обсуждает с ним ряд вопросов лечения, дает советы относительно поведения в данной ситуации.

Другая форма взаимодействия врача и больного– сотрудничество(партнерство) – также может иметь различные варианты в зависимости от характера заболевания, мето-дов лечения. Эта форма взаимодействия особенно важна при хроническом течении заболевания, при неострых психических расстройствах или в период интенсивных реаби-литационных мероприятий, т.е. в тех случаях, когда необходимо соучастие больного в лечебном процессе.