

Л.В. Усенко,
А.А. Криштафор,
А.Г. Тютюнник,
Е.В. Петрашенко,
Д.В. Оленюк,
А.А. Мачужак,
О.В. Скулинець

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С ОСОБЫМИ ГРУППАМИ БОЛЬНЫХ И В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра анестезиологии и интенсивной терапии
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.Ю. Кобеляцкий)
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Anesthesiology and Intensive Care
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: anest@dsma.dp.ua

Цитирование: Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 3. С. 4-9

Cited: Medicni perspektivi. 2019;24(3):4-9

Ключевые слова: коммуникация в лечебном процессе, психологические особенности больных

Ключові слова: комунікація в лікувальному процесі, психологічні особливості хворих

Key words: communication in the medical process, psychological peculiarities of patients

Реферат. Особенности спілкування лікаря з особливими групами хворих і в конфліктних ситуаціях. Усенко Л.В., Криштафор А.А., Тютюнник А.Г., Петрашенко Є.В., Оленюк Д.В., Мачужак Г.А., Скулинець О.В. У статті звертається увага на важливий компонент лікувального процесу, якому треба приділяти особливу увагу при підготовці молодого лікаря — комунікацію між лікарем та хворим і його родичами; вказуються особливості сучасного хворого; наводяться дані щодо функцій, типів, систем і моделей спілкування; розглядаються особливості спілкування з «тяжкими» пацієнтами, а також причини конфліктних ситуацій та деякі способи їх усунення. Відмітні риси сучасного хворого: схильність до контролю за станом власного здоров'я при одночасному безвідповідальному ставленні до нього; при виявленні захворювання шукає в себе найгірше; погіршення морального обличчя на тлі падіння моралі суспільства, що відбивається на культурі поведінки хворого, робить його більш агресивним; сучасний хворий більш поблажливий до себе при надзвичайно вимогливому ставленні до лікаря. Виділяють декілька взаємопов'язаних функцій спілкування: інформаційну, інтерактивну, перцептивну, емотивну (афективно-комунікативну). Розрізняють рівні спілкування: соціально-рольовий (ритуальний); діловий; інтимно-особистісний. Виділяють три типи спілкування: імперативне; маніпулятивне; діалогічне (засноване на рівноправності партнерів). У процесі спілкування лікаря з хворими залежно від обставин може бути використано дві системи спілкування: вербальна і невербальна. У взаємовідносинах «лікар-пацієнт» Р. Вітч виділяє 4 моделі: патерналістську, технократичну, колегіальну і контрактну. Кожному хворому потрібен індивідуальний підхід, індивідуальні форми спілкування та заходи лікарського психотерапевтичного впливу, особливо в спілкуванні лікаря з так званими важкими хворими, а також при ризику розвитку конфліктних ситуацій. Причини конфліктних ситуацій: недостатньо уважне ставлення до хворого; характерологічні особливості лікаря і хворого; витік недостовірної інформації про стан здоров'я хворого з боку молодшого й середнього медичного персоналу; відсутність інформаційної згоди хворого на лікування; відсутність узгодженості дій лікарів різних спеціальностей; дефекти ведення медичної документації; професійна некомпетентність.

Abstract. Features of communication of a doctor with special groups of patients and in conflict situations. Usenko L.V., Krishtafor A.A., Tiutunnyk A.H., Petrashenok Ye.V., Oleniuk D.V., Machuzhak H.A., Skulinets O.B. The article describes an important component of the medical process which should be paid a special attention: the preparation of a young doctor – the communication between the physician and the patient and his relatives. Distinctive features of a modern patient: the tendency to control the state of his own health with simultaneous irresponsible attitude towards it; when revealing a disease, he/she is looking for the worst in himself/herself; the reduction of the moral character against the background of a decline in the morals of society, which affects the culture of the patient's behavior, makes him/her more aggressive; a modern patient is more lenient to himself/herself with an extremely demanding attitude to the doctor. Several interrelated functions of communication are distinguished: informational, interactive, perceptual, emotive (affective-commutative). The levels of communication are distinguished: social-role (ritual); business; intimate-personal. There are three types of communication: imperative; manipulative; dialogical

(based on equal partnership). In the process of communication of the physician with patients, depending on the circumstances, two systems of communication can be used: verbal and nonverbal. In the relationship "patient-physician" R. Witch identifies 4 models: paternalistic, technocratic, collegian, and contractual. Each patient needs an individual approach, individual forms of communication and measures of physician's psychotherapeutic influence, especially in the communication of the doctor with so-called "difficult" patients, as well as at the risk of conflict situations. Causes of conflict situations are: insufficient attention to the patient; characterological features of a doctor and a patient; unreliable information about the state of health of the patient from the part of junior and middle medical personnel; lack of patient's information consent for treatment; lack of coordination of the actions of different medical specialists; defects in the maintenance of medical records; professional incompetence.

В работе врача любой специальности одной из важных и далеко не всегда легко решаемых является проблема общения с больным и его близкими, поэтому вопросам межличностной коммуникации в ходе лечебного процесса должно уделяться достаточное внимание при подготовке молодого врача.

Каждый больной человек отличается своими особенностями: психологическим состоянием, привычками, уровнем культуры, реакцией на окружающее, на которые большой отпечаток накладывает время, в котором он живёт.

Время меняет людей и, естественно, больных, соответственно уровню развития общества.

Нынешнее время характеризуется интенсивной урбанизацией, которая приводит к постоянному напряжению, перегрузкам, стрессам, дефициту времени, переинформированности, другим нежелательным воздействиям, что обуславливает невротизацию и даже психопатизацию населения [7, 10].

Это тот неблагоприятный фон, на котором развиваются соматические болезни и который обуславливает следующие отличительные черты современного больного:

- склонность к самоконтролю за состоянием собственного здоровья при одновременном безответственном отношении к нему: употребление алкоголя, наркотиков, курение, переизбыток, длительный просмотр телевизора и работа за компьютером, что снижает его физическую активность;

- при обнаружении заболевания ищет у себя самое худшее, чему способствует отчасти и нынешняя медицинская пропаганда. В ряде случаев, особенно при онкологических заболеваниях, это может сопровождаться различными функциональными расстройствами;

- снижение морального облика на фоне падения нравов общества, что отражается на культуре его поведения дома, на улице, в транспорте, в больнице, в общественных местах, делает его более агрессивным;

- современный больной более снисходителен к себе при чрезвычайно требовательном отношении к врачу. При этом имеет место не

только «психологический террор», как отмечает профессор Л.Б. Лихтерман (1996), но порой оказывается и физическое воздействие на врача.

Вышеизложенное усложняет взаимоотношения врача и больного. Врач все чаще встречается с больными, которых принято называть «трудными» (тревожные, истеричные, с психопатологическими расстройствами), характеризующиеся наличием у них различных функциональных нарушений.

Так, по данным центра Поведенческой неврологии Института мозга им. Н.П. Бехтеревой, такие функциональные расстройства отмечаются у 31% ревматологических больных, 42% кардиологических, 50% гинекологических и 55% неврологических больных [1].

Характерной особенностью этих больных является высокая распространённость психоэмоциональных проблем:

- более высокий общий уровень психологического дистресса;
- более выраженные эмоциональные переживания [11].

Частота психотравм у больных с функциональными расстройствами в 2,7 раза выше, чем в группе больных с их отсутствием.

У 10-20% таких больных имеют место расстройства настроения, депрессия, у 15-25% встречаются тревожные состояния, раздражительность, недовольство [7].

Знание этого значимо и для врача-анестезиолога как при общении с больными, поступающими для оперативного вмешательства в плановом или ургентном порядке, так и в условиях ОРИТ.

При этом необходимо отметить, что мораль и поведение каждого больного, наряду с его неповторимо индивидуальными личностными качествами, определяется и общими закономерностями. Среди них следует рассмотреть функции, типы, системы и модели общения.

Функции общения. Выделяют несколько взаимосвязанных функций общения: информационную, интерактивную, перцептивную, эмоциональную (аффективно-коммуникативную).

Информационная (коммуникативная) функция общения предусматривает обмен информацией между взаимодействующими лицами.

Интерактивная функция общения состоит в регуляции поведения и непосредственной организации совместных усилий в процессе взаимодействия врача и больного.

Перцептивная функция общения характеризуется процессом взаимного восприятия и познания друг друга.

Эмотивная (аффективно-коммуникативная) функция общения состоит в регуляции эмоциональной сферы обоих участников общения: врача и больного [11].

Исходя из ставящихся целей, различают следующие уровни общения:

- социально-ролевой (ритуальный) уровень имеет целью добиться выполнения ожидаемой от собеседника роли на основе знаний норм социальной среды и правил поведения;
- деловой уровень ставит целью достичь объединения усилий в выполнении совместной работы;
- интимно-личностный уровень имеет целью достижения психологической близости, доверительности больного к врачу путем удовлетворения его потребности в сочувствии, понимании, сопереживании.

Типы общения. Не менее важное значение придается знанию возможных типов общения врача с больным. Выделяют три типа общения:

- императивное общение, которое характеризуется открытым стремлением врача подчинить себе больного, контролировать его поведение и мысли с принуждением к определенным действиям;
- манипулятивное общение характеризуется скрытым влиянием врача на больного с целью установления контроля над его поведением с использованием различных методик манипулирования;
- диалогическое общение основано на равноправии партнеров. Оно противопоставляется первым двум типам общения [6].

Системы общения. В процессе общения врача с больными, в зависимости от обстоятельств, может быть использовано две системы общения: вербальная и невербальная.

Вербальная (словесная) система общения опирается на речь в ее разных формах.

Невербальная система общения основана на мимике, жестах и других движениях тела.

Модели общения. Американский философ, специалист по биоэтике Роберт Витч (цит. по Л.С. Чутко, 2018) обращает внимание на

необходимость использования в общении с больным той или иной модели общения. Во взаимоотношениях «врач-пациент» он выделяет 4 модели: патерналистскую, технократическую, коллегиальную и контрактную.

Наиболее часто используется патерналистская (сакральная) модель межличностных отношений, которая подобна отношениям отца и ребенка, наставника и подопечного, основанных на милосердии, заботе, где вся ответственность лежит на враче.

В рамках технократической (инженерной) модели больной воспринимается врачом как безликий механизм. Больной не участвует в обсуждении процесса лечения.

Коллегиальная модель общения строится на принципе равноправия, а контрактная модель на принципах договора.

Каждому больному требуется индивидуальный подход, индивидуальные формы общения и меры врачебного психотерапевтического воздействия, особенно в общении врача с так называемыми трудными больными, а также при риске развития конфликтных ситуаций [4].

Тревожные больные. Тревожность является индивидуальной психологической особенностью, проявляющейся склонностью к состоянию тревоги. Как правило, такие больные имеют низкий порог возникновения, что может сопровождаться соматическими проявлениями, прежде всего вегетативной гиперреактивностью.

Различают нормальную и патологическую тревогу. Нормальная (адаптационная) тревога может быть следствием эмоционального дискомфорта, как ответ на неопределенную или угрожающую ситуацию. Она непродолжительна, носит умеренный характер и не препятствует продуктивной деятельности больного.

Патологическая тревога характеризуется чрезмерным отношением больного к вызвавшей ее ситуации, может быть обусловлена отдельными внешними факторами. Развивается последовательно, длится дольше, сопровождается ухудшением качества жизни. Эти больные суетливы, скованы, избыточно напряжены, преувеличивают жалобы и их опасности, могут быть раздражительны, агрессивны, проявлять враждебность в беседе с врачом [5].

При общении с тревожными больными врач должен проявлять внимание и терпимость, заинтересованность в излечении такого больного, разъяснять связь тревоги и физического самочувствия, план лечения и смысл проводимых процедур, объяснить, как вести себя в

потенциально тревожащей его ситуации, избегать ятрогенных и неопределенных высказываний.

К больным с выраженной дезадаптацией, обусловленной патологической тревожностью, следует привлекать на консультацию врача-психиатра.

Больные с истерическими расстройствами.

Истерические личности отличаются эксцентричностью внешнего поведения, имеют историю лечения у многих врачей от самых разных соматических нарушений. Имеют чрезвычайно завышенные требования к окружающим, недооценивают или полностью игнорируют объективные реальные условия.

Личностные особенности таких больных характеризуются незрелостью, демонстративностью, склонностью к гиперкомпенсаторному реагированию. Еще одной особенностью истерического поведения этих больных является представление себя бессильным и зависимым существом, жаждущим заботы и внимания.

Проявления истерии могут быть психическими (утрата воспоминаний, страхи, сужение сознания, галлюцинации); моторными (параличи, парезы, спазмы, судорожные припадки, нарушение походки, гиперкинезы); сенсорными (слепота, глухота, гипо- или гиперестезии); вегетативно-соматическими (нарушения сердечно-сосудистой деятельности, дыхания, ЖКТ, мочеполовой системы).

Эти больные обычно требуют к себе не только повышенного внимания, но и особого специалиста, крайне бережного ухода [11].

При общении врача с больными этой категории следует постоянно контролировать свои чувства, жесты, слова. Как отмечает В.В. Соложенкин [9]: «Врач может сделать один неверный жест, сказать одно неосторожное слово, произнести одно неудачное выражение – и это способно вызвать к нему недоверие. Не стоит забывать еще и о том, что наши пациенты слышат то, что хотят, а не то, что мы говорим».

Необходимо сохранять определенную психологическую дистанцию, что гарантирует врачу некоторую степень безопасности в отношении возможных манипуляций со стороны истерического пациента [8].

Больные с психосоматическими расстройствами.

Еще Гиппократ высказывал идею о связи телесного и психического недугов, а в XIX веке немецкий врач Heinroth ввел понятие «психосоматическое заболевание», обозначив этим взаимосвязь телесных недугов больных и их душевных переживаний.

Психосоматические нарушения развиваются на основе взаимодействия психических и сома-

тических факторов и могут проявляться соматизацией психических нарушений или психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание.

В клинической практике выделено три основных уровня соматизации: *телесные ощущения, когнитивный уровень*, когда осмысление и интерпретация симптомов рассматривается больными в аспекте угрозы их здоровью, и *поведенческий уровень*, когда действия больного и его социальных связей вытекают из интерпретации собственных ощущений. Ограниченная возможность к восприятию собственных эмоций и чувств вызывает эмоциональное напряжение с трансформацией его в патологические физиологические реакции. Наглядно-действенное мышление у этой категории больных преобладает над абстрактно-логическим, что отличается чрезмерным практицизмом, трудностями и конфликтами в межличностных и особенно служебных отношениях, с кратковременными, но резко выраженными в поведении аффективными срывами, плохо осознаваемыми самими больными. Это значительно затрудняет общение врача с подобными больными.

Личностные качества больных с психосоматическими расстройствами представлены чрезмерным стремлением к достижению успеха и признания, чрезмерным контролем над ситуацией, повышенной агрессивностью и нетерпеливостью, что приводит к появлению у них завышенных требований как к себе, так и к окружающим. Длительное напряжение обуславливает формирование у них тревожно-депрессивного расстройства.

Психосоматические расстройства чаще всего проявляются развитием психо-вегетативного синдрома. При общении врача в таких случаях при сборе анамнеза следует обращать внимание на обстоятельства жизни больного, в которых возник этот синдром и его связь с настоящими окружающими факторами, что поможет лучше понять соотношение между выраженностью функциональных симптомов и эмоциональным фоном. Следует проявлять спокойное и доброжелательное отношение к такому больному, показывая понимание его состояния и испытываемого им дискомфорта.

Больные этой группы больше других нуждаются в сочувствии и сострадании, так как функциональная патология причиняет им реальные и ощутимые страдания.

В медицине, как в области, затрагивающей интересы каждого человека – жизнь и здоровье, – встречаются конфликтные ситуации,

когда в защите своих интересов человек может перейти разумные границы. Если ранее конфликтная ситуация получала развитие только в личном общении врача и больного с привлечением администрации лечебного учреждения в качестве арбитра, то в настоящее время все чаще случаи взаимного непонимания заканчиваются в суде [3, 12].

В основе конфликтов лежат особенности межличностных отношений, обусловленные разницей персональных качеств людей, их ценностях и убеждениях.

Конфликты могут возникать из-за личностных особенностей врача и больного, особенно в случаях общения с больными, имеющими функциональные расстройства [1, 12].

Причины конфликтных ситуаций:

- недостаточно внимательное отношение к больному;
- характерологические особенности врача и больного;
- утечка недостоверной информации о состоянии здоровья больного со стороны младшего и среднего медицинского персонала;
- отсутствие информационного согласия больного на лечение;
- отсутствие согласованности действий врачей разных специальностей;
- дефекты ведения медицинской документации;

- профессиональная некомпетентность [13,14].

При взаимодействии врача с больным следует проявлять понимание к проблеме больного, независимо от формы ее изложения. Возможно, ситуация имеет простое решение и может быть легко устранена.

Не следует принимать эмоциональные высказывания больного на свой счет и поддаваться на провокации. Необходимо отстаивать свою позицию, не проявляя высокомерия и агрессии, стремясь к выработке взаимовыгодного решения конфликтной ситуации на основе сотрудничества и компромисса. После преодоления конфликтной ситуации следует извлечь из неё уроки.

Однако лучший способ преодоления конфликта – не допускать его возникновения.

Взаимодействие между врачом и больным в ходе лечения является одним из главных компонентов успеха, ибо налаженные взаимоотношения между ними не только устраняют определенные трудности, которые, с одной стороны, ухудшают состояние больного, с другой – негативно влияют на врача, но и сами по себе являются целительными, так как при этом усиливается и облегчается взаимодействие всех других лечебных мероприятий, нивелируются условия для развития конфликтных ситуаций.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев А. А., Лепилкина Т. А., Рупчев Г. Е., Морозова М. А. «Трудный пациент». Описание, диагностика, рекомендации. Москва. 2018. 22 с.
2. Андреева Г. М. Социальная психология. Москва: *Аспект Пресс*, 2009. 363 с. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20243212>
3. Вавилов В. Эффективное разрешение конфликтов в медицинском учреждении. *Современная ортодонтия*. 2014. Т. 25, № 3. С. 63-65. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Suort_2011_3_20
4. Казаков В. Н. Размышления о медицине (философия естествознания). Книга I. Донецк: Изд-во Наулидж, Донецкое отделение. 2010. 419 с.
5. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. Москва: Академ.проект, 1999. 240 с. URL: <http://osp.kgsu.ru/library/PDF/334.pdf>
6. Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Погольша В. М. Межличностное общение. Санкт-Петербург. 2004. 544 с.
7. Лихтерман Л. Б. Вокруг больного (записки невролога). Москва: Антидор, 1996. 446 с.
8. Соловьева С. Л. Психологическое консультирование. Справочник практического психолога. Москва: Изд-во АСТ, 2010. 640 с. URL: <http://sdo-mgaps.ru/books/K7/M5/file/8.pdf>
9. Соложенкин В. В. Избранные лекции по психиатрии для врачей кардиологов: учебное пособие. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
10. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва: Академ. проект, 2006. 207 с. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20088220>
11. Чутко Л.С. Трудный пациент. Психология общения в работе врача учебно-метод. пособие. Санкт-Петербург. 2018. 45 с.
12. Юдин О. Ю. Уголовная ответственность медицинских работников в цифрах Генеральной прокуратуры Украины. *Укр. мед. часопис*. 2017. Т.121. № 5. С. 154. URL: <https://www.umj.com.ua/article/114773/ugolovnay-a-otvetstvennost-meditsinskih-rabotnikov-v-tsifrah-generalnoj-prokuratury-ukrainy>
13. Jena A. B., Seabury S., Lakdawalle D., Chandra A. Malpractice Risk According to Physician

Specialty. *N. Engl. J. Med.* 2011. No. 365. P. 629-636.
URL: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1012370>. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>

14. Vincent J., Joung M., Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal

action. *Lancet.* 1997. Vol. 343, No. 8913. P. 1609-1613.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7911925>.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)93062-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)93062-7)

REFERENCES

1. Alekseev AA, Lepilkina TA, RupchevGE, Morozova MA. [Difficult patient. Description, diagnosis, recommendations]. Moskva. 2018;22. Russian.

2. Andreeva GM. [Social psychology]. Moskva: «Aspekt Press». 1999;375. Russian. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20243212>

3. Vavilov V. [Effective conflict resolution in a medical institution]. Modern orthodontics. 2014;3(25):63-65. Russian.

Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Suort_2011_3_20

4. Kazakov VN. [Reflections on medicine (philosophy of science)]. Book 1. Donetsk: Naulidzh. 2010;419. Russian.

5. Kochyunas R. [Basics of psychological counseling]. Moskva: Academicheskii proekt. 1999;240. Russian. Available from: <http://osp.kgsu.ru/library/PDF/334.pdf>

6. Kunitsyna VN, Kazarinova NV, Pogolsha VM. [Interpersonal communication]. Sankt-Peterburh. 2002;544. Russian.

7. Likhтерman LB. [Around of patient (notations of neurologist)]. Moskva: Antidor. 1996;446. Russian.

8. Solovieva SL. [Psychological counseling. Handbook of practical psychologist]. Moskva: AST. 2010;640. Russian. Available from: <http://sdo.mgaps.ru/books/K7/M5/file/8.pdf>

9. Solozhenkin VV. [Selected lectures on psychiatry for cardiologists. Tutorial]. Bishkek: publishing house of KRSU. 2011;134. Russian.

10. Khorny K. [The neurotic personality of our time]. Moskva: Academicheskii proekt. 2006;207. Russian. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20088220>

11. Chutko LS. [Difficult patient. Psychology of communication in the doctor's work (teaching aid)]. Sankt-Peterburh. 2018;45. Russian.

12. Yudin OYu. [Criminal liability of medical workers in figures of the General Prosecutor's Office of Ukraine]. Ukrainskii medychnyi chasopys. 2017;5(121);154. Russian. Available from: <https://www.umj.com.ua/article/114773/ugolovnaya-otvetstvennost-meditsinskih-rabotnikov-v-tsifrah-generalnoj-prokuratury-ukrainy>

13. Jena AB, Seabury S, Lakdawalle D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N. Engl. J. Med.* 2011;365:629-36.

doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>

14. Vincent J, Joung M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet.* 1997;343(8913):1609-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7911925>. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)93062-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)93062-7)

Стаття надійшла до редакції
20.06.2019

