

## СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА КАК КОНФЛИКТОГЕННЫЙ ФАКТОР В ПРАКТИКЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

<sup>1</sup>А. М. Шевякова (a.m.shevyakova@mail.ru), <sup>2</sup>И. Г. Бакулин (igbakulin@yandex.ru),  
<sup>3</sup>М. А. Шевяков (shevyakov@inbox.ru), <sup>1</sup>А. И. Стребков (strebkov.com@mail.ru)

<sup>1</sup>Кафедра конфликтологии Санкт-Петербургского государственного университета,  
Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии  
Северо-Западного государственного медицинского университета  
имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Кафедра клинической микологии, аллергологии и иммунологии Северо-Западного  
государственного медицинского университета имени И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

Статья посвящена принципиально новому направлению в отечественной гастроэнтерологии – предупреждению конфликта между врачом и пациентом. Синдром раздраженного кишечника является проконфликтогенным заболеванием в силу особенностей возникновения и протекания, зачастую формирующих у пациента недоверие к рекомендациям гастроэнтеролога. Для врача деструктивно завершённые конфликты с пациентом могут повлечь за собой проблемы психологического, общественного и правового характера. Владение гастроэнтерологом конфликтологическими навыками и переговорными техниками повышает вероятность конструктивного разрешения противоречий. В статье описываются психологические причины агрессивного поведения пациента, понимание которых позволяет правильно интерпретировать его высказывания и сформулировать ответ, способствующий устранению противоречий. Приведены также техники активного слушания, переубеждения, бесконфликтного реагирования на агрессию, невербального воздействия на собеседника и управления диалогом. Кроме того, проанализированы примеры конфликтных высказываний врача и рекомендованы конструктивные альтернативы.

**Ключевые слова:** конфликт, синдром раздраженного кишечника, гастроэнтерология, переговорные техники, конфликтоустойчивость.

---

## IRRITABLE BOWEL SYNDROME AS CONFLICTOGENIC FACTOR IN THE PRACTICE OF THE GASTROENTEROLOGIST

<sup>1</sup>A. M. Shevyakova, <sup>2</sup>I. G. Bakulin, <sup>3</sup>M. A. Shevyakov, <sup>1</sup>A. I. Strebkov

<sup>1</sup>Department of Conflictology of St. Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Department of propaedeutics of internal diseases, gastroenterology and dietology  
of the North-West State Medical University named after II. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

<sup>3</sup>Department of Clinical Mycology, Allergology and Immunology North-West State Medical  
University named after II. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

The article discusses doctor-patient conflict preventing techniques – an innovative direction in Russian gastroenterology. Irritable bowel syndrome is a typical proconflictogenic disease due to its onset and course. That is why it is a common reason of patient's distrust to the gastroenterologist recommendations. There is a number of psychological, social and legal consequences for the doctor in case of destructively closed conflicts with the patient. The doctor have to possess conflictological skills and negotiation techniques to increases the likelihood of constructively resolved contradictions. The article describes psychological basics of the patient's aggressive behavior, explains possible interpretations and gives practical advices, how to formulate a conflict elimination response. There are also listed active listening, persuasion, conflict-free response to aggression, non-verbal influence on the interlocutor and dialogue management techniques. Moreover, some examples of conflicting doctor's statements are analyzed and constructive alternatives are recommended.

**Keywords:** conflict, irritable bowel syndrome, gastroenterology, negotiation techniques, conflict resistance.

---

### Введение

Согласно последнему определению, синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное расстройство кишечника, при котором боль в животе непременно связана с дефекацией или изменениями характера и консистенции стула, и это отличает его от функцио-

нальной диареи или запора, где боли отсутствуют, и от функционального вздутия, которое не сопровождается модификациями характеристик испражнений. Этиология СРК до конца неизвестна. Патофизиологическую и биохимическую основу развития симптомов СРК составляют нарушения синтеза мозговых и кишечных пептидов, генетическая предрасположенность к про-

воспалительному ответу, повышенная проницаемость кишечного эпителиального барьера и висцеральная гиперчувствительность слизистой оболочки, трансформация иммунореактивности, энтероэндокринные изменения, низкоактивное местное воспаление, нарушение системы распознавания эпителиоцитами сигналов со стороны кишечной микрофлоры. В Римских критериях 2016 г. сформулирована парадигма патогенеза СРК как следствие стрессового воздействия с нарушениями связей по оси «мозг-кишечник». Полное излечение СРК, по крайней мере, на современном этапе развития гастроэнтерологии, маловероятно [1].

Приведем цитату профессора Николаса Тэлли. «Существует связь между стрессом и проблемами с кишечником. Очевидно, что во многих случаях СРК полезно рассматривать связь между кишечной и психоневрологической проблемами. Аномальные сигналы из мозга могут объяснить, почему некоторые лекарства (такие как антидепрессанты) также, как и психологические методики (такие как психотерапия и релаксационные техники) эффективны для ряда пациентов с СРК» [1].

Указанные выше особенности заболевания способствуют возникновению конфликта между пациентом и врачом-гастроэнтерологом, так как формируют противоположные позиции по отношению к решению проблемы. Приводятся данные, что в анамнезе у 30-45% пациентов, страдающих СРК, присутствуют факты физического, психологического или сексуального насилия, стрессы в семье и на работе, переживания в связи с потерей близких [2]. Пациент, переживший психотравмирующие события, воспринимает симптомы СРК как проявление тяжелого заболевания. Это формирует у него внутренний запрос на сложное и длительное медикаментозное лечение, с которым он вступает в диалог с врачом, как с исходной позицией. В сложившейся ситуации указание врачом-гастроэнтерологом на стресс как на причину заболевания, рекомендации по его устранению могут быть восприняты пациентом как непрофессионализм или отказ от оказания помощи.

Изначально находясь в стрессовой ситуации, пациент может выбрать агрессивную стратегию поведения по отношению к врачу, что может привести к оскорблениям, в том числе публичным, а также официальным жалобам, что наносит ущерб репутации врача и медицинского учреждения, зачастую приводит к финансовым убыткам, служит причиной профессионального выгорания. В сложившихся современных условиях пациент имеет значительно более развитую систему защиты интересов, чем врач: пациент может обратиться с жалобой, например, в Министерство здравоохранения, полицию, прокуратуру или в суд, может оставить публичный отзыв в социальных сетях, компрометиру-

ющий репутацию врача. Система защиты врача развита значительно слабее, что делает особо актуальным значение навыков самозащиты. Наиболее доступным способом одностороннего и самостоятельного выравнивания дисбаланса сил в конфликте с пациентом являются техники переговорной самозащиты. Владение ими повышает конфликтоустойчивость врача, степень его контроля в диалоге с пациентом и вероятность конструктивного разрешения противоречий, что в свою очередь сохраняет его репутацию, психологический и финансовый ресурсы.

### **Признаки и категории конфликтных пациентов**

Общими признаками конфликтного пациента, которые проявляются вербально и на которые врачу стоит обратить внимание в первую очередь, являются:

- акцентированные негативные отзывы о медицинских работниках и о системе здравоохранения в целом, например такие высказывания как: «Знаю я, как вы работаете и что вам от меня нужно»;

- прямые или скрытые угрозы, например такие высказывания как: «Ничего не останется, кроме как писать жалобу»;

- доминирующий пессимизм, например такие высказывания как: «Ладно, так и буду жить и умирать в этом кошмаре».

Своевременное выявление конфликтного пациента позволит врачу вовремя выбрать эффективную стратегию построения диалога. Конфликтных пациентов можно разделить на три категории.

Первая категория – это пациент, цель визита которого изначально не связана со здоровьем, а целью могут быть:

- а) деньги, полученные путем жалобы или судебного иска;

- б) конфликт как способ выплеснуть негативные эмоции;

- в) внимание принужденного слушателя как преодоление дефицита общения.

Вторая категория – это пациенты с расстройствами психики, лечение которых находится в компетенции врача-психиатра.

Третья категория – это пациенты, искренне заинтересованные в выздоровлении, однако не доверяющие профессионализму и заинтересованности врача вследствие личностных установок или негативного опыта в прошлом: вплоть до восприятия врача через призму образа потенциального врага. Именно взаимодействие с третьей категорией конфликтных пациентов можно охарактеризовать как переговорную ситуацию, то есть ситуацию, которой можно эффективно управлять исключительно коммуникационными методами, с целью устранения противоречий,

противодействия и негативных эмоций.

Взаимодействие с пациентами первой и второй категорий, по нашему мнению, является непереговорной ситуацией, так как: не содержит общего для врача и пациента интереса; выходит за границы компетенции и профессиональных обязанностей врача-гастроэнтеролога.

Визит к врачу с целью спровоцировать конфликт и получить денежную компенсацию, по сути, является мошенническим, и выявление такого пациента представляется таким же сложным, как выявление любого другого злоумышленника, а встреча с ним – неизбежным риском, сопоставимым с риском стать жертвой мошенничества в любой другой ситуации. Врачебный приём, как способ избавления от негативных эмоций или преодоления дефицита общения, также является злоупотреблением профессиональными обязанностями врача. В ситуации, когда предметом беседы не является здоровье пациента, врач имеет возможность воспользоваться своим правом отказаться от оказания медицинских услуг, установленным п. 3 ст. 70 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [3] Также в подобной ситуации целесообразно воспользоваться звукозаписывающим устройством для записи разговора, непременно предупредив об этом пациента, что само по себе может демотивировать недобросовестного пациента продолжать приём.

Контакты с пациентами, страдающими психическими расстройствами, являются неотъемлемой частью практики врача-гастроэнтеролога ввиду того факта, что частота эндогенных психозов в среднем составляет 3-5% от численности населения Российской Федерации [4] По данным А. Б. Смулевича, синдром раздраженного кишечника в 71% случаев является проявлением депрессии [5]. Кроме того, на приём к гастроэнтерологу пациента могут привести симптомы таких заболеваний, как тревожно-фобическое расстройство, обсессивно-компульсивный психоз, шизофрения, сверхценная ипохондрия или бредовое расстройство личности. В целом частота психических расстройств при СРК достигает 70-90% [2]. Разумеется, поставить диагноз психоза или невроза может только врач-психиатр, однако внимательность и профессионализм врача-гастроэнтеролога может способствовать своевременному выявлению пациента, которому необходима специализированная помощь. Эта проблема приобретает жизненно важный характер ввиду того, что приблизительно 15% причин смерти пациентов с эндогенной депрессией составляют суициды, а 77% погибших в результате суицида страдали эндогенной депрессией [6].

Повод для консультирования у психиатра могут дать такие проявления поведения, как навязчивые действия, упорядочивание предметов на столе врача, бессвязность речи или неконтро-

лируемое «говорение», выражение суицидальных мыслей или неадекватное преувеличение жалоб. Перенаправление пациента к психиатру является ответственным профессиональным поступком врача-гастроэнтеролога. Подчеркнем, что страдающие психозами пациенты зачастую утрачивают способность к самокритике, поэтому категорическое высказывание своего мнения, например: «Ваш врач – психиатр», является конфликтогенным и воспринимается пациентом как оскорбление. Последствием подобного высказывания может стать не только жалоба, но и предъявление судебных обвинений в оскорблении и причинении морального вреда здоровью. В целях снижения вероятности наступления конфликтных последствий прежде чем перенаправить пациента к врачу-психиатру, необходимо продемонстрировать сочувствие и признание врачом наличия проблемы его профиля, которая находится в неразрывной связи с работой в другом направлении, то есть преподнести свое предложение как сотрудничество с другим врачом, а не как передачу ответственности другому врачу.

Пример конструктивного высказывания врача: «Я полагаю, что Вы много нервничаете? Боль и спазмы в Вашем кишечнике результат воздействия разрушительных импульсов, рождающихся в Вашей истощенной нервной системе. Мы должны помочь Вашей нервной системе справиться с таким непростым образом жизни. Поэтому я даю Вам направление к психоневрологу».

Переговорные техники, как метод профилактики и урегулирования конфликта, рекомендуются авторами как эффективные для управления диалогом с третьей, «переговорной», категорией пациентов. Именно об особенностях конфликтной коммуникации в диалоге с «переговорными пациентами» идет речь в данной статье.

### ***Переговорные техники и алгоритм деэскалации конфликта с пациентом***

Конфликтные высказывания пациента могут носить как открыто агрессивный характер, так и скрыто агрессивный. При столкновении с открыто оскорбительными или угрожающими высказываниями врачу целесообразно воспользоваться техникой сократического согласия. Она заключается в следующем: в ответ на провоцирующее или нетактичное высказывание пациента врач соглашается с некоторой частью его высказывания, переориентируя его смысл в нейтральное русло [7]. Эта техника конструктивного реагирования на агрессию призвана помочь врачу сохранить достоинство, не эскалируя при этом конфликт.

#### ***Например:***

Что говорит пациент: «Вот раньше бы за такое - диплома лишили, на ковры стояли».

Что следует ответить: «Вы правы, непро-

фессионализм в нашем деле совершенно недопустим».

Нередко конфликтная стратегия пациента (порой бессознательная) может выражаться в провокационно депрессивных высказываниях, которые в действительности являются именно запросом на утешение. Врачу-гастроэнтерологу важно обращать внимание на подобные фразы и верно их интерпретировать, так как неудовлетворение внутреннего запроса может спровоцировать резкую смену стратегии пациента на агрессивную, в том числе скрыто агрессивную. Например, спокойно завершив прием у врача и вежливо попрощавшись, пациент может незадолго до этого написать жалобу.

#### **Например:**

Что говорит пациент: «Врачи не могут помочь, так зачем жить в муках».

Что нужно «услышать» врачу: «Обнадёжьте меня».

Что следует ответить: «Я вижу, что Вы очень устали, но Вы поступили правильно, что пришли на приём: я решительно настроен помочь Вам, но мне потребуется не меньшая решительность и от Вас».

В целях эффективного управления диалогом с «переговорным конфликтным пациентом» врачу необходимо знать причины выбора пациентом конфликтной стратегии поведения, которыми являются:

1. Страх потери здоровья. Согласно фрустрационно-агрессивной модели конфликта, предложенной Д. Доллардом, агрессивное поведение является ситуационной автоматической реакцией на ущемление той или иной потребности, в данном случае – потребности в спокойствии за свою жизнь и здоровье [8].

2. Субъективное ощущение неравенства между врачом и пациентом на основании противопоставления хорошего здоровья врача и плохого здоровья пациента. Этот факт может восприниматься как непреодолимая преграда в понимании и сочувствии, которая формирует недоверие к врачу и восприятию его как «чужого», «находящегося в другой жизненной ситуации».

3. Досадное ощущение утраты контроля над ситуацией вследствие того, что врач обладает несоразмерно большей информированностью, а значит властью, в вопросе здоровья пациента. Позиция врача воспринимается пациентом как позиция силы, что провоцирует бессознательное желание выравнять дисбаланс сил. Само ощущение зависимости завышает значимость качеств собеседника, и вызывает желание контролировать его намерения любыми методами.

Именно в последовательном воздействии на все три причины конфликтного поведения «переговорного пациента» и заключается технология

управления диалогом «врач-пациент».

Первое, что необходимо сделать врачу-гастроэнтерологу, – это внушить «конфликтному пациенту» уверенность, что его здоровье искренне беспокоит врача, что врач сочувствует ему и будет лично заинтересован в решении его проблемы. В этих целях эффективно использовать технику эмпатического слушания.

Согласно исследованию [9], одними из ключевых факторов удовлетворенности медицинской помощью пациентов стационара, страдающих депрессивными, невротическими и связанными со стрессом расстройствами, является способность врача к эмпатическому слушанию и информированию пациентов о заболевании и его лечении.

Эмпатическое слушание – это передача говорящему чувства эмпатии к нему. Для этого применяются такие приемы, как уточнение, перефразирование и резюмирование [10]. Уточнение заключается в задавании вопросов на выявление деталей, демонстрирующее активную заинтересованность в предмете беседы. Перефразирование – это повторение только что высказанной реплики собеседника своими словами, дающее представление о том, как именно информация была воспринята. Техника резюме – это воспроизведение высказывания партнера в сокращенном, обобщенном виде, краткое формулирование самого существенного в них. Эти техники не только убеждают пациента в том, что его слушают и понимают, но и позволяют уточнить детали и устранить ошибочные интерпретации слов пациента. Неотъемлемая часть эмпатического слушания – зрительный контакт и отражение транслируемых эмоций.

Цель эмпатического слушания – дать собеседнику ощущение сопереживания, уловить эмоциональную окраску и значение его проблем. Этот приём дает возможность установить глубокий контакт и поддерживать его на протяжении беседы. Эмпатическое слушание позволяет решить одну из важнейших задач – пробуждение доверия. Доверие возникает тогда, когда собеседник чувствует искренний интерес к себе как к человеку [7].

Эффективным методом установления доверительного отношения между врачом и пациентом является также метод установки раппорта, подробно описанный Хенриком Фексусом в его работе «Искусство манипуляции». Французское слово «rapport» происходит от « rapprochement », что в переводе означает «создание (воссоздание) гармонии и дружественности в отношениях». Другими словами, установить раппорт – это значит создать доверительные отношения с другим человеком, поощрять его сотрудничать с нами, сочувствовать нам, сопереживать и делиться своими мыслями [11].

Главное правило создания раппорта: подстроиться под коммуникацию, которую осуществляет ваш собеседник. Результат установки раппорта заключается в том, что собеседник подсознательно начинает испытывать симпатию: это объясняется тем, что, подстраиваясь под вид коммуникации пациента, врач тем самым демонстрирует, что он похож на него. Установка раппорта происходит на вербальном и невербальном уровнях. Невербальное присоединение заключается в зеркальном отражении позы собеседника, его мимики и жестов, а также подражании тону и темпу речи – и даже синхронизации дыхания. Вербальное отражение заключается в использовании выражений и сленга пациента, то есть ведение разговора «на его языке».

После того как произведено эмоциональное и коммуникативное присоединение, установлено доверие, врачу необходимо успокоить конфликтного пациента, убедить его в высокой вероятности благополучного решения проблемы. Успокоение конфликтного пациента, чье агрессивное поведение продиктовано страхом, необходимо проводить, одновременно воздействуя на эмоции и на логику. Воздействию на эмоции способствует невербальная трансляция уверенного спокойствия, однако не равнодушия. Спокойствие внушает человек, сидящий в открытой позе (не скрещивая на груди рук), говорящий ровным, уверенным голосом, благожелательно смотрящий в глаза. Однако для того, чтобы демонстрация спокойствия не была воспринята как равнодушие, необходимо соблюдать последовательность и предварить данный этап установкой раппорта, описанной выше. Как отмечает Х. Фексус, следствием правильно установленного раппорта является ответное присоединение собеседника. Иными словами, если первым шагом врач сознательно подражает состоянию пациента, то вторым шагом пациент бессознательно перенимает состояние врача: уверенность и спокойствие.

Кроме того, давая обратную связь на пессимистическое высказывание пациента, целесообразно применять технику рефрейминга, то есть изменения рамок сказанного. Техника рефрейминга основывается на факте, что смысл сказанного во многом определяется его «рамками», т. е. контекстом, установкой на понимание [7]. «Нейтрализация» негативных выражений способствует созданию более конструктивного контекста беседы.

#### **Например:**

Высказывание пациента: «От этих бесполезных таблеток никакого толку, только голова раскалывается!»

Обратная связь врача: «Выходит, лекарство действует недостаточно эффективно, зато дает побочный эффект».

Воздействуя на логику, врачу необходимо вовлечь пациента в процесс выработки утешительного вывода, так как самостоятельные умозаключения действуют эффективнее навязанных извне. Роджер Фишер и Уильям Юри, авторы книги «Переговоры без поражений», представители гарвардского метода ведения переговоров, подчеркивают: «...если вы хотите, чтобы другая сторона согласилась с заключением, противоречащим ее точке зрения, вы должны вовлечь ее в процесс выработки этого заключения» [13]. Этот подход к переубеждению был выработан еще Сократом и получил название «майевтика», сегодня он практикуется в психологическом консультировании. Метод заключается в последовательном задавании наводящих вопросов, отвечая на которые, оппонент приходит к верному выводу [13].

#### **Например:**

Пациент: «Я столько времени мучаюсь этой проблемой, лет десять уже. У меня, наверное, рак (глисты, паразиты)».

Врач-гастроэнтеролог: «Действительно, десять лет – это очень большой период. Не кажется ли Вам, что за такой длительный срок опасное заболевание уже проявило бы себя значительно тяжелее? Разве десять лет не говорят сами за себя?».

После того как врач эмоционально присоединился и успокоил пациента, создается благоприятная психологическая обстановка для восприятия информации. Прежде чем давать рекомендации, врачу-гастроэнтерологу следует рассказать пациенту о природе заболевания, его взаимосвязи с прочими процессами в организме, придерживаясь следующих рекомендаций:

- Доступная форма изложения медицинских знаний (разъяснение профессиональных терминов).
- Лаконичность.
- Ссылка на авторитетные источники информации.

#### **Правила конфликтногенных назначений**

Только последовательно проработав все три этапа – эмоциональное присоединение, утешение и разделение информации – можно приступать к потенциально конфликтным рекомендациям, целесообразным с медицинской точки зрения.

Нередко психологическое состояние пациентов с СРК осложнено онкофобией. Для снижения тревожности у такого пациента врачу следует одновременно воздействовать как на эмоциональную сферу (пользуясь указанными выше техниками), так и на логическую. В процессе логического убеждения пациента в собственной безопасности выраженную позитивную роль

могут сыграть скрининговые тесты – ФКС, тест крови на РЭА, реакция Греггерсена. Также целесообразно посоветовать пациенту избегать онкогенов и состояний, ассоциированных с раком, – курения, ожирения, ежедневного употребления мясopодуKтов, дефицита фруктов и овощей – это возложит на пациента определенную меру ответственности и вернет ему ощущение контроля над собственной жизнью. В психологии данное ощущение контроля характеризуется интернальной и экстернальной направленностью локуса контроля. Локус контроля является одной из важнейших психологических характеристик личности, отражающей степень независимости и активности человека в достижении своих целей, уровень развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события. Показано, что большинству пациентов с невротическими расстройствами свойственна экстернальная позиция, т. е. они часто ощущают себя пассивным объектом воздействия внешних обстоятельств, а не активным субъектом собственной деятельности. Такая установка порождает представление о невозможности контролировать развитие событий и, как следствие, пациент ведет безответственный образ жизни, что действительно приводит к развитию заболевания. Кроме того, многочисленные исследования доказали, что длительно существующие установки подобного рода тесно связаны с высоким уровнем тревожной и депрессивной симптоматики [14].

Указание врачом на прямую взаимосвязь между образом жизни пациента и состоянием его здоровья способствует интернализации локуса контроля, что одновременно повышает личную ответственность пациента и снижает тревожность, провоцирующую СРК. Одной из причин экстернальной направленности локуса контроля может стать неинформированность пациента, ощущение собственной неграмотности, что придает особое значение подробным рекомендациям с пояснениями врача. Этой цели способствуют также сопутствующие мотивирующие высказывания, такие как «Ваше здоровье в ваших руках», «от Вас зависит гораздо больше, чем Вы думаете».

При этом формирование установки на ответственность и самоконтроль не должно выработать у пациента чувство вины. Примером деструктивного влияния в данном случае являются такие высказывания как: «Вы сами во многом виноваты. Злоупотребляете, имеете лишний вес. Не соблюдаете режим отдыха». Обсуждая конкретные примеры факторов риска, приведенные пациентом, следует отделять проблему от человека, отдавая предпочтения формулировкам вроде «Ваша жизненная ситуация», «Ваш образ жизни», вместо «Вы».

Здесь же необходимо указать на стресс, как фактор, провоцирующий и рак, и обострение

СРК, делая акцент на трех составляющих: сочувствие, мотивирование и практические рекомендации. Сочувствие и заинтересованность врача может быть продемонстрирована вопросом, ответ на который с большой вероятностью окажется положительным, например: «Вы много переживали в последнее время?», «У Вас выдался непростой период в жизни?». Указывая на прямую связь стресса и заболевания, пациенту необходимо донести мысль о значимости роли личной ответственности за данный фактор риска, характеризуя контроль стресса как «Ваш долг перед Вашим здоровьем».

Практические рекомендации, даваемые пациенту, необходимо сопроводить профессиональными комментариями. Так, рекомендуя здоровый сон, как необходимое условие преодоления стресса, стоит отметить, что критерием оценки качества сна является не его продолжительность, а субъективные ощущения, такие как утренняя бодрость и жажда деятельности. Рекомендация уделять время физической культуре должна сопровождаться уточнением, разграничивающим это понятие с понятием спорта. Необходимо обратить внимание пациента на такие критерии упражнений, как получение удовольствия и отсутствие болевых ощущений. В качестве примера можно привести посещение бассейна, занятие йогой и другие неустрашающие упражнения.

Возможно, самым важным фактором в борьбе со стрессом являются положительные эмоции. Пациента необходимо убедить, что положительные эмоции прямо воздействуют на состояние здоровья и, следовательно, необходимо обеспечивать их получение. При этом значение имеет только искреннее удовольствие, которое достижимо исключительно как результат самопознания и возможность перераспределять время в пользу того, что доставляет неподдельную радость. В целях более глубокого анализа собственной личности врач может посоветовать пациенту обратиться за консультацией к психологу.

С учетом особенностей состояния пациента в ходе рекомендаций врачу-гастроэнтерологу стоит уделить внимание целесообразности обращения пациента не только к психологу, но и к психотерапевту. Ряд авторов полагают, что «лечение синдрома раздраженного кишечника необходимо начинать с психотерапии, а лекарственные средства должны применяться после «раскрытия и переработки конфликтной ситуации», вызвавшей заболевание» [15].

Традиционно в России одним из главных объяснений возникновения СРК, в особенности, если это совпало с применением антибактериальных антибиотиков, является интестинальный дисбиоз. Часто пациенты, получая неодинаковые результаты бактериологических исследо-

ваний образцов стула, требуют от гастроэнтеролога объяснить, какая же лаборатория сделала некачественный анализ. В данной ситуации также целесообразно прибегнуть к логическому убеждению, например, сделать контрольное исследование в референтной лаборатории. При этом стоит принимать во внимание, что исследование выполняет не только функцию диагностики заболевания (которое, возможно, представляется врачу-гастроэнтерологу очевидным по совокупности других фактов), но и не менее важную функцию успокоения пациента.

### **Конфликтотенные высказывания врача**

В рамках обсуждения проблемы переговорного управления конфликтом между врачом-гастроэнтерологом и пациентом целесообразно обсудить примеры деструктивных высказываний врача, ведущих к эскалации конфликта.

#### **Пример №1:**

Деструктивное высказывание врача: «Делайте что хотите. Я не могу Вам помочь! Лучше Вам у меня не лечиться. Ваше право поменять врача».

Что думает пациент: «Передо мной неграмотный, непрофессиональный врач, безразлично относящийся к своей работе и пациентам. Я должен позаботиться о его увольнении, чтобы он больше никому не навредил».

Возможное следствие: жалоба на врача. Данный пример демонстрирует автоматическую реакцию на агрессию. Подобная фраза выражает позицию врача, в то время как более конструктивным является открытое высказывание интереса.

Конструктивное высказывание врача: «Я – профессиональный врач и искренне заинтересован в Вашем здоровье, я хочу Вам помочь. Однако я не смогу этого сделать, если мы не начнем сотрудничать прямо сейчас. Напоминаю, что согласно закону [3], у меня есть право передать ответственность за Ваше лечение другому врачу. Я могу им воспользоваться, однако предпочел бы устранить непонимание и совместно решить Вашу проблему».

Таким образом, врач указывает на общность его интересов с пациентом, обозначает проблему и выдвигает предложение по ее решению, а также демонстрирует контроль над возможностью прервать общение вместо того, чтобы передавать этот контроль пациенту.

#### **Пример № 2:**

Деструктивное высказывание врача: «Ваше право принять лекарство от глистов, но ответственность за повреждение печени лежит на Вас».

Что думает пациент: «Всё что нужно врачу, снять с себя ответственность. Моё здоровье ему безразлично. Но уже за это он должен понести ответственность».

Возможное следствие: жалоба на врача. Подобное высказывание врача является конфликтотенным, так как наносит значительный ущерб доверию между пациентом и врачом. Конструктивным подходом к сложившейся ситуации будет вовлечение пациента в процесс выработки верного решения при помощи сократического метода. Тактической целью врача в данном случае является раскрытие противоречия между позицией пациента (приём антигельминтных препаратов) и его реальным интересом (здоровье).

Конструктивное высказывание врача: «К чему Вы стремитесь, посещая врачей и проводя исследования? Какова Ваша конечная цель? Дело в том, что прием лекарства от глистов может навредить Вашему здоровью и создать гораздо большие проблемы, чем мы имеем сейчас. Готовы ли Вы взять на себя полную ответственность за последствия – или мы проведем дополнительные исследования и примем взвешенное совместное решение?»

#### **Пример № 3:**

Деструктивное высказывание врача: «Вы мешаете работать, а у меня много других пациентов!».

Что думает пациент: «У врача нет на меня времени – его рекомендации запросто могут оказаться ошибкой».

Возможное следствие: жалоба на врача. В данном примере демонстрируется пренебрежение к естественному эгоцентризму человека, усиливающемуся в состоянии стресса, вызванного заболеванием. Высказывание врача ущемляет интерес пациента во внимательном индивидуальном подходе, который дает ему уверенность в правильности решений врача и снижает тревожность. Вероятно, что нежелание пациента завершать приём свидетельствует именно о внутренней неудовлетворенности, неуверенности в том, что врач получил полную картину проблемы и, как следствие, сможет выработать верную, индивидуальную стратегию лечения. Тревожность, вызванная подобными причинами, может проявляться в навязчивости, многословности, внеочередных визитах и других способах привлечь к себе внимание. В целях профилактики подобной тревожности, а также соблюдения собственного интереса в экономии времени, врачу следует: а) кратко информировать пациента о процедуре приема; б) мотивировать к дисциплине (указав на его интерес) и сделать акцент на уникальности его ситуации (удовлетворив запрос на индивидуальный подход); в) контролировать ход беседы, возвращая его в содержательное русло (пользу

ясь дисциплинирующими вопросами, к примеру: «Какую проблему Вы сейчас решаете?».

Если пациент начинает прием в возбужденном эмоциональном состоянии, необходимо дать ему 1-2 минуты на свободное изложение мыслей, применяя при этом техники активного слушания, о которых шла речь выше. Далее врачу следует вежливо, но уверенно остановить монолог пациента и произнести вводную конструкцию, регламентирующую дальнейший ход беседы.

#### **Например:**

«Сейчас я буду направлять наш диалог, потому что прием длится 20 минут, а мне очень важно все верно понять и помочь Вам. Я профессионал и буду задавать Вам профессиональные вопросы, на которые можно дать однозначный ответ. Я не забуду дать Вам возможность высказать все, о чем я не спросил. Но сейчас – по порядку. Постарайтесь отвечать четко, в цифрах и однозначных оценках – так я смогу разобраться в Вашем индивидуальном случае и от этого будет зависеть качество лечения».

#### **Выводы**

Рекомендации гастроэнтеролога по контролю над стрессом, опирающиеся на парадигму патогенеза СРК, противоречат ожиданиям пациента, что провоцирует конфликт. Агрессивная стратегия поведения пациента в конфликте наносит ущерб репутации и психологическому состоянию врача. Недопущение деструктивных последствий возможно при помощи применения переговорных техник.

Для эффективного использования переговорных техник гастроэнтерологу необходимо уметь выявлять «переговорных» пациентов и понимать причины выбора ими агрессивной стратегии: страх за здоровье, ощущение неравенства и утрата контроля.

В целях недопущения эскалации конфликта врачу необходимо владеть техникой конструктивного принятия агрессии – сократического

согласия, а также применять интегративный подход и уметь верно интерпретировать агрессивные высказывания пациента.

В целях установления доверительного отношения с конфликтным пациентом врачу необходимо уметь пользоваться техниками эмпатического слушания и установления раппорта. Для снижения тревожности конфликтного пациента врачу необходимо одновременно воздействовать на логическую и эмоциональную сферу. Воздействуя на сферу эмоций, врачу целесообразно воспользоваться техникой рефрейминга и невербальной трансляции спокойствия. В процессе логического убеждения следует применить технику сократического диалога, вовлекая пациента в процесс совместной выработки необходимого умозаключения.

Важным фактором трансформации конфликтных установок пациента является выравнивание информационного дисбаланса, достижимое при помощи доступного изложения врачом профессиональных знаний, необходимых пациенту для понимания проблемы и контроля над ней. Снижению тревожности способствует также интернализация локуса контроля, которой могут поспособствовать мотивирующие высказывания врача. При этом важно не допустить формирования чувства вины у пациента как дополнительного фактора стресса.

Последовательно подготовив восприятие конфликтного пациента и трансформировав его агрессивную установку в установку на сотрудничество, гастроэнтеролог может дать необходимые рекомендации по контролю над стрессом. При этом необходимо учитывать сложность задачи эмоционального самоконтроля и сопроводить рекомендации профессиональными комментариями с расстановкой акцента на субъективности и индивидуальности оценки таких психологических феноменов, как получение удовольствия, радость жизнедеятельности и стресс. С учётом специфики этой задачи целесообразной является рекомендация обращения пациента за поддержкой к психологу или психотерапевту.

#### **References**

1. Talley NJ. Conquering Irritable Bowel Syndrome. 2nd ed. Beijing[China]: People's Medical Publishing House-USA; 2013. 198 p.
2. Burulova OE, Kozlova IV, Mjalina JuN. Sindrom razdrazhennogo kishchnika kak biopsihosotsialnoe zabolevanie [Irritable Bowel Syndrome as a Biopsychosocial Disease]. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal* [Saratov Journal of Medical Scientific Research]. 2012;8(2):232-237. (Russian).
3. Ob osnovah ohrany zdorovja grazhdan v Rossijskoj Federacii. Federalnyj zakon. [On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation. The federal law] [Internet]. Available from: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895) (Russian).
4. Olejchik IV. Psihozy i ih lechenie [Psychoses and their treatment] [Internet]. Moskva: Rossijskaja Akademiya Medicinskih Nauk; 2004. Available from: <http://www.psychiatry.ru/stat.php?num=119>. (Russian).
5. Smulevich AB. Depressii v obshhej medicine. Rukovodstvo dlja vrachej [Depression in general medicine. A guide for doctors]. Moskva: Medicinskoe Informacionnoe Agentstvo; 2001. 256 p. (Russian).
6. Nuller JuL, Mihalenko IN. Affektivnye psihozy [Affective psychosis]. Leningrad: Medicina; 1988. 264 p. (Russian).
7. Ivanova EN. Kommunikativnye instrumenty konfliktologa [Communicative tools of the conflictologist]. St-Petersburg: Sankt-Peterburgskoe filosofskoe obshhestvo; 2008. 236 p. (Russian).
8. Dollard J, Doob LW, Miller NE, Mowrer OH, Sears RR. Frustration and Aggression. New Haven: Yale University Press; 1939. 209 p.



9. Cygankov BD, Malygin JaV. Mnogofaktornaja model udovletvorennosti medicinskoj pomoshhju stacionarnyh pacien-tov, stradajushhих pograničnymi psihichesкими rasstrojstvami [Multivariate model of satisfaction with medical care for inpatients suffering from borderline mental disorders]. *Problemy socialnoj gigieny, zdravooohranenija i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, health and history of medicine]. 2015;23(1):23-25. (Russian).

10. Atvater I. Ja vas slushaju. Sovety rukovoditelju, kak pravilno slushat sobesednika [I'm listening to you. Tips for the leader, how to properly listen to the interlocutor]. Moskva: Jekonomika; 1988. 111 p. (Russian).

11. Fekseus H. Iskusstvo manipuljacii [The art of manipulation]. Moskva: Ripol Klassik; 2010. 272 p. (Russian).

12. Fisher R, Juri U, Patton Ju. Peregovory bez porazhenija. Garvardskij metod [Negotiations without defeat. Harvard Method]. Moskva: Mann, Ivanov i Ferber; 2012. 272 p. (Russian).

13. Shulc OE. Praktičeskoe primenenie sokratovskogo dialoga v processe dianaliticheskogo konsultirovanija [Practical application of the Socratic dialogue in the process of dialanal coun-

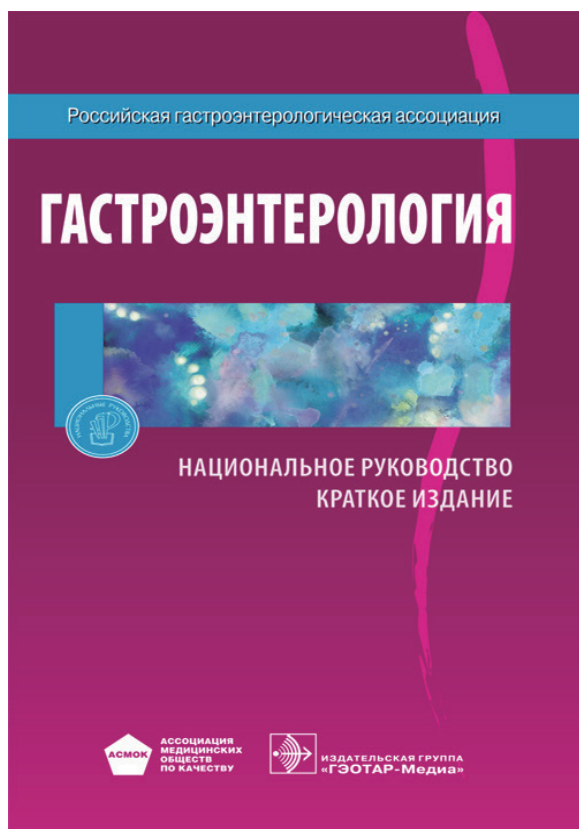
seling]. *Arhiv kliničeskoj i jeksperimentalnoj mediciny* [Archive of Clinical and Experimental Medicine]. 2014;23(1):108-112. (Russian).

14. Baburin IN, Karavaeva TA, Kolotilshhikova EA, Lysenko IS. Issledovanie lokusa kontrolja u bolnyh s nevrotičeskimi i nevrozopodobnymi rasstrojstvami [Study of the locus of control in patients with neurotic and neurosis-like disorders.]. *Vestnik Juzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Psihologija* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2011;(29):47-52. (Russian).

15. Danilov DS, Morozova VD, Korobkova IG, Lukjanova TV. Sindrom razdražennogo kishechnika v praktike psihiatra (problema nozologičeskoj samostojatelnosti) i vozmožnost ego lečenija antidepressantami (na primere jeffektivnosti paroksetina) [Irritable bowel syndrome in the practice of a psychiatrist (the problem of nosological independence) and the possibility of its treatment with antidepressants (on the example of paroxetine effectiveness)]. *Nevrologija, nevropsihiatrija, psihosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2013;5(2):46-51. doi:10.14412/2074-2711-2013-2413 (Russian).

Поступила: 24.01.2018

Принята к печати: 17.02.2018



Гастроэнтерология : национальное руководство : краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной ; Российская гастроэнтерологическая ассоциация. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-0675.

Издание представляет собой сокращенную версию книги "Гастроэнтерология. Национальное руководство", вышедшей в 2008 г. под эгидой Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации медицинских обществ по качеству. В переработке руководств серии приняли участие ведущие российские специалисты. Редакционный совет составили главные специалисты-эксперты Минздрава России, руководители профессиональных медицинских обществ, академики РАН, руководители научно-исследовательских учреждений и медицинских вузов. Актуальность издания этой книги продиктована ограниченным выбором на рынке медицинской литературы отечественных компактных руководств такого уровня для повседневного использования врачами.

Руководство будет интересно не только врачам-гастроэнтерологам, но и ординаторам, студентам старших курсов медицинских вузов, врачам смежных специальностей.