

ТЕМА 10. СПІЛКУВАННЯ І МАНЕРИ ПОВЕДІНКИ ЛІКАРЯ

1. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ

Якщо пацієнт буде вирішувати до якого лікаря звернутися, до того який лікує травмами, до іншого, який лікує ножем, то він насамперед звернеться до того, який лікує словом

Гіппократ

Професія лікаря відноситься до типу професій «людина — людина», тому провідна діяльність побудована на безпосередньому спілкуванні лікаря з пацієнтом. Так як лікар є суб'єктом, що організовує та керує процесом лікування, то в нього повинен бути певний набір особистісних якостей таких як вміння співчувати, бути справедливим, любити людину, поважати її гідність, мати такі етичні категорії, як борг, совість, вміти розуміти людей. Всі ці характеристики особистості лікаря ґрунтуються на знаннях у галузі психології. Без цих знань, якими повинен володіти лікар, неможливо ефективно здійснювати процес лікування пацієнта.

Психологія лікування полягає не тільки в тому, щоб надати комплекс лікувальних послуг, а й у безпосередньому спілкуванні з пацієнтом. Тому лікар повинен знати механізми спілкування з пацієнтом, тут на допомогу прийде знання основ психології спілкування. Безумовно, що в житті трапляються такі лікарі, які не вивчали психологію, але достеменно володіють навичками ефективного спілкування з пацієнтом. Це можна пояснити таким чином, що в таких лікарів добре розвинена інтуїція, завдяки своїм особистим морально-етичним якостям. Однак, виходячи з цього, не можна сказати, що для спілкування з пацієнтами досить володіти тільки інтуїцією або досвідом. Крім цього, лікареві потрібна ще і спеціальна підготовка.

Щоб стати лікарем, треба бути бездоганною людиною. Треба не тільки вміти дотримуватися таких етичних категорій, як обов'язок, совість, справедливість, любов до людини, а й розуміти людей, мати знання в галузі психології. Без цього не може бути і мови про ефективність деонтологічного впливу на пацієнта.

Нерідко виникає питання, чи потрібно взагалі займатися вивченням психології спілкування з пацієнтом, адже серед лікарів трапляються дійсні майстри своєї справи, хоча вони і не вивчали ніколи психології. Дійсно, серед лікарів є вроджені психологи, що стали головним чином інтуїтивно, завдяки своїм особистим морально-етичним якостям. Однак з цього аж ніяк не випливає, що для спілкування з хворими досить володіти тільки інтуїцією або досвідом. Крім цього, лікареві потрібна ще й спеціальна підготовка.

Відомо, що професія лікаря має певні психологічні особливості. Лікар не може догматично дотримуватися визначених постулатів і вказівок, не тільки з погляду на характер протікання захворювання, а й з погляду психологічних та інших факторів і причин його виникнення. Перед лікарем щораз виникає багато нетипових завдань, для рішення яких необхідне самостійне мислення й уміння передбачати наслідки своїх дій.

Психологізація праці лікарів пов'язана також з індивідуальними особливостями як пацієнтів, так і самого лікаря, з його особистими якостями, досвідом, авторитетом. Ті самі прийоми деонтологічного впливу, що ефективні в одного лікаря, можуть бути зовсім неприйнятні або малоприйнятні для іншого. У цьому й полягає один з найважливіших психологічних аспектів діяльності лікаря. Насправді на цю працю здатний не кожний, тому при виборі професії лікаря важлива професійна орієнтація.

Стати хорошим лікарем без любові до своєї праці, до хворої людини неможливо. Лікар, байдужий до хворого, до людей, взагалі «глухий» до суспільних проблем, — велике соціальне і професійне зло, за яке дорого платить суспільство. Адже лікар лікує не тільки застосовуючи різні медикаментозні засоби, але і впливаючи на хворого власною особистістю. На жаль, морально- психологічні принципи лікарської діяльності, їх деонтологічне втілення ще не вивчені в достатній мірі.

Праця лікаря як специфічне суспільне явище має свої особливості. Насамперед ця праця припускає процес взаємодії людей. У праці лікаря предмет праці — людина, знаряддя праці — людина, продукт праці — також людина. Тут лікувально-діагностичні методи нерозривно сплітаються з особистісними відносинами. Тому так важливо здобувати моральні і психологічні аспекти діяльності лікаря.

Комунікативна компетентність лікаря ґрунтується на знаннях та чуттєвому досвіді, здатності орієнтуватися в ситуаціях професійного спілкування, розумінні мотивів, інтенції, стратегії поведінки, фрустрації як своїх власних, так і партнерів по спілкуванню, рівні освоєння технології та психотехніці спілкування.

Відповідно до змісту, форм та функцій спілкування, комунікативна компетентність лікаря має охоплювати такі сфери:

- компетентність у здійсненні перцептивної, комунікативної та інтерактивної функцій спілкування;
- компетентність у реалізації, насамперед, суб'єкт-суб'єктної взаємодії з партнерами по спілкуванню (зрозуміло, що спілкування за типом розпоряджень, наказів, інструкцій, вимог тощо (суб'єкт-об'єктна модель взаємодії) також має бути освоєна;
- компетентність у розв'язанні як продуктивних, так і репродуктивних завдань спілкування;
- компетентність у реалізації як поведінкового, операційно-інструментального, так і особистісного, глибинного рівня спілкування.

Визначальну сторону комунікативної компетентності лікаря в сучасних умовах становить компетентність саме в суб'єкт-суб'єктному спілкуванні, у вирішенні продуктивних завдань, в оволодінні глибинним, особистісним рівнем спілкування з іншими людьми.

У структурі комунікативної компетентності лікаря виділимо:

- *гностичний компонент* (система знань про сутність, структуру, функції та особливості спілкування взагалі та професійного зокрема; знання про стилі спілкування, зокрема, про особливості власного комунікативного стилю; фонове знання, тобто загальнокультурна компетентність, яка, не маючи безпосереднього відношення до професійного спілкування, дозволяє вловити, зрозуміти приховані натяки, асоціації тощо, тобто зробити розуміння більш емоційним, глибоким, особистісним; творче мислення, внаслідок якого спілкування виступає як різновид соціальної творчості);

- *конативний компонент* (загальні та специфічні комунікативні уміння, які дозволяють успішно встановлювати контакт із співрозмовником, адекватно пізнавати його внутрішні стани, керувати ситуацією взаємодії з ним, застосувати конструктивні стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях; культура мовлення; експресивні уміння, які забезпечують адекватний висловлюванням міміко-пантомімічний супровід; перцептивно-рефлексивні уміння, які забезпечують можливість проникнення у внутрішній світ партнера по спілкуванню та розуміння самого себе; домінуюче застосування організуючих впливів у взаємодії з людьми (порівняно з оцінюючими і, особливо, дисциплінуючими);

- *емоційний компонент* (гуманістична установка на спілкування, інтерес до іншої людини, готовність вступати з нею в особистісні, діалогічні взаємини, інтерес до власного внутрішнього світу; розвинуті емпатія та рефлексія; високий рівень ідентифікації з виконуваними професійними та соціальними ролями; позитивна Я-концепція; адекватні вимогам професійної діяльності психоемоційні стани).

Наводимо основні комунікативні вміння та навички, які необхідні в практичній діяльності лікаря:

- вміння проводити бесіду з пацієнтом;
- вміння керувати своїми психічними станами і переборювати психологічні бар'єри;
- достатнє розуміння індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів і вміння їх враховувати;
- вміння проникати у внутрішній світ пацієнта;

- вміння проявляти співчуття (емпатувати) пацієнтові щодо його захворювання;
- вміння вислухати і дати пораду пацієнту;
- вміння аналізувати усі компоненти своєї діяльності і себе як особистість та індивідуальність.

Особливості вивчення психологічних основ медичного спілкування полягають у тому, щоб уміти переборювати ці труднощі, а саме: вміння пізнати пацієнта і себе, скласти психологічний портрет пацієнта, вміння психологічно грамотно спілкуватися та ін. Лікар повинен володіти позитивною установкою до особистості пацієнта, визнання його цінності без упереджень, зайвої критичності.

Виходячи з вище зазначеного, поставимо проблематичне запитання: яким повинен бути лікар ХХІ століття, в чому полягає його професіоналізм?

2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ОСОБИСТОСТІ ЛІКАРЯ

Професійні якості особистості лікаря:

1. Професійна підготовка лікаря, наявність у нього набору усіх професійних вмінь та навичок.

2. Психологічна підготовка лікаря. Специфіка та складність цієї підготовки полягають у тому, що лікар повинен мати глибокі знання з психології та суміжних з нею наукових дисциплін.

3. На професіоналізм лікаря також впливають особливості особистого життя: наскільки благополучне його власне життя — чи наявна в ньому любов, взаєморозуміння з близькими людьми, матеріальна забезпеченість, побутова облаштованість та ін. З лікаря багато чого вимагається, він багато за що відповідає, але сам багато в чому беззахисний: суспільство в особі держави не забезпечує на відповідному рівні гідних і необхідних умов життя. Це стосується як матеріального, так і правового, соціального забезпечення професіонала.

Але, незважаючи на різні умови життя і роботи, незважаючи на індивідуальні особистісні особливості фахівців, професія лікаря має істотні професійні цінності, які повинні бути присутні в його діяльності і визначають рівень професіоналізму.

Професія лікаря передбачає насамперед любов до своєї праці, любов до людини, до хворої людини. Без цього неможливо стати хорошим, у повному розумінні цього слова, лікарем.

Професія лікаря — це унікальна професія, яка повинна містити комплекс таких характеристик: постійний потяг до самовдосконалення, величезний практичний досвід, знання специфіки даної діяльності, здібності до лікарської праці, знання перспектив розвитку медичної галузі.

Виділимо комплекс особистісних якостей, які повинні бути в лікаря.

1. **Морально-етичні якості лікаря:** чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння тримати слово.

2. **Комунікативні якості лікаря:** особиста привабливість, ввічливість, повага до оточуючих, готовність допомогти, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, бути хорошим співрозмовником, комунікабельність, доступність контактів, довіра до оточуючих.

3. **Вольові якості лікаря:** впевненість у собі, витримка, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, самоорганізація, настирність, цілеспрямованість.

4. **Організаційні якості лікаря:** вимогливість до себе та оточуючих, схильність брати на себе відповідальність, вміння приймати рішення, вміння правильно оцінити себе та пацієнта, вміння планувати свою роботу.

Діяльність лікаря явище складне, багатогранне, динамічне. Його специфіка

зумовлюється передусім розширенням спілкування лікаря з пацієнтом. Для лікаря це не є розкішшю, а професійною необхідністю. З його допомогою здійснюється взаємовплив двох рівноправних суб'єктів — лікаря та пацієнта. Показником ефективності такого взаємовпливу є переважання позитивних естетичних почуттів, гуманності, творчості.

Лікар повинен володіти певними якостями, що сприяють ефективності діяльності лікаря. Передусім це вміння володіти собою, керувати своєю поведінкою. Цілком зрозуміло, що лікаря потрібно готувати до цього.

Запропонуємо кілька правил для оптимізації спілкування лікаря з пацієнтом, що дозволить оптимізувати процес лікування:

1. Зустрічати пацієнта бадьорим, впевненим, енергійним.
2. Загальне почуття в початковий період спілкування з пацієнтом бадьоре, продуктивне, впевнене.
3. Присутній комунікативний настрій: яскраво виражена готовність до спілкування.
4. З пацієнтом створюється відповідний позитивний емоційний настрій.
5. Здійснювати органічне керування власним самопочуттям у проведенні бесіди з пацієнтом (рівний емоційний настрій, здатність до керування самопочуттям, незважаючи на несприятливі обставини, тощо).
6. Домагатися продуктивності спілкування.
7. Мова повинна бути не перенасичена медичними термінами.
8. Міміка виразна, емоційно доцільна, тобто повинна відповідати емоційному настрою пацієнта.

Великого значення потрібно надавати самопочуттю лікаря. Воно для лікаря не є його особистою справою, бо його настрої відбивається і на пацієнтові, і на колегах по роботі, що створює певну атмосферу у процесі лікування. Досягти такого оптимального внутрішнього стану надзвичайно важко, оскільки в деякій мірі праця лікаря має аспекти рутинності.

Лікар повинен вміти зберігати працездатність, володіти ситуаціями для забезпечення успіху в своїй діяльності і збереження свого здоров'я. Для цього потрібно працювати над собою, бути впевненим у собі, вміти володіти своїми емоціями, знімати з себе емоційне напруження, бути цілеспрямованим, рішучим.

В основі діяльності лікаря повинно бути позитивне емоційне ставлення до себе, пацієнтів, взагалі своєї праці. Саме позитивні емоції активізують, надихають лікаря, надають йому впевненості, зумовлюють почуття радості, позитивно впливають на стосунки з пацієнтами, колегами по роботі. А негативні емоції навпаки гальмують активність, дезорганізують поведінку і діяльність, викликають тривожність, страх, підозру у пацієнта.

Лікарю потрібно вміти грати як актору, причому не тільки ззовні. Вираз обличчя лікаря повинен бути доброзичливий не лише для того, щоб настроїтися на хороший лад, а й змінювати прийоми поведінки. Тоді лікарю не можна ходити перед пацієнтами з похмурим, нудьгуючим обличчям навіть тоді, коли настрої у нього погані. Якщо ж все-таки погані настрої не покидає вас, слід змусити себе посміхнутися, утримати кілька хвилин посмішку і подумати про щось приємне.

Крім того, що лікар має володіти своїм внутрішнім станом, він повинен вміти контролювати своє тіло, яке виразно відбиває внутрішній стан, думки, почуття. Елементами зовнішньої техніки лікаря є вербальні (мовні) та невербальні засоби. Саме через них лікар виявляє свої наміри, саме їх «читають» і розуміють пацієнти.

Зовнішній вигляд лікаря має бути естетично виразним. Неможна недбало ставитися до своєї зовнішності. Головна вимога до одягу — це скромність та елегантність. Естетична виразність проявляється і в привітності та доброзичливості обличчя лікаря, у зібраності, стриманості рухів, у скупому, виправданому жесті, у поставі, ході. Неприпустимі метушливість, штучність жестів, їх в'ялість. Навіть, як прийняти пацієнта,

подивитися на нього, привітатися, як відсунути стільця, виявляється сила впливу. У рухах, жестах, погляді пацієнт повинен відчувати стриману силу, цілковиту впевненість у собі і доброзичливе ставлення.

Пластика тіла, або пантоміміка, дозволяє виділити у зовнішності лікаря головне, малює його довершений образ. Ефективності спілкування допомагають відкриті пози і жести лікаря: не схрещувати руки, дивитися в обличчя пацієнта, зменшувати дистанцію, що створює ефект довіри.

Найбільше впливає на пацієнтів вираз обличчя лікаря, інколи навіть сильніше ніж його слово. Саме жести та міміка підвищують емоційну значущість інформації. Пацієнти «читають» з обличчя лікаря, згадуючи його ставлення, настрій, тому обличчя повинне не лише виражати, а й приховувати деякі почуття: не варто приносити до пацієнтів тягар домашніх турбот, негараздів. Слід показувати на обличчі і в жестах те, що стосується справи, сприяє лікуванню.

Вираз обличчя лікаря повинен завжди відповідати характерові мовлення при бесіді з пацієнтом. Обличчя лікаря має виражати впевненість, схвалення, незадоволення, осуд, радість, зацікавленість, захоплення, тобто виражати широкий діапазон емоцій, яка свідчить про моральну силу особистості лікаря.

Лікар у своїй професійній діяльності повинен досягнути вершини майстерності спілкування, а саме — володіння власним тілом і вмінням вплинути на пацієнта силою свого тіла. Тут на допомогу лікарю може прийти біомеханіка — наука по формуванню координації моторної поведінки, умінню володіти своїм тілом, яку розробив чеський театральний режисер В. Мейєрхольд. Остаточне її завдання — підпорядкувати свою моторну поведінку вираженню певного впливу на пацієнта, зробити його автоматичним, перетворити на досконалу техніку спілкування, на внутрішню потребу.

Важливим також або базою для цілого ряду професійно важливих якостей особистості лікаря є емоційна стійкість, тривожність, схильність до ризику є особливості нейродинаміки.

Для професійної психології дуже важливим є той факт, що особливості нейродинаміки впливають на формування професійно важливих якостей особистості. Відомо, що слабкість нервових процесів породжує підвищену тривожність, емоційну нестійкість, знижену активність у діяльності і т.д. Для осіб з дуже високими показниками сили нервової системи підвищена ймовірність встановлення негнучкої, неадекватно високої самооцінки.

Емоційна стійкість як здатність зберегти оптимальні показники діяльності при впливі емоційних факторів також багато в чому залежить від особливостей самооцінки. Вона тісно пов'язана з тривожністю — властивістю, істотно зумовленою біологічно. Обидві ці якості, розглянуті іноді як властивості темпераменту, а частіше — як особистісні характеристики, професійно значимі в багатьох видах діяльності, які відмічаються в багатьох видах регулярної професійної діяльності. Подібна ж залежність, найчастіше спостерігається між успішністю діяльності й емоційною стабільністю. У багатьох видах діяльності важливою виявляється емоційність — інтегральна здатність до емоційних переживань. Особливо серйозні вимоги до цієї сфери пред'являють професії, що вимагають високої емоційності й одночасно емоційної стійкості, наприклад діяльність лікаря.

Властивість екстра-інтроверсії прийнято вважати професійно важливим, насамперед, для групових видів діяльності або професій, зв'язаних зі спілкуванням, роботою з людьми. Але ця якість може мати значення і для індивідуальної роботи. Є дані, які свідчать про те, що інтроверсія пов'язана з вищим рівнем активації кори головного мозку в спокої, тому інтроверти віддають перевагу діяльності, що дозволяє уникати надмірної зовнішньої стимуляції. Екстраверти прагнуть до зовнішньої стимуляції, віддають перевагу діяльності, що дає можливість додаткових рухів, емоційно-мотиваційної підтримки. Відомо, що інтроверти більш стійкі до монотонної роботи, краще справляються з роботою, що

потребує підвищеної пильності, точності. У той же час у напружених робочих ситуаціях вони виявляють велику схильність до тривожних реакцій, що негативно впливають на успішність діяльності. Екстраверти ж менш точні, але краще орієнтуються в напружених робочих ситуаціях. При груповій роботі необхідно враховувати велику сугестивність і конформність екстравертів.

Серед власне особистісних властивостей найчастіше згадується в якості універсального, професійно важливої якості відповідальність. Відповідальність розглядається як одна з властивостей, які характеризують спрямованість особистості лікаря, впливають на процес і результати професійної діяльності насамперед через відношення до своїх робочих обов'язків і до своїх професійних якостей.

Більшість інших особистісних якостей більш специфічні і важливі лише для визначених видів професійної діяльності. Підсумовуючи вище сказане можна припустити, що особливості особистості можуть виступати як професійно важливі якості практично в будь-якому виді професійної діяльності, зокрема в діяльності лікаря.

Здібності лікаря звичайно розглядають як індивідуальні властивості особистості, що сприяють успішному виконанню його діяльності.

Можна виділити дві великі групи спеціальних здібностей лікаря:

— *перцептивно-рефлексивні* (перцепція — сприйняття) здібності, що визначають можливість проникнення лікаря в індивідуальну своєрідність особистості пацієнта і розуміння його (ці здібності є ведучими);

— *проективні* здібності, які пов'язані з умінням діяти на іншу людину, на пацієнта.

Серед них як головні можна виділити такі:

1. Здатність правильно оцінювати внутрішній стан пацієнта, співчувати, співпереживати йому (здатність до емпатії).

2. Здатність бути прикладом для тих, кого лікують, у думках, у почуттях і вчинках.

3. Здатність пристосовуватися до індивідуальних особливостей пацієнта.

4. Здатність вселяти в пацієнта впевненість, заспокоювати його.

5. Здатність знаходити потрібний стиль спілкування з кожним, домагатися його розташування і взаєморозуміння.

6. Здатність викликати до себе повагу в пацієнта, користуватися (неформально) його визнанням, мати авторитет серед тих, кого лікуєш.

3. ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ПАЦІЄНТА

До особистісних характеристик пацієнта входять такі якості: темперамент, характер, здібності, інтелект та ін. Усі ці групи властивостей лікар повинен враховувати при встановленні психологічного контакту з пацієнтом.

На прийом до лікаря приходять різні пацієнти. Лікар інколи не здогадується про його особистість і як наслідок може бути не підготовлений до зустрічі з ним. Підсвідомо лікар завжди налаштовується на образ «ідеального пацієнта». Цим терміном інколи називають таких пацієнтів, які свідомо прийшли вилікуватися від хвороби, в них відсутні сумніви в своїх силах та вміннях лікаря, готовність виконувати будь-які призначення лікаря, вміння коротко висловлювати свої проблеми та скарги, мала поінформованість в медичних термінах.

Ми описали найілюзорнішу картину ставлення пацієнта до лікаря і до самого процесу лікування. Але, як показує практика, відсоток таких пацієнтів невеликий і лікар безпосередньо стикається з різними пацієнтами, з проявами їхніх різних характерів, що безумовно, створює певні бар'єри в лікуванні. Тому лікареві потрібно враховувати всі особливості особистості пацієнта для ефективного формування контакту з ним.

Пацієнти за своїми особистісними характеристиками бувають різні. Розглянемо їх.

Пацієнти-екстернали звернені більше до зовнішнього світу, який їх оточує, вони

комунікабельні, у них є широке коло друзів, знайомств, висока збудливість і імпульсивність поведінки. У своїх недугах і хворобах здатні звинувачувати зовнішні обставини, свою долю, випадок. Такі пацієнти зазвичай проявляють агресію і гнів як до лікаря, так і до інших пацієнтів. Основна тактика, яку варто застосовувати лікарю, є встановлення насамперед емоційного контакту з такими пацієнтами, а лише потім переходити до інформаційного аспекту бесіди.

Протилежним до попереднього типу є *пацієнти-інтернали*. Для них більший інтерес відіграє їхній внутрішній світ, їхнє переживання, а зовнішнє оточення є чимось несуттєвим. Такі пацієнти «замкнені в собі», некомунікабельні, їм ніколи не буває сумно із собою, важко адаптуються до перемін зовнішнього оточення, схильні до самоаналізу, переважає недовіливо-скептичний тип спілкування. Для інтерналів немає дрібниць у їх здоров'ї. Провину за втрачене здоров'я вони покладають лише на себе і відповідальність за події в своєму житті покладають лише на себе. Такі пацієнти надзвичайно відповідальні, виконавчі, вимогливі як до себе, так і до лікаря. Тому лікар під час роботи з такими пацієнтами повинен усі питання обговорювати максимально детально, інакше в пацієнта може виникнути почуття тривоги. Не потрібно економити на часі, проводячи консультацію, тому що темп мислення інтерналів буває сповільненим. Лікар повинен змиритися з цим і бути терплячим, врівноваженим. У даному випадку тактика з пацієнтом повинна бути протилежна до попередньо наведеної, а саме: контакт з таким пацієнтом починати з нейтрального, інформаційного контакту, а вже потім формувати позитивне емоційне ставлення до лікаря.

Є деякі передумови для створення визначених взаємин між лікарем і пацієнтом, які діють ще перед тим, як вони вступають у безпосередній контакт. Варто брати до уваги, що пацієнт, який приходить до лікаря, як правило, знає про нього більше, ніж лікар про пацієнта. Має значення також репутація охорони здоров'я взагалі і медичної установи, куди приходить пацієнт. Напруженість, невдоволення і гнів пацієнта, що був змушений добиратися до лікаря незручним транспортом і довго чекати в приймальні, поки дійде його черга, нерідко є механізмом генералізації афекту, що неадекватно проявився при зустрічі з медичною сестрою або з лікарем, який не має поняття про причини цього афекту.

Для більшості пацієнтів в образі лікаря узагальнюється особистий досвід взаємодії з авторитарними для нього особами в різні періоди життя. Теоретичні основи в галузі взаємин між лікарем і пацієнтом розробив З. Фрейд у своїй концепції «трансферу» («переносу»). За цією концепцією лікар підсвідомо нагадує хворому яку-небудь емоційно значиму особистість з його дитинства, наприклад, батька. Залежно від того, які враження і відносини колись переважали при контакті пацієнта з батьком, в актуальному відношенні до лікаря тенденція або негативна (ворожа), або позитивна (почуття любові, довіри). У протилежному напрямі діє «антитрансфер» («контрперенос»).

В даний час це первісне розуміння З. Фрейда вважається занадто вузьким і штучно створеним, але інколи раціональним, що вказує на можливість того, що пацієнту деякі елементи поведінки лікаря, зовнішнього вигляду або репутації можуть нагадувати щось позитивне або негативне з його минулого життя і насамперед — досвід з тими особами, що мали для нього велике емоційне значення. Крім батьків, це можуть бути бабуся і дідусь, дядько і тітка, брати і сестри, вчителі, близькі друзі. І не тільки при взаєминах з лікарем, а й при кожному новому контакті, що виникає між людьми, має сенс подумати про те, чому хтось, кого ми, цілком ймовірно, бачимо вперше в житті, викликає в нас досить виразні почуття симпатії або антипатії, кого з нашого минулого чимось вони нагадують. Якщо ми будемо мати на увазі такий «вантаж минулого», це може нам допомогти більш реально зрозуміти і справитися із ситуаціями, пов'язаними з відносинами до інших людей.

У цьому контексті варто згадати також про можливість дії «переносу естетичного стереотипу». А саме те, що красиві люди швидше викликають симпатію і довіру,

некрасиві — скоріше антипатію і непевність. Цей елемент традиційно з'являється вже в казках у фігурах потворної чаклунки і прекрасного принца. Уявлення про красу пов'язується з гарними якостями, неподобство — зі злом. Незважаючи на те, що це передбачення необґрунтоване, воно підсвідомо робить досить сильну дію: зовні симпатичний пацієнт викликає в лікаря більше симпатії, навіть якщо в дійсності він вимагає менше допомоги, ніж пацієнт, що збуджує своїм зовнішнім виглядом антипатію. І навпаки, лікар, що діє естетично позитивно, викликає більше довіри у пацієнта.

Отже, знання і врахування лікарем наявного у пацієнта образу «ідеального» лікаря сприяє встановленню найкращого психологічного контакту між ними двома.

Лікар здобуде довіру в пацієнта у тому випадку, якщо він як особистість гармонійна, спокійна і упевнена, але не гордовита, і якщо його манера поведінки — швидка, наполеглива і рішуча, що супроводжується людською участю і делікатністю. Приймаючи серйозне рішення, лікар повинен уявляти собі результати його для здоров'я і життя пацієнта, і підсилювати в собі цим самим почуття відповідальності. Особливі вимоги до нього пред'являє необхідність бути терплячим і володіти собою. Він повинен завжди передбачити різні можливості розвитку захворювання і не вважати невдячністю, небажанням або навіть особистою образою з боку пацієнта, якщо його стан не поліпшується.

Важко поєднати в роботі лікаря необхідну дбайливість і розважливість з необхідною рішучістю, холонокровністю, оптимізмом, із критичним відношенням і скромністю. Бувають ситуації, коли недоречно виявляти почуття гумору без тіні іронії і цинізму, за принципом: «Сміятися разом із пацієнтом, але ніколи — над пацієнтом». Однак деякі пацієнти не переносять гумору навіть з добрим наміром і розуміють його як неповагу і приниження їх достоїнства.

Врівноважена особистість лікаря є для пацієнта комплексом гармонійних зовнішніх стимулів, вплив яких бере участь у його видужанні. Лікар повинен виховувати і формувати свою особистість, по-перше, спостерігаючи за реакцією над своєю поведінкою безпосередньо (по розмові, оцінці міміки, жестів хворого), і, по-друге, побічно, коли про погляд на свою поведінку він довідається від своїх колег. Сам колега також може допомогти своїм колегам направити їхню поведінку.

Є факти, коли люди з неврівноваженими, непевненими і розсіяними манерами поступово гармонізували свою поведінку стосовно інших як шляхом власних зусиль, так і за допомогою інших. Звичайно, це вимагає визначених зусиль, визначеного критичного відношення до себе і необхідної міри інтелігентності, що для лікаря повинно бути саме собою зрозумілим.

Молодий лікар, про якого хворі знають, що він має менший життєвий досвід і меншу кваліфікацію, знаходиться у не вигідному положенні порівняно зі своїми старшими колегами, але йому допоможе усвідомлення того, що цей недолік можна компенсувати сумлінністю, готовністю в будь-яку хвилину прийти на допомогу і скромністю.

Перш ніж молодий лікар стане професіоналом своєї справи, він має здобути авторитет і довіру серед пацієнтів, колег. Основним компонентом відносин пацієнта та лікаря є довіра. Але придбання довіри не впливає тільки з психологічної сторони відносин лікаря і пацієнта, а має також і ширшу, суспільну сторону. Лікар може здобути довіру пацієнта й установити з ним в основному позитивний контакт, якщо задовольнить його необґрунтовані вимоги щодо лікування. Він може цим сприяти тому, що пацієнти будуть звертатися саме до нього і «довіра» до нього зросте. Розвиток таких відносин звичайно впливає з взаємного задоволення інтересів з однієї сторони лікаря, з іншого боку — хворих, що можуть зробити лікареві яку-небудь послугу, наприклад, використовуючи свою професію (ремонтники, ремісники, працівники торговельної мережі та ін.). Якщо подібних випадків стає занадто багато, то від цього страждає діюче і фактично необхідне обстеження і лікування усіх пацієнтів, що повинне проводитися залежно від їхнього захворювання, а не суспільного становища або можливостей.

Практично психологічна проблема виникає в тих випадках, коли лікар помітить, що взаємини між ним і пацієнтом розвиваються несприятливо. Тоді лікареві не залишається нічого іншого, як поводитися стримано, терпляче, не піддаватися на провокації, не провокувати самому і намагатися спокоєм і розумінням поступово завоювати довіру хворого. У такий спосіб створюємо коректний досвід, тобто негативні прояви пацієнта слід коригувати за допомогою власних позитивних проявів, наприклад, терплячістю, тактом і толерантністю. І, навпаки, стереотипна, дотепер, на жаль, нерідко стихійна, «природна» реакція — злістю на злість, іронією на іронію, безпорадністю на безпорадність, депресією на депресію — підсилює «гріховне» і проблематичне ставлення пацієнта і можливості конфліктів, непорозумінь зростають. Таку поведінку можна охарактеризувати виразом: «підливати олію у вогонь». При цьому саме така «природна» реакція є даремною витратою часу, у той час як протилежний підхід, тобто приймати хворого таким, який він є, заощаджує час лікаря і пацієнта.

Не менш важливим аспектом у професійній діяльності лікаря є знання і врахування поширеної клінічної класифікації типів пацієнтів і типів лікарів. Ця класифікація виведена в результаті тривалих спостережень за поведінкою пацієнтів та лікарів. Ознайомимося з клінічною класифікацією типів пацієнтів.

Тривожний пацієнт. Поведінка таких пацієнтів відзначається підвищеною тривогою, яка нічим не обґрунтована. Дуже часто такі пацієнти мають тривожний тип особистості. Вони боягузливі, покірні, невпевнені в собі, при проведенні діагностичних та лікувальних процедур можуть втрачати свідомість, виникають різні вегетосудинні реакції. У спілкуванні з таким типом пацієнтів лікар повинен звертатися за допомогою медичного психолога, який зніме емоційне напруження та тривогу, що сприятиме ефективному процесу лікування.

Недовірливий пацієнт. Поведінка такого пацієнта відрізняється підвищеною недовірою до діяльності лікаря і до його особистості.

Такі пацієнти до процесу лікування ставляться скептично, з обережністю. Перш ніж погодитися з лікарем, сто раз обдумають, а потім почнуть виконувати його рекомендації. Якщо лікар вчасно відрізнити підозрілість від можливої психопатії, то йому варто перш за все починати лікування, переборовши бар'єри недовіри і відчуженості пацієнта.

Показний пацієнт. Такого типу пацієнт намагається щоб на нього звернули увагу як лікарі, так і інші пацієнти. Постійно має потребу у визнанні того, що він дійсно хворий, що він відчуває нестерпні муки. Пацієнт показує лікарю, що він вимагає особливої уваги до своєї особистості, перебільшує описи своїх скарг. Під час роботи з таким пацієнтом лікар повинен надати пацієнтові певну частку визнання його «героїзму», стійкості його характеру.

Депресивний хворий. Такий хворий пригнічений, ізольований від оточуючих, відмовляється від розмови з іншими пацієнтами і персоналом, погано розкриває свій внутрішній світ. Він настроєний вкрай песимістично, тому що втратив віру в успіх лікування і видужання. Ефективною порадою для лікаря є його оптимізм, віра в одужання пацієнта, які мають для нього велике значення; варто залучати його до догляду за іншими пацієнтами, виконання ним нескладних доручень.

Невротичний пацієнт. Цей тип пацієнта надмірно уважний до свого здоров'я, цікавиться аналізами всіх лабораторних досліджень, необґрунтовано припускає наявність в себе найрізноманітніших захворювань, читає спеціальну літературу. При спілкуванні з таким пацієнтом головне — дотримуватися дистанції, тобто «не йти на повідку в пацієнта», методами переконання та навіювання пояснювати важливість процесу лікування, який призначений лікарем, його ефективності.

Для розвитку вміння спілкуватися з пацієнтом, зокрема психотерапевтичного підходу до нього, будь-якому лікарю необхідно мати відомості про свій фаховий тип поведінки.

Розібратися в особливостях своїх комунікативних можливостей, допомогти лікарю

побачити себе «очима пацієнта», дає класифікація особистості лікарів за І. Харді (1973).

Лікар-робот. Для його діяльності найхарактернішим є механічне виконання своїх обов'язків. Ці лікарі ретельні, добре тех.- нічно кваліфіковані, акуратно виконують усі доручення. Проте, працюючи чітко за інструкцією, вони не вкладають у свою роботу психологічного змісту. Такий лікар працює як автомат, пацієнта він сприймає як необхідний додаток до інструкції з його обслуговування, їхні взаємовідносини з хворими позбавлені емоційного співчуття і співпереживання. Вони роблять усе, випускаючи з поля зору одне — хворого. Саме такий лікар спроможний розбудити хворого, який спить, щоб у призначений час дати йому снотворне.

Лікар-солдат. Цей тип лікаря добре поданий у популярних кінокомедіях. Пацієнти вже здалеку по ході або гучному голосі дізнаються про нього, швидко намагаються впорядкувати свої тумбочки і ліжка. Цей лікар рішучий, безкомпромісний, наполегливий, миттєво реагує на найменші порушення «дисципліни». При недостатній культурі, освіті, невисокому рівні інтелектуального розвитку такий негнучкий «вольовий» лікар може бути грубий і навіть агресивний з пацієнтами. У сприятливих випадках, якщо він розумний, освічений, з таким рішучим характером може стати хорошим вихователем для молодих колег.

Лікар материнського типу («мати» і «лікар»). Він переносить на роботу з хворими свої теплі сімейні стосунки або компенсує в роботі їх відсутність. Робота з хворими, турбота про них — для нього невід'ємна умова життя. Він добре володіє емпатією, спроможністю до співпереживання.

Лікар-експерт. Це лікар — вузький спеціаліст. Завдяки високій потребі у фаховому визнанні виявляє особливу допитливість у визначеній сфері фахової діяльності і пишається значимістю у своїй галузі, де іноді навіть «затьмарює» лікаря. За фаховою порадою до них не соромляться звертатися молоді лікарі. Іноді люди цього типу стають фанатами своєї вузької діяльності, виключаючи всі інші інтереси із свого поля зору, нічим не цікавляться, крім роботи.

«Нервовий лікар». Цей тип непрофесійної поведінки лікаря не повинен бути в лікувальній установі і свідчить про неякісний фаховий підбір кадрів, про помилки в роботі адміністрації. Емоційно нестійкий, запальний, дратівливий, він постійно дає невротичні реакції, схильний до обговорення особистих проблем і може стати серйозною перешкодою в роботі медичного закладу. «Нервовий лікар» — це або патологічна особистість, або людина, яка страждає неврозом. Такі люди часто самі потребують серйозної психотерапевтичної допомоги і є професійно непридатними для роботи з хворими.

Лікар, який належить до вище перерахованих типів, ще не сформувався або вже сформувався як особистість, така його поведінка відзначається неприродністю. Неприродність у спілкуванні заважає йому встановити контакти з людьми, тому такий лікар повинен сам чітко визначити свої фахові цілі, виробити адекватний стиль спілкування з пацієнтом.

Таким чином, якщо в діяльності лікаря основний принцип — «пацієнт насамперед», то планування і проведення лікувальної практики неможливе без вміння провести опитування, сформулювати проблеми, спланувати заходи і провести навчання пацієнта навичкам самодогляду, а для цього лікарі повинні безперервно вчитись і вдосконалюватися не лише у професійній підготовці, а й у психологічних основах до лікувальної діяльності.

4. СЛОВО ЛІКАРЯ, ВІДВЕРТІСТЬ ІЗ ХВОРИМ

Якщо хворому після розмови з лікарем не стало легше, то це не лікар!

В.М. Бехтерев

Дійсно, важко переоцінити силу слова. У взаєминах лікаря і пацієнта воно відіграє

винятково важливу роль, діє воістину магічно. Словом можна викликати не тільки функціональні зміни в організмі, а й убити людину в буквальному значенні. Слово може мати величезне психотерапевтичне значення, і слово може викликати важку ятрогенію.

Значення слова лікаря в лікуванні хворого добре розуміли ще в стародавні часи і часто використовували це. За дві тисячі років до нашої ери один з постулатів стародавньої іранської медицини говорив: «Три знаряддя є в лікаря: слово, рослина і ніж».

Пройшли століття, багато методів забуті, багато з них втратили своє значення, а слово в його цілощому значенні залишилося в арсеналі найефективніших лікарських засобів. Адже кожен лікуючий лікар незалежно від спеціальності, хоче він того чи ні, займається психотерапією. Навряд чи потрібно доводити, яку повагу і довіру відчують пацієнти до лікаря, що володіє методом словесного переконання. Однак у вустах вмілого лікаря слово лікує, у вустах недбалого — раниць.

Сила словесного переконання часом не може зрівнятися з дією навіть найефективніших медикаментозних засобів. Однак користуватися словом треба обережно, доброзичливо. Необхідно знати, що, кому і коли говорити. При цьому варто враховувати психологічні особливості особистості хворого, його стан, діагноз захворювання, про які вже зазначалося раніше.

Насамперед комунікативна компетентність є професійно значимою характеристикою лікаря, медичної сестри, психолога або соціального працівника. Однак, незважаючи на те, що в умовах клініки пацієнт змушений звертатися по допомогу до лікаря, комунікативна компетентність важлива для обох сторін. Це пов'язано з тим, що некомпетентність у спілкуванні хоча б з однієї сторони здатна порушити діагностичний і лікувальний процес і не привести до бажаних результатів. Невміння пацієнта налагодити контакт із лікарем настільки ж небезпечно, як небажання лікаря встановити ефективний контакт із будь-яким пацієнтом.

Інтерес учасників діагностичного і лікувального спілкування формується, як правило, на негативному емоційному тлі, зумовленому тим, що приводом для зустрічі лікаря і пацієнта стає проблема або симптом. Негативні емоційні переживання входять у структуру будь-якої проблеми або симптому, оскільки вони сигналізують про якісь відхилення або порушення в діяльності особистості або організму.

Мотиви звертання до лікаря бувають різними. По-перше, людина може бути націлена на обстеження в лікаря з метою *«виключити наявність розладів і захворювання»*. Вона розраховує підтвердити власну версію про те, що симптом зумовлений якими-небудь зовнішніми нехворобливими причинами і не потребує медичного втручання. По-друге, мотивація може бути протилежною — *«вияв симптомів і підтвердження діагнозу захворювання»*.

Важливу роль у процесі взаємодії медичного працівника і пацієнта відіграють сприйняття і розуміння учасників комунікації один одного. На ці процеси впливає насамперед психологічна установка. Розрізняють три типи установки на сприйняття людини людиною: *позитивна, негативна і адекватна*.

При *позитивній* установці відбувається переоцінювання позитивних якостей і здібностей людини, що виявляється в підвищеному ступені довіри даній особі, готовність прийняти на віру всі його поради і розділити погляди на те, що відбувається. Часто позитивна установка на того чи іншого лікаря зв'язана з думкою оточуючих, його професійним статусом (професор, лікар вищої категорії, народний цілитель та ін.).

Негативна установка призводить до того, що сприймаються в основному негативні якості іншої людини. Це виражається в недовірливості, підозрілості.

Адекватна установка бере до уваги можливість поєднання в одній людині позитивних і негативних якостей і властивостей («Хірург — грубіян, але руки — золоті»).

Відомі типові перекручування (ефекти) уявлення про іншу людину, що формуються під впливом різних факторів.

1. *Ефект «ореолу»* характеризується формуванням думки про особисті

властивості і якості людини на підставі загальних вражень про неї. Так, кваліфікованість лікаря може сприйматися пацієнтом залежно від його «солідних манер», використання в мові наукових термінів, що фактично не можуть бути ознаками оцінки його професійних знань і умінь.

2. *Ефект «послідовності»* виводить залежність суджень про людину від відомосте, пред'явлених про неї насамперед. У рамках клінічної психології сприйняття лікаря нерідко будується на підставі тих зведень, що були отримані пацієнтом, наприклад, від сусідів по палаті.

3. *«Плацебо-ефект»*. Відомо, що позитивна установка може опосередковуватися деякими зовнішніми факторами. Так, вона може бути зумовлена розміреною манерою лікаря говорити, неквапливо робити огляд або маніпуляції. Під час оцінювання ефективності дії тих або інших лікувальних препаратів позитивна установка ґрунтується, інколи, на вартості препарату («коштовний — значить ефективний»), оформленні його упаковки, кольорі та консистенції таблеток і та ін. На такому психологічному механізмі побудований так званий *«плацебо-ефект»*. Плацебо — це ліки-пустушки, які не мають діючої речовини, здатної зробити терапевтичний ефект. При призначенні її в супроводі з відповідними інструкціями для формування позитивної психологічної установки результати терапії виявляються істотними навіть порівняно з подібним за формою, видом і консистенції лікарським препаратом.

Бар'єри, які інколи можуть виникати при взаємодії лікаря з пацієнтом, спричиняють чимало конфліктів.

Суть конфліктів у системі лікар (медичний працівник) — пацієнт полягає в зіткненні думок, поглядів, ідей, інтересів, точок зору і очікувань учасників взаємодії.

Л. Коузер розподіляє конфлікти на реалістичні (предметні) і нереалістичні (безпредметні).

Реалістичні конфлікти спричинені незадоволенням вимог і очікувань учасників, а також несправедливим, на їхню думку, розподілом яких-небудь обов'язків, переваг і спрямовані на досягнення конкретних результатів.

Нереалістичні конфлікти мають на меті відкрите вираження негативних емоцій, що нагромадилися, образ ворожості, коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю.

Перший тип конфлікту часто пов'язаний з розбіжністю очікувань пацієнта з реальністю. Приводом може бути невідповідне уявлення про належну поведінку медичного персоналу (брутальність, нечемність), проведення процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічні умови перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильну діагностику або неправильне призначення терапії. Другий конфлікт нерідко зумовлений упередженим ставленням пацієнта до медичної служби в цілому або до окремого лікаря зокрема.

Важливою стороною взаємодії медичного працівника і пацієнта є етика і деонтологія — навчання про моральні основи поведінки людини, в тому числі в умовах діагностичної і лікувальної взаємодії. Крім них, найважливішими вважаються проблеми: *лікарської таємниці, евтаназії, повідомлення пацієнтові правильного діагнозу його захворювання, патерналізму, реконструкції особистості при психотерапії* та ін.

Кваліфікація лікаря містить у собі, як мінімум, дві якості. По-перше, це рівень знань і навичок, якими володіє він; по-друге, використання їм у професійній діяльності моральних принципів. Ні в якій іншій спеціальності немає такої взаємозумовленості етичних і професійних якостей людини.

Виділяють такі види спілкування (С.І. Самигін, Л.Д. Столяренко):

1. *«Контакт масок»* — формальне спілкування, коли відсутнє прагнення зрозуміти і враховувати особливості особистості співрозмовника, використовуються звичні маски (ввічливості, чемності, скромності, співчутливості та ін.) — набір жестів, стандартних фраз, що дозволяють сховати щирі емоції, відношення до співрозмовника. У

рамках діагностичної і лікувальної взаємодії він виявляється у випадках малої зацікавленості лікаря або пацієнта в результатах взаємодії. Це може відбуватися, наприклад, при проведенні обов'язкового профілактичного огляду, у якому пацієнт почуває себе несамостійним, а лікар не має необхідних даних для проведення об'єктивного і всебічного обстеження і винесення обґрунтованого висновку.

2. *Примітивне спілкування* може траплятися в рамках маніпулятивного спілкування лікаря і пацієнта у випадках, коли метою звертання до лікаря стає одержання яких-небудь дивідендів (листка непрацездатності, довідки, формального експертного висновку та ін.). З іншого боку, формування примітивного виду спілкування може відбуватися за бажанням лікаря — у випадках, коли пацієнт виявляється людиною, від якої може залежати благополуччя лікаря (наприклад керівник). Інтерес до учасника контакту в подібних випадках пропадає відразу після за одержанням бажаного результату.

3. *Формально-рольове спілкування*, коли регламентованими виявляються і зміст, і засіб спілкування, і замість знання особистості співрозмовника обходяться знанням його соціальної ролі. Подібний вибір виду спілкування з боку лікаря може бути зумовлений професійним перевантаженням (наприклад, у дільничного лікаря на прийомі).

4. *Ділове спілкування* — це спілкування, що враховує особливості особистості, характеру, віку, настрою співрозмовника при націленості на інтереси справи, а не на можливі особистісні розбіжності. При спілкуванні лікаря з пацієнтом такий вид взаємодії стає нерівним. Лікар розглядає проблеми хворого з позиції власних знань і схильний директивно приймати рішення без узгодження з іншим учасником спілкування і зацікавленою особою.

5. *Духовне міжособистісне спілкування* рідко трапляється в системі лікар — пацієнт. Воно має на меті можливість торкнутися в бесіді будь-якої теми, поділитися будь-якою інтимною проблемою кожному з учасників спілкування. Діагностична і лікувальна взаємодія не має на увазі настільки інтимного контакту, принаймні, не передбачає в силу професійної спрямованості сповідання медичного працівника.

6. *Маніпулятивне спілкування* так само, як і примітивне, спрямоване на вигоду від співрозмовника з використанням спеціальних прийомів. У медицині відомий спосіб, названий «іпохондри-зацією пацієнта». Суть його полягає в піднесенні висновку лікаря про стан здоров'я пацієнта в руслі явного перебільшення ваги виявлених розладів.

Основним видом спілкування лікаря з пацієнтами була, є і залишається бесіда, яка несе діалогічну функцію при зборі анамнезу. Вона підпорядковується певним характеристикам.

Сім основних аспектів бесіди:

- повага особистості пацієнта;
- надання пацієнтові психологічної підтримки у тяжких ситуаціях;
- надання йому необхідної інформації (про стан здоров'я і пропонованих медичних заходів);
- можливість вибору з альтернативних варіантів;
- самостійність пацієнта в прийнятті рішень;
- можливість здійснення контролю за ходом дослідження і лікування (з боку пацієнта);
- включення пацієнта в процес надання йому медичної допомоги («терапевтичне співробітництво»).

Побудова терапевтичної співпраці починається вже на етапі бесіди лікаря з пацієнтом, котра повинна будуватися, зважаючи на такі психологічні умови:

1) вивчення проблеми пацієнта закінчити коротким резюме, в якому сформулювати цю проблему або скарги, щоб упевнитися, наскільки правильно його зрозуміли. Часто пацієнт при цьому вносить вельми суттєві доповнення або уточнює симптоми, обставини, якими він схвилюваний;

2) щоб запобігти невдоволення пацієнта, потрібно обов'язково уточнити, що

він очікує від лікаря у відношенні рішення його проблеми. Інколи для цього достатньо пояснити пацієнту, чому його турбують ті чи інші симптоми, наскільки небезпечне його захворювання для життя, оцінити його прогноз. В інших випадках пацієнту необхідно, щоб його стан правильно оцінювали його рідні, і для нього дуже важливо, щоб лікар переговорив з родичами і тим забезпечив йому суттєву психологічну підтримку;

3) для отримання відомостей під час бесіди з пацієнтом і з'ясуванні скарг і анамнезу захворювання важливо надати йому ініціативу в розмові, що створить атмосферу довіри і поліпшить контакт з пацієнтом.

Завдання лікаря зводиться в скеровуванні розмови в потрібне русло, уточненні, деталізації скарг. До прийомів, котрі дозволяють правильно будувати розмову з пацієнтом для отримання найбільшої інформації, відносяться: заохочення, рефлексія, пояснення, співпереживання, конфронтація, інтерпретація і з'ясування переживань пацієнта.

Заохочення. Цей прийом полягає в тому, що лікар своєю мімікою, поведінкою, словами спонукає пацієнта повідомити більше, не конкретизуючи сказане.

Рефлексія. Повторюючи слова, сказані хворим, лікар спонукає його повідомити додаткові подробиці.

Пояснення. Інколи слова пацієнта і асоціації, які описуються ним, носять неконкретний характер. І якщо лікарю складно зрозуміти їхню суть, він може попросити пацієнта їх уточнити.

Співпереживання. Лікар словами, мімікою, поведінкою (може запропонувати пацієнтові води, подати хустинку, якщо він плаче) повинен виражати своє співчуття хворому, його проблемам. Якщо під час бесіди з лікарем пацієнт викладає інформацію, котра його збентежує, котру він приховує від інших, лікарю слід поводитися так, щоб пацієнт зміг відчувати себе спокійніше і продовжити бесіду. Ця інформація інколи може відіграти вирішальну роль у розумінні причини захворювання і плануванні лікування.

Конфронтація (протиставлення). Якщо розповідь пацієнта чи оцінка ним своїх скарг непослідовні, то лікар звертає на це увагу, виділяє і уточнює ці моменти.

Інтерпретація (тлумачення). Лікар робить висновки зі слів пацієнта, щоб уточнити, чи правильно він його зрозумів.

З'ясування переживань пацієнта. Крім з'ясування конкретних скарг пацієнта, можна уточнити, як він ставиться до того, чи іншого симптому або події. Якщо пацієнт відчує, що ви цікавитесь його почуттями так само, як і фактами, то він зможе повідомити корисну додаткову інформацію.