

18+

Мурад Камалов

Врач и пациент: техники общения и влияния

Мурад Нуриевич Камалов
Врач и пациент: техники
общения и влияния

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=57110995

ISBN 9785449886606

Аннотация

Книга посвящена развитию у врача навыков профессионального общения с пациентами в самых различных, в т. ч. и сложных ситуациях. Много примеров из практики автора. Доступное изложение.

Содержание

Предисловие	5
ЧАСТЬ 1. Профессиональная врачебная коммуникация	9
Глава 1. Условия и изменения. Стратегии общения	9
Глава 2. Как происходит общение, алгоритмы приема. Что испытывает врач. С чем приходит пациент	22
Конец ознакомительного фрагмента.	52

Врач и пациент: техники общения и влияния

Мурад Нуриевич Камалов

*Книга посвящается моим внукам Нике
и Максиму.*

© Мурад Нуриевич Камалов, 2020

ISBN 978-5-4498-8660-6

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Предисловие

Общение врача и пациента – это не только часть профессии, но и элемент культуры общества, своего рода показатель его уровня развития. В нашем социуме с каждым десятилетием можно наблюдать разные и не всегда положительные изменения этих отношений.

Растет количество конфликтов, взаимных обвинений, попыток предъявить обобщенные претензии и упреки.

Эта книга написана для врачей с разным, но в большей степени небольшим опытом работы, не набивших еще своих собственных «шишек» в процессе постижения навыков общения с самыми разными пациентами, их близкими и родными.

Желанием автора было помочь коллегам разобраться в этих вопросах превентивно, не создав себе и другим ненужных проблем; подсказать варианты решений, предложить анализ примеров из практики и стимулировать их собственную мысль.

В конечном итоге, если кому-то из уважаемых читателей она поможет хотя бы в нескольких ситуациях, свою задачу автор посчитает выполненной.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Часть 1. Профессиональная врачебная коммуникация

Глава 1. Условия и изменения. Стратегии общения.

Глава 2. Как происходит общение, алгоритмы приема. Что испытывает врач. С чем приходит пациент.

Глава 3. Страхи и надежды пациента. Плацебо-общение.

Глава 4. Техники опроса и диагностики.

Глава 5. Глоссарий и тезаурус врача. Как молодому врачу улучшить свою речь.

Глава 6. Особенности поведения пациентов на приеме.

Глава 7. Оздоровительные практики в работе врача.

Глава 8. Влияние на поведение и управление мотивацией пациента.

Глава 9. Психоэмоциональное состояние пациента и как им управлять.

Глава 10. Откуда берется врачебная злость.

Глава 11. Назначение дополнительной диагностики и лечения.

Глава 12. Проблемные ситуации и причины их появления.

Глава 13. Как разрешать конфликты с пациентами.

Глава 14. Врач, пациент и Волшебник.

Глава 15. Врач и рынок.

Глава 16. Общение с пациентами-супругами.

Глава 17. Врач и врач-пациент.

Глава 18. Гештальты доктора и пациента.

Глава 19. Врач и его пациент-родственник.

Глава 20. Техники тренинга во врачебной практике.

Глава 21. Дилемма врача: успокаивать, ли пугать?

Часть 2. Техники преодоления стресса в практике

врача

Глава 1. Техники релаксации.

Глава 2. Техники концентрации.

Глава 3. Медитативные техники.

Глава 4. Телесно-ориентированные техники для снятия напряжения в мышцах.

Выражаю благодарность тренеру Анне Кондратьевой за фото к разделу «Техники преодоления стресса».

ЧАСТЬ 1. Профессиональная врачебная коммуникация

Глава 1. Условия и изменения. Стратегии общения

В том, как врач и пациент общаются друг с другом отражается время и развитие общества. С другой стороны, есть нечто, связывающее наше время и далекие эпохи прошлого, нечто незыблемое и неизменное. Очевидно, что это общение имеет несколько сторон – человеческую, диагностическую, лечебную, психологическую, кросскультурную и другие. В те времена, когда возможности диагностики были неизмеримо ниже, врачу приходилось уделять большее внимание общению как таковому.

Современный тренд на технологию преобладает и заставляет врача выбирать между реальным живым пациентом перед ним и той информацией, которую он может получить с помощью технологической диагностики.

Нужно ли вообще общаться с пациентом на приеме? Не достаточно ли просмотреть результаты диагностики и сделать назначения? Разумеется, есть группы специалистов, для которых такая постановка вопроса неприемлема –

особенно, те, кто имеет дело как с психикой, так с телом пациента (психотерапия, мануальная и телесно-ориентированная терапия, ряд терапевтических специальностей).

В то же время, поведение врача на приеме определяется не только его специальностью, но и его готовностью и умением общаться.

Насколько это эффективно с точки зрения диагноза и лечения?

Рационально ли это?

Что это дает врачу и пациенту?

Почему это общение иногда оказывается обоюдотравматичным?

Эта книга – попытка найти ответы на такие вопросы.

Не будет открытием утверждение, что как таковому общению с пациентом будущих врачей целенаправленно не учат. Конечно, в течение ряда лет студенты и молодые врачи наблюдают, как с больными общаются их старшие коллеги, участвуют в обходах и практических занятиях с пациентами. Есть перед глазами примеры – иногда удачные, иногда нет.

Однако, наблюдение – только один из возможных методов обучения, который и преобладает в первые годы освоения профессии. При этом важные элементы навыка общения как такового, с применением универсальных техник и достаточно объемного тренинга таких навыков скорее в дефиците. Тем более, в дефиците профессиональная обратная связь и психологическая подготовка к коммуникации

на приеме. Молодой врач формирует свой коммуникативный стиль с помощью метода проб и ошибок, цена которых иногда просто неприемлема.

Автор провел немало коммуникативных тренингов с врачами. В подавляющем большинстве даже специалисты с многолетним опытом открывали для себя вещи, которым их должны были научить много лет назад. Например, разбираться в поведенческих типах, причинах сопротивления лечению, психологических особенностях пациентов с различной патологией, владении умением предотвращать очевидно нарастающий конфликт и др.

Поэтому-то такое большое число поистине нелепых, недопустимых, и просто-напросто идиотских ситуаций имеет место в наших поликлиниках и больницах.

Социальные деформации, разумеется, происходят синхронно по обе стороны дверей врачебных кабинетов. Нам остается лишь тешить себя надеждой, что чудесное преобразование общественного лика наступит вдруг, в один прекрасный день, и грязная разбитая колея, по которой бредут два уставших путника – врач и больной – превратится в залитую солнцем и овеваемую нежным весенним ветерком ухоженную дорожку среди густых лесов и цветущих долин, над которыми раздается звонкая песнь свободного и счастливого жаворонка...

Многолетнее наблюдение за поведением врачей позволяет предложить некоторую дифференциацию по их отноше-

нию к общению с больным.

Практически, врачей можно условно разделить по их отношению к общению с пациентом следующим образом:

- коммуникаторы
- телесники
- информаторы / инструментальщики

Первая группа – интуитивно ориентированные на общение, не испытывают проблем с установлением контакта, могут заполнить паузу, использовать ситуационное ободрение (Н. Пезешкиан, 1973). Т.е., доверяющие своему общению с Личностью в пациенте.

Вторая группа – ориентированные на тело и все, что с ним связано, не боятся пальпировать пациента, рассматривать участки тела, так или иначе «ковыряться» в нем. Т.е. доверяющие своему впечатлению от общения с ТЕЛОМ.

Третья группа – фиксированные на данных объективного, инструментального обследования, ИНФОРМАЦИИ, как основе для постановки диагноза и последующего лечения. В этом случае пациент, скорее всего, будет обделен общением.

Приведенные типы являются сугубо эмпирическими – результатом многолетнего опыта автора в общении с коллегами. Иногда встречаются и «переходные», или «комбинированные» типы, но это происходит нечасто и может быть либо в самом начале врачебной карьеры, когда начинающий врач еще сам не понял, кто он есть, либо уже на вершине профес-

сионального опыта, когда специалист умеет осознанно сочетать различные варианты.

Каждый из трех вариантов (или стратегий общения) не является чем-то верным, или, напротив, ошибочным. Уместность – это главный критерий. Если же врач целенаправленно избегает всего, что не связано с его стратегией общения, он снижает уровень и качество общения. Это может повлиять неблагоприятно на будущие отношения с пациентом, качество диагностики и лечения.

В литературе предлагается несколько вариантов типологий и стратегий общения. Они в большей, или меньшей мере практически ориентированы. Приведенный вариант автор сформулировал опытным путем, и видит как понятный практическому врачу. Далее будет показано, как эти стратегии общения, или их сочетание помогают в практической работе.

Также вы сможете изучить и при желании освоить приемы общения, вам не свойственные, но необходимые для большей профессиональной эффективности в работе.

Прежде необходимо точнее установить, какой стратегии вы придерживаетесь в обычной ситуации с пациентом.

Какова ваша первая реакция на него? Здесь важен формат установления реального контакта, то есть того, что происходит после приветствия.

Например, если фазе сбора жалоб анамнеза предшествует «малый разговор», т. е. очень короткое обсуждение пого-

ды, актуальной для вас обоих ситуации, забавных, или жутких новостей, некий житейский момент – значит ваша стратегия – . Скорее всего, в процессе общения (даже если вы будете производить некие телесные манипуляции) непринужденное общение будет продолжаться в том же формате «малого разговора». Это для вас большой плюс, поскольку такие приемы снижают ситуационное напряжение и предотвращают конфликтные ситуации. **Коммуникатор**

Если вы -, то большее доверие испытываете от своих ощущений при прямом исследовании тела пациента. Важное замечание – речь не о том, доставляет ли вам это удовольствие. А том, как вы получаете необходимую информацию и впечатления для построения диагноза. **Телесник**

, или «Инструментальщик» – все более распространенный тип врача. Технологическая революция в диагностике создала благоприятные условия для исключения общения с пациентом во многих случаях. Уже выросло поколение «Y» докторов, для которых общение с больным не только лишний элемент работы, но и досадная необходимость, если общаться все же приходится. Автор не осуждает такую позицию, но констатирует реальное положение вещей. **Технолог / Информатор**

Такая стратегия предполагает также избегание всеми способами и телесного контакта с пациентом. При этом, правильно дифференцировать Инструментальщиков по функционалу (врачи-функционалисты, лучевые диагносты и т. д.)

и по «убеждению». Тогда такой доктор всю жизнь может страдать от необходимости «копаться» во внутренних пространствах пациента (хирургия, гинекология, урология, стоматология и др.) И такие доктора встречаются нередко. При этом они могут долго не признаваться сами себе в своих проблемах и от этого страдает их работа, их мотивация и в итоге пациенты.

Определить, к какому типу вы принадлежите важно и возможно, уже в студенческие годы. И многим это удается, особенно, если мотивация к врачебной деятельности исходно высока. Однако, немалый процент врачей становятся такими по некоему стечению обстоятельств (давление близких, социальные догмы, коммерческая мотивация и т. д.) Тогда речь идет не о миссии, а о работе такой же, как и всякая другая – социально одобряемая и повышающая самооценку, доставляющая средства к существованию.

Можно структурировать возможности и ограничения каждого типа и определить направление своего роста.

Наиболее успешные, состоявшиеся профессионалы сочетают в себе все три «опции», умело выбирая необходимую для каждой ситуации.

Молодому врачу полезно присмотреться к своим более опытным коллегам именно с точки зрения такой «опциональности». При этом у каждой опции как выше показано и негативные оттенки.

Много лет назад я работал выездным врачом на одной

из московских подстанций скорой и неотложной мед. помощи (ССиНМП). Это было в самом начале моей врачебной работы. Она слыла «отстойником» для бывших главврачей таких подстанций, уволенных за разные провинности и неуживчивый характер. По прошествии лет я вижу, что большинство этих «бывших» были как бы коммуникаторами, но со знаком «минус», болтунами и необязательными людьми. И в итоге оказались банальными неудачниками. Поэтому ваши «опции» всего лишь некое условие, а его реализация – дело вашей личности и вашей мотивации.

Подобная типология (а разнообразных типологий создано немало, среди них есть и толковые и совершенно бесполезные) может быть соотнесена и с пациентами. В самом деле, акцент на восприятие через живое общение, тело, или информацию – общечеловеческая, а не профессиональная прерогатива.

Посмотрим, что будет при встрече разных поведенческих типов.

Мы в итоге получили девять полей взаимодействия. Каждое из них прокомментируем примером.

– 1 Встречается в ситуациях в том числе межгендерного взаимодействия. Например, эмоциональная доктор что-то многословно объясняет молчаливому аналитичному мужчине. В этом случае «настройку» скорее всего попытается провести пациент и выбрать из потока слов и эмоций нечто конкретное. Если вы знаете за собой такую особенность, внима-

тельно отнеситесь к типу пациента, ориентируйтесь на его истинный запрос.

– 2 В том случае поле взаимодействие также неоптимально. Если мы представим того же самого пациента, и врача — хирурга, сосредоточенного на манипуляциях с частями тела, то пациент будет терпеливо дожидаться комментария о произошедшем. Здесь полезен будет краткий комментарий о результатах вмешательства. Главное, не оставлять пациента в сомнениях.

– 3 В этом поле достигается максимальная информационная отдача на единицу времени приема. Ситуация может быть дополнена необходимым минимумом эмоциональной поддержки с долей здорового юмора (пациент тот же).

– 4 В принципе, это не антагонистичное поле, т.к. тело и эмоции ближе друг к другу, чем к «чистой» информации. Можно дополнить общение физикальным исследованием больного.

– 5 Гармоничное взаимодействие, например, на приеме у мануального терапевта, остеопата и т. д. Информация может быть дополнением для исчерпывающего взаимопонимания.

– 6 Исходно сложная ситуация для обеих сторон. Врачу необходимо дополнять и расширять формы общения (телесная, коммуникативная) для установления и развития контакта.

– 7 Первоначально благополучная ситуация. Ее необхо-

димом развивать для полноценного профессионального контакта, и контролировать дистанцию общения. Для полноценного подтверждения рекомендаций необходим оптимум информации.

– 8 Предпочтительно вначале проговорить с пациентом его жалобы и опасения, позже приступить к физикальному исследованию. Завершение общения также следует провести с акцентом на общение / объяснения.

– 9 Проблемная ситуация и встречается нередко. Прагматичный немногословный доктор «не слышит» эмоционального пациента / пациентки. Желательно все же сделать усилие и уделить внимание реальной, или мнимой проблеме больного в форме диалога. Это даст необходимый эффект (если он вам, конечно, нужен). Кстати, автор сам подчас сталкивается с ситуацией, когда во время исследования эмоционально-зависимая пациентка просит: «Вы только не молчите, потому что мне страшно, обязательно что-то говорите!»

Итак, мы увидели возможности использования вашего типа и типа пациента для лучшего общения. Подумайте над этим, поработайте с этим. Ваше общение и его медицинский аспект изменятся в лучшую сторону.

	Сильные стороны	Слабые стороны
Коммуникатор	Умение устанавливать и развивать контакты, поддерживать и мотивировать пациента. Взаимодействовать с его семьей, создавать позитивную установку на результат лечения.	Излишнее вовлечение в отношения чревато осложнениями при неблагоприятном развитии заболевания. Возможны ошибки в диагностике и лечении при недостаточном внимании к объективным признакам патологии.
Телесник	Добивается высокого уровня диагностики при телесном контакте, вызывает этим доверие пациента.	При дефиците коммуникации может вызывать у пациента тревожные переживания, если не объясняет в доступной форме смысл своих действий.
Технолог Информатор /	Умеет работать с различными источниками информации о пациенте, хорошо структурирует ее для себя и при необходимости для пациента. Внимателен к деталям и точен в документации.	Не всегда успешен в общении и установлении должного уровня доверия с больным. Избегает телесного контакта и лишает себя важного канала информации. „Сухое“ изложение фактов со стороны Информатора может оттолкнуть пациента.

	Врач Коммуникатор	Врач Телесник	Врач Инструментальщик/ Информатор
Пациент, ориентирован на Технологию / Информацию	1 ПЛЮС. Нет. МИНУС. Несовпадение информационных потоков. Для пациента избыточные эмоции врача являются помехой для усвоения информации.	2 ПЛЮС. Нет. МИНУС. Несовпадение информационных потоков. Для пациента манипуляции врача являются причиной дискомфорта.	3 ПЛЮС. Лаконичное содержательное обсуждение. Точность в передаче и восприятии информации. Выполнение договоренностей. МИНУС. Нет живого общения, психологической поддержки, эмоционального контакта.
Пациент Телесник	4 ПЛЮС. Наличие эмоциональной составляющей сближает и создает условия для доверия. МИНУС. Дефицит врачебного контакта с телом пациента оставляет последнего неудовлетворенным.	5 ПЛЮС. Достигается взаимное доверие, пациент готов следовать рекомендациям врача. МИНУС. Сохраняется необходимость более точной информированности пациента, возможно в будущем.	6 ПЛЮС. Нет. МИНУС. Сообщенная врачом информация будет недостаточно усвоена, т.к. не создано необходимого уровня доверия к нему. Пациент воспринимает ситуацию через чувство дефицита внимания к его проблеме.
Пациент Коммуникатор	7 ПЛЮС. Живое общение. Откровенный разговор. Взаимная симпатия. МИНУС. Потеря времени. Много лишних слов. Нежелательные высказывания.	8 ПЛЮС. Пациент положительно оценит телесный контакт как проявление внимания к нему. МИНУС. Дефицит общения оставляет пациента не совсем удовлетворенным.	9 ПЛЮС. Нет. МИНУС. Несовпадение информационных потоков. Для пациента дефицит эмоций врача является показателем незаинтересованности.

Глава 2. Как происходит общение, алгоритмы приема. Что испытывает врач. С чем приходит пациент

Ситуации общения с пациентом разнообразны – встреча в кабинете поликлиники, дома по приезду бригады скорой помощи, в приемном отделении при urgentных состояниях и многих других.

Для понимания причин успешного и неуспешного общения полезно объективно оценить свои первые впечатления от встречи с больным. Это страх, раздражение, озабоченность, досада, интерес, безразличие, радость... Почему это важно? Потому, что первичная эмоция лежит в основе дальнейшего общения и даже если она маскируется вашими профессиональными словами и действиями, все же продолжает «изнутри» влиять на результат и общения и диагноза и лечения.

В период работы на станции скорой помощи автор наблюдал, как разнообразные реакции в самом начале работы у новичков постепенно сменялись и становились похожими у большинства врачей, фельдшеров и медсестер.

Обычно на эту эволюцию уходил год – полтора. И этапы были примерно следующими. Удивление – интерес – напряжение – раздражение – безразличие – возможно, новый ин-

терес.

В зависимости от стажа работы врач так, или иначе находится на одном из этих этапов и «скорость» прохождения очень вариабельна. Тип личности, мотивация, уровень притязаний, самооценка ускоряют, либо замедляют этот процесс. Иногда можно «застрять» на одном из этапов надолго, возможно, навсегда.

Стадия связана с новыми впечатлениями, новым опытом, способами общения и разрешением проблем. Мы сравниваем предшествующий опыт с новой ситуацией, не сразу видим возможности его применения, теряемся, ищем опору. Наши впечатления складываются в некую картину, которая будет меняться по мере нашей адаптации. **удивления, либо растерянности**

Врач ищет нужный алгоритм общения с пациентами с новым для себя профилем патологии. На этом этапе важен пример старших коллег, разумное подражание лучшим образцам. Не стесняйтесь задавать максимум вопросов, чтобы извлечь максимум пользы. Позже это будет сделать сложнее, т.к. от вас будут ждать не вопросов, а ответов.

Приведу пример. Чтобы заменить меня на несколько дней отпуска, в кабинет привели молодого доктора, получившую несколько месяцев назад соответствующую специализацию. Она уже поработала самостоятельно в другом мед. центре, давая после обследования устные (!) заключения.

. За весь рабочий день она задала один (!) технический во-

прос. Я попытался как-то ее расшевелить, предложил самой посмотреть пациента. Отказалась наотрез. Как выяснилось, за время «первички» ни разу таким способом пациента не обследовала. Почему бы не попробовать сейчас? Но общение со смартфоном победило... Жаль и ее и пациентов. Вопросы к ее руководству и кафедре, где она «обучалась» и получила сертификат о готовности работать по новой специальности вообще повисают в воздухе

Почему растерялась молодой врач? Возможно, неуверенность в себе и недостаточное внимание с моей стороны и поток пациентов помешали...

Я далек от осуждения кого-либо за непонятную для меня модель поведения. Но с практической точки зрения любой профессиональный повод может и должен быть приоритетом в период наработки первичного опыта. Что бы вам не предложили, беритесь за все, соглашайтесь на все. Что не умеете, возьмите у своих старших коллег. Всегда говорите «Да», как в одноименном фильме. Что бы ни произошло далее, обязательно принесет вам пользу.

У многих начинающих коллег все же наступает стадия к новому опыту и новой информации. Это просыпается познавательный инстинкт, стремление к получению нового опыта. У наших предков это обеспечивало выживание. Возможно и сейчас для выживания приходится делать немало. Поэтому проявляйте свой интерес максимально активно. Даже с риском показаться слишком настойчивым. Первичный

опыт очень важен, т.к. базируется на сильной мотивации. Позже, когда мотивация начинает слабеть вам придется заставлять себя искать нечто новое в рутине повседневности.

интереса

Многовековой опыт медицины выделил ключевой способ развития профессионального мастерства – обсуждение пациентов в форме консилиума. Коллегиальность – многократно упоминаемая, но не столь очевидная «опция» во врачебном общении.

Сами по себе разговоры многого не дадут – важно, чтобы соблюдались ключевые принципы консилиума, а именно:

- пригласить нужных специалистов / специалиста;
- умение лаконично и по существу сообщить о клиническом случае, не упустив важные детали и не навязывая одного определенного мнения;
- предоставить возможность высказаться всем участвующим специалистам;
- сформировать 2 финальных наиболее очевидных варианта решения для того, чтобы в итоге оставить единственный, либо продолжить диагностический поиск.
- обозначить срок повторного контроля (уточнения диагноза, оценки эффективности лечения).

Это обычно зона ответственности руководителя, ведущего специалиста. Но и начинающий врач получит больше пользы, если сможет проанализировать состоявшееся обсуждение, его результативность с точки зрения технологии.

Не всегда этот алгоритм соблюдается, а жаль, технология выручает сама по себе и помогает повысить вероятность лучшего решения.

Близкая консилиуму форма общения – клинический разбор. Это скорее дидактическая опция, направленная на практическое обучение с помощью конкретных историй болезни и демонстрации (при необходимости) самого пациента.

В эпоху «доиндустриальной медицины» эти формы живого врачебного общения служили целям профессионального развития не в меньшей, а возможно и в большей степени, нежели данные многочисленных обследований сегодня. Коль скоро у вас есть возможность общаться с коллегами – делайте это, особенно выделяя умеющих объяснять и аргументировать свою точку зрения специалистов. Это – лучшая школа для молодого врача.

Немало медицинских учреждений сегодня называют себя «клиниками». Не вдаваясь в нюансы разнообразия профилей патологии, обучающей базы, объема помощи, оснащенности и много другого, напомним, что КЛИНИКА – это место, где регулярно делают две вещи:

- проводятся квалифицированные клинические разборы;
- проводятся врачебные консилиумы.

Это – сердцевина врачебного ремесла. Все остальное – очень важная, но все же оболочка.

Автору пришлось повидать различные варианты обу-

чения врачей в рамках текущей рабочей деятельности. В большинстве ЛПУ преобладает модель 40-летней давности: выступление одного из специалистов (последние 10—15 лет с текстовыми слайдами, заимствованными из лекции на сертификационных курсах и материалов «дружественных» фармкомпаний), ответы на вопросы.

Почему —бы не использовать доступные приемы обучения из практики группового тренинга?

Например, лечащий врач дает описание клинических симптомов и карту анализов. Врачи делятся на несколько подгрупп, выдвигают свои диагностические гипотезы, затем врач-модератор собирает на флипчарт разные мнения и предлагает их защитить каждой подгруппе. Наконец, проводится сравнение гипотез и окончательного диагноза от лечащего врача. Это обсуждение может многое дать особенно начинающим врачам с точки зрения развития навыка дифф. диагностики и клинического мышления в целом.

Работа в группе, кроме того, дает навыки коллегиальности и , столь дефицитные в сегодняшней реальности. *консилиумности*

Кроме того, сегодня есть возможности просмотра профессиональных видео непосредственно на конференции. Причем, нет необходимости ждать очередного конгресса \ симпозиума.

Просто-напросто главному врачу полезно на полчаса переключиться с мыслей о финансовых потоках, проверяющих

организациях, и жалобах пациентов (составляющих в совокупности до 105% ментального бюджета времени руководителя ЛПУ), на поиск чего-то нестандартного и полезного именно врачам. Посмотрели дружно видео, обсудили, чему-то научились *in situ*. А специалист по данной патологии еще и комментарий даст – совсем станет хорошо...

во врачебной работе не исчезает никогда полностью. Первичное напряжение о котором мы говорим связано с неодинаковой скоростью освоения нового опыта и получением нужных результатов. Это этап некритических ошибок и получения негативного, но столь важного для молодого врача опыта. **Напряжение**

Врачебная профессия вообще строится на фундаменте опыта. В отличие от некоторых профессий, успех в которых может быть достигнут уже к 25—30 годам (профессиональный спорт, математика и программирование, хореография, угон автомобилей и др.) медицина – удел терпеливых. Только через 10—12 лет работы врач набирает критически необходимую массу опыта и выходит на некое «плато» с медленным, но неуклонным подъемом до 50—55 лет.

Далее ситуация складывается уже у каждого по-своему. Поэтому доктора медицинских наук, доценты и профессора, руководители клиник в «правильное» время становились таковыми к 40—50 годам, периоду расцвета в профессии. Теперь же, видя стремительно ставших «выдающимися» врачей-ученых 30-ти и около того лет, приходится испытывать

досаду за них и сочувствие к пациентам. «Недоношенных» ученых докторов становится все больше и у медицинской молодежи возникает иллюзия, что пара-тройка сертификатов, несколько самостоятельных операций, полсотни принятых профильных пациентов дают право на «окончательный диагноз». Результат – множество инцидентов, нередко с тяжелым исходом, вызванных обычно цепочкой обстоятельств (объективных и субъективных), в основе которых все же профессиональная и человеческая незрелость врача.

И это не брюзжание пожилого врача (автор о себе), а констатация объективного факта, что только количество принятых пациентов, проведенных исследований, процедур и операций переходит в качество в определенное и весьма некороткое время.

Как девять женщин не могут родить одного младенца за 1 мес., так не может один врач даже с множеством гаджетов, полезных знакомств и родственных связей стать истинным авторитетом в медицине ранее указанных временных границ. Поэтому ваше напряжение, ваши ошибки (во-время осознанные и исправленные впоследствии) становятся ключевыми драйверами профессионального роста.

Пример. Ко мне обратился пациент 55 лет, с жалобами на боли за грудиной, чувство нехватки воздуха, трудный вдох, в том числе и в ночное время. До этого он лечился стационарно в кардиологическом отделении ведущего федерального клинического центра. Заведующая отделением, доктор

32 лет, к.м.н., поставила диагноз (пациент принес выписку) впервые выявленной бронхиальной астмы (!) При этом анамнестически не выявлялась ни аллергия, ни отягощающие факторы (курение, хим. производство и др.) Проба с введением бронходилататора НЕ ВЫЯВИЛА значимых изменений в параметрах внешнего дыхания. Тем не менее, была назначена бронходилатирующая терапия, которая и привела пациента с очевидной коронарной патологией и сопутствующей эритремией к возникновению ночных приступов стенокардии. После отмены бронходилататора приступы прекратились. Катамнестически спустя 2 года – приступы одышки только при умеренной физической нагрузке, состояние удовлетворительное

Мало-мальски грамотному врачу понятен профессиональный уровень этого молодого «ученого», руководителя отделения, не делающей различия между инспираторной и экспираторной одышкой. Для всех – для нее самой, для ее начальства и для ее пациентов лучшим решением было бы направление «кандидата медицинских наук» на повторный курс факультетской терапии 4-5-го года обучения в ВУЗе. Но мы, к сожалению, живем и работаем по иным правилам...

Начинающим врачам полезно «понапрягаться», чтобы накопить необходимый опыт и обязательно переработать его с помощью имеющихся фундаментальных медицинских и специальных врачебных знаний. Тогда не будет столь досадных «ляпсусов» в работе, дискредитирующих и конкрет-

ного доктора и медицину в целом.

– симптом усталости и разрыва между первоначальными ожиданиями и реальностью. Первоначальный интерес сменяют напряжение и раздражение. Это может выражаться в снижении интереса к работе, выходе на первый план исключительно финансовой мотивации, роста неудовлетворенности. **Раздражение**

Неким образом это становится понятно и пациентам, они обладают высокой эмпатией ко всему, что связано с их болезнью и психологическое состояние врача «считывается» ими на раз. Лояльные пациенты со стажем могут некоторое время игнорировать проявления вашего раздражения, впервые обратившиеся могут отнести к этому менее терпимо. Типичным симптомом такого состояния врача является «застревание» на ничтожных мелочах, способных вывести его из равновесия надолго. Недавно я был свидетелем удручающей сцены встречи пациентки и врача в коридоре одного из известных столичных консультативных центров.

Пациентка (просительно) «Иван Иванович вам звонил про меня».

Врач (нервно) «Никто мне не звонил. Я еще и в кабинет-то не вошел, ничего не знаю!»

Пациентка (умоляюще) «Иван Иванович вам звонил про меня».

Врач (раздраженно) «Никто мне не звонил. Я еще и в кабинет-то не вошел, ничего не знаю!»

Пациентка (настойчиво) «Иван Иванович вам звонил про меня».

Врач (срываясь на крик) «Никто мне не звонил. Я еще и в кабинет-то не вошел, ничего не знаю!!»

Пациентка (уверенно) «Иван Иванович вам звонил про меня».

Врач (визгливо, пытаясь зайти в кабинет и спрятаться там) «Никто мне не звонил. Я еще и в кабинет-то не вошел, ничего не знаю..!»

Пациентка (спокойно, подталкивая врача к открытой двери кабинета) «Иван Иванович вам звонил про меня».

Врач (обреченно) «Никто мне не звонил. Я еще и в кабинет-то не вошел, ничего не знаю...»

Пациентка (заходя в кабинет и закрывая за собой дверь) «Иван Иванович вам звонил про меня».

Врач (едва слышно из-за закрывающихся дверей) «Никто мне не звонил. Чего вы хотите?!».

Очевидно, что ассертивная пациентка добилась своего. Доктор же находится на стадии между раздражением и безразличием в состоянии очевидного дистресса. И такое начало рабочего дня (сцена происходила в 9—00 утра) красноречиво об этом свидетельствует. Почему бы доктору не взять ситуацию сразу в свои руки? Ответить, например, что он пока не в курсе, но через полчаса созвонится с коллегой, все уточнит, и пообщается с ней о ее проблеме. А пока ему надо определиться с началом приема. Но про нее он не забудет,

просто надо подождать. И все. Проблема решена, время выиграно, душевное равновесие сохранено и начало рабочего дня не сорвалось в эмоциональном «штопоре»...

Одной из целей книги является желание помочь тем коллегам, которые не могут выбраться из эмоциональной ямы «раздражение – безразличие / депрессия». Для начала определите эту ведущую эмоцию (обычно она отчетливо ощущается перед самым началом рабочего дня). Фиксируйте это состояние и найдите ему хотя бы временную замену, пусть на часть дня. Поработайте с иной стратегией общения, например. Для этого начните с целей общения.

Не ошибусь, если предположу, что для многих врачей ведущей целью общения с больным является прекращение этого общения. Избавиться от пациента (тем более сложного, с массой непрофильных жалоб, с отсутствием прогресса в терапии) – это подчас как маленький праздник, вызывающий чувство облегчения и умиротворения. Сознание того, что надоедливый и вязкий пациент не придет к вам еще целый месяц может сохранить душевный подъем на целый день. Но радость сменяется досадой, если за дверью своей очереди дожидаются еще несколько таких больных...

Попробуйте поработать с иной установкой. «Отдайте» хотя бы один прием полностью этому пациенту, вновь предложите выложить все жалобы, проблемы и неприятности, даже если это займет несколько дополнительных минут. Дождитесь момента, когда он /она сам засобирается домой.

Небольшие сложности, связанные с удлинением приема будут в дальнейшем компенсированы гораздо более лаконичными и содержательными последующими встречами. Почему? Дело в незакрытом гештальте пациента.

Недоговоренность, незавершенность каждой встречи переносит этот эмоциональный багаж на следующую и так далее. Закройте гештальт (см. соответствующую главу) и вы удивитесь, как упростится общение в будущем.

Это может вам помочь постепенно выкарабкиваться из эмоциональной ямы хронической усталости от регулярного депрессивного общения. Автор неоднократно наблюдал обратную стратегию врача: еще большую отстраненность \ отгороженность, полный уход в анализы и результаты консультаций других специалистов, результаты обследований и т. д. Вплоть до избегания как визуального, так и вербального контакта.

Врач с опытом сам создает для себя некую типологию пациентов, корректирует ее с годами и приспособливает к своим стереотипам поведения. Пока мы остановимся на том, что объединяет всех пациентов. Тем более, что в ситуации болезни психо-эмоциональные различия скорее сглаживаются. Это может быть связано с переходом человека в болезни на позицию «Ребенок\Дитя» (Э, Берн, 1969г.) Разумеется, Ребенок может быть как терпеливым, так и капризным, но он все равно Ребенок. Поэтому от врача (в 8 случаях из 10) ожидается патерналистское поведение – ответственность, забо-

та, защита, утешение. Звучит не ново, но тем не менее это именно так.

Ожидания пациента таковы: «успокой меня, скажи, что все будет хорошо, я сделаю, что ты скажешь», другими словами торг. Тем более, на стадии первоначального общения вариантов практически не бывает. Попытки прибегнуть к рациональной позиции «конструктивного сотрудничества», достижения комплайнс на основе объективных фактов, совершенно бесполезны. Формальное согласие, кивание головой ничего не значат и это необходимо сознавать.

Только когда страхи понемногу начнут уходить, можно «включать» Взрослого (Э. Берн, 1969) и пытаться перетаскивать туда же пациента.

Если же, как нередко можно видеть, врач сразу начинает общение с позиции Взрослого, возникает риск непонимания, недоверия и обиды, т. е. типично «детских» реакций. Поэтому так важно на этапе начала общения «включать» Коммуникатора на позиции Родитель. Это тем более полезно, если общение будет длительным ввиду характера болезни.

Если мы не следуем этой стратегии, то проблемы бумерангом возвращаются к врачу, создавая ситуационное напряжение при каждой встрече.

Например, общение с врачами-онкологами (в т.ч. оперирующими) выглядит чаще всего как инструментальное. И не только потому, что объем обследований велик. Отстраненность онколога от пациента – единственный доступ-

ный ему способ эмоциональной самозащиты. Эмоционально «вкладываясь» в каждого пациента, особенно с 3-4-й стадиями заболевания психологически чрезвычайно затратно и неизбежно приведет к дистрессу, выгоранию. При этом пациент вынужден как-то адаптироваться к новой реальности почти самостоятельно. Помощь родственников и близких далеко не всегда адекватна.

Врач в такой позиции сразу начинает общение со «Взрослого», оставляя «Ребенка» пациента в эмоциональном одиночестве. Для большинства это серьезный вызов и справиться с ним удастся с большим трудом. И чаще всего при поддержке других пациентов, дошедших до стадии принятия болезни, миновав (с неизбежными потерями) отрицание, гнев, торг, возможно, депрессию.

Выигрывает ли врач от такой стратегии? Смертность среди онкохирургов высока, а их эмоциональное состояние можно определить, посетив ординаторскую (неоднократно виденная автором картина): насквозь прокуренные кабинеты, остатки черного кофе в чашках, усталые, рано постаревшие лица... Видимо, инструментальная «защита» срабатывает не всегда. Могу допустить, что включение более открытой коммуникации, проговоренные с пациентом эмоции помогут «извлечь» собственные страхи, огорчения и снять хроническое профессиональное напряжение.

В качестве альтернативы вспоминаю руководителя одного из московских хосписов. Позитивный, открытый, эмоци-

онально-непосредственный, он умел подбодрить и пациента и его близких в прямом общении без фальшивой вымученности и жалости.

На стадии «застревает» немало коллег. Возможно, это самая распространенная стадия врачебной эволюции, особенно у врачей с достаточным опытом работы. Она может накладываться на определенный возрастной период жизни, в том числе и личной. Поэтому принципиально важно, найти нечто в работе (более предпочтительно), или вне ее, что даст вам новую мотивацию к работе. Наилучшим решением может быть новая специальность, новая компетенция в своей профессии. С другой стороны, для многих врачей стабильность даже в сочетании с безразличем и равнодушием к работе является предпочтительным выбором. **безразличия**

Из личного опыта (который я ни в коей мере не пытаюсь навязать) могу сказать, что именно различные врачебные направления в разные годы работы и смена профессиональной парадигмы (неотложная терапия, гастроэнтерология, эндоскопия, ультразвуковая диагностика, мануальная терапия и остеопатия, а также новая профессия – тренера / коуча) позволяют поддерживать не только приемлемую ментальную, но и в определенной мере физическую форму.

Поэтому может появиться не вдруг или ниоткуда, а как новый цикл личностного развития. Его дожидаться бесполезно, необходимо предпринимать шаги, действия поиско-

вого характера в соответствии со своими жизненными ценностями и целями. **новый интерес**

Ваш поиск неизбежно будет стимулировать и развитие коммуникации, делать ее более разнообразной и результативной.

На протяжении профессиональной жизни врач интуитивно, а также используя свой опыт ищет свою коммуникативную «нишу», в которой будет чувствовать себя безопасно и комфортно. Параллельно вырабатывает шаблон общения с пациентами с минимальными затратами энергии (2-й закон термодинамики никто не отменял).

Но особенность врачебной работы такова, что рутина существует только в сознании врача, но не в сознании пациента, для которого встреча с врачом всегда стресс, большой, или незначительный, но все же стресс. И этот стресс оно неосознанно пытается транслировать врачу. Вопрос в том, как врачу удастся уменьшить стресс пациента, не «забирая» часть себе?

Общие коммуникативные алгоритмы могут помочь упростить задачу врачу и сделать его сложную работу менее травматичной для психики.

Целесообразно использовать эти алгоритмы с поправками на меняющиеся условия профессиональной жизни врача. Мы будем обсуждать не визит по поводу простуды, или рутинной справки, но общение в контексте соматического заболевания и наличия неких трудностей в диагностике, или

лечении.

1. Стадия установления контакта с пациентом.

Рассмотрим типичный вариант и его «отклонения». Встреча в кабинете, пациент соматический, первичное обращение. Важен даже символический визуальный контакт. Некоторые коллеги начинают общение, глядя в монитор, либо листая документы. Для пациента прием «эмоционально» не начнется пока не установлен визуальный контакт, поэтому с него начинаем. Вместо привычного вопроса о жалобах, предпочтительней вопрос, который выведен пациента из привычного восприятия и ситуации и поднимет уровень доверия к вам. Например, «расскажите, почему вы здесь?». Можно также спросить «что у вас не в порядке?».

Обычно, извлеченные из своей зоны «комфорта» пациенты пытаются вернуться к привычному ритуалу, но этот момент очень важен, т. к. позволяет увидеть нечто, ранее не выявленное. Т.е. мы обсуждаем изменение качества коммуникации в целях диагностики. Пациент пытается найти новые формулировки своего состояния, заново осмыслить происходящее. Анамнез по-прежнему важен для установления диагноза, невзирая на растущий объем ранее проведенных обследований. Приходится встречаться с тем, что однажды установленный диагноз воспроизводится многократно по инерции и новый взгляд меняет ситуацию.

Предположу, что со временем знания по общей пропедевтике стираются и каждый врач оперирует стандартным объ-

емом обследования по своей специальности. Хорошим тренингом будет диагностика ad oculus в первые 1—2 минуты контакта. Попробуйте воспринимать пациента в целом – сложение, способ движения в пространстве, цвет лица и доступных кожных покровов.

Послушайте голос, темп речи, уловите частоту и глубину дыхания. Всмотритесь в глаза, их выражение, состояние склер и век. Обратите внимание на состояние волос, ухоженность, или запущенность внешности в целом. Возможно, вы уловите запах тела (иногда это серьезное испытание), следы употребления алкоголя, или специфической пищи. Можно бросить взгляд на личные вещи в руках, одежду и обувь, украшения. Бывают красноречивы ароматы парфюма и состояние ногтей.

Внешний вид может рассказать и типе питания. Например, бледные, пониженного питания с не совсем здоровыми волосами и ногтями молодые мужчины и женщины нередко оказываются убежденными вегетарианцами. А крупные, с избыточным весом, краснолицые, одышливые, прихрамывающие (подагрический артрит) люди среднего и старшего возраста – мясоеды. Тип питания, очевидно, многое определяет в развитии любой патологии.

Вроде бы ничего особенного, но это хорошая «разминка» вашего профессионального эмоционального интеллекта, умения понимать и чувствовать партнера по общению, и не только своего пациента. Уже на этом этапе у опытно-

го врача начинает складываться диагностическая гипотеза. Пока это подсознательный, но очень важный процесс, подготавливающий в первичной формулировке предварительного диагноза.

2. Если стадия установления контакта прошла успешно (а это можно определить по уровню комфортности врача, снижению привычного раздражения), можно переходить к целенаправленному опросу по принципу логической «воронки». Нет необходимости поддерживать визуальный контакт постоянно. Достаточно каждый вопрос сопровождать одним взглядом. Даже если все понятно с пациентом, полезно дослушать хотя бы первые его \ ее ответы, чтобы убедить во внимании к сказанному. Большинство «опытных» пациентов с хроническими заболеваниями уже наработали стандартный текст жалоб и сами неосознанно регулируют интенсивность и длительность общения. Встает вопрос о том, как и когда прервать слишком разговорчивого пациента? Это можно, сделать, начав с фразы « я вас внимательно выслушал, теперь давайте я вас посмотрю».

Кроме того, для пациента подчас его болезнь и все что с ней связано содержит весь смысл его жизни. Сам процесс обследований, приема лекарств, обсуждения с другими пациентами всего происходящего, отслеживание программ масс-медиа по теме здоровья и другие «активности» создают альтернативную реальность и придают смысл происходящему.

«Воронка» вопросов подразумевает последовательность в поиске целостной картины симптомов. Независимо от профиля патологии возможно движение в двух направлениях.

– движение от симптома -к симптомокомплексу – далее к синдрому – и к нозологической форме. **Дедуктивное**

– диагностическая гипотеза на основе предположения о диагнозе – преддиагноз – и последовательный поиск со все большим кол-вом деталей для его подтверждения. **Индуктивное**

Для нашей темы это не принципиально (лучше обратиться к пособиям по пропедевтике, семиотике и др.). Нам важно понимать, что неверно «смешивать» два пути, т.к. сразу начнет расти вероятность ошибки.

Возможности современной диагностики вроде бы позволяют подчас вообще исключить опрос и на основе данных обследований просто-напросто переписать предыдущее диагностическое заключение. Это неверно по двум причинам. Во-первых, вы можете просто переписать ошибку коллег, во вторых (и это более существенно), лишить себя упражнения, развивающего ваши профессиональные возможности.

Приведу пример. Ко мне обратились бабушка и дедушка мальчика 10 лет для проведения дообследования по поводу головных болей и проявлений (?) неясного генеза. Мальчик имел умеренно-выраженную симптоматику формирующегося метаболического синдрома и вроде бы все укладывалось в эту картину. В процессе общения выяснилось, что присту-

ны головных болей, равно как и подъемы АД возникали исключительно дома, где мама и папа мальчика (приходящий, живущий отдельно) находились в напряженных отношениях. Папа пытался воспитывать его «по-мужски», но кроме страха и слез это ни к чему не приводило. Как только мальчик уезжал к бабушкам и дедушкам, живущим в пригороде, головные боли прекращались и АД приходило в норму. Ведь в гостях его, конечно, жалели и кормили от души. Таким образом, имело место алиментарное ожирение в сочетании с головными болями напряжения и симптоматической гипертензией пока только функционального уровня, которые было преждевременным объединять в единый синдром и тем более назначать медикаментозную терапию. Но мальчик уже получал базовое гипотензивное лечение. Проспективное наблюдение показало, что радикальное ограничение общения с отцом благотворно сказалось на его состоянии. **артериальной гипертензии**

Разумеется, разобраться в ситуации помог опрос родных юного пациента и его самого в условиях взаимного доверия.

Можно привести примерный перечень вопросов диагностической «воронки».

Когда вы заметили?

Как это проявлялось?

С какой частотой?

Что вызывало ухудшение?

Что помогает?

Когда в последний раз лечились и с каким результатом?

И так далее до момента, когда диагностическая гипотеза сформулирована и можно пациента целенаправленно «потрогать».

К указанным дедуктивному и индуктивному методам я бы добавил основанную на личном практическом опыте. Принципиально она заключается в наблюдении и анализе стереотипных движений и действий пациента. Они сопровождаются определенными стабильными именно для данного проявления нозологии речевыми конструкциями, включают жалобы и объяснения своего состояния. Этот «набор» телодвижений и вербального контента я называю диагностическим «мета-кластером». *технику мета-диагностики*

Напомню, что «мета» – это промежуточное положение между «орто-“ т.е. прямым, правильным, подтвержденным (орто-доксальное, орто-пед и др.) и «пара-“ – рядом, около (пара-психология, пара-нормальный). Мета-смыслы и мета-конструкции с трудом находят рациональное объяснение. Но и медицина как область знания не всегда рациональна. Почему при идентичных диагнозах клиническая картина у разных больных разнится, и почему всех врачей учат одинаково, а потом одни врачи лечат, а другие – почти наоборот?

Но вернемся к технике. Например, пациент с проявлениями миофасциального болевого синдрома (обобщенный термин) пытается нащупать зону наибольшей болезненности,

при этом его мимика приобретает некое вполне определенное выражение, также определенное положение принимает заинтересованная нижняя конечность. Это сопровождается жалобами определенного характера и некоей схожей предысторией. В достаточно высоком проценте случаев я могу сразу подумать о патологии со стороны грушевидной мышцы. Физическая / мануальная диагностика очень часто свидетельствует в пользу этого предположения.

Моя гипотеза о важности «проникновения» в состояние пациента через его двигательный стереотип и анамнез неоднократно подтверждалась результатами объективного обследования, в частности ультразвуковой диагностики, которой я владею много лет. Приведу несколько примеров из практики.

Пациентка 35 лет, с жалобами на почти симметричные по интенсивности и локализации боли в области паха, таза, не связанные напрямую с физической нагрузкой. Постепенно возникли в последние 2—3 года. Диагноз из направления: . . . Прицельный сбор анамнеза и наблюдение за кинетикой телодвижений выявил, что передо мной – танцовщица, спортсменка, преподаватель фитнеса. Из данных УЗ-обследования незначительные дистрофические изменения в связочном аппарате тазобедренных суставов. Капсула суставов и головка бедренной кости – без изменений. Понятно, что это случай типичной гипердиагностики тяжелого заболевания (коксартроз) при фактических функциональ-

ных нарушениях, связанных с профессиональной деятельностью пациентки. Ей надо заниматься не растяжкой (регулярно садится на шпагат), а стабилизацией суставного аппарата, проще говоря поберечь связки и сухожилия. А ведь втянувшись в мрачную воронку диагноза на долгие годы, она могла бы оттуда и не вынырнуть... **Коксартроз Трохантерит коксартроз**

Еще один случай.

Пациент 60 лет с жалобами на боли в плече, усиливающиеся при движении, боли в надплечье, лопатке. Входной диагноз от невролога для УЗ-диагностики: «». Банальный осмотр и определение объема движений и зон чувствительности \ болезненности показал, что цервикалгии нет, как нет и других проявлений «шейного радикулита». Обращало на себя внимание достаточно сбалансированное сложение, композиция тела пациента. Выяснилось: регулярно занимается плаванием, причем в основном кролем. А этот стиль предполагает резкий вращательный переход руки из воды (высокое сопротивление движению) в воздух (низкое сопротивление) и обратно. Результат – «циклически-рывковая» травматизация акромиально-ключичного сустава справа. Сразу после уточнения диагноза с помощью УЗИ, предложил ему 2 техники постизометрической релаксации мышц (ПРИМ) со свободными руками и у стены. Болевой синдром прошел сразу. Пациент был поражен, а заодно раздосадован тем, что ему уже «прописали» какие-то таблетки. Понят-

но, что заниматься лечебными упражнениями ему придется достаточное время, да и плавать я ему порекомендовал пока только брассом. Что не сделала врач-невролог до меня? Не вникла в анамнез и биомеханику пациента, не познакомилась с техниками плавания, не освоила элементарные навыки ПИРМ, назначила далеко небезупречные и ненужные НПВП... Грустно, девушки! **шейный радикулит**

Забавный случай.

Пациентка 50 лет с направлением от травматолога-ортопеда Внешне – крупного сложения, вес от 90 кг, движения свободные, не скованы. Поведение и речевые интонации не страдалницы, а вполне уверенной в себе женщины. Уже само по себе налицо противоречие, т.к. направительные диагнозы предполагают совсем другую мета-динамику. При расспросе выяснилось, что эпизоды болей случаются только по выходным дням, когда она спит до 11—12 часов дня и по ее собственному выражению «отлеживается» бока. По рабочим дням, когда приходится рано вставать, болей нет. Вот вам и коксартроз... **«Коксартроз. Трохантерит»**.

Повторюсь, я не утверждаю эту технику как абсолютно доказательную с формальной точки зрения, скорее, это способ движения врачебной мысли в координатах первичной и дифференциальной диагностики.

подавляющее большинство больных положительно относится к физикальному обследованию, пальпации и др. «при-

косновениям» руками, или прибором. Это заметно повышает его доверие к врачу и придает уверенность в том, что все делается правильно. Кроме того, многие пациенты, особенно пожилого возраста, страдают от телесной депривации, т. е. дефицита телесных контактов (нет объятий умершего супруга \ супруги, дети выросли и им не до объятий, даже рукопожатий все меньше, так как ровесники умирают один за другим). Поэтому ваше прикосновение не будет излишним независимо от его предназначения.

Именно во время такого обследования важно поддерживать с пациентом вербальный контакт, комментируя (в доступной форме) свои действия. Опрос можно продолжать, тем более, что при телесном контакте с пациентом он может оказаться более информативным.

Удостоверьтесь, что получили достаточно информации и одновременно продумали свои дальнейшие действия \ возможные назначения. После этого можно переходить к этапу рекомендаций \ представления плана дообследования, или лечения.

Для перехода к назначениям будет полезным проговорить результаты диагностики и сформулировать в понятной пациенту форме диагноз. При этом дать ему \ей время для какого-то осмысления происходящего и возможных уточняющих вопросов. Нет смысла делать назначения, пока пациент пребывает все еще на стадии «переваривания» полученной информации. Если диагноз вы подтвердили -ок, все проще, ес-

ли же что-то изменилось в его формулировке, пациенту понадобится время для осмысления. Если этот этап «перескочить», можно потерять с ним контакт и вероятность достижения комплайнс будет снижена.

У пациента к моменту объяснений врача в голове определенный хаос. Ему непонятны смыслы результатов диагностики и все сводится к самым популярным вопросам: «жить буду?», «это не смертельно?».

В сознании пациента существуют довольно стойкие смысловые конструкции, которые формируются на протяжении его жизни. Судьбы \ болезни родственников, в первую очередь родителей, братьев и сестер. Собственный «опыт» заболеваний и их лечения. Медийное давление со все сторон. Влияние других врачей, сотрудников аптек и т. д. Самые страшные смыслы несут в себе слова «рак», «опухоль», «химиотерапия», «тромбоз», «инсульт», «инфаркт», «парализован» и др. А также словосочетания «задет мозг», «придется оперировать», «консультация онколога». Название каждой врачебной специальности также «окрашено» положительными, или отрицательными эмоциями и воспоминаниями. Врачебное восприятие перечня обследований и его восприятие пациентом также различно.

Поэтому, если врачу необходимо установление контакта и осознанное поведение пациента, необходимо «спрямить» несколько формулировок в понятные для пациента конструкции.

Пример. Пациент получил заключение о состоянии сосудов (артерии и вены). Большинство больных не представляет себе фактических анатомо-физиологических различий между ними, несхожести возможных осложнений и т. д. Основное представление – «сосуды забиты тромбами», «сосуды шеи сдавлены хондрозом» и тому подобное. Будет полезным максимально доступно объяснить различия между артериями и венами, особенностями возможной патологии и перспективами лечения. Здесь нелишним будет показать, что характер тромбов в них различен, как различны причины и следствия осложнений.

Это тем более важно в случае сочетанной сосудистой патологии, например, варикоза и облитерирующего атеросклероза. Приходится сталкиваться с тем, что пациенты даже с многолетним анамнезом путаются в симптомах, назначениях и врачах-специалистах. Поэтому установление между врачом и пациентом обоюдопонятного языка общения пойдет на пользу лечению. Предполагаю, что кто-то из коллег может отнестись с долей скепсиса к такому предложению. Что ж, значит эффективность общения данного конкретного врача будет ниже возможного и это его выбор.

3. На следующем этапе врачу необходимо что-то предложить пациенту. И на этом этапе допускается немало ошибок.

Часто врач пытается назначить что-то ранее испытанное, ранее рекомендованное другими докторами. Хорошо, если с положительным результатом. Хуже, если это было от-

вергнуто с неблагоприятными последствиями для пациента. При этом у него возникает недоумение и некоторое недоверие к рачу. Причина – во все том же недостаточно качественном опросе и сборе анамнеза.

Предложение лечения – результат подтвержденной диагностической гипотезы, либо дедуктивно сформулированного диагноза. Если что-то ранее не сработало, скорее всего не сработает вновь. Поэтому старайтесь вывести за пределы рассмотрения лечебные методы и препараты, оказавшиеся неэффективными.

Предложение плана лечения делается врачом, если есть уверенность в установленном доверительном контакте. Попытка спешно, «с ускорением» назначить лечение, чтобы избавиться от пациента (тем более надоевшего) обычно приводит к неудаче и разрыву дистанции в общении.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.