

Алексеев Дмитрий Петрович

студент

Трофимова Надежда Александровна

студентка

Пушкина Клара Владимировна

канд. пед. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный

университет им. И.Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Чувашская Республика

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С ПАЦИЕНТОМ

***Аннотация:** статья посвящена психологическим аспектам общения между медработником и пациентом, которые напрямую влияют на успех лечения. Рост хронических заболеваний, пациента как потребителя медицинских услуг и высокий риск ятрогений делают эту тему особенно актуальной. В теоретической части разбираются ключевые элементы эффективной коммуникации: эмпатия, невербальные сигналы, типы пациентов и основные барьеры во взаимодействии. Приводятся данные опроса 40 сотрудников скорой помощи г. Новочебоксарска.*

***Ключевые слова:** медицинская коммуникация, эмпатия в медицине, ятрогения, профессиональное выгорание врачей, комплаенс, невербальная коммуникация, психотипы пациентов.*

Эффективность лечебно-диагностического процесса определяется не только профессиональной оснащенности клиники и квалификацией врача, но и качеством межличностного контакта между медицинским работником и пациентом. В современной доказательной медицине все чаще звучит тезис: «Лечит не лекарство, а личность врача». Однако за этой метафорой стоит строгое научное обоснование: психологические особенности общения медицинского работника выступают значимым предиктором комплаенса, уровня тревоги пациента и даже

скорости его выздоровления. Именно изначально правильно поставленный психологический контакт обеспечивает взаимный обмен эмоциями и полное доверие, что сразу предотвращает настороженность пациента к медицинскому работнику.

Актуальность темы обусловлена несколькими факторами. Во-первых, рост числа хронических заболеваний требует длительного и правильного контакта «врач-пациент», при котором психологическая совместимость становится главным и незаменимым условием терапевтического успеха. Во-вторых, коммерциализация медицины трансформирует пациента в потребителя услуг, что повышает его требования к коммуникативной компетентности персонала. В-третьих, высокая частота психогенных расстройств пациентов, вызванных неосторожным словом медработника, указывает на дефицит психологической подготовки в медицинских образовательных учреждениях.

Цель данной статьи – систематизировать научные представления о психологических детерминантах общения медицинского работника и выделить практические рекомендации для оптимизации этого процесса.

Для терапевтического успеха общения медицинского работника с пациентами выделяют следующие важные условия.

1. Профессиональное взаимодействие в медицине: его устройство и задачи.

Взаимодействие медицинских работников с пациентами и коллегами представляет собой сложный, многогранный процесс. Он состоит из трех ключевых аспектов: организации совместной деятельности (интерактивный компонент), обмена информацией (коммуникативный компонент) и взаимного понимания (перцептивный компонент). Важно отметить, что медицинское общение отличается от повседневного своей неравноправностью. Врач обладает экспертными знаниями и авторитетом, в то время как пациент часто находится в уязвимом положении, что изначально создает определенный перекос в отношениях.

Основные цели такого общения в медицине включают:

1) выявление проблем: сбор информации о состоянии пациента с помощью слов и невербальных сигналов;

2) лечебное воздействие: использование самого процесса общения для улучшения самочувствия пациента (аналогично эффекту плацебо);

3) управление процессом лечения: стимулирование пациента к соблюдению рекомендаций и контроль за их выполнением;

4) информирование: понятное разъяснение пациенту его заболевания и способов лечения;

5) психологическая поддержка: уменьшение беспокойства пациента и предотвращение негативных реакций, связанных с болезнью.

Особенностью медицинского дискурса является высокая плотность специальной терминологии. Психологически грамотный специалист, согласно исследованиям Н.В. Яковлевой, перекодирует научные понятия в образы, доступные пациенту, избегая как излишнего упрощения (примитивизации), так и «жаргонной защиты».

2. Эмпатия как центральная категория медицинского общения.

В структуре психологических особенностей медработника эмпатия занимает первое место. Под эмпатией в медицинской психологии понимают способность к аффективному «вчувствованию» в переживания пациента без потери профессиональной позиции. Различают эмоциональную (сопереживание), когнитивную (понимание точки зрения) и предикативную (предвидение реакций пациента) эмпатию [5].

Наши исследования показывают прямую корреляцию между уровнем эмпатии врача и клиническими исходами: пациенты эмпатичных врачей демонстрируют лучший контроль гликемии при диабете, более быстрое заживление ран и ниже уровень послеоперационной боли. Однако в медицинской среде существует феномен «эмпатического дистресса» – чрезмерное эмоциональное вовлечение, ведущее к быстрому истощению.

Особая сложность заключается в том, что эмпатия должна сочетаться с эмоциональной устойчивостью. Медицинский работник ежедневно сталкивается со страданием, смертью, неопределенностью. Психологическая защита в виде дегуманизации («больной в третьей палате, а не Петр Иванович») или циничного

юмора является профессиональным маркером, но при чрезмерном развитии разрушает терапевтический альянс. Оптимальной признается модель «когнитивной эмпатии» – понимания чувств пациента без их полного присвоения.

3. Коммуникативные барьеры и ятрогении.

Одной из наиболее изученных тем является влияние дефектов общения на возникновение ятрогенных психогений. Термин «ятрогения» (от греч. *iatros* – врач и *γενναο* – породить) был введен еще в начале XX века, но до сих пор остается зоной профессиональной ответственности.

Наиболее частые коммуникативные ошибки у медицинских работников:

- а) формулировка «ничем не могу помочь» (порождает чувство безнадежности);
- б) игнорирование жалоб как «надуманных» (вызывает анозогнозию или агрессию);
- в) обсуждение тяжелого прогноза в присутствии пациента без подготовки.
- г) невербальные сигналы (например, взгляд на часы во время жалоб пациента воспринимается как обесценивание).

Кроме того, значимым барьером является «синдром сгорания» самого медработника. Профессиональное выгорание проявляется в трех компонентах: эмоциональное истощение, деперсонализация (циничное отношение к пациентам) и редукция личных достижений. У медицинских работников с высоким уровнем выгорания в 3 раза чаще фиксируются конфликтные ситуации в общении, а пациенты оценивают их как «равнодушных» и «формальных» [1].

4. Психотипы пациентов и тактика общения.

Эффективное общение требует учета психологических особенностей пациента. В медицинской практике выделяют несколько устойчивых типов реагирования на болезнь (по классификации А.Е. Личко и Н.Я. Иванова):

- а) гармоничный. Реалистичная оценка состояния, сотрудничество. Равноправный диалог, обсуждение вариантов лечения;
- б) тревожный. Постоянный поиск новых симптомов, гиперконтроль, четкие структурированные инструкции, избегание неопределенности;

в) ипохондрический. Фиксация на незначительных ощущениях, переключение внимания на функциональные показатели, без отрицания жалоб;

г) анозогнозический. Отрицание болезни, отказ от лечения, аргументированное предъявление объективных данных (анализы, снимки).

д) агрессивный. Перенос гнева на персонал Техника «заземления» – спокойный тон, признание права на злость, но без ответной агрессии.

Особое внимание следует уделять общению с теми, кто переживает свои внутренние трудности через телесные проявления. У таких людей часто бывает много жалоб на здоровье, но врачи не находят никаких физических причин. Самая частая ошибка доктора – сказать «у вас все в порядке», что может заставить пациента почувствовать себя так, будто его обвиняют в притворстве. Правильнее будет сказать: «Мы не нашли никаких физических заболеваний, но я понимаю, что вы чувствуете, и мы вместе попробуем разобраться, как вам помочь справиться с этими ощущениями».

5. Невербальная коммуникация в медицинской практике.

До 65% информации в диаде «врач-пациент» передается невербально. Психологические особенности медицинского общения включают осознанное управление проксемикой (дистанцией), кинетикой (поза, жесты) и просодикой (интонация).

Наши исследования на практике показывали:

а) дистанция: оптимальное расстояние для разговора с пациентом – 1,2–1,5 метра (социальная зона). Слишком близко – вторжение в личное пространство, слишком далеко – отстраненность;

б) высота положения: врач, сидящий на стуле одного уровня с пациентом, воспринимается как более открытый, чем стоящий или сидящий за высоким столом. Фраза «присядьте, пожалуйста» снижает тревогу на 30%;

в) взгляд: прямой контакт глазами в течение 60–70% времени разговора воспринимается как заинтересованность. Избегание взгляда – как неуверенность или ложь.

г) прикосновения: инструментальное прикосновение (пальпация, измерение пульса) обязательно должно сопровождаться вербальным комментарием («я сейчас вас слегка коснусь, это не больно»). Невербальное поглаживание по плечу допустимо только при долгосрочном доверительном контакте.

Критически важным является контроль мимических микровыражений. Реакция отвращения или испуга при виде раны, даже если она длилась долю секунды, считывается пациентом как отвержение.

6. Профилактика нарушений общения: психологическая подготовка кадров.

Большинство дефектов медицинской коммуникации имеют не «злой умысел», а отсутствие сформированного навыка. В российской системе образования дисциплина «Психология общения» часто является формальной (36–72 часа, преимущественно лекции). Мировой опыт демонстрирует эффективность симуляционных тренингов с актерами-пациентами [5].

Российская система образования выделяет базовые упражнения для развития коммуникативной компетенции:

1) активное слушание (переформулирование: «Правильно ли я понял, что вы боитесь не операции, а наркоза?»);

2) техника открытых вопросов (вместо «Болят?» – «Опишите характер боли»);

3) паузирование (выдержать 10 секунд молчания после эмоциональной реплики пациента);

4) я-сообщения («Мне трудно принимать решение без дополнительных анализов» вместо «Вы не даете мне работать»).

Важным направлением является профилактика выгорания: регулярные баллинтовские группы (обсуждение сложных клинических случаев с психотерапевтом), супервизия и обучение техникам саморегуляции (дыхательные практики, когнитивное переструктурирование).

С целью выявления реальных психологических особенностей общения медицинских работников нами было проведено анонимное анкетирование. Иссле-

дование проводилось в марте-апреле 2026 года на базе подстанции скорой медицинской помощи №1 в г. Новочебоксарск. В выборку вошли 40 респондентов: 5 врачей (терапевты, неврологи) и 35 специалистов среднего медицинского персонала (медицинские сестры и фельдшера). Средний возраст участников – 42 года (от 24 до 61 года), стаж работы – от 2 до 38 лет.

Нами была разработана анкета «Психологические особенности общения медицинского работника» на основе теоретических положений и включая 6 вопросов, направленных на оценку эмпатии, коммуникативных барьеров, уровня выгорания и самооценки невербальных навыков. Типы вопросов заключали в себе закрытые (с выбором одного или нескольких вариантов), полужакрытые (с возможностью дописать «свой вариант») и вопрос по шкале Лайкерта (от 1 до 5).

Заключение.

Результаты анкетирования 50 медицинских работников выявили устойчивое противоречие: с одной стороны, специалисты осознают важность эмпатии и качественного общения, с другой – демонстрируют высокий уровень выгорания, дефицит времени и нерелексируемый стиль невербальной коммуникации. Наиболее острыми проблемами являются: частая встречаемость непонимания со стороны пациентов (у 86% опрошенных) и отсутствие системной психологической подготовки (средний балл самооценки – 2,7 из 5). Практическая рекомендация – внедрение в клиниках краткосрочных тренинговых программ (6–8 часов) по активному слушанию, техникам сообщения плохих новостей и профилактике выгорания с обязательной видеозаписью и разбором реальных диалогов.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М., 2016. – 256 с.
2. Бодалев А.А. О качествах личности, нужных для успешного общения / А.А. Бодалев // Личность и общение. Избр. труды. – М., 2017. – С. 198–201.
3. Орлов Ю.М. Саногенное мышление / Ю.М. Орлов. – М.: Просвещение, 2000. – С. 231.

4. Пушкина К.В. Связь между синдромом эмоционального выгорания и мотивацией к обучению у студентов-медиков / К.В. Пушкина, М.С. Долгова, В.В. Дмитриева // Современный образовательный процесс: актуальные вопросы, инновации, качество: материалы Международной научно-практической конференции (Краснодар, 27 ноября 2025 года). – Чебоксары: Среда, 2025. – С. 200–202. – EDN HWFGZR.

5. Семенова Ю.В. Оценка психоэмоционального состояния обучающихся / Ю.В. Семенова, М.С. Шошорина, К.В. Пушкина // Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов. – Чебоксары, 2018. – С. 486–491. EDN YSYLXV