

УДК 614. 253

ББК 51.1(2)

К-56

*Ковалев Валентин Михайлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинических дисциплин лечебного факультета медицинского института Майкопского государственного технологического университета;*

*Ожева Разиет Шумафовна, кандидат медицинских наук, декан лечебного факультета медицинского института Майкопского государственного технологического университета;*

*Уракова Тамара Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинических дисциплин лечебного факультета медицинского института Майкопского государственного технологического университета, тел.: 89280386234.*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СООБЩЕНИЕ 2)

(рецензирована)

*Kovalev Valentin Mikhailovich, MD, professor of the chair of clinical medical sciences, faculty of medicine, Maikop State Technological University;*

*Ozheva Raziet Shumafovna, Cand. of Medicine, , dean of the medical faculty of medical institute of Maikop State Technological University;*

*Urakova Tamara Yurievna, Cand. of Medicine, senior lecturer of the chair of clinical medical sciences of the faculty of medicine, Maikop State Technological University, tel.: 89280386234.*

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DAILY MEDICAL ACTIVITIES (Report 2)

По данным статистики ВОЗ (2006), на современном этапе 27% пациентов выбирают себе врача по отзывам уже пролечившихся, 31% частнопрактикующих врачей, не работающих в государственных лечебных учреждениях, 17% - по рекомендациям аптечных работников, остальные 35% - интуитивно с учетом внешнего вида, колорита, привлекательности. Чем врач на этапе технократизации методик обследования и лечения может расположить к себе пациента и оставить о себе добрую память? Какие особенности психосоматики больного должен использовать врач в свою пользу?

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. Врач также выстраивает образ "идеального пациента". Сюда обычно включаются следующие его характеристики:

- малая осведомленность в медицинских вопросах;
- вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача,
- готовность беспрекословно выполнять назначения;
- умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии.

Из данного списка видно [1], что врач нацелен на директивный стиль общения. Возможной мотивировкой выбора врачом такого способа взаимодействия является его убежденность в гораздо большей ответственности врача за исход терапии.

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 экстраверсии 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. [4]

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 медленным, 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 психологических 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. 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. [3]

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. 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.

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. [2]

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.

Известный психолог Д. Карнеги [6] 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 контакта или наоборот, партнерства, сотрудничества. Первый разговор покажет также предпочитаемый для данного больного контакт — ин-

формационные сообщения или же эмоциональные проявления медицинского работника находят больший отклик у больного.

Больные, предпочитающие эмоциональный контакт, ищут в первую очередь сочувствия, 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.

Иногда на первое впечатление влияет нарушение дистанций общения (интимное - до 0,5 м, дружеское - до 2,5 м, деловое - до 3 м, лекторское - до 7 м). Чтобы не нарушить дистанцию общения, лучше предложить больному расположиться самому, продемонстрировав таким образом, на каком расстоянии он предпочитает начать разговор. Если врач садится прямо на постель больного, то, помимо прочих негативных сторон, он нарушает дистанцию общения и вызывает скрытое сопротивление со стороны больного. Особенно ярко это проявляется при первой встрече, когда партнеры не знакомы. Следует знать и некоторые приемы "присоединения". Например, можно прикоснуться в беседе к руке, плечу больного, внимательно следя за его реакцией. Рекомендуется также, садясь, располагаться рядом с больным, а не через стол. Критерием первого впечатления будет то, как больной провожает врача или медицинскую сестру.

#### Литература:

1. Акне и психоэмоциональные расстройства / С.А. Монахов [и др.]; 1-Росс. Конгресс дерматовенерологов. – СПб., 2005. – Т.1. – С. 174-175.
2. Гончаров Н.Г. Правоотношения в медицине / Н.Г. Гончаров, А.Н. Пищина, С.Е. Ерофеев // Здоровье и образование в XXI веке: материалы четвертой международной научно – практической конференции – М: РУДН, 2003. – С.159.
3. Зверькова Ф.А. Семиология в гериатрии. / Ф.А. Зверькова. – СПб., 200. – 68с.
4. Ковалев В.М. Мультифакториальные психосоматические диссоциации в патогенезе розацеа и угревой болезни / В.М. Ковалев, Д.А. Домина, С.В. Доминный // Здоровье и образование в XXI веке: материалы четвертой международной научно – практической конференции – М: РУДН, 2003. – С. 377-378
5. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струховская. – Медицина, 2006. – 384с.
6. Карнеги Д. Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей. / Д. Карнеги. – М, - Прогресс, 1976. – 196с.