УДК 616.3-008.1+159.92+378.1+611.32-611.34

КЛИНИЧЕСКИЕ И КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОДА

© Юрий Павлович Успенский[1], Ангелина Михайловна Шевякова[2], Михаил Александрович Шевяков[3], Мария Владимировна Бершева[3]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2
[2] Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов. 192238, Санкт-Петербург, ул. Фучика, д. 15
[3] Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

Контактная информация: Ангелина Михайловна Шевякова — преподаватель кафедры конфликтологии
E-mail: a.m.shevyakova@mail.ru

Поступила: 29.01.2021 ***Одобрена: 10.03.2021*** ***Принята к печати: 22.03.2021***

РЕЗЮМЕ: Функциональные расстройства пищевода являются конфликтогенными заболеваниями в силу особенностей возникновения и протекания, зачастую формирующих у пациента недоверие к рекомендациям врача-гастроэнтеролога. Деструктивно завершенные конфликты с пациентом могут повлечь за собой проблемы психологического, общественного и правового характера. Конфликтологическая компетентность врача-гастроэнтеролога и владение переговорными техниками повышает вероятность конструктивного разрешения противоречий. В статье описываются психологические причины конфликтного поведения пациента, понимание которых позволяет правильно интерпретировать его высказывания и сформулировать ответ, способствующий устранению противоречий. В статье также приведены способы аргументации, конструктивного реагирования на конфликтогенные высказывания и способы профилактики конфликтного поведения пациента. Кроме того, проанализированы примеры конфликтных высказываний врача и приведены более конструктивные альтернативы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функциональные расстройства пищевода; конфликт; конфликтологическая компетентность; врач; пациент.

CLINICAL AND CONFLICTOLOGICAL ASPECTS FUNCTIONAL DISORDERS OF THE ESOPHAGUS

© Yuri P. Uspenskiy[1], Angelina M. Shevyakova[2], Mikhail A. Shevyakov[3], Maria V. Bersheva[3]

[1] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2
[2] Saint-Petersburg Humanitarian University of Trade Unions. 192238, Saint-Petersburg, str. Fucik, 15
[3] North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. 191015, Saint-Petersburg, ul. Kirochnaya, 41

Contact information: Angelina M. Shevyakova — Lecturer at the Department of Conflictology
E-mail: a.m.shevyakova@mail.ru

Received: 29.01.2021 ***Revised: 10.03.2021*** ***Accepted: 22.03.2021***

SUMMARY: Functional disorders of the esophagus are conflictogenic diseases due to the peculiarities of the onset and course, which often form the patient's distrust of the recommendations of a gastroenterologist. Destructively completed conflicts with the patient

can lead to psychological, social and legal problems. Conflictological competence of a gastroenterologist and mastery of negotiation techniques increase the likelihood of constructive resolution of contradictions. The article describes the psychological reasons for the patient's conflicting behavior, the understanding of which allows one to correctly interpret his statements and formulate an answer that helps to eliminate contradictions. The article also provides ways of argumentation, constructive response to conflictogenic statements and methods of preventing the patient's conflictual behavior. In addition, examples of the doctor's conflicting statements are analyzed and more constructive alternatives are given.

KEYWORDS: functional disorders of the esophagus; conflict; conflictological competence; doctor; patient.

Функциональные расстройства пищевода (ФРП) — это группа идиопатических первичных нарушений моторики (дискинезий) пищевода без признаков его структурного и/или метаболического поражения [2, 6, 10].

Как и другие функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, ФРП характеризуются тремя основными чертами.

1. С патогенетических позиций представляют собой нарушения функционирования оси мозг–желудочно-кишечный тракт и часто сочетаются с другими функциональными расстройствами, например с функциональной диспепсией, функциональным билиарным расстройством или синдромом раздраженного кишечника.
2. С диагностических позиций ФРП требуют полного исключения других поражений, например рефлюксных, злокачественных, инфекционных, иммунозависимых.
3. Собственно ФРП определенно не приводят к инвалидности или смерти, однако неопределенны в прогнозе излечения.

В актуальной версии Международной классификации болезней ФРП предложено документировать либо как «К22.4 Дискинезия пищевода», либо «К22.9 Болезнь пищевода неуточненная». В практике гастроэнтеролога диагноз ФРП — результат большой диагностической работы, исключающей гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, новообразование пищевода, инфекционный эзофагит (кандидозный, туберкулезный, вирусный), иммунозависимый эзофагит (эозинофильный, лимфоцитарный, болезнь Крона пищевода и др.), дивертикулы, инородное тело пищевода и другие структурные и метаболические болезни пищевода.

Согласно Римским критериям IV пересмотра, в настоящее время группа ФРП представлена следующими пятью заболеваниями:

1. Функциональная боль в груди.
2. Функциональная изжога.
3. Гиперсенситивный (гиперчувствительный) пищевод.
4. Ком в горле («глобус»).
5. Функциональная дисфагия.

В клинической практике врачу наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику между неэрозивной рефлюксной болезнью, гиперсенситивным пищеводом и функциональной изжогой. Говоря о патогенетических отличиях данных состояний, следует отметить, что в случае классической неэрозивной рефлюксной болезни у пациента имеются патологические забросы как кислого, так и щелочного содержимого желудка в пищевод, которые чаще сопровождаются изжогой. Под гиперсенситивным пищеводом понимают состояние, когда у пациента отсутствует патологическая экспозиция желудочного содержимого в пищеводе, а ощущение изжоги возникает при попадании в пищевод рефлюктата с pH от 4 до 7, которого в норме здоровый человек не ощущает. При функциональной изжоге у пациента также отсутствует патологическая экспозиция желудочного содержимого в пищеводе, при этом чувство изжоги не ассоциировано с гастроэзофагеальным рефлюксом, но возникает при проглатывании слюны, пищевого комка, при перистальтике пищевода [9].

В Римских критериях IV о диагностических критериях гиперсенситивного пищевода говорится, что у пациента должны присутствовать все нижеперечисленные признаки:

1) ретростернальный дискомфорт, включая изжогу и/или загрудинную боль;
2) нормальная эндоскопическая картина и доказанное отсутствие эозинофильного эзофагита;
3) отсутствие больших эзофагеальных моторных расстройств (ахалазия кардии, обструкция пищевода, диффузный эзофагеальный спазм, пищевод типа «jackhammer» — «отбойный молоток»)

или других перистальтических нарушений;

4) наличие ассоциации изжоги и гастроэзофагеального рефлюкса (преимущественно с pH >4) на фоне нормальной экспозиции желудочного болюса в пищеводе, регистрируемого при проведении pH-метрии и pH-импедансометрии; при этом позитивная динамика в ответ на антисекреторную терапию не исключает диагноз.

Кроме того, симптомы должны присутствовать по меньшей мере 2 раза в неделю в течение последних 3 месяцев при дебюте за 6 месяцев до постановки диагноза.

В контексте разговора о конфликтогенности функциональных расстройств примечательно, что «ком в пищеводе» в истории медицины известен также как «глобус истерикус».

В Римских критериях IV приводятся следующие диагностические критерии функциональной изжоги: клинические проявления должны присутствовать по меньшей мере 2 раза в неделю в течение последних 3 месяцев при дебюте за 6 месяцев до постановки диагноза. У пациента также должны присутствовать все нижеперечисленные симптомы:

1) жжение за грудиной и/или ретростернальная боль;
2) отсутствие позитивной клинической динамики при проведении оптимальной антисекреторной терапии;
3) отсутствие доказательств того, что кислый и/или некислый гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) ассоциирован с клиническими проявлениями заболевания по данным pH-импедансометрии или у пациента имеется эозинофильный эзофагит;
4) отсутствие больших эзофагеальных моторных расстройств (ахалазия кардии, обструкция пищевода, диффузный эзофагеальный спазм, пищевод типа «jackhammer»), других перистальтических нарушений.

Исследования с применением эндоскопии и 24-часовой pH-импедансометрии демонстрируют, что функциональный генез выявляется у 10–40% пациентов с изжогой [7, 14]. Клинически функциональная изжога характеризуется тем, что чаще возникает в дневное время, может провоцироваться определенными продуктами питания, наклонами туловища, горизонтальным положением и физическими упражнениями. Среди пациентов с функциональной изжогой преобладают женщины, у них достоверно чаще встречаются другие функциональные расстройства: постпрандиальный дистресс-синдром, тошнота, рвота, синдром раздраженного кишечника. Отмечено, что пациенты с функциональной изжогой достоверно чаще испытывают хронический стресс, страдают расстройствами тревожного или депрессивного характера, что может приводить к извращенному восприятию процессов, происходящих в пищеводе.

Для проведения дифференциальной диагностики между пациентами с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ФРП основным методом является 24-часовая pH-импедансометрия. Известно, что несмотря на высокую эффективность ингибиторов H^+,K^+-АТФазы у пациентов с классической гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью эти препараты практически неэффективны при применении у пациентов с ФРП. Психотерапия расценивается как потенциально успешный метод лечения ФРП [2]. Успех также могут принести препараты, уменьшающие висцеральную гиперчувствительность, в частности антидепрессанты [13].

По сравнению с некоторыми заболеваниями, исключенными при диагностике (например, новообразования пищевода), диагноз ФРП может рассматриваться как наименее опасный для здоровья пациента. Врач-гастроэнтеролог склонен ожидать позитивной реакции пациента, облегчения или благодарности и готовится к диалогу, исходя из этих ожиданий. Однако вопреки ожиданиям врача-гастроэнтеролога, сообщение пациенту о диагнозе зачастую становится поводом для возникновения конфликта. Наличие конфликта может выражаться в недоверии к врачу и проведенной диагностике, подозрении в невнимательном отношении или равнодушии, ненадлежащем оказании медицинской помощи.

С чем связано подобное развитие ситуации?

1. **Обманутые ожидания.** Оценка любого события производится человеком с опорой в том числе на его ожидания. Пациент, переживая болезненный опыт, связанный с описанными выше симптомами, строит ошибочные ожидания, которые касаются гастроэнтерологического лечения.

2. **Диагноз исключения и обесценивающие высказывания врача.** ФРП диагностируется по принципу исключения других заболеваний. Для коммуникации в системе «врач–пациент» такой принцип потенциально конфликтогенен, так как пациент, уверенный в наличии у него заболевания гастроэнтерологического профиля,

может истолковать диагноз ФРП как обесценивание своего состояния и сделать вывод о нерезультативной диагностике, ненадлежащем оказании медицинской помощи, некомпетентности врача.

3. **Психологические факторы.** Влияние на развитие ФРП таких психологических факторов как тревога, депрессия, эмоциональные стрессовые события, психотравмирующие события и иных, подтверждается зарубежными и отечественными исследователями. При ФРП наблюдаются астенизация, слабость и утомляемость, сниженный фон настроения. В ситуации стресса у больных ФРП чаще возникают боли. Психофизиологическая реакция у больных ФРП также зачастую связана с психотравмирующими ситуациями, произошедшими в детстве. Психологические нарушения изменяют переживание болезни и формируют болезненное поведение [1, 8].

Таким образом, психосоциальные факторы в развитии ФРП занимают одно из центральных мест и значимо влияют на процесс лечения. Ситуация отрицания пациентом указанных факторов как возможной причины заболевания может стать не только точкой развития конфликта между пациентом и врачом-гастроэнтерологом, но и постоянно эскалировать его.

4. **Защита пациентом статуса «больного».** Пациент, который осознанно или бессознательно стремится защитить свой статус «больного», будет сопротивляться предлагаемому лечению и рекомендациям врача.

5. **Недостаточное и неэффективное информирование пациента.** Если врач передает пациенту неполную, искаженную информацию, не дает достаточных разъяснений, это может в перспективе привести к конфликту, потому что пациент не видит полной картины своей ситуации в рамках предлагаемых диагностики и лечения.

6. **Недостаточность аргументации врача с точки зрения пациента.** Проблема аргументации в речи врача связана с противоречием: врач в общении с пациентом зачастую придерживается рациональной схемы, используя фактические и логические аргументы, в то время как пациент, находящийся под влиянием своего эмоционального состояния и, возможно, психологического или психического расстройства, к подобному типу аргументации может быть не склонен.

Остановимся подробнее на перечисленных причинах возникновения конфликтов при диагностике ФРП и способах работы с ними.

ОБМАНУТЫЕ ОЖИДАНИЯ

Причина конфликтогенности диагностики ФРП на приеме гастроэнтеролога заключается в несоответствии слов врача ожиданиям пациента.

Пример

Врач: Ваш диагноз не связан с профилем гастроэнтерологии.

Пациент: Как это не связан? А как же боли и ком в пищеводе?

Профилактика подобных ситуаций заключается в осознанном участии врача в формировании ожиданий. Для того чтобы сформировать конструктивные ожидания пациента, врачу необходимо:

1) выделить формирование ожиданий в отдельную задачу при первом приеме пациента, уделить этому время и внимание;
2) иметь представления о базовых ожиданиях пациента.

Находясь на приеме врача, пациент с гастроэнтерологическими клиническими проявлениями ожидает:

- симптомы, причиняющие боль и дискомфорт, окажутся следствием важной проблемы;
- причина симптомов — сама проблема (то есть заболевание) — будет найдена;
- именно врач-гастроэнтеролог решит проблему;
- после «гастроэнтерологического» курса лечения симптомы исчезнут.

Пациент оценивает работу врача исходя из ее соответствия своим ожиданиям. Эти ожидания также подкрепляются расходами пациента на консультации гастроэнтеролога и назначаемые им исследования.

В целях профилактики конфликта изначальные ожидания пациента должны быть скорректированы и дополнены. Для того чтобы снять излишнюю тревогу пациента, необходимо создать у него ощущение предсказуемости будущего. С пациентом важно обсудить план диагностики и возможные причины его симптомов, в том числе обязательно причину психосоматического характера — ФРП. Также необходимо доступно объяснить пациенту, что основанием для диагностики ФРП является исключение других диагнозов. Для повышения доверия к методу исключения врачу следует перечислить пациенту возможные диагнозы и подчеркнуть, что других объяснений медицина не предполагает.

Пример неправильного высказывания: *Нужно провести исследования, найдем причину и вылечим вас.*

Пример правильных высказываний: *Существует около двадцати возможных причин вашего самочувствия, и мы проверим их все. В ряде случаев причиной является проблема психосоматического характера, не связанная с заболеванием пищевода. В таком случае потребуется участие специалиста психоневрологического профиля. Но к этому пути можно будет обратиться только в том случае, если все другие варианты будут исключены. Я сделаю все, что от меня зависит, включая направление Вас к другим специалистам, чья помощь может потребоваться в процессе диагностики и лечения.*

Таким образом, ожидания пациента будут дополнены следующими пунктами:

- существует ограниченный перечень возможных заболеваний, которые можно диагностировать в Вашем случае, и каждое из них можно проверить;
- возможно, проблема носит не гастроэнтерологический, а психосоматический характер;
- возможно, для выздоровления и устранения симптомов потребуется участие специалистов психоневрологического профиля.

Важно учитывать, что корректировать ожидания необходимо до начала проведения исследований: позднее скорректировать их будет сложнее, а вероятность конфликта в этом случае возрастет.

В случае диагностики у пациента ФРП необходимо дать ему рекомендации, соответствующие проблеме и ее оценке, например направить его на продолжение лечения у психотерапевта.

Пример

Врач: Ваше заболевание имеет психосоматическую природу.

Пациент: Что же мне теперь делать?

Неправильный ответ врача: Перестаньте попусту волноваться и обращать внимание на всякие мелочи…

Правильный ответ врача: Необходимо повысить устойчивость Вашей нервной системы к стрессу. Я дам Вам направление к своему коллеге, психотерапевту, и он продолжит нашу работу. Главное, что стало ясно, в чем заключается решение проблемы.

При направлении пациента к специалисту психоневрологического профиля необходимо подчеркнуть, что результат обращения к гастроэнтерологу достигнут — поставлен верный диагноз и исключены другие возможные заболевания.

ДИАГНОЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ И ОБЕСЦЕНИВАЮЩИЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ ВРАЧА

Диагноз ФРП и приведенные врачом факты о природе ФРП могут противоречить ощущениям пациента, то есть происходит столкновение эмпирического опыта пациента и описательной модели врача.

Пример конфликтной ситуации

Пациент: Что же со мной происходит, раз все исследования ничего не показывают?

Неправильный ответ врача: У Вас ничего серьезного, просто нарушение функции пищевода.

Пациент: Но ведь я же чувствую, что у меня проблемы, мне больно и ком в пищеводе.

Неправильный ответ врача: Это ложные ощущения, Вам все это кажется. Можете быть спокойны, у Вас ничего серьезного.

Пациент: Как это ложные? Я же чувствую — мне больно. Я столько страдаю, а Вы «ничего серьезного!» Вы просто не хотите меня лечить. Так я в жалобе и напишу!

Подобные высказывания врача являются примером обесценивания, во-первых, ощущений пациента, во-вторых, оценки пациентом своего состояния. С позиции врача-гастроэнтеролога, «проблемой» является гастроэнтерологический диагноз. Вместе с тем сами по себе ощущения пациента, снижающие качество его жизни, его беспокойство за здоровье и сами психоневрологические причины также являются самостоятельной серьезной проблемой.

В связи с этим важно, чтобы врач заблаговременно информировал пациента в полном объеме, не искажал информацию.

Пример

Неправильное высказывание врача: У Вас ФРП. Я здесь ничем помочь не могу. Вы не мой пациент. Это не наш профиль.

Правильное высказывание врача: У Вас ФРП. Как мы и обсуждали с Вами ранее, потребуется помощь специалиста психоневрологического профиля. Я дам Вам направление…

Раскрывая пациенту психоневрологическую составляющую его состояния, врачу-гастроэнтерологу необходимо с особой внимательностью относиться к выбору формулировок и выражений.

Пример конфликтной ситуации

Пациентка: Что же это за «ком» у меня в пищеводе?

Неправильный ответ врача: Ничего серьезного, пустяковые спазмы пищевода, просто «глобус истерикус».

Пациентка: Вы только что назвали меня истеричкой? Я напишу жалобу и Вы за это ответите!

Правильный ответ врача: Это серьезный сигнал нервной системы. К этому сигналу необходимо прислушаться! Вам необходимо обратить внимание на свое психоэмоциональное состояние, оно влияет на Ваше здоровье в целом.

Солидарность врача-гастроэнтеролога с оценкой своего состояния пациентом и уважение к его субъективным ощущениям поможет установить между ними доверительные профессиональные отношения. При некорректном выборе врачом выражений его слова могут быть истолкованы как обесценивание восприятия пациента, его ощущений, выводов и позиции.

На состояние пациента и его конфликтный настрой также могут повлиять реплики врача, расцененные как обесценивающие. Негативно может быть воспринята пациентом даже обличенная в доброжелательную и этикетную форму реплика врача.

Пример

Неправильное высказывание врача: Вы зря волнуетесь! У Вас ничего серьезного нет.

Исходя из риторических целей врача, таких фраз как *«Не волнуйтесь»*, *«Не переживайте»* и подобных, в разговоре с пациентом следует избегать, так как они могут иметь слабый эффект воздействия, будучи восприняты пациентом формально, либо могут вызвать раздражение, будучи оценены как проявление равнодушия и незаинтересованности к проблеме пациента.

Напротив, такие фразы как *«Позвольте, я развею Ваши сомнения…»*, *«Попробую Вас успокоить…»*, *«Должен Вас обрадовать, это не…»*, *«Есть хорошие новости, это не…»* выражают эмпатию со стороны врача и способствуют укреплению доверия со стороны пациента. Важной частью высказывания также является интонация и невербальное поведение. В работе с пациентом врачу следует придерживаться спокойных интонаций и вместе с тем выражать заинтересованность и вовлеченность.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

При ФРП наблюдаются астенизация, слабость и утомляемость, сниженный фон настроения. В ситуации стресса у больных ФРП чаще возникают боли. Психофизиологическая реакция у больных ФРП также зачастую связана с психотравмирующими ситуациями, произошедшими в детстве. Психологические нарушения изменяют переживание болезни и формируют болезненное поведение [8].

Таким образом, психосоциальные факторы в развитии ФРП занимают одно из центральных мест и значимо влияют на процесс лечения. Ситуация отрицания пациентом указанных факторов как возможной причины заболевания может стать не только точкой развития конфликта между пациентом и врачом-гастроэнтерологом, но и постоянно эскалировать его.

Представление о наличии заболевания может являться важным элементом системы представлений пациента о себе и своей жизни. Убежденность в заболевании может быть своеобразным проявлением защитных механизмов психики. Защитные механизмы — это формы бессознательной психической активности, направленные на устранение психологического дискомфорта, неприятных переживаний, возникающих при угрозе самоуважению или целостности личности. Защитные механизмы личности искажают тревожащие аспекты реальности, устраняют их из сознания или снижают остроту их переживания, позволяя человеку сохранить важные для его позитивной и непротиворечивой идентичности представления о себе, окружающих людях и мире [1, 3].

В данном контексте истинность представления пациента о наличии у него серьезного заболевания не имеет решающего значения, гораздо важнее его функциональность или «вторичная выгода болезни» — комплекс преимуществ, получаемых заболевшим как от самого факта наличия расстройства, так и от его проявлений. Подобная выгода способствует закреплению болезни и сопротивлению лечению.

Приведем примеры проявления функциональности представления пациента о наличии заболевания.

- Необходимость заниматься здоровьем может отвлекать личность от других жизненных проблем, решить которые в данный момент он не может или не хочет.
- Серьезный диагноз может подкреплять роль жертвы, принятой личностью в своей социальной группе с той или иной сознательной или бессознательной целью

(например, получение заботы или внимания в семье или на работе).
- Наличие заболевания может служить оправданием для событий, оцениваемых личностью как жизненные неудачи и т.д.

Если представление о наличии заболевания является для пациента функциональным, он может почувствовать необходимость защитить его и воспринять позицию врача враждебно. Во избежание этого врачу следует проявить солидарность в оценке состояния пациента как проблемного и требующего помощи. Оценка серьезности должна быть перенесена с одного предмета на другой, не утратив при этом самой серьезности.

Пример

Правильное высказывание врача: Несмотря на то что ФРП не требует «гастроэнтерологического» лечения, к нему необходимо отнестись со всей серьезностью. Ощущения, на которые вы жалуетесь, — это проблема сама по себе, их быть не должно. Это очень серьезный сигнал нервной системы! Ваш организм не справляется со стрессовыми нагрузками, которые Вам пришлось испытать в последнее время. Необходимо повысить устойчивость Вашей нервной системы к стрессу.

ЗАЩИТА ПАЦИЕНТОМ СТАТУСА «БОЛЬНОГО»

Отношения врача и пациента в целом и в особенности отношения врача и пациента с ФРП — это взаимно властные отношения. Врач является проводником дисциплинарной власти по отношению к пациенту: осуществляет контроль и вводит ограничения. Пациент стремится отстоять свою позицию и взгляд на течение болезни и сопротивляется.

Для достижения цели «выздоровления» посредством обращения к специалисту пациент вынужден и готов отчуждать часть своей свободы и жертвовать ею. Вместе с тем переживание этого процесса с неизбежностью вызывает и сопротивление, и отрицательные эмоции и чувства, оказывающие прямое влияние на коммуникацию с врачом. В этой области лежит противоречие, заключающееся в потребности пациента болеть, знать о наличии у него серьезного заболевания и одновременно желать «выздоровления», но такого, которое в рамках лечения носит характер отдаленной или вовсе недостижимой цели. Врач, выступающий с позиции логики и здравого смысла, привносит разлад в систему взаимодействия пациента и его болезни, он тот, кто в глазах пациента стремится не столько уничтожить болезнь, сколько отнять ее.

Такой характер отношений врача и пациента присущ им по природе и изначально несет в себе конфликтогенный потенциал. В работе «Психиатрическая власть» М. Фуко так описывает природу властных отношений между врачом и пациентом: «Истерик — это ведь тот, кто говорит: благодаря мне и только мне все, что ты со мной делаешь, — помещаешь в больницу, прописываешь лекарства и т.д., — действительно является медицинской практикой; предоставляя тебе симптомы, я назначаю тебя врачом. Таким образом, под сверхвластью врача обнаруживается сверхвласть больного» [12].

НЕДОСТАТОЧНОЕ И НЕЭФФЕКТИВНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Важным аспектом выстраивания отношений с пациентом является качественное и достаточное информирование его о ходе работы.

Искаженная, неясная, малодоступная информация о заболевании, поступающая от врача, обладает конфликтогенным потенциалом.

Пример

Неправильные высказывания врача: ФРП — сложное заболевание, гастроэнтерология здесь бессильна. Вам нужен другой специалист, желательно психотерапевт.

У Вас не подтвердилось «гастроэнтерологическое» заболевание, я Вам помочь больше ничем не могу. Всего доброго!

Правильное высказывание врача: Итак, тесты показали, что у Вас нет собственно гастроэнтерологического заболевания, а значит — это ФРП, причина которого коренится в области, связанной с Вашим психоэмоциональным состоянием.

Врачу необходимо следовать принципу полноты информирования, то есть уведомить пациента о том, что его диагноз сложен в определении, что его ждет ряд тестов, что каждая ошибка — это не отрицательный факт в диагностике, а часть пути к поиску верного ответа. И, наконец, сообщить, что высока вероятность необходимости обращения к специалисту психоневрологического профиля, без которого лечение не будет полным, а значит — не будет достигнут необходимый эффект. Новость о том, что причина болезни носит психосоматический характер, не должна стать для пациента неожиданной. Подобному исходу следует занять свое место в ряду

предполагаемых вариантов, описанных врачом.

Если психосоматическая составляющая заболевания описана врачом некорректно, это может вызвать сомнения пациента в компетентности врача, а также может быть воспринято пациентом как оскорбление.

Пример

Неправильное высказывание врача: У Вас проблемы психического характера, отсюда и ком в пищеводе / Вам бы психотерапевту показаться / А Вы психиатра посещаете? / А в психоневрологическом диспансере на учете состоите?

Правильное высказывание врача: ФРП — сложное заболевание и имеет психоневрологическую природу. В связи с этим без помощи специалиста соответствующего профиля здесь не обойтись. Я должен уточнить, обращались ли Вы ранее к психологу ли психотерапевту по каким-либо вопросам?

Если врач-гастроэнтеролог при помощи вопросов выявил потребность пациента обратиться к специалисту психоневрологического профиля, то он может поддержать и одобрить желание пациента, оценив его как целесообразное и по возможности рекомендовав ему конкретного коллегу психоневрологического профиля.

Пример

Правильное высказывание врача: Вы сильно устаете и в Вашей жизни много стрессов. Я должен уточнить, принимали ли Вы в связи с этим седативные препараты, может быть, обращались к психотерапевту?

Правильное высказывание врача: Вы очень заботитесь о своем здоровье, посещаете специалистов разного профиля. Обращались ли Вы когда-нибудь за консультацией к психотерапевту, психологу, неврологу?

В случае, если после всех назначенных врачом-гастроэнтерологом исследований пациент настаивает на дополнительной диагностике, врачу следует расценивать это как запрос на дополнительную информацию. Врачу следует внимательно отнестись к потребности пациента в дополнительной информации и уточнить запрос.

Пример

Пациент: А я знаю, что у меня в пищеводе что-то засело (опухоль, игла, рыбья кость, паразит, кандидоз)! Я хочу, чтобы Вы назначили мне дополнительное, более качественное и глубокое обследование!

Неправильный ответ врача: Это типично для ФРП и больше тут просто нечего исследовать.

Правильный ответ врача: Понимаю, Вы хотите узнать причину. Вы прошли… (кратко перечислить проведенные обследования и тесты). Какое обследование, на Ваш взгляд, еще необходимо?

Пациент: Это Вы должны сказать, какие обследования мне еще сделать, чтобы разобраться в причинах моего страдания!

Врач: Для постановки правильного диагноза достаточно тех исследований, которые были проведены. К тому же, план исследований полностью соответствует стандартам диагностики. Но важно, чтобы и Вы были убеждены в том, что все делаете верно. О чем еще нам необходимо поговорить, чтобы Вы почувствовали себя уверенно? Может быть, я могу больше рассказать о связи ФРП и ваших ощущений?

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АРГУМЕНТАЦИИ ВРАЧА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА

В общении врача и пациента с ФРП почти всегда возникает дискуссия, спор или даже конфликт, что происходит из-за разницы выдвигаемых тезисов, демонстрирующих столкновение разных точек зрения на предмет.

Пример

Врач: Ваша болезнь имеет психосоматический характер.

Пациент: Нет. Я знаю, что это опухоль.

Когда несовместимость тезисов неизбежна, мы вынуждены сделать выбор, ограничивающий область применения одного из тезисов [15]. В диалоге врача и пациента выбор можно сделать в пользу того, который будет подкреплен более убедительно. Целью аргументации обеих сторон становится не истина, но убеждение оппонента, посредством чего и может быть достигнуто согласие.

Чтобы быть убедительным, врач может применять риторику персуазивного характера. Персуазивность — лингвистический термин, обозначающий в том числе функционально-прагматические характеристики, реализующие способ воздействия адресанта на ментальную сферу реципиента (мнения и оценки) с целью регулирования его поведения в интересах адресанта [5]. Иными словами, под персуазивностью понимается целенаправленный выбор речевых приемов ради убеждения.

В персуазивной риторике есть опасность перейти к манипулированию, то есть к попытке изменить позицию пациента при помощи скрытой тактики в интересах врача. Безусловно, манипулятивные стратегии поведения

неприемлемы в общении с пациентом, так как их использование неэтично. Обоснованное обвинение врача в нарушении этики может закономерно привести к жалобе на врача и медицинское учреждение.

Вместе с тем врач может применить уместные и корректные стратегии воздействия на пациента в рамках диалога, прибегая к аргументам ценностного и даже эмоционального порядка в зависимости от его оценки личностных особенностей и настроя пациента:

Применение персуазивной риторики требует от врача пристального внимания к выбору формулировок и ведению беседы, так как не логические и не фактические аргументы носят преимущественно субъективный характер, а потому сложно доказуемы. Проблема использования ценностных позиций в рамках аргументации заключается в сложности их обоснования, так как в этом случае мы всегда имеем дело со столкновением двух субъективных представлений, а аргументы всякий раз необходимо подбирать индивидуально.

Согласно мнению Ch. Perelman, «изменение аудитории влечет за собой изменение вида аргументации и, если целью всякой аргументации является эффективное воздействие на умы, то для того, чтобы аргументация была убедительной, мы должны не упускать из виду свойства этих умов» [15].

В случае работы с пациентами с ФРП врачу требуется убедить пациента в пользе, справедливости и целесообразности своих рекомендаций, прийти к согласию. Выделяют два класса объектов согласия:

1) реальные (включают в себя факты, истины и презумпции);
2) предпочтительные (включают ценности и предпочтения аудитории) [15].

Данные объекты согласия соотносятся также с типами аудитории. Реальные объекты согласия обладают объективностью и могут быть убедительны для «универсальной» аудитории. Однако, как было сказано ранее, объективный логичный аргумент, будучи сам по себе достаточным, может войти в противоречие с субъективными представлениями и восприятием конкретного собеседника и не выполнить свою функцию убеждения.

Достижение согласия будет зависеть от оценки качества аргументации врача пациентом, а не от того, что сам врач считает доказательным. Построение врачом аргументации будет обременено поиском конкретных ценностных представлений пациента, которых он придерживается.

Несмотря на видимое доминирование пациента в дискуссии, целью врача не может стать следование субъективным убеждениям пациента. В рамках системы персуазивной коммуникации существуют частные стратегии, направленные на раскрытие конкретного замысла адресанта. В коммуникации врача и пациента они также могут быть направлены на прояснение позиции пациента и достижение согласия.

Согласно мнению С.С. Мартемяновой [5], «частные стратегии подразделяются на три блока: 1) актуализация проблемы, представленная ценностной стратегией, микрозадача которой состоит в том, чтобы убедить в существующем положении вещей с помощью средств оценки и апелляциями к ценностям адресата; 2) информирование о событиях (рациональная стратегия), микрозадача — логически объяснить суть происходящего так, чтобы вызвать интерес читателя, побудить к размышлению и принятию сообщаемого; 3) формулирование преимуществ данной точки зрения с помощью эмоционально окрашенных стилистических приемов (эмоциональная стратегия), т.е. задать нужный настрой, сформировать желание согласиться с автором».

Разберем все три стратегии на примере высказываний врача в диалоге с пациентом с ФРП.

1. Актуализация проблемы

Пример правильного высказывания врача: Вы испытываете боль в груди, неприятные ощущения в пищеводе, а все тесты показывают, что Вы здоровы. Жить в привычном ритме, смирившись с таким положением вещей, нельзя.

Неприемлемо будет актуализировать проблему для пациента посредством преувеличения рисков, запугивания, давления, осуждения и других высказываний, содержащих вербальное насилие, дискриминацию и т.д.

Пример неправильного высказывания врача: Если Вы не будете слушать, что Вам говорят, Вы не выздоровеете никогда!

2. Информирование о событиях

Врач раскрывает пациенту суть и смысл ситуации, связанной с болезнью и ее лечением, а также побуждает пациента к самоанализу и повышению осознанности.

В русле применения данной стратегии врач может использовать практику сократического диалога. Сократический диалог — это философская практика, представляющая собой диалог, в ходе которого один из собе-

седников задает другому вопросы, направленные на последовательное раскрытие предмета их беседы и выяснения истинной позиции второго собеседника относительно заданного предмета. Эта практика широко используется в различных областях (психиатрия, юриспруденция, медиация, психологическое и философское консультирование и т.д.).

Представляемая методика рассчитана на использование и развитие трех базовых компетенций мышления: идентификация и контекстуализация, то есть расчленение проблемной ситуации на ряд связанных проблем, а также обнаружение их социальных, культурных, языковых и других предпосылок (контекстов); проблематизация, то есть распознавание глубинных когнитивных противоречий (антиномий), лежащих в основе той или иной проблемы; концептуализация, то есть вербализация обнаруженных проблем, подыскание адекватных словесных формулировок, способных корректно описать проблему и, тем самым, наметить пути ее решения [4].

Приведем принципы сократического диалога применительно к общению врача и пациента.

- Выслушивать пациента, быть внимательным к его аргументам и мотивам, проявляя уважение к его позиции.
- Задавать вопросы, опираясь на полученные от пациента данные.
  Пример правильных высказываний врача: Вы испытываете дискомфорт во время или после переживания стрессовой ситуации?
- Направлять речь пациента, следуя формально-логическим принципам. Так, например, для того чтобы достичь ясности, нужно строго следить не только за содержанием ответов пациента, выявляя противоречия, но и за их формой: на закрытые вопросы пациенту необходимо отвечать однозначно (да / нет / не знаю), на открытые пациент может дать развернутый ответ. Задача врача — корректно побуждать пациента отвечать определенным образом, не давая уходить в невнятные и уклончивые ответы, пытаться исказить информацию и т.д.

Сократический диалог способствует структурированию диалога с пациентом, повышению уровня осознанности, активизации мышления.

Пример правильного высказывания врача: Итак, Вы говорили, что постоянно испытываете стресс на работе и дома. Замечаете ли Вы, что это отрицательно влияет на Ваше здоровье?

3. Формулирование преимуществ данной точки зрения

Зачастую пациенту важно не только понять правоту врача, но и увидеть в его рекомендациях какие-то преимущества для себя. Задача врача — продемонстрировать плюсы предлагаемых им рекомендаций максимально полно и всесторонне.

Примеры правильных высказываний врача: Визиты к психотерапевту приносят эффективные результаты при работе с Вашим заболеванием.

Работа с психотерапевтом позволяет пациенту гармонизировать его жизнедеятельность, что имеет прямую связь с состоянием здоровья.

Выбирая обратиться или нет к психотерапевту, Вы выбираете из путей возможного выздоровления, с одной стороны, и постоянного купирования симптомов болезни, вызванной психологическими аспектами, с другой. Ко второму пути всегда можно вернуться. Первый я советую Вам попробовать.

Обращаясь к психотерапевту, Вы приобретете новую важную информацию об истинных причинах Вашего заболевания и о том, как с ним можно справиться.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сообщение пациенту о диагнозе ФРП является конфликтогенной ситуацией в практике врача-гастроэнтеролога и требует от него особого внимания. Высокая вероятность возникновения конфликта связано с различными факторами, проистекающими из особенностей диагноза, психологических факторов, влияющих на состояние пациента, его ожиданий и т.д.

В целях выстраивания конструктивных и бесконфликтных отношений врачу-гастроэнтерологу следует четко осознавать цели взаимодействия с пациентом с ФРП, среди которых:

- доступно информировать пациента об особенностях диагноза;
- эффективно аргументировать свою позицию и рекомендации;
- своевременно сформировать ожидания пациента, акцентировав внимание на том, что заболевание может носить психоневрологический характер;

- корректно направить пациента на продолжение лечения у специалиста психоневрологического профиля.

Для реализации этих целей врачу необходимо владеть коммуникативными и риторическими навыками и конфликтологической компетентностью.

Если конфликт с пациентом перейдет в активную фазу, для всех участников оказания медицинской помощи могут наступить негативные последствия.

Для пациента — это стресс, трата времени, закрепление негативного опыта взаимодействия с медицинским учреждением.

Для врача и медицинского учреждения — это стресс, трата времени, репутационный и, возможно, финансовый ущерб.

В случае утраты контроля над самостоятельным урегулированием конфликта и в целях предотвращения негативных последствий любая сторона конфликта может обратиться к процедуре медиации.

Медиация — альтернативный способ урегулирования споров, проистекающих из гражданских правоотношений с участием компетентного посредника. Медиация регламентируется Федеральным законом «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ [11]. Медиация проводится на основании принципов конфиденциальности, добровольности, равноправия сторон и нейтральности медиатора.

В рамках процедуры медиации специалист поможет сторонам преодолеть коммуникативные проблемы, проанализировать ситуацию, перейти от позиций к истинным интересам и выработать предложения по добровольному урегулированию спора. Роль медиатора будет заключаться в структурировании коммуникации между конфликтующими сторонами, соблюдении порядка работы и помощи в выработке предложений. Все решения в рамках медиации принимают стороны самостоятельно и добровольно и несут ответственность за них.

Результатом процедуры медиации будет медиативное соглашение, подписанное обеими сторонами конфликта. Медиативное соглашение, достигнутое при содействии профессионального посредника, соответствует таким критериям, как реалистичность, исполнимость, ограниченность во времени. В рамках подготовки соглашения сторонами также обсуждаются санкции за невыполнение добровольно взятых обязательств. Медиативное соглашение исполняется сторонами в добровольном порядке. Вместе с тем по желанию сторон исполнение медиативного соглашения можно сделать обязательным: в случае нотариального удостоверения медиативное соглашение имеет силу исполнительного документа в соответствии со ст. 12 ч. 5 Федерального закона «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [11].

Медиация — это возможность профессионально разрешить конфликт с соблюдением строгой конфиденциальности: избежать возможных жалоб, судебных разбирательств, психологического и финансового ущерба. Организовать процедуру медиации можно, обратившись к медиатору в вашем городе или в профессиональное объединение медиаторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин В.А., Виленская Г.А., Дандарова Ж.К. и др. Психология человека от рождения до смерти. Младенчество, детство, юность, взрослость, старость. Сер. Психологическая энциклопедия. СПб.; 2002.
2. Козлова Н.М. Воспалительные и невоспалительные заболевания пищевода. Учебное пособие. ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава. Иркутск: ИГМ; 2013.
3. Константинов А.В. Защитные механизмы личности. Большая российская энциклопедия. М.; 2008; 10: 310–11.
4. Макаров А.И. Социализирующая функция философских практик (на примере метода сократического диалога). Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. 2012; 3 (18): 121–5.
5. Мартемянова С.С. Аргументация и стратегии персуазивности в речевом жанре «дискуссия». Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2013; 9 (84): 41–5.
6. Мирошников Б.И., Белый Г.А. Повреждения пищевода. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1998; 157(6): 68–71.
7. Пермякова Е., Карпеева Ю., Невская Е. Методы выявления заболеваний пищевода у пациентов в разном возрасте. Медицина: теория и практика. 2020; 5(1): 102–11.
8. Рыкова С.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональные расстройства пищевода в практике врача первичного звена с позиций V московских соглашений. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014; 6(106): 78–84.
9. Симаненков В.И., Тихонов С.В., Лищук Н.Б. Симптом изжоги в свете Римских критериев IV. РМЖ. 2017; 10: 691–6.

10. Успенский Ю., Петренко Ю., Гулунов З. и др. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц с метаболическим синдромом. Медицина: теория и практика. 2017; 2(2): 14–20.
11. Федеральный закон «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» от 27.07.2010 г. № 193-ФЗ. СПС Консультант Плюс.
12. Фуко М. Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Колледж да Франс в 1973–1974 учебном году. СПб.: Наука; 2007.
13. Blaga T.S., Dumitrascu D., Galmiche J-P., S.B. des Varannes Functional heartburn: clinical characteristics and outcome Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2013; 25: 282–90. DOI: 10.1097/MEG.0b013e32835b108f.
14. Quigley E.M. Nonerosive reflux disease, functional heartburn and gastroesophageal reflux disease; insights into pathophysiology and clinical presentation. Chin. J. Dig. Dis. 2006; 7: 186–90. DOI: 10.1111/j.1443-9573.2006.00266.x.
15. Perelman Ch., Olbrechts-Tyteca L. The New Rhetoric: A Treatise on Argumentation. Transl. by J. Wilkinson, P. Weaver. Notre Dame, IN, Uni. of Notre Dame Press. 1971.

REFERENSCES

1. Averin V.A., Vilenskaya G.A., Dandarova Zh.K. i dr. Psihologiya cheloveka ot rozhdeniya do smerti. Mladenchestvo, detstvo, yunost', vzroslost', starost'. [Human psychology from birth to death. Infancy, childhood, youth, adulthood, old age]. Ser. Psihologicheskaya enciklopediya. Sankt-Petreburg; 2002. (in Russian).
2. Kozlova N.M. Vospalitel'nye i nevospalitel'nye zabolevaniya pishchevoda: uchebnoe posobie. [Inflammatory and non-inflammatory diseases of the esophagus]. GBOU VPO IGMU Minzdrava. Irkutsk: IGM Publ.; 2013. (in Russian).
3. Konstantinov A.V. Zashchitnye mekhanizmy lichnosti. [Personal defense mechanisms]. Bol'shaya rossijskaya enciklopediya. Moscow; 2008; 10: 310–11. (in Russian).
4. Makarov A.I. Socializiruyushchaya funkciya filosofskih praktik (na primere metoda sokraticheskogo dialoga). [The socialization and philosophical practice (method socratic dialogue)] Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 7: Filosofiya. Sociologiya i social'nye tekhnologii. 2012; 3(18): 121–5. (in Russian).
5. Martemyanova S.S. Argumentaciya i strategii persuazivnosti v rechevom zhanre «diskussiya». [Argumentation and strategies of personality in «discussion»]. Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. 2013; 9(84): 41–5. (in Russian).
6. Miroshnikov B.I., Belyj G.A. Povrezhdeniya pishchevoda. [Damage to the esophagus]. Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 1998; 157(6): 68–71. (in Russian).
7. Permyakova E., Karpeeva Yu., Nevskaya E. Metody vyyavleniya zabolevanij pishchevoda u pacientov v raznom vozraste [Methods for detecting esophageal diseases in patients at different ages]. Medicina: teoriya i praktika. 2020; 5(1): 102–11. (in Russian).
8. Rykova S.M. Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezn' i funkcional'nye rasstrojstva pishchevoda v praktike vracha pervichnogo zvena s pozicij V moskovskih soglashenij. [Gastroesophageal reflux disease and functional esophageal disorders in practice primary care physicians from the point v moscow agreement]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2014; 6 (106): 78–84. (in Russian).
9. Simanenkov V.I., Tihonov S.V., Lishchuk N.B. Simptom izzhogi v svete Rimskih kriteriev IV [The symptom of heartburn in the light of the Roman criteria IV]. RMZH (Russian Medical Journal). 2017; 10: 691–6. (in Russian).
10. Uspenskij Yu., Petrenko YU., Gulunov Z., i dr. Osobennosti techeniya gastroezofageal'noj reflyuksnoj bolezni u lic s metabolicheskim sindromom [Features of the course of gastroesophageal reflux disease in individuals with metabolic syndrome]. Medicina: teoriya i praktika. 2017; 2(2): 14–20. (in Russian).
11. Federal'nyj zakon «Ob al'ternativnoj procedure uregulirovaniya sporov s uchastiem posrednika (procedure mediacii)» ot 27.07.2010; N 193-FZ. [Federal Law «On an alternative procedure for resolving disputes with the participation of a mediator (mediation procedure)»]. SPC Konsultant-plus. (in Russian).
12. Fuko M. Psihiatricheskaya vlast': Kurs lekcij, prochitannyh v Kolledzh da Frans v 1973–1974 uchebnom godu. [The Psychiatric Power: lecture course given at the college da France 1973–1974]. St. Petersburg: Nauka Publ. 2007. (in Russian).
13. Blaga T.S., Dumitrascu D., Galmiche J-P., S.B. des Varannes Functional heartburn: clinical characteristics and outcome Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2013; 25: 282–90. DOI: 10.1097/MEG.0b013e32835b108f
14. Quigley E.M. Nonerosive reflux disease, functional heartburn and gastroesophageal reflux disease; insights into pathophysiology and clinical presentation. Chin. J. Dig. Dis. 2006; 7: 186–90. DOI: 10.1111/j.1443-9573.2006.00266.x.
15. Perelman Ch., Olbrechts-Tyteca L. The New Rhetoric: A Treatise on Argumentation. Transl. by J. Wilkinson, P. Weaver. Notre Dame, IN, Uni. of Notre Dame Press, 1971.