



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Руководителям исполнительных
органов субъектов Российской
Федерации в сфере охраны здоровья

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д.3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
Тел.: +7 (495) 628-44-53, факс: +7 (495) 628-50-58

19.05.2025 № 17-6/И/2-9788

На № _____ от _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение поручения Министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко, предусмотренного пунктом 1 раздела II протокола заседания Оперативного штаба Минздрава России от 10.04.2025 № 73/13-7/200 направляет «Методические рекомендации по совершенствованию коммуникативной компетентности врачей и средних медицинских работников при общении и оказании медицинской помощи участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей», разработанные ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (далее соответственно – протокол, методические рекомендации) в целях организации руководителями исполнительных органов субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья в соответствии с пунктом 2 раздела II протокола проведения обучающих семинаров для медицинских работников подведомственных организаций с учетом указанных методических рекомендаций, направленных на повышение навыков эффективного общения с участниками СВО и членами их семей, повышение знаний в области этики и деонтологии медицинских работников в предотвращении и регулировании конфликтных ситуаций, совершенствование навыков соблюдения этических норм поведения.

Приложение: на 40 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 00DD56CE6F50DF63251C1393FD6E09413B
Кому выдан: Камкин Евгений Геннадьевич
Действителен: с 25.06.2024 до 18.09.2025

Е.Г. Камкин

Лысыков Игорь Вячеславович
8 (495) 627-24-00 (доб. 1764)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Методические рекомендации по совершенствованию коммуникативной
компетентности врачей и средних медицинских работников при
общении и оказании медицинской помощи участникам специальной
военной операции (СВО) и членам их семей**

Методические рекомендации

Москва-2025

УДК:

Методические рекомендации по совершенствованию коммуникативной компетентности врачей и средних медицинских работников при общении и оказании медицинской помощи участникам СВО и членам их семей: Методические рекомендации. Под ред. Киселевой М.Г./Тригорьева А.А., Киселева М.Г.2025. – 40 с.

Организация-разработчик:

ФГАОУ ВО Первый Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России, Институт психолого-социальной работы

В методических рекомендациях изложены основные теоретические знания, этапы и принципы совершенствования коммуникативной компетентности врачей и средних медицинских работников при общении и оказании медицинской помощи участникам СВО и членам их семей. Представлены основные техники, используемые при общении с указанной категорией граждан. Подробно с примерами и речевыми модулями описаны алгоритмы взаимодействия в сложных коммуникативных ситуациях.

Для врачей и средних медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь участникам СВО и членам их семей

© 2025

Оглавление

Глава 1. Психологические особенности пациентов-участников СВО и членов их семей.....	4
Глава 2. Методические рекомендации по формированию доверительного контакта между медицинским работником и пациентом участником СВО и членами их семей	6
2.1 Алгоритм построения доверительных отношений.....	7
2.2 Алгоритм отказа на просьбу пациента	15
2.3 Выражения, которых следует избегать при общении с пациентом.....	16
Глава 3. Методические рекомендации по сообщению пациентам-участникам СВО и членам их семей «плохих новостей».....	17
Глава 4. Методические рекомендации по общению с конфликтными пациентами- участниками СВО и членами их семей	23
4.1 Определение агрессии.	23
4.2 Общие рекомендации при взаимодействии с агрессивным пациентом	30
4.3 Алгоритм построения эффективной коммуникации с агрессивным пациентом.....	31
4.4. Принципы общения с агрессивным пациентом.....	33
4.5. Этапы, снижающие напряженность в конфликтной ситуации	35
Глава 5. Методические рекомендации по общению с пациентами-участниками СВО и членами их семей при признаках суицидального поведения	37

Глава 1.

Психологические особенности пациентов-участников СВО и членов их семей.

Ситуация боевых действий, несущая в себе угрозу жизни и здоровью, является чрезвычайной для человека и требует сложной адаптации. Она вызывает негативные психические состояния: стресс, фрустрация, кризис, депривация, конфликт. Эти состояния характеризуются доминированием острых или хронических негативных эмоциональных переживаний: тревоги, страха, депрессии, агрессии, раздражительности, дисфории. Возникающие в этих состояниях аффекты могут достигать такой степени интенсивности, что оказывают дезорганизующее воздействие на интеллектуально-мнестическую деятельность человека, затрудняя процесс адаптации к происходящим событиям. Интенсивные эмоциональные переживания, такие, как страх, паника, ужас, отчаяние, могут затруднять адекватное восприятие действительности, правильную оценку ситуации, мешая принятию решений, нахождению адекватного выхода из стрессовой ситуации, встраиванию эффективной коммуникации, в том числе с медицинским персоналом.

Некоторые возможные психологические последствия участия в боевых действиях у участников СВО: неустойчивость психики, при которой даже самые незначительные потери, трудности толкают человека на конфликт; особые виды агрессии; идентификация себя с убитыми; эмоциональная напряженность и обособленность; потеря смысла жизни; приступы страха и тревоги; повышенная раздражительность и беспричинные вспышки гнева; ощущение неспособности влиять на ход событий; пессимизм, ощущение заброшенности другими; недоверие к другим людям, неспособность говорить о войне; неспособность быть открытым в общении с другими людьми; неуверенность в своих силах; ощущение нереальности того, что происходило на войне; боязнь нападения сзади; чувство вины за то, что остался жив, ожидание от окружающих восхищения, особого отношения. Эти особенности стоит учитывать при общении с данной категорией граждан.

Ситуация угрозы жизни и здоровью, разрушает базовое доверие человека к миру, что делает его подозрительным и напряженным при общении. Даже нейтральные для большинства стимулы могут восприниматься пациентами-участниками СВО и членами их семей (далее - пациент) как угрожающие не только психологическому, но и физическому благополучию. Излишняя отстраненность медицинского работника (далее - специалист) может расцениваться как неуважение и обесценивание, при этом яркие проявления сочувствия могут восприниматься унижительными. Таким образом, специалисту важно поддерживать баланс между нейтральной врачебной позицией и вовлеченностью в общение с пациентами-участниками СВО и членами их семей. Не стоит демонстрировать излишнее участие в жизни пациента, идти на поводу у его неоправданных требований. Такое размывание границ в общении только усложняет адаптацию пациента к мирной жизни. Наличие четких правил, напротив, вносит стабильность и понятность в текущую ситуацию.

Еще одной особенностью людей, переживших тяжелые стрессовые и травматические события является особое восприятие течения времени: один то тот же промежуток времени может «бежать» для них слишком быстро, либо невыносимо долго тянуться.

Нужно понимать, что пациенты-участники СВО и члены их семей склонны воспринимать любое ожидание, например, в очереди, как nepозволительную трату времени, что может вызвать агрессивную реакцию. И наоборот, такому пациенту даже продолжительная беседа со специалистом иногда может показаться недостаточно долгой. Стоит заранее обговорить с пациентов временной промежуток, который будет необходим для медицинских процедур и придерживаться запланированного графика. Не лишним будет напоминание о том, что временные рамки ограничены.

Эффективные отношения между специалистом и пациентом требуют не только понимания физиологии. Врач должен понимать пациента как личность. Это предполагает понимание ценностей, идей и чувств пациента в

отношении жизни и собственного здоровья. Несложно догадаться, что иерархия мотивов пациентов-участников СВО и членов их семей будет иметь особенности. Чаще всего ценности участников СВО и членов их семей будут представлены укрупненными абстрактными группами, такими как: жизнь и здоровье, мир, дружба, семья, в отличие от мирных жителей, у которых часто преобладают утилитарные ценности: достаток, путешествия, материальные ценности. При этом нельзя однозначно сказать, что все участники СВО и члены их семей будут иметь одинаковые ценности, что делает важным проявлять индивидуальный подход к каждому пациенту.

Глава 2.

Методические рекомендации по формированию доверительного контакта между медицинским работником и пациентом участником СВО и членами их семей.

Доверие пациента врачу или любому другому медицинскому работнику (далее специалист) – основа эффективного лечебного и реабилитационного процесса. Создание доверительных отношений является главной задачей в коммуникации специалиста и любого пациента. Но особенно важно создать обстановку безопасности и доверия при общении с пациентами-участниками СВО и членами их семей (далее -пациент).

Ключами к эффективности и результативности в общении являются вовлечение и привлечение: вовлечение пациентов в партнерство со специалистом и привлечение их к выполнению врачебных рекомендаций.

Уделяя больше времени общению с пациентом на ранних этапах приема, можно сэкономить время в долгосрочной перспективе. Доверие пациента специалисту является основой эффективного взаимодействия, направленного на поддержание приверженности лечения у пациента.

Существуют определенные техники, которые специалист может использовать для установления контакта точно так же, как существуют определенные техники, полезные для получения точных и подробных о параметрах здоровья.

2.1 Алгоритм построения доверительных отношений.

1. Создайте безопасную обстановку в кабинете приема. Представьтесь и узнайте имена присутствующих на приеме, их степень родства/знакомства, используйте имена в последующем разговоре. Сядьте, выбрав место так, чтобы Вы могли дотянуться до пациента, установить зрительный контакт, между Вами и пациентом не должно быть разграничивающих препятствий, например, монитора компьютера, или других отвлекающих факторов. Спросите пациента, комфортно ли ему и какой уровень конфиденциальности ему необходим для свободного общения. Определение уровня конфиденциальности особенно актуально, если в комнате присутствует другой медицинский персонал.

Поза: важно придерживаться открытой позы тела, не скрещивать руки и ноги, но при этом не сидеть слишком расслабленно или вульгарно.

Мимика: не стоит наигранно изображать заинтересованность, чрезмерно пользоваться мимикой, или напротив, делать непроницаемое лицо.

Голос: должен быть мягким, мелодия разговора неспешная, ровная, как если бы Вы рассказывали сказку. Стоит избегать поучительных и наставнических интонаций. Так же не стоит переходить на дружеский, панибратский стиль.

Глазной контакт: не стоит пристально смотреть на обратившегося или, напротив, прятать взгляд. Результаты исследований зрительного поведения показывают, что два собеседника тратят на обмен взглядами от 30 до 60% всего времени взаимодействия и что от 10 до 30% этого времени приходится на одновременные взгляды, которые длятся от 1 до 7 секунд. Более длительный глазной контакт может быть расценен, как угрожающий.

Для того чтобы наладить контакт, необходимо учитывать следующие рекомендации:

- слушайте внимательно и проявляйте интерес к проблемам;
- будьте эмпатичными и понимающими. Покажите, что вы понимаете не только проблему, связанную со здоровьем, но и чувства и переживания пациента;

- не перебивайте;
- избегайте критики или осуждения;
- используйте ясный и понятный язык для общения;
- помните о том, что каждый пациент уникален и имеет свои особенности;
- если вы чувствуете, что не можете помочь пациенту, то сообщите ему об этом честно и открыто;
- наконец, помните о том, что установление контакта – это процесс, который требует времени и усилий со стороны специалиста.

Что следует говорить, чтобы наладить контакт:

- *Здравствуйте! Меня зовут [ваше имя]. Я хотел бы поговорить с Вами о том-то и о том-то.*
- *Добрый день! Меня зовут [ваше имя], я здесь для того, чтобы помочь Вам разобраться в Вашей ситуации. Расскажите мне, что вас беспокоит?*
- *Добрый день! Меня зовут [ваше имя], я хотела бы задать Вам несколько вопросов, Вы не против?*
- *Здравствуйте! Меня зовут [ваше имя]. Возможно, для Вас это первый опыт обращения к такому специалисту, и Вы не знаете, с чего начать. Начните с того, что Вас больше всего беспокоит...*

2. Узнайте особенности личности пациента. Поскольку эффективное общение основывается на понимании личного мира пациента, а не только клинических деталей его здоровья, начните интервью с вопроса, направленного на выяснение особенностей личности пациента. Важно понять, является ли пациент мнительным, тревожным, ипохондричным, либо напротив, попустительски относится к своему здоровью и склонен отрицать проблемы. Понимание ценностей пациента позволит опираться на них, в сложные моменты лечения. Так же важно выяснить, кто морально поддерживает пациента, так как социальная поддержка – важнейший элемент на пути к выздоровлению.

Исследования показывают, что на начальном этапе коммуникации с пациентом около 25% врачей используют темы светской беседы, например:

«Вам было трудно добраться сюда в такую погоду?»; «Как обстановка на дорогах?». Порядка 70% врачей говорят, что предпочитают «сразу приступить к делу», то есть спрашивать о самочувствии пациента: «Так что привело вас ко мне сегодня?» «Что вас беспокоит?» Лишь немногие врачи говорят, что им нравится начинать разговор с запроса личной информации.

Уделив выяснению личной информации вначале немного времени, специалист устанавливает доверительные отношения между собой и пациентом и получает в перспективе возможность более эффективного общения в плане приверженности лечению. Само стремление узнать пациента как личность создает связь, которая увеличивает сотрудничество пациента с диагностическими и терапевтическими усилиями, экономя время, которое врач бы потратил на то, чтобы убедить его следовать медицинским рекомендациям.

Большинство пациентов с удовольствием расскажут специалисту в нескольких предложениях о том, что они считают наиболее важным, при этом кто-то может растеряться и не знать, что ответить. Им можно помочь, предложив краткий набор возможных тем для разговора:

Врач: Прежде чем мы перейдем к медицинским проблемам, я бы хотел, чтобы вы рассказали мне немного о себе...

Пациент: Что вы имеете в виду, доктор?

Врач: Ну, например, где вы воевали, кто важен сейчас в вашей жизни, что сейчас заполняет ваше время, какие у Вас планы...ну, все, что Вы считаете, мне важно знать о вас.

На последующих медицинских встречах с пациентом врач может продолжить общение на личностном уровне, демонстрируя, что, помимо органов и заболеваний, его интересует общее самочувствие человека, его жизнь в целом.

Врач: Добрый день, Иван Иванович? Как дела?

Пациент: Хорошо, спасибо.

Врач: Вы же должны были навестить маму в Калуге... Получилось? Как прошла встреча?

Пациент: О Вы помните?! Прекрасно съездил, спасибо.

Это не значит, что специалисты действительно должны это «помнить». Однако, в истории болезни кроме описания телесных симптомов и жалоб можно сделать пометку «Собирается съездить к маме в Калугу».

Таким образом, первый пункт эффективной беседы – безопасная обстановка; второй – интерес с пришедшему к Вам человеку, а не его симптомам.

3. Прояснение жалоб пациента. В начале беседы постарайтесь получить полный список проблем и жалоб пациента. Очень немногие приходят только с одной проблемой. Обычно какая-то жалоба заставляет пациента назначить визит к врачу, но эта проблема сопровождается всевозможными дополнительными моментами. После первоначального исследования личных особенностей пациента, можно приступать к выяснению причин обращения за помощью, задав простой вопрос:

«О каких проблемах вы пришли поговорить сегодня?».

«Какой у Вас вопрос?»

«Что у Вас случилось?»

«Вам нужна моя помощь?».

Для каждой проблемы у большинства пациентов есть симптом, и просьба от него избавиться. Пациент начнет и захочет подробно рассказать о своей первой проблеме, не всегда самой главной. Почему так происходит? Для этого есть несколько причин: 1) рассказать личную интимную информацию незнакомому человеку, даже понимая, что это врач, и его работа лечить, сложно для большинства пациентов; 2) построение доверительных отношений требует времени; 3) Страх услышать неутешительный диагноз или неблагоприятный прогноз заставляет пациентов скрывать самые важные проблемы. Поэтому специалист может долгое время слушать о несущественных симптомах, что сильно раздражает или вводит в заблуждение, и, в лучшем случае, в конце дойти до сути

проблемы. Мы помним, что время – ограниченный ресурс, и специалист не может слушать бесконечно.

Специалисту придется перенаправить пациента, приняв его беспокойство:

«Я понял, что у Вас проблемы со сном, а что еще Вас беспокоит?»

Если у специалиста будет список проблем, слишком длинный, чтобы справиться с ним за один визит, можно перейти к вопросу о том, какая из этих проблем наиболее важная. При этом мнение специалиста и мнение пациента о наиболее важном симптоме может не совпадать, к чему надо быть готовым.

4. Опишите пациенту алгоритм дальнейших действий. Известно, что самое сложно переносимое состояние для человека – неопределенность. Поэтому пациенту жизненно важно иметь план дальнейших действий. Специалисту необходимо предоставить дорожную карту предстоящего лечения, критерии его эффективности, и тогда пациенты с большей вероятностью последуют за вами. Важно помнить, что некоторые пациенты, возможно, никогда не получали качественного медицинского обслуживания, например, полного медосмотра, и могут что-то недопонимать. Чтобы лечение было эффективным, необходимо максимально ответить на вопросы пациента.

Врач: Иван Иванович, я понял, что у Вас болит правое колено. Нам необходимо провести дополнительное обследование, чтобы выяснить причину и прописать правильное лечение.

Пациент: Обследование...? А нельзя просто прописать мне какую-нибудь мазь?

Врач: Хотелось бы, чтобы все было так просто. Но нам нужно больше информации, чтобы быть уверенным в диагнозе, и только тогда можно будет сделать разумные предложения по лечению. Поэтому мы проводим обследование. Но на первое время, я Вам пропишу мазь, которая снимет боль. Однако полный план лечения мы поймем после детальной диагностики.

В идеале пациент должен подготовиться к визиту заранее: записать вопросы и опасения, перечислить лекарства, которые он принимает, и быть

готовыми ответить на вопросы врача о своих симптомах. Желательно заранее сообщить пациенту, сколько времени будет обычно длиться прием, а затем попросить его подготовить список вопросов, на которые он хочет получить ответ. Чем более подготовленным будет пациент, тем меньше времени будет потрачено на беседу, и тем больше вероятность того, что он будет следовать рекомендациям.

5. Перевод языка пациента в набор объективных данных. Часть эффективной работы врача заключается в умении услышать и интерпретировать историю болезни пациента. Часто, слушая беседу врача и пациента кажется, что они говорят на разных языках. В то время как большинство пациентов хотят рассказать истории о своих болезнях, большинство врачей хотят услышать краткое изложение медицинских фактов. Работа врача включает в себя перевод языка пациента в набор объективных данных, пригодных для диагностических рассуждений и клинических суждений. Это балансирование между дискурсом врачей и пациентов происходит постоянно. «Речь пациента» часто доминирует в начале беседы, а «речь врача» — в конце. В начале беседы врач задает открытые вопросы, а затем сужаем фокус и делает вопросы более конкретными. По ходу беседы врач использует резюмирование, перенаправление и переходные высказывания между частями опроса. Достаточно типичным может быть такой диалог:

Врач: Расскажите мне подробнее о боли в груди

Пациент: Ну, прежде всего, вы должны понять, что произошло в прошлом году, когда мы возвращались из Владивостока.

Врач: Владивостока?

Пациент: Да. У авиакомпании возникли какие-то проблемы, рейс задержали. У нас было пять часов, которые нужно было чем-то занять. Я хотел выйти из аэропорта, но они не позволили. Вы знаете,.....

Врач, ожидая определение параметров боли в груди, получает

развернутый рассказ из жизни пациента. Пациент может рассказать о своих теориях причинно-следственной связи, ответственности и даже вины за свои симптомы, в то время как врачу необходимо вписать полученные факты в гипотезу о болезни пациента. В этом случае для эффективного общения важно, как минимум, включить части истории пациента в свой промежуточный запрос, чтобы вернуться к нужным фактам. Один из приемов для этого - подведение итогов и перенаправление:

Врач: Если я правильно понял, Вас беспокоит, что события поездки связаны с испытываемыми вами болями. Но не могли бы вы сначала рассказать мне больше о самой боли: где вы ее чувствуете, когда она возникает, что делает ее сильнее или слабее?

Как бы этого ни хотелось, врач редко получает «только факты». При этом важно выслушать какую-то часть повествования пациента, что способствует формированию доверия. Даже если история не пополняет базу данных, ее пересказ оказывает терапевтическое воздействие на пациента. На самом деле, лучшим предиктором соблюдения пациентом требований является ощущение пациента, что его полностью выслушали, что он смог высказать все свои опасения, многие из которых не являются биомедицинскими.

В конце концов, перед врачом и пациентом стоит совместная задача построить историю болезни, с которой оба могут согласиться. Это вряд ли произойдет, если врач сначала не выслушает версию пациента. Процесс построения полной истории болезни напоминает синусоиду, колеблющуюся между рассказом пациента и диагностическими рассуждениями врача. После создания история болезни будет служить отправной точкой для всех последующих совместных действий. Процесс совместной работы над историей болезни создает партнерство, которое поможет врачу и пациенту согласовать факты и вопросы, партнерство, которое приведет к соблюдению пациентом режима лечения.

6. Стремитесь к точному пониманию информации, которую предлагает вам пациент. Повторение услышанного говорит пациенту о том, что мы стараемся слушать и понимать — ключевые составляющие коммуникации и соблюдения предписаний. Отражение биомедицинских и психосоциальных данных, предоставляемых пациентом, повышает нашу точность, что приводит к улучшению диагностики. Более того, отражение идей, ценностей и чувств нашего пациента является основным инструментом эмпатической коммуникации и оказывает огромное терапевтическое воздействие на пациента.

7. Завершение контакта.

Обязательно убедитесь, что все вопросы пациента были решены, и он Вас полностью понял.

Важно сказать пациенту:

«Чем я еще могу помочь?»

Поможет сохранить у пациента приятное впечатление от разговора следующие фразы:

«Была рада Вам помочь! До свидания/ Всего Вам доброго.»

8. Ошибки, которые стоит избегать:

- Игнорирование личности пациента, которое основано на установке «Мы врачи, а не социальные работники!».
- Перебивание во время вступительного заявления пациента. Невнимание к тому, как пациент сообщает информацию, и неспособность продемонстрировать пациенту, что его точка зрения и активное участие важны.
- Использование в речи фразы

«Я понимаю...», например, «Я понимаю, через что Вы прошли...»

Несмотря на то, что фраза выглядит эмпатичной, она часто вызывает агрессию у пациентов-участников СВО и членов их семей. Действительно, невозможно полностью понять человека, имеющего отличный от специалиста опыт. И пациенты данной категории очень остро чувствуют эту

разницу.

- Нетерпение, когда пациент рассказывает историю, а не перечисляет симптомы.
- Отсутствие периодических пауз для подведения итогов и обдумывания сказанного пациентом, что вызывает у пациента ощущение, что его игнорируют или не понимают.

2.2 Алгоритм отказа на просьбу пациента

Как бы не хотелось полностью удовлетворить потребности пациентов-участников СВО и членов их семей в медицинских услугах, возникают ситуации, когда отказ неизбежен. Часто объективная невозможность помочь пациенту, может восприниматься им как знак неуважения и обесценивания его боевой деятельности. При необходимости озвучит отказ пациенту, следует придерживаться представленного ниже алгоритма:

1. Никогда не начинайте ответ со слова «нет». Разговор по поводу отказа с пациентом всегда нужно начинать с «да».

.... «Да, я понимаю, что вам было бы удобно, если бы мы сейчас/ распечатали Вам карту/ взяли анализы/ провели исследование/, но придется ...

2. Кратко описать свою точку зрения на данную ситуацию, свои правила в отношении подобных случаев.

.... «Мне бы тоже хотелось так сделать. Однако, без подписанного заявления на имя главного врача я это сделать не могу. Таковы правила фиксации обращений»

«Если бы это было возможно, я бы с радостью ...»

3. Произнесите отказ, сформулированный в мягкой форме:

«Поэтому у меня не получится этого не делать»

«Жаль, что у меня нет полномочий ...»

4. Кратко выразить свои чувства, например:

«Мне жаль»,

«Я сожалею»

Важно давать отказ спокойно, твердо, ясно, не оправдываясь, но и не сердясь.

2.3 Выражения, которых следует избегать при общении с пациентом:

Запрещенные фразы	Рекомендуемая замена
– Девушка – Женина – Молодой человек – Мужчина	– Обращайтесь к пациенту по имени, на «Вы» или нейтрально.
– Нет – Нельзя («так оформлять нельзя») – Не получится («завтра не получится») – Не принимает («завтра доктор не принимает») – Невозможно – Но	– Я предлагаю... – Можно («можно оформить по-другому») – Получится, только если... – В нашем с Вами случае возможно только... – Доктор принимает... – В данной ситуации... – Тем не менее, вместе с тем, с другой стороны, наилучший вариант это...
– Ваша проблема	– Этот вопрос... – Наш вопрос... – Наша с вами ситуация...
– Уменьшительно-ласкательные слова: минуточку, секундочку, договорчик, звоночек	– Одну минуту, пожалуйста... – Договор, звонок
– Вы не поняли – Вы меня не слышите	– Наверно, я не точно выразился... – Я хочу сказать... – Я имею ввиду...
– Простите за беспокойство	– Уточните, пожалуйста...
– Я не знаю – Я думаю, что... – Наверное... – Скорее всего... – У меня нет такой информации	– Одну минуту, пожалуйста, я уточню... – Я уточню этот вопрос, и мы с Вами обязательно свяжемся...
– Ничего не можем сделать для Вас – Не могу Вам ничего предложить – Ничем не могу вам помочь	– В этом случае Вам следует... – Вы можете сделать... – Я Вам рекомендую...
– Ничего не могу обещать – Это от нас не зависит	– Я могу предложить...
– Вы должны... – Вам придется...	– Давайте мы с Вами сделаем следующее...
– Естественно – Конечно же – Само собой разумеется – И так понятно, что...	– Вы сказали все верно – Вы правильно все поняли
– Главный врач (заведующий отделением, мой руководитель) сейчас не может (не сможет) с Вами поговорить	– Решение этого вопроса находится в моей компетенции – Давайте посмотрим, что можно сделать

– А мы-то здесь причем? – Это же не я Вас неправильно проконсультировал(а) – Не знаю, кто Вам такое сказал	– Мы разберемся в сложившейся ситуации – Приношу Вам свои извинения – Приносим извинения
– Мы этого не делаем (не предоставляем)	– Мы делаем только... – Этим вопросом занимается другой специалист. Я сейчас Вам скажу время его приема.
– Этого не может быть – Вы что-то путаете	– Давайте уточним
– Точных сроков сказать не могу	– Точные сроки сейчас назвать трудно – Точные сроки будут известны позже. Позвоните пожалуйста...
– Это Ваша вина – Это не наша вина, что...	– Я могу предложить...
– Что Вас еще не устраивает?	– Я могу помочь Вам в сложившейся ситуации?
– А зачем Вы это сделали?	– Я правильно Вас понял(а)?
– Вообще-то...	– Могу отметить, что
– Вы меня, конечно, извините, но...	– Хочу обратить Ваше внимание на то, что...
– Я Вам уже говорил(а)	– Хочу обратить Ваше внимание на то, что...

Глава 3.

Методические рекомендации по сообщению пациентам- участникам СВО и членам их семей «плохих новостей».

Большинству медицинских работников тяжело сообщать плохие новости своим пациентам, особенно если это пациенты-участники СВО и члены их семей. Некоторые врачи избегают сообщать плохие новости, поручая это кому-то другому. Другие сообщают новость, а затем уходят, прежде чем пациент успевает ее усвоить, выразить свои чувства или задать вопросы.

Несмотря на то, что в обязанности специалиста часто входит сообщать плохие новости терапевтическим и эмпатическим способом, специалисту не всегда удастся сообщить плохие новости терапевтически корректным способом. Это может быть связано с тем, что ему мешают его собственные чувства. Ситуация может пробудить собственную печаль, гнев или тревогу, блокируя способность работать в качестве врача.

Реакция пациента на плохие новости может быть непредсказуема и непонятна. Например, некоторые пациенты испытывают облегчение, когда

их хронические симптомы наконец-то признаются, даже если диагноз — некая неизлечимая болезнь в терминальной стадии. Другие пациенты разочаровываются или злятся, узнав, что их серьезное и прогрессирующее заболевание лучше всего лечить изменением образа жизни, а не лекарствами или хирургическим вмешательством. Известно, что любая новость может быть плохой, если она противоречит личным желаниям или ожиданиям пациента. Поэтому специалист, должен быть готов проявить понимание и терпение к реакции пациента.

Алгоритм сообщения «плохих новостей»

1. Подготовьтесь. Хотя взаимодействие невозможно полностью контролировать, можно отрепетировать начало беседы и определить некоторые желаемые результаты. Будет полезно проанализировать слова, которые планируется использовать, и предугадать возможные вопросы и реакции пациента.

2. Начните с себя. Проверка собственных чувств и психологическая подготовка к тому, чтобы сообщить плохие новости, является важным шагом. Врачи могут быть особенно чувствительны к невозможности помочь человеку, и это чувство неудачи усиливается, когда приходится объяснять пациентам, которые пришли за помощью, что помочь ничем нельзя. Если специалисту нравится пациент, то он чувствует себя особенно неполноценно и грустно.

Иногда специалисту приходится сообщать плохие новости о том, что он ошибся. Важно найти силы сказать: *«Я совершил ошибку»*. Большинство специалистов в таких случаях чувствуют себя виноватыми, некомпетентными и напуганными. Им хочется найти способ защитить себя от гнева пациента и его желания отомстить. Такое сочетание чувства вины, смущения и страха затрудняет беседу врача с пациентом. Однако, чтобы иметь шанс на положительный исход, врач должен признать эти чувства и абстрагироваться от них, чтобы сосредоточиться на нуждах пациента.

3. Подумайте об обстановке. Плохие новости лучше сообщать в

уединенном тихом месте, без суеты. Важно отнестись к этому приему как к медицинской процедуре и выделить на него определенное время, как и на любую другую важную процедуру. Скорее всего понадобится время, чтобы посидеть с пациентом в тишине, чтобы он мог осознать новости и задать вопросы.

4. Подготовьте пациента - предупредите его. Назначая встречу, подготовьте пациента к тому, что его ждут плохие новости. Если вы не уверены в диагнозе, но считаете, что заболевание может быть серьезным, прогрессирующим или угрожающим жизни, упомяните этот диагноз наряду с другими возможными диагнозами, объяснив, что вам необходимо провести дальнейшее обследование, чтобы убедиться в истинности проблемы. Этот обзор возможных вариантов закладывает основу для последующего разговора, если окажется, что самое худшее - правда.

При приглашении пациента зайти, нужно сделать вступительное предложение, что-то вроде:

- *«Я обнаружил проблему и хочу уделить некоторое время тому, чтобы обсудить ее с вами».*

Важно помнить, что некоторым пациентам помогает наличие сопровождающего при обсуждении потенциально сложных вопросов здоровья, и спросить, хотел бы пациент, чтобы его супруг (партнер, дочь, сын, отец, мать, друг) присутствовали при разговоре.

5. Начните с выяснения того, что знает пациент, что, по его мнению, происходит и какие у него есть опасения или страхи. При необходимости сообщить плохие новости, у врача возникает соблазн сразу же начать говорить. Если имеющиеся результаты не совпадают с ожиданиями пациента, лучше начать с выслушивания.

Врач: Прежде чем мы начнем, я хочу спросить вас, что вы знаете о вашей проблеме, и что вы думаете об этом.

Пациент: Я не знаю, доктор. Поэтому я пришел к вам.

Большинство пациентов охотно расскажут вам о своих идеях, проблемах или

ожиданиях; некоторым требуется немного больше подсказок.

Врач: Ну, хорошо. Но я знаю, что у вас, вероятно, были какие-то мысли о том, что может происходить.

Пациент: Наверное, я волновался, что у меня какая-то инфекция.

Чтобы эффективно донести новость, необходимо понять предположения пациента о его болезни.

Почти каждый пациент, который приходит к врачу, приходит со своей объяснительной моделью (т.е. комбинацией идей о диагнозе, причинности и потенциальном лечении). Желательно узнать эти идеи. Также можно спросить, на какие вопросы пациент больше всего хочет получить ответы и относится ли он к тому типу людей, которые любят много подробной информации или только общую картину

После этого можно приступать к объяснению. Рекомендуется использовать короткие предложения и подбирать слова в соответствии с потребностями пациента. Пациенты отмечают, что слишком многословное объяснение может сбить с толку, при этом врачи могут говорить кратко и при этом быть достаточно эмпатичными. Оставляйте паузы, чтобы пациент мог усвоить то, что вы говорите.

Врач: Итак, Иван Петрович, на самом деле все хуже. Теперь мы знаем, что пятно в легких, о котором мы беспокоились, на самом деле рак, а не инфекция.

(Пауза)

Врач: Мне жаль сообщать вам такие новости. Мы надеялись, что это просто шрам или какое-то воспаление.

(Пауза)

Пациент: Вы сказали, что это рак.

Врач: Да, это рак.

Пациент: То есть для меня все кончено?

Врач: Это так прозвучало? Как будто все кончено?

Пациент: Ну рак... Знаете ли.

Врач: Необязательно. Расскажите, что это слово значит для вас. Люди

понимают его по-разному.

Реакцией пациента на плохие новости могут быть гнев, страх, отрицание или их сочетание. Задача специалиста — выслушать реакцию пациента, и выразить свое понимание того, как звучит и ощущается диагноз для пациента, будучи готовым повторять свои слова до тех пор, пока у пациента не закончатся вопросы в рамках этой встречи.

6. Будьте готовы повторяться. Помните, что пациент или его сопровождающий редко воспринимают подробности плохих новостей, когда их сообщают в первый раз. Можно с уверенностью предположить, что после того, как будет сообщен основной факт — *«Это рак»*, *«Нам придется ампутировать конечность»*, — пациент, скорее всего, больше ничего не услышит. Плохие новости обычно вызывают временный умственный паралич. По мере того, как пациент будет осознавать плохую новость, специалисту придется неоднократно отвечать на дополнительные вопросы.

Сообщение плохих новостей — это непрекращающийся разговор, а не единичное событие. Когда пациент начнет обдумывать плохие новости и рассказывать их другим, у него появится больше вопросов. Скорее всего, мало что из того, что было сказано в первый раз, останется в памяти. Чтобы убедиться, что пациент все понял, попросите его пересказать вам, что он услышал.

Полезным будет возможность предоставления пациенту дополнительных ресурсов. Это могут быть письменные материалы, брошюры, предоставляемые различными организациями, аудиозаписи предыдущего посещения, а также направления в группы пациентов или иногда к другому подобному пациенту, у которого есть это заболевание, и который готов поделиться своим жизненным опытом.

Сообщение плохих новостей – циклический процесс. Важно понимать, в какой точке понимания находится пациент, выдать ему немного информации, подождать некоторое время, выслушивать реакцию, снова подождать, затем, возможно, начать все сначала. И так повторить столько, сколько потребуется.

Важно поинтересоваться, кого еще пациент хотел бы проинформировать, кто может оказать ему поддержку, и кого еще пациент хочет привлечь к следующему объяснению.

7. Ищите, чего не хватает в ответе пациента, и спрашивайте об этом.

Если у пациента много вопросов, но эмоциональная реакция не выражена можно предложить:

- *«Возможно, позже у вас появятся какие-то чувства по этому поводу, о которых вы захотите поговорить».*

Если пациент выражает много чувств, предложите:

- *«Возможно, у вас появятся вопросы, которые вы сможете задать мне позже».*

Некоторые люди, получившие плохие новости, впадают в глубокую депрессию или даже совершают самоубийство. Можно сказать своему пациенту, что такая реакция возможна и что вы готовы помочь в таких обстоятельствах.

- *«К сожалению, получив такие новости, некоторые впадают в отчаяние. Если у вас возникнут такие чувства, мы можем это обсудить».*

Иногда юмор и надежда идут рука об руку. Юмор может проявиться даже в самых неблагоприятных обстоятельствах. Пациент может использовать юмор в качестве защиты своего эго. Специалист может оценить его усилия, но, не следует шутить самому. Люди ожидают, что врач отнесется к болезни серьезно, независимо от того, как проявит себя пациент.

Прежде чем закончить с плохими новостями, разработайте краткосрочный план. Кто еще должен знать? Хотел бы пациент помочь им рассказать об этом? Какие анализы или консультации планируются дальше? Пациент может спросить:

«Я умру?».

В таком случае, можно ответить:

«Вы имеете в виду, сократит ли эта болезнь вашу жизнь? Да, вероятно, сократит».

Пациент может захотеть узнать, сколько ему осталось жить. На это можно ответить:

- *«Это, зависит от того, как подействует лечение. Давайте надеется на лучшее. Никто не можем назвать точное время для каждого конкретного человека».*

8. Не торопитесь. Самый важный аспект внушения надежды при сообщении плохих новостей — это не торопиться. Сначала дайте пациенту осознать плохие новости. Пусть он расскажет вам о своих самых худших страхах и глубочайшем чувстве потери и горя. Не пытайтесь обнадежить пациента до того, как он полностью усвоит плохие новости. Слишком быстрая надежда будет восприниматься как ложная надежда. Никогда не стоит давать обещаний, которые специалист не может выполнить. Это может привести к потере доверия, гневной реакции или отчаянию.

Глава 4.

Методические рекомендации по общению с конфликтными пациентами-участниками СВО и членами их семей.

4.1 Определение агрессии.

В структуре общения пациентов-участников СВО и членов их семей с представителем медицинских и помогающих профессий агрессия встречается достаточно часто, т.к. ее проявления выступают своеобразными признаками психологического неблагополучия пациента, психического расстройства или наличия психотравмирующих переживаний. При этом, сложность взаимодействия и работы с агрессивными пациентами заключается в том, что существуют маскированные и латентные формы проявления агрессии совершенно разного генеза. А с другой стороны, существуют поступки, которые ошибочно трактуются специалистами как агрессивные, но не являясь таковыми по сути. Подобные ошибочные оценки могут негативно влиять как на коммуникацию с пациентом, так и дальнейший процесс терапии. В этой связи, необходимо наличие базового понимания того, что

представляет собой агрессивное поведение, его причины, структуру, формы, коморбидность и возможности диагностики.

В психологической науке существует множество определений агрессии. Однако, если отталкиваться от комплексных дефиниций, то агрессия – это мотивированное, целенаправленное (ауто)деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам, существующим в обществе и наносящее вред объектам нападения, причиняя физический ущерб, психологический дискомфорт и переживания. Агрессивное поведения – это всегда внешне наблюдаемое поведение, а не эмоциональное состояние человека, обусловленное личностными или ситуативными факторами. Тем не менее, агрессия может быть представлена в разнообразных формах.

Отметим также, что «Агрессивность» и «Агрессия» - не синонимичные понятия. Агрессивность – это устойчивая личностная черта, которая может способствовать (или облегчать) проявление агрессии как формы поведения. При этом, само по себе наличие агрессивности (*черты, присущей всем людям, без исключения*) не является единственным и необходимым условием проявления агрессии. Часто, brutальные, жестокие, импульсивные формы агрессии сочетаются с минимальным уровнем агрессивности (например, физическая агрессия в состоянии аффекта и декомпенсации). И, наоборот, при наличии высокого уровня агрессивности, который, тем не менее компенсируется высокой тревожностью, ценностями, зрелостью личности и т.д., проявления агрессии – минимальны или носят косвенный, вербальный характер. В этой связи, для прогнозирования или диагностики агрессивного поведения целесообразно обратить внимание не только на агрессивность пациента, но и на выраженность таких тормозящих механизмов, как: уровень тревожности, мнительность, степень эмоциональной лабильности, внешний локус контроля, ориентация на социальную желательность, конформизм, устойчивая система ценностей и смыслов (наличие семьи, хобби, постоянной работы, удовлетворенности общением), сформированность копинг-стратегий, выраженность чувств вины, страха, долженствования.

В процессе взаимодействия агрессия пациента может быть представлена в различных формах, отличающихся по ряду параметров: прямая – косвенная, активная – пассивная, физическая – вербальная.

По своей направленности агрессия может носить деструктивный (направленная на внешнего объекта) и аутодеструктивный (направленная на самого субъекта) характер.

Примеры аутодеструктивной агрессии: суицидальное поведение, самоповреждающее поведение, открытое и устойчивое самоуничтожение, навязчивое ограничение в реализации собственных потребностей (как витальных, так и социальных: отказ от пищи, отказ от сексуальных и социальных отношений, самоизоляция, сознательное нарушение трудовых, социальных, романтических, семейных отношений и т.д.), саботаж лечения.

Примеры деструктивной агрессии: прямые физические нападения, угрозы, злостные высказывания, обесценивание, игнорирование, намеренное молчание, ограничение других людей в реализации потребностей (изоляция, депривация, принуждение с применением физического, психологического или морального насилия).

Агрессивное поведение, помимо представленных форм отличается по степени эмоциональной и когнитивной нагрузки, а также – выраженности инструментального компонента. Соответственно, с точки зрения содержания и мотивации, необходимо выделить враждебную и инструментальную агрессию, агрессию активную и реактивную.

Враждебная агрессия - часто является проявлением психического и психологического неблагополучия человека, может носить коморбидный характер, сочетаясь с открытыми или латентными формами сексуальных девиаций, паранояльностью, аффективной ригидностью. Данная форма агрессии – надситуативна, сочетается с выраженным гневом и устойчивым негативным эмоциональным состоянием. Пациенты с данной формой агрессии часто вспыльчивы, непоследовательны, любят перебивать, повышать голос, негативно и остро реагировать даже на нерелевантные

стимулы со стороны врача (уточняющие вопросы, обоснованные отказы, предписания или медицинские ограничения). Враждебная агрессия носит генерализованный характер и редко является исключительной реакцией на какие-либо конкретные действия или обстоятельства. Однако, у людей с враждебной агрессией чрезвычайно низкий порог чувствительности на внешнее воздействие, что необходимо учитывать при коммуникации.

Открытая физическая инструментальная агрессия в медицинской практике встречается достаточно редко. Как правило, она может выглядеть в виде угроз, настойчивых убеждений, обесценивания компетентности или лечения, желания «перетянуть» специалиста на «свою сторону», с целью убедить: выписать нужный рецепт, повлиять на семейное окружение и т.д. Инструментальная агрессия чаще сочетается с наличием психопатических черт, манипулятивностью, скрытностью пациента и его склонностью ко лжи.

Патологическая агрессия. Наличие агрессивного поведения – не является само по себе критерием «ненормы» или грубой патологии. Соответственно, агрессивное поведение редко является изолированной «мишенью» как для психотерапии, так и для фармакологического лечения (исключение составляют поведенческие и когнитивно-поведенческие формы *краткосрочной психотерапии*). Однако, подобное поведение часто может носить коморбидный характер (том числе, с психотическими и невротическими расстройствами), оставаясь, тем не менее – произвольным и целенаправленным поведением, но со сниженным сознательным, волевым и смысловым регулированием (*невменяемость*). В этом случае речь идет о патологической агрессии (физической формы) – чрезвычайно опасной, имеющей эксплозивный, brutальный, ситуативный характер. Как правило, патологическая агрессия сочетается с выраженным аффективным состоянием, дезориентацией, ажитацией. При наличии психотического состояния может носить характер внешнего воздействия (психических автоматизмов, директивных галлюцинаций, устойчивой фабулы бреда преследования и т.д.). Проявления патологической агрессии чрезвычайно

рапидны и скоротечны, однако им может предшествовать временная, и заметная со стороны, дезориентация, суетливость (или наоборот, застывшая поза, молчание, «стеклянный взгляд»), прострация, повышенная вербальная активность с явно негативным содержанием. В ситуации аффективной эксплозивной реакции агрессия может быть вызвана психотравмирующей информацией или обстоятельствами, которые затронет в беседе специалист. В этой связи, при подготовке к общению с подобными пациентами рекомендуется, по возможности, максимально детально ознакомиться с объективным анамнезом и данными о пациенте и не рассчитывать на отсроченный характер психотравмы или негативного события. Т.к. аффективная патологическая агрессивная реакция может возникать отсрочено (через месяц, полгода, год – в зависимости от психического статуса и психологических особенностей пациента), на основании латентного «аффективного следа», а брутальность и интенсивность реакции будет, при этом, максимальна.

Коморбидность агрессии. Наиболее часто экстрапунтивная (направленная на внешний объект) агрессия входит в структуру психоорганического, дементного, кататонического, галлюцинаторно-параноидного, парафренного синдромов и синдрома сумеречного сознания. В ситуации с эндогенными и психогенными формами депрессии – патологическая агрессия, как правило, носит аутодеструктивный характер, как латентной, так и открытой формы. При этом, риск суицида или самоповреждения повышается при наличии таких черт, как импульсивность, выраженная агрессивность, личностная незрелость.

«Сочетанность» импульсивной физической экстрапунтивной агрессии чаще возможна: с алкоголизмом, наркоманией (в т.ч. и в состоянии абстиненции), эпилепсии (особенно – с ее левовисочными формами), олигофрении, резидуальными органическими повреждениями, посттравматическим стрессовым расстройством.

Импульсивная экстрапунтивная агрессия в перечисленных симптомах может быть связана с повышенной возбудимостью пациента, наличием раздражительности, нарциссизма, эгоцентризма, враждебности (*генерализованной негативной установкой на восприятие реальности, негативная когнитивная оценка*).

Структура агрессии. Для более детального понимания (а следовательно, и возможной редукции при общении) агрессивного поведения, независимо от его формы и генеза важно представлять себе структуру агрессии. Помимо этого, именно отдельные компоненты агрессии могут стать «терапевтическими мишенями» для работы.

Традиционно выделяется 3-х компонентная структура агрессии:

«Враждебность» - когнитивный компонент агрессии. Враждебность выражается, в целом, в негативисткой и подозрительной «картине мира» пациента. Люди с выраженной враждебностью недоверчивы, осторожны, постоянно находятся в состоянии ощущения и ожидания опасности и угрозы, их отношение к людям носит негативный характер. Агрессия таких людей чаще носит импульсивный или злокачественный защитный характер, что не делает это поведение менее опасным, т.к. опасной и угрожающей они могут интерпретировать любую нейтральную ситуацию. В сочетании с психическим расстройством подобная интерпретация может носить крайне алогичный, параноидный и непоследовательный характер (например: злобно интерпретировать беседу со специалистом как допрос, угрожающий личности, отказываться от приема лекарств с опасением быть «зомбированным», отравленным и т.д.). Враждебность – частая составляющая в структуре ПТСР комбатантов и людей, переживших насилие. Именно враждебность чаще всего препятствует «комплаенсу». Отметим, что сама по себе враждебность не является признаком психической или неврологической патологии. Однако, при расстройствах – ее интенсивность резко возрастает.

«Гнев» - аффективный компонент агрессии. Это эмоциональный компонент агрессии, имеющий побудительную силу. В структуре агрессии гнев определяет «чувствительность человека ко внешнему воздействию» и степень импульсивности агрессии. Гнев облегчает негативную интерпретацию событий и людей, наделяя любые их крайне негативным личностным отношением (например: интерпретация поведения специалиста не просто как «равнодушное, поверхностное или агрессивное», а именно в отношении этого самого пациента). Гнев может носить кумулятивный характер, что, в итоге, может приводить к аффективному реагированию и «смещенной» агрессии (объект агрессии будет не связан с ситуацией, вызвавшей гневливость). Агрессия, в которой гнев играет существенную роль чаще носит открытые активные формы.

Агрессивное поведение – поведенческий компонент, который выражается не только в прямой агрессии, но и в негативизме высказываний, нежелании сотрудничать, в избегании, в намеренном нарушении протокола лечения и т.д. Часто этот компонент носит характер стереотипных или выученных и автоматических поведенческих реакций, если выраженность гнева и враждебности минимальна. Это своеобразные малоосознаваемые (реализуемые с минимальной волевой регуляцией) и слабо контролируемые поступки, носящие инструментальный характер (например: привычка сквернословить в стрессовых ситуациях, удары по столу для обращения на себя внимания, повышения голоса, привычка бить первым при наличии резких движений со стороны другого человека). Подобные поступки имеют ситуативный характер и условно-рефлекторную (приобретенную) природу. Стереотипность агрессивных поведенческих реакций возрастает при наличии хронической усталости, когнитивного снижения, компульсивности, умственной отсталости, нарушениях психического развития, не обусловленных психическим расстройством, в частности – педагогической запущенностью).

Специалисту важно помнить, что проявления агрессии пациентов-участников СВО и членов их семей часто не адресованы напрямую медицинскому работнику, а являются защитным, компенсаторным механизмом, или проявлением глубокой психологической проблемы. Понимание того, что специалист становится лишь временным «громоотводом» для накопленных негативных эмоций пациента, что извергаемый гнев не относится напрямую к личности медицинского работника, позволит ему не включаться эмоционально в конфликт и придерживаться нейтральной позиции.

4.2 Общие рекомендации при взаимодействии с агрессивным пациентом.

- максимально подробное изучение доступных материалов;
- если в материалах существуют эпизоды, вызывающие у специалиста тревогу, страх, ощущение некомпетентности (эпизоды суицидальных попыток, смерти близких, сексуального насилия и т.д.), то лучше передать пациента другому специалисту. Обоснованный самоотвод от пациента – показатель профессионализма, а не безграмотности или трусости;
- по возможности не перебивать, дать возможность выговориться;
- предложить пациенту самому выбрать форму обращения к нему (по имени, имени и отчеству), показав тем самым паритетность ситуации;
- понимание, что агрессия, при всей своей направленности, не является персонифицированной по отношению к специалисту, по своей сути – дает возможность не реагировать на провокации;
- избегать оценочных суждений, особенно если они могут двойственно трактоваться;
- демонстрировать пациенту лояльность и доброжелательность;
- не спорить, авторитарно апеллируя к собственным знаниям;
- не игнорировать его вопросы, даже если они не касаются цели визита, выглядят глупыми или провокационными;
- свести к минимуму личное общение с кем-либо в присутствии пациента,

- избегать в одежде ярких тонов, интенсивного запаха парфюма, украшений,
- если специалист чувствует эмоциональную эскалацию, не стоит полагаться на собственный опыт и предложить сделать перерыв;
- не оставлять пациента одного, при сопровождении пациента, предложить ему пройти вперед;
- свести к минимуму наличие в зоне общения потенциально опасных предметов: ножниц, стеклянных предметов, карандашей, массивной мебели.

Еще до вступления в диалог обращайтесь внимание на телесные проявления психического неблагополучия, которые могут выражаться в скованности, напряжения в теле, кистях рук, сжатых кулаках, недовольной мимике, громком голосе. При общении возможны оскорбления, угрозы и отказ от продуктивной коммуникации.

4.3 Алгоритм построения эффективной коммуникации с агрессивным пациентом.

1. Предоставьте агрессивному пациенту возможность выговориться – «выпустить пар».

(Исследования показали, что, если возбужденному человеку предоставить возможность выговориться, не перебивая его, то общее время диалога сокращается.)

Это не означает, что общение переходит в бесконтрольный процесс выслушивания, на любых этапах диалога специалист является ведущим в коммуникации. Что бы вернуться к конструктивному разговору можно использовать следующую фразу:

«Я слышу, как сильно Вы возмущены происходящим. Это действительно может показаться несправедливым, однако давайте вернемся непосредственно к Вашему вопросу...»

2. Контролируйте громкость и тональность своего голоса. Говорите четко, твердо, но медленно и в нормальном тембре голоса (лучше тихо, чем громко).
3. Сохраняйте зрительный контакт, но избегайте прямого взгляда.

Важно помнить, что прямой взгляд, направленный на агрессивного человека может спровоцировать приступ еще большей неконтролируемой агрессии. Правильный зрительный контакт – это взгляд, направленный на область «треугольника» между глазами и ртом, либо между глазами и «межбровьем». Смотреть необходимо расфокусировано, периодически отводя взгляд.

4. Соблюдайте геометрию общения.

Следует соблюдать взаимное расположение собеседников в пространстве, которое минимизирует проявление вербальной и физической агрессии. При общении с агрессивным человеком специалисту рекомендовано предложить пациенту присесть (сидя проявлять агрессию сложнее), а самому можно остаться стоять.

5. Узнайте причину беспокойства (гнева) и предложите варианты решения проблемы, например:

«Вижу Вас это сильно разозлило. Что именно произошло?»

«Давайте посмотрим, что можно сделать в этой ситуации»

Очень важно не давать обещаний, которые нельзя выполнить, а также прямых рекомендаций к действию. Необходимо предоставить варианты решения, что позволит разделить ответственность за результат. Если пациент настаивает на прямой рекомендации, следует вернуться к обсуждению вариантов, используя фразу:

«Хорошо, могу еще раз Вам пояснить...»;

«Давайте еще раз посмотрим, что можно сейчас сделать...»

6. Поблагодарите человека за равнодушие. Необходимо выразить благодарность за то, что он выразил свои чувства и возможно указал на некоторые недоработки, которые ранее не были замечены. Этот «прием» способствует повышению доверия к работникам службы.

«Я вижу, Вы очень равнодушны к происходящему. Спасибо, что указали на наши недочеты. Это поможет нам в будущем избежать таких недоразумений...»

На всех этапах диалога с человеком, проявляющим агрессию, контролируйте свое эмоциональное состояние. Следите за громкостью и тональностью своей речи, а также ритмом и глубиной дыхания. Эти параметры дают обратную связь - контролируя их, Вы контролируете свои эмоции. Если дыхание становится поверхностным и частым старайтесь дышать глубже, при этом выдох должен быть длиннее вдоха.

4.4. Принципы общения с агрессивным пациентом.

1. Слушайте внимательно, и вы поймете, что стоит за агрессией.

Постарайтесь услышать главную мысль, отделяя агрессивную форму от содержания. Слушайте, что говорит пациент, а не как он говорит. Покажите заинтересованность в решении вопроса. Помогите снять эмоциональную напряженность.

В случае неуправляемой агрессии стоит увести пациента в отдельный кабинет и предложить сесть, продолжить беседу в более комфортной обстановке, предложить воду или чай. Внимательно выслушать. Главное в этот момент – не оценивать, прав пациент или нет. Не перебивать, не противоречить и не оправдываться.

2. Не поддавайтесь на провокации.

Не стоит вступать в обмен словесными оскорблениями. В словесной дуэли нет победителей, ибо проблема так и не решится.

Иногда необходимо просто молчать. Нужно дать пациенту высказаться и выпустить негативные эмоции. Если специалист вежлив и сдержан, пациент быстро успокоится.

3. Не отвечайте грубостью на грубость.

Перефразируйте сказанное, не изменяя сути, и ответьте по существу проблемы. Чем эмоциональнее пациент, тем более спокойно реагируйте.

4. Не принимайте на свой счет.

Агрессия пациента направлена не лично на специалиста, а на непростую ситуацию, в которой он оказался. Всегда нужно помнить о своей профессиональной роли и не выходить за ее границы.

5. Выразите сочувствие и понимание.

Необходимо выразить сожаление по поводу сложившейся ситуации.

- *«Я что Вы очень расстроены этой ситуацией, и это действительно неприятно. Сожалею, что произошло это недоразумение».*

Важно высказать сожаление, но не искать виноватых.

6. Согласитесь, и принесите извинения.

Мнимое согласие и мнимое признание вины сразу гасит конфликт и позволяет перейти решению вопроса.

Если недовольство пациента обоснованно, то лучше сразу с этим согласиться. Если необоснованно, то согласиться с оговоркой сути ситуации без перехода на личности.

- *«Извиниться за причиненные неудобства, дискомфорт, потраченное пациентом время».*

Если пациент высказывал конструктивную критику существующего порядка, следует поблагодарить его за информацию для размышления.

7. Возьмите перерыв по необходимости и по возможности.

Если чувствуете, что эмоции переполняют, покиньте кабинет, чтобы прийти в себя. Это надо сделать под благовидным предлогом и ненадолго.

- *«Извините, мне надо проверить информацию по этому вопросу. Я вернусь к Вам через минуту», акцентируйте внимание на решении вопроса пациента.*

8. Предложите план действий.

Изложите свои предложения чётко и понятно, при этом важно быть уверенным, что план осуществим. Сделайте из пациента союзника по выходу из сложившейся ситуации.

Если просьбы пациента вполне адекватны, законны и разумны, следует сообщить о тех шагах, которые возможно предпринять.

9. Заканчивайте свое предложение закрытым или альтернативным вопросом.

«Вас устраивает такой вариант?»

«Вы нам завтра позвоните или зайдете?»

«Я Вас сначала записываю к неврологу, а потом к кардиологу?»

Это создаёт иллюзию выбора, при котором пациенту ничего не остаётся, как подтвердить Ваш вопрос.

Если шаги по решению проблемы, конфликта неочевидны сразу, постараться успокоить пациента, выразив свое понимание его состояния и пообещать сообщить в течение определенного промежутка времени о принятых мерах (и обязательно необходимо сообщить!).

10. Избегайте фраз *«Я не знаю...», «Я не могу...»*

Используйте такие фразы:

«Давайте я запишу Ваши данные и сообщу, как только появится информация...»

«На данный момент я могу (сделать то-то)...

4.5. Этапы, снижающие напряженность в конфликтной ситуации.

1. Выслушать пациента.

- выслушивая пациента, показать свою заинтересованность в решении вопроса;
- помочь ему снять эмоциональное напряжение;
- сделать из пациента союзника по поиску выхода из сложившейся ситуации.

2. Адаптация претензии пациента.

- Игнорируйте агрессию;
- Сделайте паузу;
- «Ничего личного»

3. Конкретизация, уточнение ситуации.

- Переведите агрессию в нейтральное состояние.
- Задайте вопросы на ориентацию.
- Перемотайте пленку назад.

«Что конкретно вы имеете в виду?»

«Что конкретно вам не нравится?»

«Верно ли я вас понял...»

«Можно еще раз...»

«Давайте уточним, в чем сложность...»

3. Признать истинность претензии.

- Признайте правоту пациента;
- Выкажите понимание чувств собеседника;
- Продемонстрируйте уважение и признание прав оппонента;
- Попросите о конструктивной критике;
- Сосредоточьтесь на том, в чем есть согласие.

«Да, все именно так и произошло»

«Да, Вы правы...»

«Я понимаю Вашу озабоченность...»

«В чем Вы считаете, наша недоработка?...»

«Да, здесь я с Вами полностью согласен...»

4. Предложить решение, восстановить доверие

- Переключитесь на совместный анализ проблемы;
- Покажите, что хотите вместе найти наилучшее решение;
- Вовлеките собеседника в совместный поиск вариантов.

«Итак, проблема сводится...»

«Что нужно изменить, чтобы...»

«Почему бы не сделать...»

«Вам больше подходит этот вариант или этот...»

5. Оперативность.

«Я готов сделать для решения этой ситуации...»

«Я перезвоню Вам в течение получаса...»

«На данный момент мы может сделать это...»

Глава 5.

Методические рекомендации по общению с пациентами- участниками СВО и членами их семей при признаках суицидального поведения.

К сожалению, суицидальное поведение среди пациентов-участников СВО и членов их семей не редкость, и для медицинского работника важно распознать признаки такого поведения у пациента, с тем чтобы направить его к соответствующему специалисту. Суицидальное поведение развивается от эпизодических пассивных мыслей, которые постепенно оформляются и становятся активными (конкретными и устойчивыми), через созревание намерения и плана - к решительной реализации суицидальной попытки.

Суицидальные мысли имеют большую клиническую значимость, так как своевременное их выявление и понимание позволяет изменить иерархию переживаний до момента озвучивания индивидом продуманного плана и созревшего решения о суициде. Основой развития суицидальных мыслей являются дисфункциональные убеждения о себе (*«Я больше ни на что не гожусь»*), окружающем мире (*«Моя жизнь больше никогда не будет прежней»*), о будущем (*«Дальше будет только хуже»*). Такие мысли могут иметь руминативный характер, усиливая интенсивность переживания безвыходности и ощущения безнадежности. Руминации вытесняют конструктивные психические процессы, не позволяя найти решение проблемы или поставленной задачи. Своевременное выявление суицидальных мыслей является важным способом снизить риск фактического суицидального поведения.

Необходимо дифференцировать пассивные и активные суицидальные мысли.

Пассивные суицидальные мысли - не подкрепляются подготовительными действиями по самоповреждению. К проявлениям пассивных суицидальных мыслей (размышления о смерти, желание смерти), принято относить

высказывания о нежелании просыпаться по утрам, констатации трудности жить жизнь.

К активным суицидальным мыслям (мысли о причинении боли, мысли о суициде) относят: составление планов, фантазирование или заикливание на смерти, исключая другие мысли, поиски покоя или выхода из тревожных чувств стыда, вины, гнева, безнадежности, тревоги или печали. **Суицидальное намерение** – активные мысли, включающие мотив, стремление человека покончить жизнь самоубийством.

Суицидальный план– проект суицидальной попытки или суицида, возникающий как результат активных мыслей и устойчивого суицидального намерения, включающий дату время, способ завершения жизни.

Суицидальная попытка - целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

Суицид определяется как действия с фатальным исходом, которые инициированы и осуществлены умершим с целью реализовать желаемые изменения посредством убийства себя.

Суицидальное поведение определяется повышенной чувствительностью к суицидальным факторам в сочетании с триггерной ролью стрессоров.

По степени влияния на возникновение суицидального поведения группы факторов разделяют на ранги:

К факторам первого ранга (основные), без которых суицидальные поведение не возникнет в ответ даже на самые сильные стрессоры, относят биологические (генетические), личностно-психологические (импульсивность, эмоциональную неустойчивость, трудности с самооценкой, склонность к самообвинению, несформированные ценностные ориентации, низкую стрессоустойчивость), клинические (наличие психических заболеваний).

Факторы второго ранга (способствующие): микро и макро-социальные факторы (религиозные убеждения, факты насилия, соматические заболевания, показатели социально-экономического и политического благополучия социума, а также этнокультуральные факторы. Данные

факторы способствуют усилению суицидального риска, но не являются предикторами его возникновения.

Факторы третьего ранга (реализующие) или «драйверы» суицидального поведения – стрессовые жизненные события, приводящие к реализации суицидальных намерений.

При признаках суицидального поведения специалист может задать следующие вопросы:

- *Бывает ли у вас такое чувство, будто жизнь не стоит того, чтобы за нее держаться? Какие мысли или ситуации усиливают это чувство?*
- *Случалось ли вам когда-нибудь переживать совершенно беспросветное отчаяние и безнадежность? Не бывает ли у вас ощущения, что было бы лучше остановить «все это»?*
- *Возникали ли у вас когда-либо мысли о нежелании жить или о том, что не стоит больше жить? Как часто это происходило? Эти мысли возникают непреднамеренно? Удавалось ли вам отбросить эти мысли?*
- *Кто-либо из членов вашей семьи, друзей, знакомых, сослуживцев высказывал мысли о нежелании жить или совершал суицид? Как вы к этому относитесь?*

В процессе беседы специалисту необходимо:

- Заверить пациента, что это была хорошая идея обратиться за помощью
- Показать, что вы как специалист хорошо распознаете и понимаете его состояние и эмоциональное страдание
- Сдвигать фокус беседы на необходимость углубленного анализа страдания и психической боли пациента и направить на консультацию к медицинскому психологу или психиатру.
- Направить пациента к соответствующему специалисту.

Важно:

Не пытайтесь сами отговаривать пациента от суицидальных попыток!

Возможные формулировки специалиста для достижения этих задач:

- *Ваша история звучит действительно как очень трудная и полная эмоциональной боли. Хорошо, что вы решили поделиться со мной своими переживаниями. Я вижу, насколько вам трудно сейчас в вашей ситуации.*
- *Я бы предложил вам пообщаться с нашим медицинским психологом. Он поможет Вам лучше разобраться со сложившейся ситуацией.*

К признакам суицидального статуса, выявляемых в ходе беседы и сбора анамнестических данных, следует отнести как изменения в когнитивной сфере (появление суицидальных мыслей), так поведенческие проявления:

1. Изменения в негативных когнитивных паттернах, появление мыслей о нежелании жить
2. Появление более частых мыслей об отчаянии или безнадежности с когнитивной репрезентацией возможных способов ухода из жизни
3. Прекращение приема лекарств
4. Отказ от сна или приема пищи в обычном режиме
5. Растущее злоупотребление психоактивными веществами
6. Появление интереса к хранению лекарственных средств (таблеток) или приобретение оружия
7. Изоляция и отсутствие связей (перестал ходить на профилактические осмотры, перестал отвечать на звонки или текстовые сообщения, не появлялся на работе или общественных мероприятиях или, возможно, уединялся в определенном месте)
8. Появление физической или вербальной агрессии, возбуждение, подготовка к самоубийству (раздача вещей и исследование методов самоубийства)

Выявляемые признаки 2-8 являются показаниями для экстренного направления за медицинской помощью, признаки 7-8 – для госпитализации!