

Интерпретация изменчивости человека в болезни как условие эффективного общения медика с пациентом

Короленко Анна Михайловна

аспирантка

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

E-mail: kam05@bk.ru

Активное внедрение реформ в здравоохранение сделало актуальным рассмотрение проблемы профессионального обучения. Желание многих врачей переквалифицироваться на семейного врача, с одной стороны, и одновременное повышение медицинской культуры пациентов, с другой стороны, требует пересмотра основ медицинского обучения.

В настоящее время для многих областей науки важно создавать концепции, которые позволяют схватывать изменчивость, динамичность человеческого образа, и особенно это важно для медицины, осуществляющей переход от болезни к здоровью. Многозначность модели человека как изменчивого динамичного важно актуализировать в рамках проблем исследования в медицинской психологии. Так, переходы из состояния здоровья в болезнь и процесс выздоровления могут спровоцировать множественность обликов человека и делают его непредсказуемым для самого себя и для постоянных партнеров по общению. Врачи также могут сталкиваться с изменениями состояний человека и не уметь их интерпретировать. Поэтому одной из задач психологической подготовки медика может быть помощь в оценке векторов изменчивости человека в состоянии болезни и ориентировка в решении задач на взаимодействие с учетом многогранности пациента.

Мы предполагаем, что способствовать такой ориентировке может разработанная нами модель анализа личности пациента и база задач, решение которых требует критического осмысления данной модели и выработку оптимальных стратегий общения.

В качестве конструкторов идеальной модели могут выступать понятия, разработанные в медицинской психологии. Выбранные понятия должны соответствовать задачам врачебной деятельности и выступать средствами развития клинического мышления будущего либо практикующего медика.

Нами был проведен апробационный эксперимент с целью создания условий для культивирования оптимальных стратегий взаимодействия медиков с пациентами на основе высоких стандартов психологической культуры и многогранной модели интерпретации человека в ситуации болезни. В состав экспериментальной группы входили врачи (13 чел.) и средний медперсонал (14 чел.). На основании проведенного эксперимента можно предположить, что способствовать развертыванию ориентировки может освоение таких конструкторов модели как внутренняя картина болезни (ВКБ) и внутренняя картина здоровья (ВКЗ); социальная ситуация боления (ССБ) как контекст развития заболевания; опыт боления и взаимодействия с медициной (ОБиВМ); личностные характеристики (ЛХ).

Кратко охарактеризуем компоненты нашей модели и приведем пример работы с ней.

Субъективно-психологическое состояние человека в позиции больного предопределяется ВКБиЗ- субъективным образом болезни и здоровья. Анализируется структура (уровень ощущений, предопределяемый симптоматикой заболевания; эмоциональный, чувственный уровень; интеллектуальный и мотивационный уровень), динамика данных образований, определяется ведущий уровень ВКБ.

Социальная ситуация боления и выздоровления -жизненный контекст человека, позволяющий увидеть наличие или отсутствие психосоматических связей. Анализирует-

-ся прошлое, настоящее и будущее пациента, изучается роль таких факторов как конфликты и нерешенные проблемы в жизни пациента, особенности семьи пациента.

ОБиВМ-осознанный или неосознанный регулятор взаимодействия пациента с врачом и собственным заболеванием. Здесь предполагается анализ характера прошлых переживаний, удовлетворенности взаимодействием с медперсоналом, установки на новое взаимодействие.

ЛХ-особенности личности, позволяющие лучше понять значение болезни для человека. Проявления личностных характеристик можно обнаружить в типе ВКБ, присущем пациенту (Гармоничный, Эргопатический, Анозогнозический, Тревожный, Ипохондрический, Неврастенический, Меланхолический, Апатический, Сенситивный, Эгоцентрический, Паранойяльный).

Данная модель вводится на занятиях в виде ориентировочной схемы, сопровождаемой инструкцией следующего вида.

1. Ознакомьтесь с протоколом реального или моделируемого случая
2. Опишите ОКБ (диагноз).
3. Опишите ВКБ, ее структуру и динамику, определите тип ВКБ, соотнесите с ОКБ. В случае сходства ВКБ и ОКБ переходите к следующему пункту. В случае расхождения ВКБ и ОКБ определите пути их сближения. (информирование, убеждение и т.д.).
4. Охарактеризуйте ССБ и определите необходимость подключения к лечебному процессу родственников пациента и других специалистов.
5. Дайте характеристику ОБиВМ -определите наличие или отсутствие таких феноменов как ятрогения и плацебо-эффект в опыте пациента . В случае обнаружения ятрогении предложите варианты ее преодоления (информирование, убеждение и т.д.).
6. Нарисуйте социально-психологический портрет личности (например, в категориях активность-пассивность, рефлексивность-безрефлексивность в ситуации болезни) и определите наличие или отсутствие ресурсов, на которые вы можете опереться при решении общих задач.

Задача экспериментального исследования состояла в том, чтобы оказать поддержку будущим врачам в интерпретации типажа больного, с которым проводится собеседование. Очевидно, что можно наметить стратегии оптимального и неоптимального ведения беседы и поддержать начинающих и практикующих медиков в овладении способами реализации продуктивных стратегий. С этой целью нами были спроектированы игровые модельные ситуации собеседования для диагностики актуальных возможностей врачей интерпретировать многозначность состояний человека в позиции больного и поддержки процесса овладения ими более совершенными оптимальными стратегиями собеседования в ситуациях решения задач организации взаимодействий с больным на длинных дистанциях его выздоровления. Для характеристики критериев неэффективных стратегий нами была использована аналогия с неправильными решениями задач Пиаже ребенком. То, что взрослые так же могут демонстрировать своеобразные феномены Пиаже при решении ими профессиональных задач. в свое время было подчеркнуто таким автором как Подгорецкая (1898).

Она имела в виду то, что взрослые оказываются ведомыми яркими наглядными признаками в процессе поиска решения и не замечать существенных, но скрытых условий, не задаваться вопросом их выявления и соотнесения с другими. При таком подходе неглубокая интерпретация врачом состояний больного оказывается ориентированной на такие уровни анализа как социальный статус, возраст,- манеру держаться и личностные качества, проявляемые человеком в состоянии здоровья. Продуктивная стратегия интерпретации предполагает ориентировку на ВКБиЗ, на своеобразие диалога человека с самими собой как болеющим.

Преодоление непродуктивных стратегий организации собеседования медика с пациентом могло бы быть, в соответствии с нашей гипотезой и результатами апробационного эксперимента, преодолено при овладении такими способами ориентировки, которые раскрывали бы сложное сочетание уровней анализа больного.