

## ЛЕКЦИИ

### ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Е.В. Шпаковская  
БелМАПО, г. Минск

*Ключевые слова:* деловое общение, принципы делового общения в медицинском учреждении, риторические приемы и методы построения взаимоотношений.

Обращение с больным — важнейший элемент лечения. Жалобы, этические проблемы часто свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических познаний, практики соответствующего обращения с пациентами.

В лечебном взаимодействии на первый план необходимо выдвинуть информационное общение врача и пациента, успешность которого зависит от правильного понимания последним сообщаемых ему сведений. Владение техник и методов построения делового общения позволит найти наиболее эффективный способ построения взаимодействия с больными, особенно с онкозаболеваниями, так как именно у них, как ни при каких других болезнях, ярко выражены степень неопределенности, владение пациентом лишь косвенной информацией о заболевании, высокий уровень тревоги и страха за жизнь.

Исходя из того, что медицинский персонал в рамках построения общения с онкобольными практически не имеет права на негативный опыт, данная лекция имеет своей целью познакомить сотрудников учреждений здравоохранения (особенно онкологических) со специфическими особенностями построения делового общения в лечебном, профилактическом и реабилитационном процессах.

### PERCULIARITIES OF CREATING THE INTERRELATIONS IN TREATMENT PROCESS

A.V. Shpakouskaya

*Key words:* business communication, principles of business communication in a medical institution, rhetorical ways and methods of creating the interrelations.

Communication with patients is the most important part of treatment. Complains, ethic problems often indicate the lack of necessary psychological knowledge and experience of proper communication with patients.

Informational communication between the physician and the patient, whose success depends on patient's correct understanding of the presented data, should be put in the forefront during the medical cooperation. Possessing the ways and methods of business communication will allow finding the more effective method for creating the interrelations with patients, especially with oncological ones. Just in this case the degree of uncertainty, possessing only indirect disease information by the patient, high level of anxiety and fear for life are more expressed, compared to other diseases.

**The aim** of the study is to draw attention of all medical staff to specific peculiarities of creating business communication during medical, preventive and rehabilitation processes, because medical staff doesn't have the right for negative experience in creating communication.

#### ВВЕДЕНИЕ

Многими авторами рассматривается особенность построения взаимоотношений «врач-пациент-родственники». В ряде

работ отечественных и зарубежных исследователей представлены специфические рекомендации в общении с пациентами разных нозологических групп. Так, например, при общении с больными инфаркта миокарда рекомендуется использовать

директивный стиль, позже — сотрудничество, при некоторых формах невротических расстройств — эмоционально-нейтральный тип взаимодействия [3]. Наименее разработанными являются вопросы проведения групповой терапии, особенно для пациентов онкологических учреждений. В настоящее время наиболее актуальными представляются два основных направления:

- социально-психологические стороны лечебного процесса;
- социально-психологические стороны организации здравоохранения.

Социально-психологический подход к анализу лечебного процесса включает в первую очередь изучение личности больного, другим важным направлением является изучение процесса взаимодействия врача и пациента. В поведении индивида социальная психология и социология медицины выявляет влияния, связанные с его принадлежностью к социальной структуре общества, которые определяют формирование системы поведения. Результатом такого исследования может быть предложение, прогноз индивидуального поведения, шадящего или ущемляющего здоровье.

Рассмотрим некоторые примеры. Диагностика и лечение не могут быть ограничены чисто теоретическими отличиями между органическими и социальными проблемами, например, у пациентки появляется мигрень по выходным, когда ее сын дома, а не в институте; после каждого квартального собрания в правлении директоров обостряется артрит. Основным фактором развития до 75% заболеваний являются психосоматические нагрузки, эмоциональный стресс [4, 5]. «Социокультурное начало заболевания — это еще не болезнь, а риск возникновения патологии. Снижение сопротивляемости по отношению к болезнетворному действию приводит к патологии» [4].

Социально-психологический подход к анализу лечебного процесса включает в первую очередь изучение личности больного. Эта проблематика наиболее широко представлена в отечественной и зарубежной социально-психологической литературе (А.А. Квасенко, В.А. Ташлыков и др.). Достаточно интересный подход к изучению субъективной стороны заболевания предложен в работе З. Липовски, в которой определена типология «психосоциальных реакций на болезнь», содержащая три компонента:

1. **Реакция на информацию о заболевании** («значение болезни»). Разное значение болезни

может быть источником следующих реакций:

- а) болезнь-угроза или вызов, типы реакции — противодействие, тревога, уход;
- б) болезнь-утрата, типы реакции — депрессия, ипохондрия, попытка привлечь к себе внимание, нарушение режима;
- в) болезнь-выигрыш, типы реакции — угнетенность, стыд, гнев.

2. **Эмоциональные реакции на болезнь**. Среди них наиболее распространенными являются тревога, горе, депрессия, стыд, чувство вины.

3. **Реакции преодоления болезни** дифференцируются по преобладанию когнитивного и поведенческого компонентов. Когнитивный стиль характеризуется преуменьшением личностной значимости болезни либо пристальным вниманием ко всем ее проявлениям. Поведенческий стиль имеет 3 разновидности: борьба, капитуляция и попытка «ухода» [3].

Большинство авторов, изучая субъективную сторону заболевания (внутреннюю картину болезни), определяют ее как сложное структурное образование, включающее 4 уровня психического отражения (В.В. Николаева). *Первый* — чувственный. *Второй* — эмоциональный, связан с различными уровнями реагирования на отдельные симптомы и заболевание в целом. *Третий уровень* — интеллектуальный, обусловлен представлениями больного о своем заболевании, его причинах и последствиях. *Четвертый* — мотивационный, связан с изменениями поведения образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Между этими компонентами возможны различные соотношения.

Таким образом, изменение в общей картине здоровья и болезни (одна из наиболее опасных причин эмоционального стресса), возрастание психосоматического характера заболеваний привели к актуализации того, что необходимость социально-психологической помощи населению приоритетно важна в лечебно-профилактическом и реабилитационном процессах и должна осуществляться непрерывно от них.

Социально-психологические аспекты здравоохранения включают изучение лечебных учреждений как специфических управляемых систем. Наибольшее внимание уделяется исследованию стилей управления, организационной и групповой культурам, конфликтам и способам

их предотвращения в ходе выполнения профессиональной деятельности.

Авторы научных работ сосредоточивались скорее на одной или нескольких проблемах изучения профессиональных характеристик построения взаимоотношений в лечебном процессе (медицинская этика и деонтология, медицинская психология), представляя только часть целого процесса. На сегодняшний день в современном обществе по-прежнему актуальны достижения ранних исследователей в рамках очерченного проблемного поля. Например, современный анализ проблем, стоящих в здравоохранении и обществе в целом определяет объективную необходимость в применении ситуативного стиля в управлении и общении. Не стоит злоупотреблять одним из стилей, вне зависимости, насколько он удачен вообще. Социологические исследования в здравоохранении доказывают, что наиболее распространенным стилем в управлении является авторитарно-директивный стиль, в практике общения медицинского сотрудника — авторитарный. Данное злоупотребление стилями негативно влияет на социально-психологический климат учреждения, а также увеличивает дистанцию во взаимодействии «врач-пациент», сокращая позитивный лечебный эффект. Необходимо проанализировать ситуацию и составляющие ее компоненты, чтобы правильно выбрать необходимый стиль. Иначе говоря, различные стили окажутся эффективными, но только в каждой конкретной ситуации.

Отсутствие интереса к данной проблеме до последнего времени можно объяснить тем, что наше общество долго пребывало в состоянии борьбы за: независимость, справедливость, индустриализацию, демократизацию и т.д. Попытки организовать состояние трудового прорыва создавали хроническое состояние физического и психического напряжения, что обусловило столь же хроническое невнимание к состоянию здоровья человека, которое, в свою очередь, отразилось и на невнимании к общению и к самому человеку.

Поэтому, так актуально и целесообразно с самого начального этапа профессиональной адаптации — с первых дней, минут работы, не допустить развития «негативного» опыта (допущение погрешностей, заблуждений и ошибок в профессиональной деятельности), который может быть рассмотрен, как способ или механизм приспособления к рабочим реалиям, переходящим в уставной стереотип в профессии.

Решению данной проблемы может содействовать подготовка специалиста в области психологии и этики делового общения. Полученные знания и информация в рамках одной теории не могут точно определить и охарактеризовать многогранный процесс взаимодействия между медицинским работником, пациентом и его родственниками.

Однако, необходимо отметить, что, во-первых, в современном мире обладание достоверной, своевременной и качественной информацией определяет эффективность достижения цели и результата; во-вторых, незнание не освобождает от ответственности; в-третьих, владение искусством построения общения, диалога порой является единственным аргументом в защиту деятельности медицинского работника и подтверждения его профессионализма.

Приведем несколько общих *принципов делового общения*, следование которым полностью зависит от личных требований к себе, профессии: какова совокупность примененных принципов в профессиональной деятельности, таков эффект в общении. Задача состоит в том, чтобы сформулировать и закрепить лишь те из них, которые способствуют формированию психологической установки на совершенствование (оптимизацию) делового общения.

1. *Принцип цели* — любая беседа, диалог, встреча, действие должны предполагать цель. Действие без цели является бессмысленным, и как следствие трудным, утомительным и порой опасным. *Рекомендация*: если цель Вами не распознана, лучше перенести диалог на другое время, когда цель будет очевидна хотя бы одному из участников взаимодействия.

2. *Самые первые и сильные впечатления о человеке зависят от его внешнего вида*. Проходившие медико-психологические исследования доказали, что опрятный, аккуратный вид медицинского сотрудника способствовал развитию доверия и симпатии со стороны пациента, которые в свою очередь формировали психологическую установку на успех во взаимодействии. На сокращение дистанции и барьеров между врачом и пациентом может оказать воздействие не только стиль общения, но и костюм медицинского работника. Так доказано, что медицинский костюм (брюки и рубаша) обуславливает развитие искренности и доверительности, особенно в стационаре, так как именно этот вариант максимально идентичен внешнему облику больного

в стационаре. Научное обоснование данного эффекта представлено в различных исследованиях: человек ощущает безопасность и необходимое внимание среди себе подобных людей, чей внешний вид наиболее сопоставим с собственным.

*3. Решающими для формирования впечатления о человеке являются первые четыре минуты общения.* В этом временном интервале активно функционируют все органы чувств, с помощью которых создается целостное представление о другом человеке. Следовательно, не следует тратить драгоценные первые минуты на отвлекающие от общения действия.

В психологии рассматривается «эффект края», который выделяет решающими минутами в общении не только первые минуты, но и последние, не зря многие эстрадные исполнители так рьяно защищают свои права на то, кто будет начинать концерт, а кто завершать. Таким образом, фокус внимания на собеседнике должен быть максимально сконцентрирован в первых и последних минутах. Если удалось завоевать внимание собеседника (в данном случае пациента), то можно с уверенностью сказать, что установка на оптимизацию соподчинения рекомендациям медицинского работника будет отображена в поведении пациента.

*4. Значимо не то «что» мы говорим, а то — «как».* Следует помнить, что лучше удается контролировать речь, хуже жесты. При построении диалога с пациентом необходимо обращать внимание на построение контакта «глаза в глаза», но злоупотреблять им не следует. Длительный контакт глаз будет восприниматься как пристальный взгляд и всегда интерпретироваться более негативно. Не менее важны мимика и жесты: ярко выраженную мимику и жестикуляцию из медицинской практики общения необходимо полностью исключить. Чрезмерная эмоциональность всегда негативно воспринимается пациентом. Исследования показали, что врачу нужно избегать методов «чрезмерного выпытывания», «допроса» пациента [3]. Настойчивость врача приводит к тактике «внушаемых ответов» больного, при которой остаются невыясненными существенные области его переживаний. Анализируя эмоциональный аспект беседы с пациентом, многие авторы указывают на важность полного эмоционального принятия, «акцептации» больного. Релаксирующий стиль беседы, в котором эмоции не ощутимы, особенно

полезен для эмоционально напряженных пациентов, охваченных страхом и тревогой, что наиболее характерно для онкобольных.

*5. Не стоит начинать разговор с обсуждения тех тем и вопросов, по которым Вы расходитесь с собеседником во мнениях.* Задавайте вначале вопросы, на которые ваш собеседник, скорее всего, ответит утвердительно, но не задавайте вопросы, которые полностью выходят за рамки вашего общения. Помните, что человек не любит менять свое мнение, если он согласится трижды, то согласится и в четвертый раз. Данная техника представлена в методе Сократа: по отношению к трудному оппоненту необходимо предварительно подготовить и задавать вопросы-утверждения, где каждый последующий является следствием предыдущего.

*6. Будьте хорошим слушателем:* 1) умейте воздерживаться от выражения своих эмоций; 2) поощряйте собеседника к продолжению разговора, какие бы перегрузки не были бы в Вашей работе. Используйте различные приемы и методы по управлению временем, например: а) до начала разговора предупредите о располагаемом времени и по его окончании заметьте, что Ваше время исчерпано, но в следующий раз Вы сможете более точно все оговорить, не отвлекаясь, а самое главное — готовы к продолжению разговора; б) проанализируйте и обратите внимание на то, что определяет следующий жест — сбор всех документов со своего стола в одно место.

*7. Следует избегать критики в адрес людей.* По замечанию Г.Флобера, «Критикой занимаются тогда, когда не способны творить». Критику в собственный адрес нужно научиться принимать: как минимум — подумать о том, чем она вызвана, как максимум — постараться исправить положение. Рекомендации выражения критики:

- критикуйте индивидуально (сторонних наблюдателей и слушателей не должно рядом находиться);
- критикуйте действие, а не личность;
- не отвечайте критикой на критику;
- не критикуйте малознакомых и незнакомых людей;
- не критикуйте условия быта дома, города, а также близких и родственников ваших коллег и пациентов.
- критикуйте меньше — хвалите больше.

8. *Запоминайте и не путайте имена людей, с которыми работаете и общаетесь.* Чаще обращайтесь к пациенту по имени и вообще произносите это имя. Обезличенное общение однозначно воспринимается как отсутствие интереса к нему. Вы можете быть уверены, что человек будет внимательно вас слушать в течение определенного времени только потому, что вы назвали его имя и смотрите на него. Исключения представляют ситуации «стриппинга» — когда пациент формально гол перед медицинским работником. В таких условиях больной желает быть максимально обезличенным, поэтому лучше использовать вежливую форму обращения, через местоимение «Вы».

9. *Помогайте людям чувствовать свое значение.* Старайтесь, как можно искренне ценить и хвалить достоинства человека — они, как правило, есть у любого. Остерегайтесь раздражительности и бестактности — они затрудняют общение, и Вам придется потратить больше усилий, чтобы добиться чего-то, а также приводят к ослаблению собственных защитных сил организма.

10. *Избегайте споров [1].*

#### **Риторические приемы и методы**

Для успешного взаимодействия необходимо настроить собеседника на правильное восприятие информации, пробудить интерес к теме разговора и к происходящим событиям, сформировать готовность к пониманию и анализу сообщения.

Соблюдение ряда популярных приемов установления психологического контакта в практике делового общения, также окажутся эффективными и в медицинской практике:

- выбор нейтрального материала для начала беседы, который может касаться самочувствия, биографии, семейного положения, интересов и увлечений, но не более нескольких минут и сразу переход к поставленной цели беседы;

- формулировка вопросов в такой форме, которая предполагает обязательное согласие партнера, ответ «да». Для этого необходимо предварительное изучение его личности. Несколько раз дав утвердительный ответ, партнер порой чувствует необходимость и желание еще раз согласиться (*метод Сократа*);

- создание у собеседника впечатления о совпадении его интересов и увлечений с интересами инициатора общения, что способствует развитию доверия и создает благоприятное впечатление о вас, снимает у партнера настороженность и психологические барьеры;

- нарочитая откровенность — демонстрация готовности раскрыть партнеру все задачи и цели деловой встречи;

- положительная оценка индивидуальных особенностей собеседника: его профессионального статуса, свойственного только ему умения, чувства долга, смелости, принципиальности [1].

Рассмотрим некоторые из них подробнее.

1. Прием «нейтральной фразы». Он заключается в том, что общение с собеседником инициатор начинает с фразы, напрямую не связанной с интересующей темой, но имеющей отношение к собеседнику.

2. Прием «завлечения». Суть его в том, что инициатор общения вначале произносит что-то трудно воспринимаемое, например, очень тихо. Собеседнику для понимания приходится предпринимать усилия, которые предполагают концентрацию внимания. При этом необходимо отметить, что прием может оказаться эффективным только в том случае, если инициатору общения уже удалось произвести впечатление на собеседника своим профессионализмом и уверенностью в своих силах. Эффект может быть отмечен в медицинской практике в ситуации, когда по объективным, а чаще субъективным причинам, пациент утаивает от медицинского персонала достоверную и истинную информацию о своем заболевании или новой симптоматике в ходе лечения. Поэтому, применяя данный прием, можно отметить искреннее желание пациента рассказать «все как есть».

3. Прием «акцентировки». Он используется в тех случаях, когда необходимо обратить особое внимание партнера на самые важные (с точки зрения говорящего) моменты в сообщении. Прямая акцентировка достигается за счет употребления таких фраз, как, «прошу обратить внимание», «важно отметить, что», «необходимо подчеркнуть, что» и т. д. Косвенная акцентировка происходит, если места, к которым нужно привлечь внимание, выделяются из общего строя общения так, чтобы контрастировать с окружающим фоном и автоматически привлекать внимание.

4. Прием «навязывания ритма». Внимание человека всегда колеблется (флуктуирует), и если намеренно не прилагать усилий к тому, чтобы все время его настраивать, то оно неотвратимо будет «убегать», переключаться на что-то другое. Постоянное изменение характеристик голоса и речи — наиболее простой способ задать нужный ритм разговора. Говоря громче, то тише, то быстрее, то медленнее,

то скороговоркой, то нейтрально, говорящий как бы навязывает слушающему свою последовательность переключения внимания, не дает ему возможности расслабиться и что-то пропустить.

5. Прием «переформулировки» — эффективное средство поддержания внимания и усиления воздействия. Уже высказанная ранее мысль переформулируется инициатором по-новому, иными словами и выражениями.

6. Прием «гиперболы». Не бойтесь прибегнуть к преувеличению, чтобы заострить внимание слушателя, но потом не забудьте четко изложить свою позицию по затронутой проблеме.

7. Прием «прогноза». Основывается на реальных фактах, предлагайте собеседнику прогнозы ожидаемых событий.

8. Прием «трехходовки». Применяется, когда собеседник вспылит. Выполняется в следующем порядке:

– проговаривается его состояние: «Я вижу, что вы возмущены, вас что-то задело»;

– проговаривается свое собственное состояние: «Я тоже немного взволнован»;

– после небольшой паузы проговаривается оценка ситуации: «Если беседа так пойдет и дальше, у нас ничего не выйдет. Давайте успокоимся» [1].

### Методы аргументирования

1. **Фундаментальный метод.** Суть его — в прямом обращении к собеседнику, которого вы знаете с фактами, являющимися основой ваших доказательств. Существенную роль здесь играют цифровые примеры и статистические данные — цифры выглядят более убедительно. Но порой цифры могут обмануть. Например, ректор института приводит статистические данные о студентах первого курса. Из них следует, что в течение года 50% студенток вышли замуж. Такая цифра впечатляет, но затем выясняется, что на курсе было лишь две студентки, и одна из которых вышла замуж.

2. **Метод «да... но...».** Его лучше всего использовать, когда собеседник относится к теме разговора с некоторым предубеждением.

3. **Метод видимой поддержки.** Он требует особо тщательной подготовки. Вы выступаете в качестве оппонента. Суть — собеседник изложил свои аргументы, факты, доказательства по проблеме дискуссии, а теперь слово предоставляется вам. В начале своей речи вы вообще не противоречите и не возражаете оппоненту. Более того, (к удивлению присутствующих) при-

ходите ему на помощь, приводя новые положения в его пользу. Но все это только для видимости! А затем контрудар, примерная схема: «однако вы забыли в подтверждение вашего тезиса привести еще и такие факты (и перечисляете их), и это далеко не все, так как...» Теперь наступает черед ваших контраргументов, фактов и доказательств.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Знание и владение приемами и методами эффективного построения общения в практике взаимодействия с онкологическими больными поможет медицинскому персоналу предотвратить многие конфликтные ситуации, повысить профессионализм, будут способствовать росту доверия и симпатии со стороны пациентов к сотрудникам, их деятельности и оказываемой ими медицинской помощи. Одной из проблем додипломного обучения студентов медицинских ВУЗов является практически полное отсутствие развития навыков общения с больными, особенно онкологическими заболеваниями.

2. Внедрение социальной психологии и социологии в практику здравоохранения должно обеспечить создание социально-психологических служб специализированных учреждений, а также расширить должностные обязанности психологов, работающих в системе здравоохранения в целом и в онкологических диспансерах в частности. Результаты социально-психологических исследований постепенно перестают восприниматься врачами как нечто уникальное и отвлеченное и находят все большее применение в практической медицине, а психологи становятся равноправными коллегами онкологов, оказывая действенную помощь в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

### Список использованных источников

1. Аминов И.И. Психология делового общения: учебное пособие / И.И. Аминов. — М.: Омега-Л, 2006.
2. Лавриненко В.Н. Психология и этика делового общения: Учебник для вузов / Под ред. Проф. В.Н. Лавриненко. — М. ЮНИТИ-ДАНА, 2003.
3. Сухов А.Н., Деркач А.А. Социальная психология / Под ред. А.Н. Сухова, А.А. Деркача. — М., 2001.
4. Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. Учебное пособие. — СПб: Издательство С.-Петербургского университета. — 2000.
5. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными. — Будапешт, 1988.