

# Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом

В. П. Дуброва,  
кандидат педагогических наук

Эдинбургская Декларация Всемирной федерации по медицинскому образованию (1988) установила, что каждый пациент должен иметь возможность ожидать в лице врача встретить такого человека, который является внимательным слушателем, тщательным наблюдателем, эффективным клиницистом, а также обладает высокой восприимчивостью в сфере общения.

В настоящее время состояния здоровья и нездоровья человека все больше определяются социально-психологическими факторами, а это значит, что лечение многих заболеваний, стабилизация аутодеструктивных форм поведения невозможны без учета социальных по своей природе отношений человека с окружающей средой, что требует, в свою очередь, умения врача строить доверительное общение с пациентом (терапевтическое взаимодействие). Так как все большее число проблем здоровья обнаруживают связь со стилем жизни и поведением, то у врачей будет возникать необходимость проведения медицинских интервью все более сфокусированным на пациенте образом с тем, чтобы изменять его мотивацию и добиваться согласия следовать лечебным режимам. В связи с этим в последние годы широкое признание получила точка зрения, согласно которой подготовку в области коммуникационных и других навыков взаимоотношений необходимо включать в программу обучения врачей в высшей медицинской школе (Консультации по проблеме коммуникаций «врач — пациент», 15 — 18 июня 1993 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения). Хорошие взаимоотношения между врачом и пациентом оказывают существенное влияние на результаты лечения в смысле функционального состояния пациента и его субъективной оценки здоровья.

Формирование психологической компетентности (в том числе коммуникативной) врача и необходимость подготовки его к терапевтическому взаимодействию обусловлены также особенностями и самой врачебной деятельности:

1) это деятельность в сфере общения, в сфере «человек — человек», и важной стороной успешности деятельности врача является не только высокий уровень его специальной медицинской подготовки, общечеловеческой культуры, но и социально-психологические аспекты его личностного потенциала [12, 9, 5];

2) необходимость реализации в отечественной медицине социопсихосоматического подхода к болезни, что предполагает умение врача строить доверительное общение с паци-

ентом, способствующее установлению и поддержанию психологического контакта с целью сбора информации, а также адекватной состоянию пациента форме передачи врачом информации, касающейся рекомендаций и диагноза [5, 8];

3) являясь необходимым условием построения терапевтического альянса «врач — пациент», коммуникативная компетентность позволяет формировать субъектную позицию пациента в лечебном процессе [5];

4) молодым врачам приходится взаимодействовать с самыми разными пациентами (тревожными, ипохондрическими, агрессивными, астенизированными и др.), на психику которых оказывает влияние то или иное заболевание, меняющее отношение к жизни, работе, близким людям и самому себе (Б. Д. Карвасарский, 1982; Н. Д. Лакосина, 1984; В. П. Петленко, 1989).

В наиболее общем виде **коммуникативную компетентность врача** можно охарактеризовать как определенный уровень сформированности межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, который необходим индивиду для успешного функционирования в профессиональной сфере и обществе. Из этого определения следует, что коммуникативная компетентность зависит не только от присущих индивиду свойств, но и от изменений, происходящих в обществе (системе здравоохранения, в частности), и связанной с этими изменениями социальной мобильностью самого специалиста-медика.

**Коммуникативная компетентность** определяется психологами [6] как развивающийся и в значительной мере осознаваемый опыт общения между людьми (межличностный опыт), который формируется и актуализируется в условиях непосредственного человеческого взаимодействия. Формируясь и реализуясь коллективно, межличностный опыт вместе с тем является индивидуальным достоянием. Первым и основным признаком коммуникативной компетентности человека, начавшего мыслить по-новому, служит его убеждение в том, что коммуникативная компетентность — не просто индивидуальное качество, а определенное состояние сознания людей, стремящихся понять друг друга. Коммуникативная культура врача предполагает также наличие у него определенных профессиональных взглядов и убеждений, установки на эмоционально-положительное отношение к пациенту, независимо от его личностных качеств, и целый комплекс коммуникативных навыков и умений, необходимых врачу для медицинского взаимодействия (построения терапевтического альянса с пациентом).

**Коммуникативная компетентность врача, коррелирующая с психологическим эффектом лечения, проявляется:**

- в положительной направленности интеракций и отсутствии реакций игнорирования;
- в высоком уровне эмпатии и самооценки;
- в отношении к другому человеку как к ценности, как к активному соучастнику взаимодействия [12].

Проблема формирования коммуникативной компетентности врача выступает в качестве практического аспекта более обширной, имеющей глобальный характер, проблемы реализации в отечественном здравоохранении социопсихосоматического подхода к здоровью и болезни и установлению в связи с этим между врачом и пациентом в лечебном процессе терапевтического сотрудничества (терапевтического альянса). Необходимость построения отношений в диаде «врач — пациент» как терапевтического сотрудничества детерминирована современным пониманием болезни — не как изолированного факта в жизни человека, а как проявления нарушений целостной жизнедеятельности человека в мире.

В последние десятилетия стало ясно, что привычное разделение между «органическими» и «функциональными» заболеваниями основано на спорных предпосылках. Медицинские специалисты начали понимать, что болезни часто возникают на почве множественных этиологических факторов. Из этого возник особый интерес к той роли, которую могут играть в этой связи психологические и социальные факторы. Эта новая ориентировка привела

к тому, что практическая медицина расширяет свое поле зрения: больной больше не является лишь носителем какого-то заболевшего органа, его необходимо рассматривать и лечить как человека в целом, поскольку «болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен» [10, 33].

Следует также подчеркнуть, что современная медицина склонна к абсолютизации соматической сферы в ущерб психосоциальной [11], и медицинская модель болезни, адекватная клинической парадигме здоровья, нередко искажает закономерности социальной этиологии основного объема существующей в обществе патологии. Социально-психологический подход к здоровью по своему теоретическому содержанию наиболее адекватен саноцентрической парадигме современной медицины, приходящей на смену патоцентрической парадигме [4].

**Коммуникативная компетентность врача, лежащая в основе установления терапевтического альянса с пациентом, позволяет:**

- лучше распознавать и правильнее реагировать на вербальные и невербальные знаки пациентов и извлекать из них больше относящейся к делу информации;
- более эффективно проводить диагностику, поскольку эффективная диагностика зависит не только от установления телесных симптомов болезни, но также от способности врача выявить те соматические симптомы, причины которых могут иметь психологическую или социальную природу, что, в свою очередь, требует иных планов лечения;
- добиваться одобрения пациентом плана лечения, так как исследования показали, что тренировка коммуникационных навыков оказывает положительное влияние на согласие пациента принимать назначенное ему лекарственное средство. Нежелание следовать назначенному лечению описывается в качестве наиболее серьезной проблемы в медицине (Консультации по проблеме коммуникаций «врач — пациент», 15—18 июня 1993 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения);
- передавать пациентам адекватную медицинскую информацию и аргументирование убеждать их вести более здоровый образ жизни, повышая таким образом роль врача в укреплении здоровья и профилактике болезни;
- воздействовать на различные формы отражения болезни (эмоциональная, интеллектуальная, мотивационная) и активизировать компенсаторные механизмы, повысить психосоматический потенциал личности пациента, помочь ему восстановить связь с миром, преодолеть так называемую усвоенную или обученную беспомощность, разрушить стереотипы, сформированные болезнью, и создать образцы здорового реагирования [11, 4];
- врачам действовать более эффективно в особо деликатных ситуациях взаимоотношений «врач — пациент», например при необходимости сообщить пациенту, что он неизлечимо болен, или сказать родственникам больного, что тот должен умереть, и т. д.

Исследования зарубежных авторов доказывают, что плохие коммуникации со стороны врача являются главным фактором неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением, ведут к несчастным случаям и последующему судебному разбирательству (Evans et al., 1991; Simpson et al., 1991; Fallowfield, 1992).

Следовательно, терапевтический альянс в диаде «врач — пациент», основанный на доверии, является важнейшим фактором, определяющим успех терапии вне зависимости от ее ориентации. Однако приходится констатировать, что в настоящее время отношения ме-

жду врачом и пациентом носят патерналистский характер — характер субъект-объектных отношений, и здесь прослеживаются по крайней мере три главные причины:

1) врач зачастую не придает особого значения общению с пациентом в терапевтическом процессе и не утруждает себя тщательной подготовкой и организацией коммуникативного пространства и общения:

2) врач не всегда умеет так взаимодействовать с самим собой, чтобы опираться на свои потенциальные возможности. Воспринимая себя как бесполоую, безэмоциональную, «думающе-распорядительную» и контролирующую машину, врач оказывается в положении овеществленном и такой же подход реализует по отношению к пациенту:

3) врач в своих действиях по отношению к пациенту руководствуется представлениями о нем как о пассивном исполнителе распоряжений врача, как объекте не компетентном, не автономном, не имеющем потенциалов медицинского самообразования.

Все вышеизложенное дает основание говорить, что в процессе обучения в медицинском вузе положительные личностные качества будущего врача по возможности должны быть доведены до совершенства, а важнейшим фактором, определяющим эффективность этого процесса, следует рассматривать непрерывное психологическое образование. Данное образование представляет собой соединение профессиональных знаний, умений, навыков и личностных качеств, что является основой готовности будущего врача осознавать функции врачебного труда, профессиональной позиции, выбирать оптимальные способы деятельности, соотносить свои возможности с преодолением трудностей, которые возникают при решении профессиональных задач и достижении результатов. Такая подготовка является значимым показателем профессиональной надежности личности врача и представляет собой полимерную систему, включающую следующие элементы: профессиональные личностные качества, профессиональные ценности, установки и интересы, профессиональную направленность, профессиональные знания, умения и навыки, эмоционально-волевые процессы, способности.

Поэтому существенное место в психологической подготовке будущего врача должно занимать:

- во-первых, формирование у студента-медика психологического антропоцентрического мировоззрения и достаточного уровня коммуникативной культуры;
- во-вторых, развитие представлений, что любая человеческая деятельность, и деятельность врача прежде всего, регулируется определенными ценностями, являющимися одной из центральных составных частей мировоззрения;
- в-третьих, формирование «Я-концепции» специалиста-медика и позитивной самооценки;
- в-четвертых, развитие высокого уровня эмпатии (вчувствование в психологию другого человека), «клинического мышления» и профессиональной позиции, обеспечивающей личностно-центрированное медицинское взаимодействие (личностно-центрированное отношение к субъекту своей деятельности, осознание своей самоценности и ценности другого человека, отношение к пациенту как к активному участнику лечебного процесса).

## Литература

1. Аверин В. А. Психология в структуре высшего медицинского образования: Автореф. дис.... д-ра психол. наук. СПб., 1997.
2. Аверин В. А., Бухарина Т. Л. Психология медицинского образования: Опыт акмеологического исследования. СПб., 1995.

3. Васюк А. Г. Психологические особенности профессионального становления личности врача: Автореф. дис.... канд. психол. и пед. наук. М., 1993.
4. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья: Дис.... д-ра психол. наук. СПб., 1997.
5. Дуброва В. П. Размышления о врачебном искусстве, или Социально-психологические факторы успешности деятельности врача // Медицина. 1999. № 3.
6. Емельянов Ю. Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности: Дис.... д-ра психол. наук. Л., 1990.
7. Ершова Н. Н. Развитие социальной перцептивной компетентности в системе профессионального общения: Дис.... канд. психол. наук. М., 1997.
8. Жукова М. И. Социально-психологические факторы успешности деятельности врача: Дис.... канд. психол. наук. М., 1990.
9. Лигер С. А. Формирование копинг-поведения студентов медицинского вуза и его влияние на личностно-профессиональное развитие врача: Дис.... канд. психол. наук. М., 1997.
10. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1994.
11. Устинова Н. Г. Доверительное общение — основа психотерапии: Дис.... канд. психол. наук. М., 1997.
12. Цветкова Л. А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров: Автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 1994.
13. Яковлева Н. В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе (на материале деятельности врача): Автореф. дис.... канд. психол. наук. Ярославль, 1994.