**Лекция №7: Психология врача**

*План лекции:*

• Психология врача

• Мотивации выбора врачебной профессии

• Личные качества врача

• Профессиональная адаптация и деформация

• Синдром эмоционального сгорания

Мотивацию выбора врачебной профессии определить достаточно трудно и не только потому, что мотивации весьма разнообразны. Изучать мотивации вообще сложно, так как такие исследования чаще всего используют материалы анкетирования студентов. При таком методе исследования реальные, но скрытые мотивации как раз и не выявляются, а выявляются скорее некие декларируемые социально приемлемые мотивации.

Кроме того, следует говорить о нескольких мотивациях: прихода в медицину вообще, поступления в вуз, выбора конкретной медицинской специальности. Мотивации нестабильны и меняются (при поступлении в институт и его окончании, при поступлении на работу и в процессе работы).

1) Продолжение семейных традиций. Мотивацию может определить атмосфера семьи, которая может программировать человека на поступление в медицинский вуз, что особенно характерно для врачебный семей. Во многих странах мира абитуриентов из врачебных семей при поступлении в медицинский вуз принимают более благожелательно. Предполагается, что по опыту семьи эти абитуриенты знают не только плюсы врачебной профессии, но и ее минусы.

2) Благодарность за выздоровление. Иногда мотивация стать врачом возникает после длительной болезни и выздоровления, и выбор профессии врача становится своего рода платой за выздоровление: «Я хочу быть благодарным врачам за то, что меня вылечили, и буду врачом, чтобы спасать других людей».

3) Очень часто мотивацией выбора профессии врача является престижность, которая имела и имеет место в большинстве стран мира. (В советское время особенно романтическими представали профессии хирурга и офтальмолога. Традиционный сюжет книг или фильмов тех лет, когда из операционной выходит усталый профессор с седыми висками и говорит: «будет жить!». Или врач после многочасовой операции снимает больному повязку с глаз, и слепой начинает видеть вновь. Это красиво. Такая пропаганда в художественных образах некоторых врачебных профессий, несомненно, играла роль в мотивации их выбора. Точно также играло роль и замалчивание некоторых профессий. Среди врачебных профессий есть и неромантические, например, труд врача-проктолога. А это трудная и нужная профессия. Или врача-инфекциониста. О ней вспоминают только тогда, когда речь идет о массовых эпидемиях какой-либо страшной инфекции).

4) Еще одной мотивацией является повышение самоуважения: спасать жизни других людей – благороднейшая профессия. Этот тезис не оспаривается ни одним обществом в мире. Врач – человек, достойный уважения.

5) Иногда мотивация – стремление помочь своим близким, которые больны. Это довольно наивная мотивация, построенная на следующей идее: «Никто не смог вылечить моего родственника, а я выучусь на врача сам и смогу его вылечить».

6) Еще одной мотивацией является стремление к самопознанию. Чаще всего такие люди стремятся идти в медицинскую психологию и психотерапию под девизом: «Я хочу научиться лучше узнавать свои чувства, свои мысли, я хочу лучше контролировать себя».

7) Иногда мотивацией становится чисто материальная выгода от профессии, особенно сейчас, когда существует частная медицина и возможность высоких заработков.

8) Бывают и совершенно аморальные мотивации выбора врачебной профессии: получение власти (больной на операционном столе, например, полностью во власти врача. То же самое можно сказать о больных в реанимационном отделении. Судьба многих больных в психиатрической больнице тоже находится в руках врача-психиатра). Чувство власти над чужой жизнью, над чужой судьбой – одна из мотиваций прихода в медицину.

Как меняется мотивация на протяжении учебы в вузе? Абитуриент может придти с романтической мотивацией, с мечтами стать великим врачом, избавителем от болезней, но, столкнувшись с реальностью врачебной деятельности, мотивация меняется…

Трудно предложить некий универсальный набор качеств, которыми должен обладать врач. Но медицина имеет и некоторые специфические особенности. Например, врач, в отличие от человека, работающего с техникой, а не с людьми, обязательно должен обладать способностью высокой эмпатии. Практикующий врач должен иметь мотивацию на общение. Ему необходимо умение понимать все нюансы человеческого поведения. Врач должен уметь управлять своими чувствами. Есть границы эмпатии, которые врачу не следует переходить, сострадая своему пациенту.

Врач должен обладать целостным (или системным) знанием о человеке, о личности больного. Врач должен обладать высокой культурой и иметь разносторонние знания в области литературы, истории, музыки, живописи, общественной жизни, чтобы пользоваться авторитетом среди больных. В некоторых врачебных специальностях (психотерапия) знания в данных областях профессионально необходимы.

Врач должен иметь постоянное стремление к самопознанию. Не только к самоусовершенствованию, повышению квалификации, а именно к самопознанию, поскольку во врачебной деятельности большую роль играют защитные механизмы личности самого врача, которые вмешиваются и в диагностический, и лечебный процессы. Самопознание необходимо для того, чтобы контролировать собственные психологические защиты, комплексы и чувства, искажающие действительность.

Кроме того, врачу необходимо терпение и умение слушать. Человеку намного труднее слушать, чем говорить. Диалоги людей часто превращаются в прерывистые монологи: человек высказался и ждет, когда выскажется другой, не слушая его, переждал и опять продолжает свое высказывание. При этом они бывают очень близки по теме разговора, но очень далеки по его сути. Профессия врача предусматривает умение и навык активного слушания.

Врач должен иметь широкий кругозор, разносторонние интересы, быть воспитанным, нравственным человеком. Для врачебной деятельности очень важны и такие личностные качества, как терпение, умение владеть собой, справедливость, личное обаяние (внешне положительно воспринимаемый человек субъективно воспринимается и как более компетентный специалист), оптимистичность, правдивость, скромность, самоотверженность, честность.

Все перечисленные качества редко бывают даны человеку от рождения. Обучаясь профессии врача, человек овладевает суммой определенных необходимых знаний и профессиональных навыков для выполнения профессиональной деятельности. Но, к сожалению, не было специальных курсов для совершенствования его личностных особенностей, личностного роста и самопознания, получению навыков коммуникации межличностного взаимодействия. К сожалению, в нашей стране пока малоразвиты такие формы, как Балинтовы группы, работа с ко-терапевтом, так называемые Т-группы (тренинговые группы), группы личностного роста, которые позволяют врачу научиться идентифицировать и открыто выражать свои чувства.

Какие чувства возникают чаще всего у врача в процессе его повседневной работы? Прежде всего, это чувство страха, которое появляется, когда врач испытывает затруднения в выборе лечения нового больного, когда от его действий зависит жизнь и здоровье пациента. Особенно это чувство усиливается, когда он работает в одиночестве. Но даже и при работе с коллегами, ответственность за пациента врач все равно несет сам. И это приводит его еще и к другим чувствам – чувству одиночества (никто, кроме него, не поможет этому человеку) и чувству вины. Если он оказывается неуверенным и перекладывает ответственность на другого врача, то это приводит к снижению его самооценки. Для врачей характерны выраженные депрессивные реакции.

Американские исследования трех профессий – архитекторов, юристов и врачей – тех профессий, которые одинаково престижны, примерно одинаково оплачиваются и имеют примерно одинаковый сроки обучения, показали, что среди врачей самый высокий процент самоубийств, депрессий, употребления алкоголя и наркотиков, значительно выше частота психосоматических заболеваний и короче продолжительность жизни.

Профессия врача рассматривается как весьма напряженная, связанная с высоким уровнем стресса и поэтому большое значение имеет то, как врач адаптирован к своей профессии.

**Средняя выраженность стресса у представителей различных профессий** (Купер К., 1985)

Профессии Средняя выраженность стресса по десятибалльной шкале

Шахтер 8,3

Полицейский, пилот гражданской авиации, тюремный надзиратель, журналист 7,5-7,7

Стоматолог, актер, политик 7,0-7,3

Врач, работник налоговой службы, режиссер 6,5-5,8

Пожарный, музыкант, учитель 6,2-6,3

Менеджер, профессиональный футболист, продавец 5,7-5,8

Водитель автобуса, психолог 5,2-5,4

Фермер, дипломат, военнослужащий 4,4-4,8

Парикмахер, секретарь, дизайнер, инженер 4,2-4,3

Экономист, почтальон, статистик, архитектор 3,8-4,0

Лингвист, банкир, астроном, инструктор ЛФК 3,4-3,7

Библиотекарь, работник музея 2,0-2,8

Профессиональная адаптация заключается в определенной эмоциональной сопротивляемости к стрессовым ситуациям, когда врач должен действовать хладнокровно и оказывать необходимую помощь людям в состоянии эмоционального стресса (учится адекватно реагировать на чужую боль, страдания больных, кровотечения и другие повреждения, смерть и на какие-то ситуации, которые у людей другой профессии вызывают отвращение, например, на общение с очень ему неприятным человеком, с которым бы в частной жизни он не стал бы даже разговаривать, но в силу профессиональных обязанностей должен ему помочь. Вообще, психология начинающего врача ближе к психологии больного, а не врача). Адекватное реагирование на негативные стороны врачебной профессии и есть профессиональная адаптация врача.

К адаптации стоит отнести и адекватное реагирование на безмерные похвалы пациентов, которые могут приписывать свое выздоровление лично врачу. Нельзя также поддаваться чувству злобы и горечи в тех случаях, когда пациенты не оценили старания врача и даже пытались причинить ему вред жалобами в вышестоящие инстанции.

Действительно, по роду своей профессии врачу все время приходится сталкиваться с проблемами, несчастьями, страданиями и смертью других людей. Это вызывает защитную реакцию – реакцию утомления и реакцию утраты интересов. Возникает некий профессиональный цинизм: «Все равно всех больных не вылечишь, значит, необязательно и стараться». Если такие реакции врача продолжительны, то они вызывают деформацию личности. Любая адаптация может перейти в деформацию, когда врач становится бесчувственным к чужим страданиям, когда, по механизму реактивного образования, он начинает цинично относиться к смерти. Очень характерна реакция профессионального цинизма, быстро развивающаяся у студентов, когда на первом курсе они испытывают страх анатомички, а уже на втором бравируют тем, что завтракают рядом или даже на анатомическом столе.

Каждая профессия способствует развитию человека, совершенствованию его профессиональных и личных качеств, но может приводить и к негативным изменениям личности. Очень важным понятием является и так называемая «профессиональная деформация» личности медицинского работника, которая постепенно происходит на основе профессиональной адаптации. Выражением профессиональной деформации являются появление черствости, бездушия, цинизма, использование медицинского жаргона. Профессиональная деформация личности во многом носит подсознательный характер. Она может сказываться на взаимоотношениях в коллективе, так и с пациентами, приводя к возникновению у них ятрогенных расстройств.

Иногда пациент или его родственники могут принять за профессиональную деформацию то, что таковой не является. На определенных стадиях диагностики и лечения (например, при проведении анализов, в процессе операции) вполне правомерен подход к человеку, как к «клиническому объекту». Другое дело, когда врачи игнорируют личность больного на всех стадиях лечебного процесса. По мере развития научно-технического процесса число таких врачей увеличивается. Возрастающая специализация медицины также способствует тому, что каждый узкий специалист в медицине занят своей областью, видит в человеке организм (или даже орган) или клинический случай, а не личность (введение института семейных врачей, помимо всего прочего – шаг в направлении к интегративной медицине).

Примером профессиональной деформации является:

• подход к человеку, как к носителю симптома (бывают случаи, когда врач видит перед собой не пациента, а только его болезнь. Эта деформация приводит к тому, что становится неважно, какие страдания будет испытывать пациент при врачебных манипуляциях…);

• использование определенного профессионального жаргона (сленг типа «в этой палате 2 язвы» – т.е. 2 больных с язвенной болезнью; почти узаконенные определения типа «язвенник», «легочник»);

• профессиональное восхищение (восторженный рассказ, особенно в присутствии не медиков о проведенной операции – «какая прекрасная ампутация»; при осмотре страдающего, переживающего больного – радостное восклицание «Какой интересный случай!»)

• ведение диалога с пациентом с трудно скрываемым раздражением, демонстрация собственной значимости и занятости;

• награждение пациентов обидными прозвищами;

• снисходительное, пренебрежительное отношение к больным, в том числе когда врач вне обхода (например, в коридоре отделения) практически «в упор» не замечает их (это в значительной мере связано с низкой культурой, невоспитанностью).

• привычка некоторых врачей использовать пациентов для решения своих проблем, вымогательство денег, отказ в бесплатной медицинской помощи даже тогда, когда это жизненно необходимо больному (в этих случаях для врача главным становится не сам пациент, а сумма вознаграждения за его лечение. При этом будут необоснованно удлиняться сроки лечения или врач может взяться за те случаи, в которых он малокомпетентен, лишь бы не упустить вознаграждения). Это является нарушением моральных обязательств врача, которые он берет на себя, получая диплом о высшем медицинском образовании (низкая зарплата врачей и коммерциализация медицины способствуют процветанию этих негативных проявлений).

Вообще в последние годы проблеме профессиональной деформации уделяется большое внимание. Это касается личности людей так называемых помогающих профессий (учителей, психологов, социальных работников, врачей). Даже тщательный отбор для работы в этих областях людей, способных к сопереживанию, не может противодействовать нарастающему формализму, отстраненности, раздражению, которые появляются у них через несколько лет работы.

Это явление было названо **синдромом выгорания** (burnout syndrome). Классическое его описание включает эмоциональное истощение, разочарование и недовольство своими достижениями. Практически всегда возникают раздражение по поводу поведения как пациентов, так и коллег, сомнения в правильности выбранной профессии, склонность к стереотипам в мышлении, формализм, чувство утраты смысла жизни. Описаны и физические жалобы: нарушения сна, аппетита, колебания артериального давления, боли в мышцах и суставах, обострение психосоматических заболеваний. Крайне негативными последствиями выгорания бывают злоупотребление психотропными средствами и алкоголем, прием наркотиков и стимуляторов.

Термин «эмоциональное сгорание» был впервые использован американским психиатром Х.Дж.Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, работающих с клиентами (пациентами) в условиях эмоционального напряжения. Это относится и к таким профессиям, как педагог, психолог, журналист, юрист, продавец. Социальный психолог Кристина Маслач определила понятие «эмоциональное выгорание» как синдром физического и эмоционального истощения, включающий развитие отрицательного отношения к самому себе и к своей работе, утрату понимания и сочувствия к пациентам.

Известна альтернативная эмблема медицинской деятельности, предложенная в XVII веке голландским врачом Николасом ван Тюльпиусом – горящая свеча с девизом «Светя другим, сгораю сам». Конечно, выгорание не предполагает смерть, но профессиональная деформация личности часто создает трудности в дальнейшей работе врача.

Среди причин профессиональной деформации называют социальные факторы и факторы среды (место работы, психологический климат в коллективе), а также личностные факторы.

Какие факторы связаны с повышенным риском возникновения синдрома эмоционального выгорания у врачей?

**Социально-средовые факторы:**

• плохая материально-техническая база, отсутствие медикаментов и пр. (неэффективность проводимого лечения в данном отделении);

• нехватка медицинского персонала, частые дежурства, высокая напряженность работы, отсутствие необходимого отдыха;

• длинный рабочий день, монотонность труда, нечеткость поставленной цели;

• ограничение права врача на свободу выбора (стиля жизни, направления научного исследования);

• отсутствие возможности служебного и личностного роста (препятствия для повышения квалификации, внедрения новых методов и технологий);

• несоответствие нравственных и этических требований к профессии реальной ситуации на рабочем месте (длительные конфликтные ситуации в коллективе, неблагоприятная психологическая атмосфера).

• неэффективное руководство (неуважение сотрудников, непризнание их заслуг, критика инициативы, невнимание к бытовым проблемам);

• принижение социального статуса профессии (в том числе, низкая оплата труда, несправедливое распределение премий, надбавок);

• различные семейно-бытовые проблемы.

**Личностные факторы:**

• завышенный уровень притязаний;

• идеализм и недостаточная связь с реальностью;

• неумение критически оценивать неблагоприятные внешние факторы;

• низкая устойчивость к стрессу;

• особый склад личности с преобладанием самоотверженности и романтического отношения к профессии.

(Вообще, можно выделить три жизненных установки, три модуса человеческого бытия (А.Р.Фонарев):

• Модус служения, когда главное жизненное отношение – любовь к другим людям;

• Модус социальных достижений, когда основное отношение к жизни – соперничество;

• Модус обладания, когда другие люди являются только объектами, средствами достижения своих целей.

Парадоксально, но именно модус служения часто инициируют возникновение и развитие симптомов эмоционального выгорания).

Некоторые психологи рассматривают эмоциональное выгорание как одну из психологических защит, которая развивается в ответ на хронический стресс в условиях, когда человек не может откровенно выразить свои чувства, и вынужден постоянно скрывать свои переживания от собеседника.

Обсуждается вопрос о том, все ли люди подвержены данной патологии или существуют какие-то черты личности, предрасполагающие к ней. Вероятно, эмоциональное выгорание можно наблюдать у любого человека, однако, патологические формы реагирования чаще отмечаются у людей ответственных, склонных выполнять избыток работы, даже вне рамок должностных обязанностей, испытывающих романтическое отношение к своей профессии, фанатично преданные своему делу.

Напряженность работы может двояко влиять на самочувствие человека. Наблюдения показывают, что и слишком тяжелая, требующая чрезмерного напряжения сил, работа и слишком легкая, не соответствующая квалификации человека, работа существенно повышают риск развития депрессии.

Неэффективное руководство также можно рассматривать как один из определяющих факторов формирования эмоционального выгорания. Принижение роли подчиненных, неуважение их достижений, противодействие карьерному росту резко снижают заинтересованность в работе, вызывают усталость и разочарование.

**Основные симптомы эмоционального выгорания** (по Абрамовой Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998):

• Чрезмерная усталость, утомление, истощение (после выполнения профессиональной деятельности);

• Бессонница, пессимизм, депрессия;

• Чувство вины, тревожность, ощущение бессмысленности происходящих событий;

• Психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания сердечно-сосудистой и пищеварительной системы, неврологические расстройства);

• Отрицательное отношение к выполняемой профессиональной деятельности (работа перестает приносить удовольствие);

• Негативное отношение к пациентам (вместо прежнего позитивного настроя);

• Негативное отношение к себе;

• Агрессивные тенденции (гнев и раздражительность) по отношению к коллегам и пациентам;

• Стереотипность личностных установок, стандартизация общения и деятельности, сужение репертуара рабочих действий, действия по шаблону, ригидность мыслительных операций.

Для предупреждения синдрома эмоционального выгорания важно уже в процессе подготовки врача:

• Помочь правильно выбрать профессиональную ориентацию;

• Знакомить со спецификой будущей работы (включая неприятные аспекты, которые могут стать причиной фрустрации);

• Формировать способности правильно устанавливать взаимоотношения с пациентами и коллегами.

Для профилактики и лечения эмоционального выгорания предлагаются различные релаксационные методики, но обычно их эффективность бывает невысокой.

Важнейшим фактором профилактики эмоционального выгорания следует считать удовлетворение потребности в реализации, которая является центральным понятием в гуманистической психологии. В профессиональной деятельности этому способствует карьерный рост, повышение квалификации, освоение новых методик и технических средств.

Однако удовлетворить потребность в самореализации можно не только в профессиональной деятельности – она может быть достигнута в семейной жизни, в воспитании детей, в увлечениях и хобби, во взаимодействии с друзьями.

В этом смысле нужно стремиться к разнообразию жизненных целей. Ограничение всех интересов только работой делает позицию человека очень хрупкой: любая неудача на работе может вызвать депрессию и чувство бессмысленности жизни. Избавиться от чувства неудовлетворенности помогает возможность поделиться своими мыслями о работе с членами семьи, с друзьями.

Эффективным средством преодоления эмоционального выгорания считают искреннее общение с коллегами, обсуждение своих проблем, совместный поиск решения. С середины XX века существуют так называемые балинтовские группы (по имени венгерского психолога М.Балинта), на который врачи обсуждают сложные вопросы из своей практики, обращая особое внимание не на диагностические, а на психологические аспекты врачебной деятельности.

**Лекция №8: Взаимоотношения врача и пациента**

*План лекции:*

* Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента.
* Теоретические основы взаимоотношений врача и пациента.
* Основные фазы развития отношений врача и пациента.
* Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
* Сложные случаи в общении врача и пациента.
* Врач, выступающий в роли пациента.

Взаимоотношения врача и пациента, с одной стороны, складываются согласно общим закономерностям формирования межличностных отношений, а, с другой стороны, имеют ряд специфических особенностей.

Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента.

Предпосылки для взаимоотношений врача и пациента складываются еще до знакомства, до того момента, когда больной входит в кабинет врача.

*Первой предпосылкой* является характер информации, которую пациент заранее собирает о враче, с которым ему предстоит общаться. При возможности выбора, пациент наводит справки о враче, советуется с теми больными, которые у него лечились, собирает отзывы его коллег по работе. Не без внимания остаются научная степень и должность врача, возможное наличие повышения врачебной квалификации (в том числе, зарубежных стажировок). Он пытается выяснить не только то, насколько хорошим специалистом является врач, но интересуется также его личностными, человеческими качествами. Пациенты интересуются и финансовым аспектом визита к врачу, что также зачастую определяет проблему выбора конкретного специалиста. Если больной не имеет возможности собрать необходимую информацию, он, во всяком случае, ожидая своей очереди за дверью кабинета, будет прислушиваться к разговорам других пациентов, касающихся профессиональных и личностных качеств врача.

К тому моменту, когда больной входит в кабинет врача, у него, как правило, сформировано более или менее отчетливое представление о докторе, с которым предстоит общаться.

*Второй предпосылкой* для формирования будущих отношений врача и его пациента является репутация того медицинского учреждения, куда обращается больной, которая во многом зависит от его уровня: медицинский университет, НИИ, городская больница, частная клиника и т.п.

В зависимости от репутации медицинского учреждения, у больного складываются определенные ожидания и установки.

Готовность увидеть в личности врача те или иные качества, ожидания определенного уровня профессиональной подготовки врача и оказываемой медицинской помощи – все это в определенной мере зависит от репутации медицинского учреждения. В соответствии со своими установками и ожиданиями больной будет вести себя в кабинете врача.

Наконец, *третьей предпосылкой* является то, насколько трудной и длинной была для больного дорога к нужному специалисту. Поведение пациента будет разным и в зависимости от того, утром он взял номерок к врачу или записался на прием заранее, пришел из соседнего дома или приехал из другого города, вынужден прийти на профилактический осмотр или приложил много усилий для того, чтобы встретиться с врачом. Все это будет определять состояние (раздражение, усталость, подавленность, агрессивность и т.д.) больного на момент начала общения с врачом.

Поведение пациента зависит от того, насколько трудной и длинной была дорога к специалисту.

Все три указанных фактора во многом определяют установку пациента на сотрудничество с врачом и должны учитываться последним, особенно на начальных этапах взаимодействия.

Теоретические основы взаимоотношений врача и пациента с позиций психоанализа

З.Фрейд одним из первых обратил внимание на некоторые общие механизмы и закономерности, которым подчиняются взаимоотношения врача и больного. Теоретические основы этих взаимоотношений, по З.Фрейду, опираются на два основных понятия - два механизма, включенных в, практически, любую ситуацию взаимоотношений врача с его пациентами.

**Трансфер (перенос)**

Механизм трансфера заключается в актуализации у пациента прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений со значимыми людьми и в переносе этих чувств на врача. По мнению Фрейда, врач подсознательно напоминает больному эмоционально значимую личность из его детства. Если рассматривать механизм переноса более широко, то отношение больного к врачу во многом обусловлен его прежним опытом общения с другими врачами, их отношением к нему, воспоминаниями детского возраста о первом опыте общения с «людьми в белых халатах». Если со стороны врачей человек видел к себе доброе, эмпатичное, участливое, высоко профессиональное отношение, то врач в сознании больного будет восприниматься положительно. В случае же равнодушного отношения, некорректного поведения, непрофессионального подхода больной будет склонен относиться ко всем врачам довольно негативно, враждебно.

**Антитрансфер (контрперенос)**

Механизм контрпереноса состоит в актуализации у врача прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений с другими больными, подчиненными, детьми и в переносе этого опыта на данного больного. Если больной ассоциирует врача, прежде всего, с родителем, опытным, знающим человеком, призванным облегчить его страдания, то врач ассоциирует больного с «ребенком», зависимым от него, нуждающимся в его помощи и поддержке. В зависимости от того, как складывались предшествующие эмоциональные отношения, врач переносит на больного положительные (положительный контрперенос) или отрицательные (отрицательный контрперенос) чувства.

При более общем рассмотрении этого механизма следует отметить, что у врача могут существовать стереотипы восприятия определенных категорий больных в зависимости от: нозологической принадлежности, возраста, пола, внешнего вида и т.д., что будет определять характер отношения к ним.

Самым оптимальным вариантом соотношения этих двух психологических механизмов является сочетание положительных переноса, с одной стороны, и положительного контрпереноса, с другой. В этом случае между врачом и пациентом будут складываться отношения взаимопонимания, уважения и доверия, терапевтического сотрудничества. Если же во взаимоотношениях имеет место отрицательный перенос или контрперенос, то, в первом случае, врачу следует попытаться понять, чем вызвано негативное отношение к нему со стороны больного (опыт прошлого общения с врачами; эмоциональное, психофизиологическое состояние пациента; тяжесть его соматического состояния и т.д.) и, по возможности, скорректировать его в позитивную сторону. Во втором случае, доктор должен справиться со своим отрицательным отношением к больному, разобравшись в его причинах, и если оно вызвано поведением или отношением самого больного, постараться отнестись к этому, как к одному из проявлений, симптомов болезни и, таким образом, восстановить свое душевное равновесие.

**Основные фазы общения врача и пациента**

Фаза контактная, т.е. **фаза установления контакта**. Это довольно короткая по продолжительности фаза, однако она является очень важной, т.к. на 40% определяет дальнейший успех общения с больным. Диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, особенностей речи, походки и т.д. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений встречи оценивает врача, а создающееся у него впечатление является фундаментом будущего психотерапевтического влияния.

Задача врача на данной фазе – создание доброжелательной атмосферы, формирование у больного впечатления, что врач хочет и может ему помочь.

Большую роль в решении этой задачи играет невербальное поведение врача: доброжелательные выражение лица и интонации голоса, открытая, естественная поза, устремленный на больного взгляд. Кроме этого, больной обращает внимание на внешний облик доктора и его рабочее место: врач должен быть одет в чистый халат, иметь опрятный внешний вид (без избытка косметики, украшений, парфюмерии), на рабочем месте врача должны быть чистота и порядок, необходимые инструменты и документация - под рукой. Все это создает у больного благоприятное впечатление о враче, как об аккуратном, организованном, ответственном человеке, и такому врачу больные в большей степени склонны доверять как специалисту.

**Фаза ориентации** - фаза, в которой врач, ориентируясь в установках, ожиданиях больного, стремится понять, в каком состоянии находится пациент и в какой помощи он нуждается. Зачастую, обращаясь к врачу, пациенты пребывают в различных состояниях, испытывают негативные эмоции - тревогу, страх, беспокойство, неуверенность, подавленность, разочарование.

Задача врача на этой фазе - снижение эмоционального напряжения у пациента для установления с ним продуктивного контакта.

В фазе ориентации необходимо дать больному возможность высказаться, отреагировать накопившиеся эмоции, освободиться от негативных переживаний. Если больной может проговорить свои переживания, рассказывая врачу о том, что с ним происходит, включается механизм, названный З.Фрейдом «катарсис» (в пер. - «очищение», «освобождение»), заключающийся в снижении эмоционального напряжения путем вербализации переживаний. На механизме катарсиса построено терапевтическое воздействие классического психоанализа. Кроме того, в течение рассказа больного врач получает возможность оценить его интеллект, память, уровень развития, особенности характера, что позволит выбрать подходящий тон в дальнейшей беседе.

Выслушивая больного, врач формирует несколько гипотез, касающихся предполагаемого диагноза, тяжести состояния больного, характера медицинской помощи, в которой он нуждается, которые проверяет в период следующей фазы общения.

**Фаза аргументации** – период активного взаимодействия врача с больным, в течение которого врач задает дополнительные уточняющие вопросы, выясняя важные для понимания состояния пациента детали, проверяет гипотезы, выдвинутые в предыдущей фазе, формирует собственное мнение.

Задача врача на этой фазе – проверка гипотез относительно причин состояния пациента и постановка, если возможно, диагноза.

Если в процессе общения с доктором пациент демонстрирует различные негативные эмоции, например, гнев, агрессию, раздражение, подавленность, апатию и т.п., врач должен постараться максимально проявить терпеливость, терпимость, тактичность по отношению к такому больному, что позволит изменить его эмоциональное состояние и, в дальнейшем, вызовет чувство благодарности и большего доверия к врачу.

В случае первого обращения пациента, врач также дает направления на лабораторные исследования, обследования других специалистов для установления окончательного диагноза. Если речь идет о повторном визите, то врач тщательно изучает всю имеющуюся у больного медицинскую документацию (результаты анализов, заключения специалистов и т.п.), ставит диагноз и делает необходимые назначения.

Во время беседы с больным не следует высказывать ему свои предварительные диагностические предположения, какими бы очевидными они не казались. Давать советы и рекомендации, делать заключение надо только после окончательного обследования, тогда слова врача приобретут особую значимость и убедительность. При этом сообщение диагноза больному должно носить скорее описательный характер, следует избегать сложных медицинских терминов и понятий, которые представляют трудность для восприятия больным и могут быть не совсем ему понятны.

**Фаза корректировки**, или обратной связи - заключительная фаза общения с больным.

Врач объясняет больному план лечения, осуществляет лекарственные назначения, а при необходимости - рекомендаций по режиму и диете. Кроме того, врач отвечает на возможные вопросы пациента, касающиеся его болезни, тактики лечения, возможного прогноза заболевания. Если у врача возникают сомнения в том, что больной все понял и запомнил, он должен собственноручно записать свои назначения и рекомендации, чтобы быть уверенным в их точном выполнении.

Задача врача в этой фазе убедиться в том, что больной правильно его понял, т.е. достижение комплаенса (согласия) во взглядах на болезнь и лечение.

Врач должен убедиться в том, что больной, сформировал объективное представление о своей болезни и готов выполнять все назначения. Врач кратко подводит итоги беседы, обобщая все сказанное ранее, при необходимости повторяя и акцентируя внимание пациента на самых важных моментах беседы. Врачу желательно не указывать четко очерченных календарных сроков излечения, тем самым не навлекая гнев и возмущение больного в дальнейшем в случае неоправданных прогнозов. Кроме этого, врач назначает дату и время следующего визита пациента. В заключении доктор должен сказать больному что-нибудь ободряющее и внушающее надежду на выздоровление или улучшение состояния.

**Сложные типичные пациенты**

«Неприятные» пациенты - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.

* Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.
* Медлительный пациент.
* Обстоятельный и дотошный пациент.
* Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.
* При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии.
* Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.
* Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходят к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, уринотерапия и т.п.).
* Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.
* Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.

**Профессионально значимые качества врача**

Коммуникативная компетентность врача – профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом - от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. Умение общаться или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных клинических задач. Психологическая сторона отношений «врач – больной» важная составляющая медицинского процесса. Пациент ориентируется не только на профессионализм, но и на чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он внушает доверие и уважение, внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки. В многочисленных исследованиях приводятся различные представления больных об образе врача. Самыми существенными были признаны следующие качества: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, то есть преобладали коммуникативно значимые черты.

Качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт, оцениваются пациентами особенно высоко.

Исследования Ташлыкова В.А.(1974) позволили составить общий для большинства больных образ «идеального» врача. Он включал в себя следующие 10 черт: ум, внимательность, увлеченность работой, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта , чувство юмора. В целом, больные предпочитали два типа врачей:

• «сопереживающий» (чуткость, доброта, терпеливость),

• «нейтральный» (рабочий тип общения, внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).

**Модели взаимоотношений врача и пациента**

Ранее существовало предположение, будто существует только один тип взаимоотношения между врачом и пациентом. Это неверно, были описаны следующие типы взаимоотношений, варьирующие в зависимости от количества ответственности, требуемой от врача и от пациента.

В рамках первой модели: «*активность – пассивность*» – врач берет на себя всю полноту ответственности заботы о пациенте. В ее крайней форме пациент вообще не способен на какие-либо реакции (находится без сознания, в коме и т.д.).

Второй тип взаимоотношений – это модель «*руководства – сотрудничества*». Здесь пациент следует инструкциям. В стоматологии это реплики врача типа «откройте рот шире», «поверните голову» и т.д.

Третья модель называется «*взаимное участие*». В этой модели врач дает инструкции, а пациент должен выполнить необходимые действия, то есть он сам должен отвечать за улучшение собственного здоровья. Например, для лиц с хроническими заболеваниями врач может прописать медикаменты, и пациент должен принимать их в соответствии с определенным расписанием. Для профилактики болезни может быть предложено изменение диеты, физической нагрузки, отказ от курения, и пациент так или иначе должен сам обеспечить выполнение этих рекомендаций.

Более детально структуру взаимоотношений врачей и пациентов изучил Роберт Вич (1992), который выделил четыре модели взаимоотношения врач-пациент, характерную для современной культуры: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную:

• **Техническая** (инженерная). В данной модели пациент является «неисправным механизмом, который нуждается в починке». Личность пациента не учитывается. Есть только физическая проблема, которую нужно устранить. Данная модель характеризуется тем, что в её рамках пациент воспринимается как безличный неисправный физиологический механизм, в котором врач должен выявить и восстановить какие-то функции или устранить поломки в организме пациента. Врач использует биохимические, биофизические, рентгенологические и другие методы диагностики. Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту, когда пациент не участвует в обсуждении процесса лечения, межличностный аспект здесь целиком игнорируется. В современной медицине врач действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и часто выполняет технические функции. Примером может служить хирургический конвейер в глазной клинике Святослава Фёдорова.

• **Патерналистская**(сакральная) (от латинского pater - отец). Врач здесь рассматривается как «родитель», а пациент как «неразумное дитя». Врач сам определяет, что является благом для пациента. Здесь уделяется внимание личности пациента, но лишь с точки зрения моральной поддержки. Этот тип отношений между врачом и пациентом характеризуется тем, что их отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина, или отца и ребёнка, наставника и ученика. При этом врач берет всю ответственность на себя, относится к пациенту с заботой, любовью, милосердием и справедливостью, эти принципы были отражены в клятве Гиппократа. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий, а в нашей стране и сейчас остается наиболее распространённой. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник – подчинённый».

• **Коллегиальная**. Данная модель в своем крайнем варианте является пациент-центрированной. Пациент здесь играет активную роль, с ним согласовываются все решения врача. Модель характеризуется полным взаимным доверием медперсонала и пациентов. Здесь господствует принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации и имеет возможность реализовать свое право на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между врачом и пациентом скорее исключение из правила, поскольку пациент чаще всего некомпетентен в вопросах терапии, что может негативно влиять на её эффективность. Достоинства коллегиальной модели проявляются при хронических заболеваниях, часто она используется в психотерапии недирективного направления.

• **Контрактная**. Взаимоотношения врача и пациента базируются на негласном (в некоторых случаях, правда, оформляемом процессуально-юридически) договоре о взаимном уважении прав друг друга. Пациента оповещают о том, как проходит лечение, от него не скрывают информацию, но решение принимает врач, обосновывая его для пациента. В рамках этой модели взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание, в котором каждая из сторон несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Именно эта модель предполагает последовательное уважение прав пациента.

Данные модели взаимоотношения являются идеальными конструкциями. Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния больного, характера заболевания.

**Врач в роли пациента**

Бывают случаи, когда врач, заболев, не может справиться с болезнью собственными силами, и ему приходится обращаться за помощью к своим коллегам и выступать в роли пациента. Несмотря на существующие взгляды, что здоровье врачей лучше, чем в среднем в популяции, это далеко не так. Что касается тяжелых заболеваний, в частности, онкологических, врачи склонны обращаться за помощью позже, чем другие больные, не имеющие медицинского образования, они до последнего момента занимаются самодиагностикой, самолечением, и тем самым упускают драгоценное время, когда болезнь еще находится в начальной стадии.

С одной стороны, общение с заболевшим врачом облегчается тем, что в беседе с ним можно использовать сугубо медицинские термины и понятия и быть уверенным, что собеседник все поймет правильно, врачу легче соблюдать все медицинские предписания, ибо он понимает их смысл и важность. Однако, многие врачи признают, что когда в роли пациентов выступают их коллеги, это представляет большую сложность в плане общения.

Во-первых, в этом случае отсутствует важный психотерапевтический компонент взаимодействия, поскольку, если для остальных больных врач - это авторитетный человек, обладающий специальными медицинскими знаниями и который, по их мнению, наверняка поможет справиться с болезнью, то заболевший врач понимает ограниченность возможностей медицины в лечении некоторых заболеваний, и тем самым общение с доктором не приносит психологического облегчения.

Во-вторых, заболев, некоторые врачи стремятся всячески контролировать процесс диагностики и лечения своей болезни, подсказывают, советуют, пытаются руководить действиями своих докторов, чем вызывают у последних негативное к себе отношение. В этом случае, для общения с такими больными следует избрать модель партнерства, превратив больного в союзника в терапевтическом процессе, можно интересоваться его мнением, спрашивать совета, обсуждать тактику лечения, однако четко обозначить свою роль как доктора, несущего основной груз ответственности за своего больного.

Заболевший врач является трудным объектом терапии. Здесь от лечащего врача требуются и профессиональные знания, и понимание психологии, и много душевных сил.