

УДК 371.132:616-051

Савельева М.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧА К ПРОФЕССИОНАЛЬНО- УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ключевые слова: взаимоотношения между врачом и пациентом, психотерапевтическая функция, психотерапевтический альянс, милиотерапия, организационно-психологическое сопровождение.

© Савельева М.В., 2012

В «Дневнике старого врача» русский медик Николай Пирогов подчеркивал, что психическая установка, настроение больного – мощнейший фактор, часто определяющий ход лечения [4]. И не случайно в христианских заповедях в числе семи смертных грехов названо уныние, отчаяние. Иными словами, установка человека на перспективу лучшей жизни решающим образом влияет на его здоровье. Если настрой человека на полноценную жизнь утрачен, бесполезно говорить о его здоровье. Способность человека адаптироваться, наилучшим образом приспособливаться к меняющейся среде, условиям жизни – есть главный эликсир здоровья. Естественно, что такую установку в первую очередь может дать человек, специалист, который в момент лечения является наиболее значимым для человека, – это лечащий врач, который должен уметь видеть, чувствовать, осязать, слышать грамотнее и лучше, чем пациент.

Поэтому врачу каждой специализации нужно стремиться к достижению максимального терапевтического, или лечебного альянса [7] при взаимодействии с пациентом. Этот термин, как и многие другие термины, связанные с психологией отношения врача и больного, был предложен и введен теорией и практикой психоанализа, но понятие «терапевтический альянс» несколько шире, чем элемент психоаналитического процесса. Он может характеризовать ситуацию коммуникации и взаимодействия врача и его пациента вообще. Он может рассматриваться в этом качестве как основанный на сознательном и бессознательном стремлении пациента к сотрудничеству с врачом и стремлении воспользоваться теми методами терапии, которые ему предлагает врач. Кроме того, в понятие терапевтического альянса следует

включить и позицию пациента по отношению к лечению, которая должна носить достаточно интернальный характер. В этой позиции пациент берет на себя определенную долю ответственности за результаты лечения, за характер и глубину терапевтического процесса.

В этом аспекте взаимоотношений «врач – пациент» термин «психотерапевтический» себя оправдывает, потому что минимальную, но адекватную терапевтическую помощь можно получить и без вмешательства профессионального клинического психотерапевта или психолога. Именно поэтому в рамках провозглашения гуманистической основы общественных отношений большое значение на современном этапе развития психологической науки имеет поиск и исследование факторов психотерапевтического воздействия, результаты которых могут быть использованы не только в психотерапии, но и при сопровождении соматических заболеваний. При этом актуально привлечение знаний и научного опыта из других гуманитарных наук (педагогика, психологии управления, менеджмента и т.д.), которые интегрируют в себе все лучшие достижения пограничных дисциплин из области изучения человека. Лечащий врач должен правильно разобраться в состоянии больного, во внутренних и внешних обстоятельствах, способствовавших развитию его заболевания, в особенностях личности больного, которые сыграли роль в возникновении болезни или не обеспечили ему возможность справиться с трудными, психотравмирующими обстоятельствами, преодолеть болезнь. Чтобы понять больного и помочь ему, врач должен владеть знаниями в области психологии и методами психотерапии [3].

Эти знания могут быть положены в основу одного из направлений в реабили-

литации больных – милиотерапии, что дословно переводится как «терапия средой» [2]. Зачастую данный термин относится к терапии средой психически больных. Однако если исходить из того, что целью милиотерапии является создание особой обстановки внутри лечебного учреждения для того, чтобы госпитализация не оказывала негативного влияния на личность пациента, а, наоборот, способствовала его выздоровлению и социализации, то его можно сделать общеупотребительным и для условий, окружающих соматического больного. Для этого организуется так называемая «терапевтическая среда» вокруг пациента, в создании которой участвует весь медицинский персонал. Важным фактором при этом является психотерапевтическое и педагогическое искусство персонала, его умение понять нужды и стремления больных, способность вселить доверие и привлечь их к сотрудничеству.

Именно поэтому психотерапевтом должен быть каждый врач, ведь успешность лечения прежде всего требует, чтобы врач узнал психические причины и условия болезни, а это предполагает знание особенностей личности больного, истории ее формирования. Как показано рядом исследователей, условнорефлекторные механизмы могут как усиливать, так и ослаблять, тормозить безусловные. Несомненно, благоприятная общая обстановка лечения, укрепление врачом надежды больного на эффективность лекарства и лечебных процедур не могут не отразиться положительно на состоянии больного.

Поэтому одним из важных моментов в работе врача является разъяснительная работа с больными. Она может проводиться как индивидуально, так и коллективно, в группе больных. Задачей ее является устранение неправиль-

ных и тягостных представлений о болезни, которой страдает больной, и об отдельных применяемых в отношении него медицинских мероприятиях, если у него такие представления имеются. В соответствующих случаях больному следует объяснить вредность для него плохого настроения, необоснованность беспокойств и роль его собственной активности в их преодолении.

Многие больные, особенно длительно болеющие, испытывают потребность в том, чтобы рассказать врачу подробнее о своей болезни, о переживаемых ими в процессе лечения трудностях, о том, что их вообще волнует. Врач должен внимательно выслушать такого больного, дать ему совет, устранить по возможности беспокоящие его моменты. В ряде случаев это бывает не менее важным для самочувствия больного, для лечения его болезни, чем применение других методов лечебного воздействия.

Весьма нередко врачу, не имеющему специальной психологической подготовки, приходится лечить больных, страдающих неврозами или психическими заболеваниями в сочетании или без сочетания с другими болезнями. Важно распознать при этом своевременно характер такого заболевания, его природу. Необходимо учесть, что в ряде случаев такие больные могут своими жалобами в какой-то мере дезориентировать врача в диагностике и лечении. Если по своему психическому состоянию больной не нуждается в переводе в специальные психоневрологические лечебные учреждения и если основное заболевание требует лечения у хирурга, гинеколога, терапевта и т.п., необходимо оказывать больному помощь с учетом нервно-психических нарушений, используя при этом специальные психотерапевтические методики, психофармакологические возможности,

физиотерапию, лечебную гимнастику, лечебный труд и пр. Отсутствие такого рода помощи может отрицательно отозваться на течении основной болезни, на настроении и самочувствии больного в процессе его лечения, а также и на его состоянии в будущем (возможное обострение невроза и пр.).

Невроз может возникнуть в процессе лечения у больного, до того не страдавшего им. Это может явиться следствием недостаточного внимания врача и его помощников к личности больного, к его переживаниям, иногда – недостаточно чуткого и тактичного поведения, иногда – неосторожных высказываний.

Отмечаются случаи, когда больного травмируют недостаточно тактично проводимые демонстрации, консультации или неосторожно проводимые исследования. Задача врача – предупредить возможность возникновения такой психической травмы [1].

Психотерапия еще очень молодая и бурно развивающаяся область науки. Сегодня происходит экспансия психотерапии во «внеклиническую» сферу. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента. Таким образом, основной задачей ее является коррекция нарушенной системы отношений больного и неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов в процессе лечения.

Роль психотерапии в практике лечения соматических больных велика:

1. Она оказывает влияние на формирование образа болезни, здоровья

человека. Благодаря психотерапии изменяются формы общения пациента и врача за счет повышения значимости более полного и открытого выражении таких чувств, как агрессия, радость, печаль и т.д.

2. Во всех направлениях психотерапии признается способность индивида самостоятельно изменять свое психическое состояние, следовательно, его способность к терапевтическим изменениям зависит от величины его потенциала к изменениям, его инициативы и пр. Такая концентрация внимания на субъекте приводит к тому, что в ситуации болезни факторы психических расстройств легко просматриваются. В ситуации неуверенности, тревоги, характерной для человека, находящегося в условиях лечения, особое значение приобретают сообщества, где индивид получает ощущение принадлежности к другим, таким же, как он сам. Поэтому если в лечебном учреждении появляется тесное эмоциональное взаимодействие между медицинским персоналом и больными, более успешно преодолевается разобщенность, неуверенность, тревога человека. Таким образом, происходит понижение реальной, иногда непереносимой роли больного.

3. Современная психотерапия в большей степени может помочь стать лечащему врачу источником для больного в области практической житейской философии, помогающей, утешающей, разъясняющей, а самому врачу – экспертом в жизненно важных вопросах.

4. Психотерапевтическое движение самопомощи, актуальное на сегодняшний день, может быть включено врачом в систему психической саморегуляции поведения больного.

Таким образом, существует тесная связь психотерапии с процессом

взаимодействия врача и больного, а следовательно, психотерапевтических знаний со знаниями сугубо профессионального характера для врачей различных специализаций.

Поэтому предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными является, несомненно, квалификация, опыт и искусство врача.

Очевиден факт того, что в построении успешной профессиональной карьеры врача значительную роль играют не только его профессиональные знания и навыки, но и умение психологически грамотно выстроить отношения с пациентами, самостоятельно решать проблемы, связанные с кризисом адаптации пациента к условиям стационара, проявляя свои творческие способности. Это заставляет рассматривать в качестве приоритетных требования, предъявляемые к современному медицинскому персоналу, формирование профессионально значимых личностных качеств специалиста, его высоких адаптивных способностей, соответствующих складывающимся реалиям на рынке медицинских услуг [6]. Особое значение личностного развития в процессе профессионализации отражается также в современном подходе к понятию профессионализма, которое стало намного шире и включает в себя личностный компонент. Профессионал – это субъект деятельности, обладающий высоким уровнем сформированности объективных и субъективных характеристик профессионализма, которые позволяют ему эффективно выполнять профессиональную деятельность, развивать свою личность средствами профессии, иметь перспективы роста, саморазвития и стремиться внести свой (собственный) творческий вклад

в свою профессиональную деятельность.

Обобщенно эти субъективные характеристики можно представить как позитивное отношение к себе как специалисту, отсутствие личностных деформаций; наличие и поиск перспектив роста, зон своего ближайшего профессионального развития, саморазвития; стремление индивидуализировать свой труд, самореализоваться в нем и личностно развиваться средствами профессии; владение техникой метакоммуникации, т.е. не только коммуникации с помощью слов, а чтения общего смысла коммуникации, учитывая все невербальные компоненты общения; и пр.

На этом этапе можно констатировать, что, во-первых, врач любой профессии при взаимодействии с пациентом может обеспечить максимальный успех в ситуации достижения терапевтического альянса; во-вторых, для того чтобы ему как можно чаще достигать ситуации терапевтического альянса, необходимо обладать определенными психотерапевтическими навыками, какой бы специальности он ни был, потому что в его практике часто будут встречаться дезадаптивные типы взаимодействия с болезнью, и трудно себе представить, что в каждом соматическом отделении будет работать психотерапевт, на которого бы была переложена эта задача [7]. Таким образом, подготовка к использованию терапевтических знаний и навыков в будущей лечебной практике становится проблемой или задачей каждого врача-интерниста. Психотерапия в его деятельности существует как непрерывный, постоянно обновляющийся синтез частных и кратковременных воздействий, совокупность которых С.И. Попова объединяет в понятие «оперативная психотерапевтическая функция» [5].

Данная функция есть вербальное и невербальное воздействие врача на личность больного, направленное на помощь ему в осознании собственных мыслей, чувств, желаний и способов поведения, в результате чего в процессе лечения больной учится понимать и принимать себя, заботиться о себе, строить свой внутренний мир и отношения с окружающими на основе позитивного отношения.

Само терапевтическое отношение врача (безоценочное принятие, эмпатия, доброжелательное участие, позиция профессиональной заинтересованности, поддержка выздоровления и позитивных изменений) позволяет в итоге пациенту найти конструктивные позиции в отношении к своей болезни, на которые он может опираться в процессе лечения. Однако данная психотерапевтическая функция не направлена на «лечение» как таковое, она представляет собой «систематическую профилактику» негативных психических состояний, отрицательно сказывающихся на процессе излечения больного.

Если в общем виде определить элементы психотерапии в деятельности любого врача, то можно найти следующие точки соприкосновения:

- в любом процессе взаимодействия «врач – пациент», как и в психотерапии, происходит взаимовлияние людей (вербальное и невербальное);
- с точки зрения целей и задач врачебной помощи прослеживается их направленность на раскрытие способностей человека и совершенствование его возможностей в преодолении болезни;
- как в психотерапии, так и при лечении соматических заболеваний речь идет о поиске возможностей человека в преодолении кризиса,

связанного с проживанием ситуации болезни, но в случае психотерапии эти возможности связаны с личностной перестройкой, а в случае лечения соматики – с перестройкой отношения к своей болезни (хотя данное разделение можно признать условным).

В связи с этим возможно предположить, что эффективность лечения соматического больного будет тем эффективнее, чем в большей степени в нем будут учтены закономерности и принципы психологического взаимодействия врача и больного, помогающего последнему справиться с проблемами в реальной жизненной ситуации.

Создание таких условий в рамках медицинского учреждения предполагает опору на гуманитарную модель здравоохранения, при которой отдается приоритет в лечении больного доброжелательному отношению, комфортным условиям пребывания в учреждении и роли эмоций в психических и соматических расстройствах.

Модель гуманитарного здравоохранения лучше всего может быть понята в сравнении с медицинской моделью, которая рассматривает человека, обратившегося за помощью, как лицо, проблема которого обозначена как болезнь. В сравнении с этим модель гуманитарного здравоохранения, не ограничиваясь понятием болезни, рассматривает также проблемы, связанные с нарушением адаптации к повседневной жизни, при которых дезадаптивное поведение должно быть заменено на более адекватное и продуктивное. От индивидуума, обратившегося за помощью, ожидается, что он будет принимать активное участие в осуществляемой терапии, с тем чтобы изменить восприятие себя. Как профессия, традиционно посвященная

обеспечению благополучия пациента, медицина не может игнорировать цели гуманитарного здравоохранения. Ведь любой врач подчеркивает важность ответственности больного за свое благополучие в том, что касается диеты, физических упражнений, сферы активности свободного времени и отдыха.

Отметим также, что специфика труда медицинских работников, построенного на межличностном взаимодействии, и традиционно сложившаяся закрытость учреждений здравоохранения для общественного влияния требуют формирования саморегулируемых систем, применяющих современные механизмы управления человеческими отношениями в интересах как пациентов, так и медицинских работников.

Таким образом, удовлетворенность пациентов медицинской помощью, а медицинского персонала трудом в значительной степени зависит от социально-психологических факторов, сопровождающих трудовой процесс. Медицинский коллектив, объединенный едиными целями, ориентированный на успех, творческое развитие, следующий высоким морально-нравственным принципам, работающий в рамках закона, предпочтительнее как для пациентов, так и для системы здравоохранения в целом. А недоучет в управлении медицинскими учреждениями роли благоприятного социально-психологического климата приводит к снижению эффективности и качества трудового процесса и, соответственно, к уменьшению социального эффекта от деятельности всей системы здравоохранения.

Данный тезис актуализирует реализацию управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении. Причем, рассматривая медицинское учреждение

как объект комплексного воздействия, мы выделяем несколько организационных уровней и соответствующих этим уровням задач по обеспечению управления:

- уровень всей организации (здесь в качестве ведущих выступают задачи совершенствования организационной структуры, методов управления, стабилизации и развития кадров, социального развития коллектива, психологического обеспечения эффективного взаимодействия медперсонала как внутри профессионального сообщества, так и с пациентами и т.п.);
- уровень первичного коллектива (наиболее значимыми на данном уровне являются задачи обеспечения благоприятного социально-психологического климата, межличностной совместимости, эффективности групповой деятельности, предупреждения конфликтов и т.п.);
- уровень отдельного человека (на этом уровне решаются задачи организации рабочего места каждого сотрудника, оптимизации психофизиологического состояния, предупреждения негативных состояний, деформаций личности, решения отдельных психологических проблем).

На каждом из этих уровней реализуется организационно-психологическое сопровождение управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении как вид деятельности психолога и субъектов управления, направленной на создание благоприятной милитерапевтической среды медицинского учреждения, способствующей формированию доверительного отношения пациентов к медперсоналу и, как следствие, более успешному процессу их реабилитации.

Предлагая систему организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении, мы понимаем ее как комплекс необходимых воздействий и факторов внешней среды, обеспечивающих эффективность управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении. Предпосылкой организации сопровождения являются потребности медицинских учреждений в построении милитерапевтической среды.

Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что социальные действия являются упорядоченными, организуются в системе, так что можно иметь обоснованные предположения о том, как будут действовать люди в ситуации того или иного типа, и строить в соответствии с этим свои собственные действия.

С позиций аксиологического подхода в систему включены следующие компоненты: целевой (цель, задачи), организационный (принципы сопровождения, условия сопровождения, организация работы, формы работы), инструментальный (направления деятельности сопровождения, их содержание), контрольно-оценочный (критерии эффективности сопровождения, ожидаемый результат).

Объект организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: действия администрации, медперсонала, персонала интерфейсной службы, направленные на создание благоприятного социально-психологического климата.

Субъекты организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: на уровне всей организации – адми-

нистрация, заведующие отделениями, на уровне первичного коллектива – психолог медицинского учреждения, независимый психолог-эксперт, на уровне индивида – каждый сотрудник медицинского учреждения.

Цель организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: реализация психологического потенциала благоприятного социально-психологического климата медицинского учреждения при создании милитаризованной среды медицинского учреждения.

Задачи организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: организация тесного взаимодействия работников администрации и медперсонала; организация психологических тренингов по формированию благоприятного социально-психологического климата в медицинском учреждении; содействие личностному и профессиональному росту сотрудников медицинского учреждения; психологическое регулирование взаимодействий субъектов управления и пациентов медучреждения, повышение доверительности отношения пациентов к медперсоналу; проведение мониторинга эффективности управления социально-психологическим климатом медицинского учреждения.

Принципы организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: принцип гуманизма, ориентирующий на использование в процессе работы объективной информации, требующий беспристрастного отношения к любому человеку, исключающий манипулирование другим человеком; принцип профессиональной компетентности,

предполагающий четкое представление психолога о своих правах, обязанностях, возможностях, ограничениях, совершенное владение инструментарием и технологиями, необходимыми для реализации своих функций; принцип актуальности и практической целесообразности, означающий, что деятельность психологической службы должна строиться с учетом общих задач данной структуры и конкретных проблем медицинского учреждения; принцип системности и комплексности, предполагающий разработку и внедрение комплекса определенных мероприятий, форм и методов работы, соответствующих задачам и целям психологической службы, а также построение системы постоянной работы, дающей максимально позитивный результат.

Направления организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: диагностическое (мониторинг эффективности управления социально-психологическим климатом медицинского учреждения, в том числе мониторинг сформированности психологической культуры сотрудников медицинского учреждения, мониторинг отношения пациентов медицинского учреждения к медперсоналу); консультационное (организация психологической экспертизы программ деятельности подразделений медицинского учреждения по формированию благоприятного социально-психологического климата; консультация сотрудников по текущим профессиональным вопросам); развивающее (организация повышения квалификации и профессионально-личностного роста сотрудников медицинского учреждения); профилактическое (организация взаимодействия с общественностью,

руководителями и медперсоналом других медицинских учреждений при содействии соответствующих органов социальной защиты и здравоохранения).

Содержание организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: организация и координация взаимодействия всех уровней субъектов управления социально-психологическим климатом медицинского учреждения.

Условия организационно-психологического сопровождения управления социально-психологическим климатом в медицинском учреждении: учет отношения пациентов к создаваемым милитерапевтическим условиям в рамках медицинского учреждения; взаимодействие с руководителями и медперсоналом других медицинских учреждений при содействии соответствующих органов социальной защиты и здравоохранения; использование возможностей информационного воздействия.

Организация работы: в структуре психологической службы, на основе договора с администрацией медицинского учреждения.

Формы работы: лекции, семинары и тренинги для сотрудников медицинского учреждения; организация обратной связи с пациентами медицинского учреждения посредством опроса, анкетирования, интерактивного голосования, поддержки сайта. Перечисленные формы работы реализуются психологом совместно с другими представителями и службами администрации медицинского учреждения.

Критерии эффективности сопровождения. Включение в модель критериев ее деятельности обусловлено тем, что неразработанность критериев и показателей оценки деятельности психологической службы приводит на практике к отсутствию обратной информации о том, как ее деятельность влияет на результативность деятельности субъектов управления социально-психологическим климатом медицинского учреждения, насколько ее задачи и функции отвечают реализации поставленных задач.

Ожидаемый результат: повышение доверия пациентов медицинского учреждения к медперсоналу как следствие создания благоприятного социально-психологического климата медицинского учреждения.

Литература

1. Бедрин Л.М., Урванцев Л.П. Психология и деонтология в работе врача. Ярославль, 1988.
2. Войцеховский В.В., Куликов С.А. Милитерапия и социально-психологический «климат» в отделениях психиатрического стационара. URL: http://www.talagi.ru/info/bulletin_4.htm.
3. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. М.; Екатеринбург, 1999.
4. Пирогов Н.И. Вопросы жизни. Избр. пед. соч. М., 1985.
5. Попова С.И. Профессиональная подготовка педагога к реализации психотерапевтических функций в воспитании школьников: дис. ... канд. пед. наук. М., 1995.
6. Селезнев С.Б. Медицинская и клиническая психология в системе медицинского образования в России: проблемы прошлого, настоящего и будущего. URL: http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer09.php.
7. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учебник для студ. вузов. М., 2003.