

**ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

Богатырёв Александр Анатольевич

**Социальное взаимодействие врача и пациента с приобретенной
беспомощностью**

14.02.05 – социология медицины

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:
доктор философских наук, профессор
Чижова Валерия Михайловна

Волгоград 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ	11
1.1. Основные теоретические подходы к анализу феномена приобретенной беспомощности;	11
1.2. Приобретенная беспомощность как социальный факт и ее роль в процессе социального взаимодействия;	27
Выводы по 1 главе	42
2. ПАЦИЕНТ С ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТЬЮ КАК АГЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	43
2.1. Экспектации пациентов по отношению к ситуации лечебного взаимодействия;	43
2.2. Модели взаимодействия врача и пациента с приобретенной беспомощностью;	57
Выводы по 2 главе	68
3. ВЛИЯНИЕ ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ НА ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА	69
3.1. Дизайн исследования;	69
3.2. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью;	74
3.3. Компаративный анализ взаимоотношений врача с обычными пациентами и пациентами с приобретенной беспомощностью	96
Выводы по 3 главе	113
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	115

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется необходимостью установления эффективных социальных интеракций с трудными пациентами с целью достижения терапевтического эффекта. О терапевтической роли взаимоотношения врача и пациента писали еще русские врачи XIX вв., такие как М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.С. Корсаков и др. Позитивный эффект лечения становится выше и достигается легче в том случае, когда модель взаимодействия, применяемая медицинским специалистом релевантна личностным особенностям пациента. Важность взаимодействия между врачом и пациентом заключается не только в том, что оно является условием, обеспечивающим последствия лечения, но и в том, что, будучи имманентной составляющей лечебного процесса, оно само по себе обладает терапевтическим эффектом.

Проблеме эффективного взаимодействия врача и пациента в медицинской практике в последнее время посвящается все больше научных исследований (С.А. Ефименко, 2007, Серебренникова О.Н., 2007, В.Г. Табатадзе, 2007, Фирсова И.В., 2009, Шарова Т. Н. 2009, В.О. Гурова, 2011, Д.В. Михальченко, 2012 и др.). Такое пристальное внимание к данной проблематике обусловлено стремлением повышения качества предоставления медицинских услуг как в рамках реализации Государственных программ, таких как, к примеру, «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294¹, так и возрастанием интереса исследователей к данной области знания, поскольку интеракции врача и пациента играют немаловажную роль в формировании процесса эффективного медицинского лечения. Поэтому среди приоритетных

¹ Электронный ресурс <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info>

Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения по основным классам болезней. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr2-1.xls (дата обращения 01.09.2015)

направлений исследований в социологии медицины академиком РАМН А.В. Решетниковым было выделено изучение взаимодействия врача и пациента в современных социально-экономических условиях².

Пациенты отличаются друг от друга разным социальным, профессиональным, материальным статусом, предыдущим жизненным опытом, тяжестью и продолжительностью заболевания, психическим состоянием. Все факторы в той или иной степени могут затруднять формирование позитивного диалога с пациентом. Кроме того, существуют особые категории пациентов, с которыми процесс взаимодействия затруднен, как с точки зрения управления интеракциями, так и с точки зрения достижения терапевтической цели.

В своем большинстве отечественные исследования социальных интеракций проводились с позиции врача, и недостаточно внимания отводилось так называемым трудным пациентам, к которым в первую очередь относятся пациенты с приобретенной беспомощностью. Рассмотрение данной категории больных в малой степени отражено в основном с медицинской точки зрения в рамках клинической психологии³. Однако более внимательное исследование таких трудных пациентов с социологической точки зрения, как особых акторов взаимодействия, позволит определить типовые процедуры создания эффективного терапевтического контакта.

Степень разработанности проблемы. Изучению социальных интеракций на базе общей социологической картины в рамках социального обмена и бихевиористской социологии Джорджа Хоманса, символического интеракционизма Дж. Мида и Г. Блумера, социальной драматургии И. Гоффмана, уделено достаточно много зарубежных и отечественных исследований: В.Н. Бородай, 2008, Ю.Ю. Чилипенко, 2012, Б. Глазер, А. Штраус, 1972, П.В. Пучков, С.С. Дамзаев, 2007, О.А. Власова, 2011 и др.

² Решетников А.В. Социология медицины: Руководство М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

³ Карвасарский Б.Д., Клиническая психология: Учебник для ВУЗов. 4-е изд., Спб.: Оникс, 2011.

В социологической литературе различными авторами рассмотрены социальная роль, социальные и правовые аспекты взаимодействия врача и пациента (И.Б. Назарова, 2004, С.А. Ефименко, 2007), систематизированы пациенты по полу, возрасту, наличию определенных заболеваний (В.Г. Табатадзе, 2007, В.О. Гурова, 2011), исследовано взаимодействие врача и пациента в стоматологической практике (Д.В. Михальченко, 2012) и т.д., однако до сих пор не исследовалась категория пациентов с приобретенной беспомощностью и не исследованы особенности взаимодействия с ними.

Феномен беспомощности в основном рассматривается зарубежными исследователями (М. Селигман, 1965, Б. Овермаер, Д. Хирото, 1971) в русле когнитивно-бихевиорального направления психологии как состояние субъекта (выученная беспомощность), а в отечественной науке в рамках психологии личности как системное качество – личностная беспомощность (Д.А. Циринг, 2001, 2010, В.В. Шиповская, 2009). В рамках педагогической психологии проводились исследования особенностей приобретенной беспомощности учителей (Сыманюк Э.Э., 2006, Девятковская И.В., 2006), в возрастной психологии исследован мотивационный компонент беспомощности (Веденеева Е.В., 2009), рассмотрены факторы возникновения беспомощности в младшем школьном возрасте (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., 2011), показано существенное влияние беспомощности на правосознание личности (Зенина О.Г., Красник В.С., 2009).

Поскольку приобретенная беспомощность объективируется в процессе взаимодействия, а на ранних этапах онтогенеза в формировании приобретенной беспомощности важнейшую роль играет семья (Циринг Д. А., Савельева С. А., 2007; Циринг Д. А., 2009) независимо от времени, устойчивости и способов образования, приобретенная беспомощность является продуктом социализации, то есть приобретается человеком в процессе социального взаимодействия, происходящего в рамках определенных социокультурных связей. Будучи усвоенной, т.е. приобретенной, беспомощность уже объективируется в поведении индивида,

определенным образом влияя на социальное взаимодействие. Таким образом, данный феномен возможно рассмотреть в качестве социального факта, а для анализа социальных интеракций с субъектами, имеющими приобретенную беспомощность, использовать социологический инструментарий.

В то же время, особенности поведения субъектов с приобретенной беспомощностью в ситуациях различных интеракций изучены не достаточно, а приобретенная беспомощность как социальный факт не исследовалась до настоящего времени.

Описание социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью, его поведенческих особенностей, исследование влияния беспомощности на характер ситуации взаимодействия в стационаре, поможет расширить понимание процесса социальных интеракций в медицинской практике и разработать для врачей практические рекомендации по взаимодействию с такими пациентами.

Цель исследования – социологический анализ взаимодействия врача и пациента с приобретенной беспомощностью и разработка рекомендаций по повышению эффективности такого взаимодействия.

Достижение данной цели обеспечивается решением следующих **научных задач**:

1. осуществить социологический анализ приобретенной беспомощности в качестве социального факта на основе выявленных символов-маркеров приобретенной беспомощности пациента;
2. описать социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью, рассмотрев поведенческие особенности пациентов с приобретенной беспомощностью в ситуации стационара;
3. выявить ведущие типы отношения к заболеванию пациентов с приобретенной беспомощностью;

4. определить оптимальные модели взаимодействия врача и пациента с приобретенной беспомощностью;
5. провести компаративный анализ особенностей взаимодействия а) врача и автономных пациентов, б) врача и пациентов с приобретенной беспомощностью.

Объект исследования – Социальная группа пациентов с приобретенной беспомощностью

Предмет исследования – Интеракция врача и пациента с приобретенной беспомощностью

Гипотеза исследования. Анализ медико-социального знания демонстрирует увеличение количества исследований социальных интеракций в ситуации стационара, при этом все больше внимания уделяется активности пациента в процессе терапевтического взаимодействия. Эти исследования демонстрируют достаточно высокую степень воздействия личностных особенностей пациента и его прежнего опыта на ситуацию взаимодействия с медико-социальными субъектами. Мы полагаем, что пациент объективирует приобретенную беспомощность не только при выполнении лечебных рекомендаций, но и при воздействии на медицинского специалиста, что оказывает негативное влияние на характер взаимодействия врача и пациента, снижая его результативность.

Рассмотрение приобретенной беспомощности в качестве социального факта позволяет найти оптимальную модель взаимодействия с такими пациентами, а также определить соответствующие ей тактики и стратегии для повышения эффективности медико-социальной работы.

Научная новизна исследования заключается в рассмотрении феномена приобретенной беспомощности в качестве социального факта. Дано авторское определение феномена приобретенной беспомощности. Впервые выделены символы-маркеры приобретенной беспомощности пациента в рамках теории символического интеракционизма, рассмотрены поведенческие особенности и описан социальный портрет пациента с

приобретенной беспомощностью, а также проанализирована ситуация социальных интеракций с целью разработки практических рекомендаций по взаимодействию с такими пациентами.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Приобретенная беспомощность – субъективное блокирование личных и социальных ресурсов человека, ведущее к неспособности реализации собственного потенциала и обуславливающее неэффективное поведение в ситуации взаимодействия.
2. Социальный портрет пациентов с приобретенной беспомощностью – это преимущественно пациенты женского пола (75,76%), пожилого возраста (51,33%), без высшего образования (88,38%), с низкими оценками по поводу своего здоровья, благосостояния и качества жизни.
3. Приобретенная беспомощность меняет ожидания и представления пациента в сторону занижения его реальных возможностей и ресурсов, само же понятие здоровья для пациентов с приобретенной беспомощностью сводится преимущественно к самоощущению и является не достижимой абстрактной ценностью, поэтому пациенты с приобретенной беспомощностью в большей степени ориентированы на процесс лечения, а не его результат.
4. Среди пациентов с приобретенной беспомощностью в ситуации заболевания обнаружено несколько типов проявления беспомощности: рефлексивный (ощущаемый, осознаваемый субъектом), квазиактивный (преобладает неконструктивная патогенная тревожность), очевидный (присутствует генерализированное безразличие, пессимизм), латентный (реально существующая беспомощность, но не очевидно проявляющаяся в поведении субъекта).
5. Приобретенная беспомощность влияет на ожидания пациентов в области взаимоотношений, определяя возникновение не соответствующих социальной ситуации паттернов поведения, таких

как избегание ответственности за лечение, снижение потребности в скором выздоровлении, ориентацию на мнение и оценку окружающих.

6. Основные типы отношения к болезни пациентов с приобретенной беспомощностью характеризуются отклоняющимся поведением в системе социального взаимодействия. Наиболее выраженный, сенситивный тип отношения к заболеванию, заключается в подверженности колебаниям настроения, связанным с межличностными контактами, чрезмерной ранимостью, озабоченностью мнениями и оценками окружающих по поводу их заболевания.

Достоверность результатов и выводов обеспечивается соответствием цели и задачам осуществленного исследования, а также репрезентативностью выборки, валидностью и надежностью диагностического инструментария. Результаты проведенного эмпирического социологического исследования соотнесены с известными экспериментальными данными отечественных и зарубежных исследований.

Методологическая база исследования – это, прежде всего, идеи деятельно-активистского подхода в парадигме исследования повседневности (Э. Гидденс, А. Турен, П. Штомпка). В выявлении маркеров, указывающих на наличие приобретенной беспомощности, большое влияние оказали положения теории символического интеракционизма Дж. Мида и Г. Блумера. Разработка проблематики приобретенной беспомощности как социального факта осуществлена с опорой на теорию социального действия (Э. Дюркгейм, М. Вебер, Т. Парсонс).

Исследование проводилось в категориальном поле социологии медицины с использованием теоретических разработок социологии пациента (С.А Ефименко, 2007). Методология социологии медицины, разработанная академиком А.В. Решетниковым, позволяет применить интегративный и трансдисциплинарный подход к изучению клинических, психологических и

социальных факторов, определяющих характер и специфику взаимодействия врача и пациента с приобретенной беспомощностью.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в расширении научного знания о феномене приобретенной беспомощности. Разработанные на основе выводов исследования рекомендации могут быть использованы в образовательных программах додипломного и постдипломного обучения врачей и в организации образовательно-профилактических программ для пациентов, а также в качестве материалов в рамках учебных курсов по социологии медицины и социологии медико-социальной работы.

Апробация диссертации проходила на научно-практических форумах разных уровней (Волгоград, 2009, 2011; Краснодар 2013, 2014), в том числе на Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов-2013», Образовательном форуме «Поколение Знаний» Всероссийского молодежного форума «Селигер 2014», . Всероссийском молодёжном образовательном форуме «Таврида-2015», Всероссийском молодёжном образовательном форуме «Территория смыслов на Клязьме 2015».

По материалам исследования опубликовано 15 научных работ, из них 4 – в ведущих рецензируемых научных журналах, определенных Высшей аттестационной комиссией.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, включающего выводы и практические рекомендации, списка литературы (158 источников) и приложений. Объем диссертации – 147 страниц. Диссертация иллюстрирована 1 таблицей и 60 рисунками.

Глава 1. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА ПРИБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ

1.1. Историко-теоретический анализ концепта «приобретенная беспомощность»

В отечественной научной литературе можно обнаружить использование нескольких терминов, так или иначе обозначающих феномен беспомощности: приобретенная, воспитанная, наученная и выученная беспомощность. Однако, при детальном рассмотрении, особых категориальных различий между ними обнаружить не удастся, поэтому использование разных терминов можно объяснить только особенностями перевода с английского языка. Наиболее часто встречающийся термин – выученная беспомощность (learned helplessness), используется отечественными психологами при разработке собственной теории личностной беспомощности, а в социальной психологии Д. Майерса и работах некоторых отечественных авторов по медицине (А.А. Уянаев, В.П. Фисенко, 2006) и педагогической психологии (Е.В. Адриенко, 2004, О.А. Лопес Гильермо, 2005) рассматривается феномен приобретенной и воспитанной беспомощности. Кроме того, существуют исследования ситуативной, личностной беспомощности, а также социальной беспомощности как состояний и явлений, различных по времени, ситуации и способам возникновения (Н.А. Батурин, 1997, 1999, Д.А. Циринг, 1999, 2010).

Следует подчеркнуть, что приобретенная беспомощность - термин, описывающий особое состояние человека, а может быть и группы, не идентичное состоянию объективной беспомощности субъекта. Во втором случае объективно отсутствуют или недостаточны ресурсы для изменения ситуации, например, при нарушениях опорно-двигательного аппарата, человек действительно может оказаться беспомощным, то есть не может

передвигаться без помощи (то есть дополнительных ресурсов). Но если при предоставлении ресурсов (кресло, протезы и т.п.) он по-прежнему не может передвигаться, то это уже настораживающий признак надвигающейся или уже наступившей приобретенной беспомощности.

Многообразие трактовок изучаемого феномена и выявление его различных аспектов, свидетельствуя о сложности самого явления, одновременно указывает на множество проявлений и последствий приобретенной беспомощности, как для самого человека, так и для других людей. Приобретенная беспомощность вплетена в социальную жизнь, (или, прибегая к терминологии П. Штомпки, в социальное поле) в качестве самостоятельного явления, оказывающего возмущающее (вносящее изменения) воздействие на общественную среду, которая представляет собой «ткань, соединяющую людей друг с другом»⁴.

Характерная для современной науки тенденция трансдисциплинарности обуславливает транзитивность научных понятий, довольно часто с изменением их категориального статуса и экспликацией иных признаков, свойств, характеристик, которые не обозначались в первоначальной «материнской» науке. Это относится и к исследованию феномена приобретенной беспомощности, который впервые был открыт и описан в психологии. Поэтому для анализа и рассмотрения приобретенной беспомощности в качестве социального факта необходимо обратиться к истории исследований и проанализировать основные подходы к анализу и интерпретации данного феномена.

Осенью 1964 года в лаборатории Ричарда Л. Соломона в Пенсильванском университете США Мартин Селигман вместе с коллегами проводили эксперименты на животных, с целью исследования взаимосвязи между страхом и научением⁵. Именно тогда впервые и был выявлен феномен

⁴ Штомпка П. Социология социальных изменений / Пер. с англ. под ред. проф. В.А. Ядова. М.: Аспект Пресс, 1996.

⁵ Селигман Мартин Э. П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни М.: София; 2006.

приобретенной беспомощности, впоследствии названный им «learned helplessness». Согласно теории классического обусловливания И. П. Павлова, проводилась тренировка собак таким образом, чтобы они после предъявления звукового сигнала исполняли определенный тип спасительного поведения (перепрыгивали через барьер и убегали), так как звуковой сигнал был связан с неприятным стимулом – ударом тока.

Первый этап эксперимента вырабатывал у собак ассоциацию неприятного ощущения на нейтральный звук (животных подвергали воздействию двух раздражителей: звука высокого тона и короткого удара током), чтобы позднее, услышав звук, они реагировали на него, как на удар током - со страхом.

Второй этап состоял в том, чтобы собаки, будучи помещенными в ящик, разделенный перегородкой, при предъявлении звука высокого тона, перепрыгивали барьер, с целью избежать возможного болезненного стимула. Однако исследовательская группа заметила, что уже на начальном этапе эксперимента собаки только лежали и скулили, не пытаясь избежать неприятного воздействия электричеством.⁶

Таким образом, животные, которые не могли избежать неприятного стимула во время первого этапа эксперимента, усвоили, что попытка бегства является бесполезной и проявляли беспомощность. И, наоборот, те животные, которые не участвовали в первом этапе, с легкостью обучались перепрыгивать через барьер в ящике (второй этап), чтобы избежать боли (Maier, Peterson, & Schwartz, 2000; Miller & Seligman, 1975).

Продолжая свои исследования, в начале января 1965 Мартин Селигман вместе со Стивеном Майером использовали так называемый триадный эксперимент, включающий три группы собак, который подтвердил результаты первоначальных наблюдений: к проявлению беспомощности и капитуляции приводят события, которых нельзя избежать, после чего животные перестают что-либо предпринимать, становятся пассивными.

⁶ Селигман Мартин Э.П. Как научиться оптимизму, М.: Вече, 1997.

«...Первой группе предоставлялась возможность избежать болевого воздействия. Нажав на панель носом, собака этой группы могла отключить питание системы, вызывающей шок. Таким образом, она была в состоянии контролировать ситуацию, ее реакция имела значение. Шоковое устройство второй группы было «завязано» на систему первой группы. Эти собаки получали тот же шок, что и собаки первой группы, но их собственная реакция не влияла на результат. Болевое воздействие на собаку второй группы прекращалось только тогда, когда на отключающую панель нажимала «завязанная» с ней собака первой группы. Третья группа шока вообще не получала».⁷ Смысл данного эксперимента состоял в том, что впоследствии, когда все собаки были помещены в ящик, первая и третья группы собак успешно преодолевали перегородку и избегали негативного воздействия электрошоком, а собаки из второй группы проявляли пассивное, беспомощное поведение.

Дональд Хирото (Hiroto, D., 1971) провел серии экспериментов с людьми, сходные с экспериментами над животными: из трех групп людей, первая не могла повлиять на ситуацию (выключение неприятного громкого звука), вторая группа могла его отключить, третья – звуковому воздействию не подвергалась. В результате, первая группа перестала предпринимать попытки по выключению звука и обучилась беспомощности, проявляя пассивность уже в новых ситуациях, остальные же две группы людей успешно влияли на новые ситуации, оставаясь самостоятельными. Таким образом, был впервые доказан факт наличия сформированной приобретенной беспомощности у человека.

Вместе с тем появились новые вопросы, связанные с формированием беспомощности у людей и объяснением их беспомощного поведения. Одни видели причину своей пассивности в том, что любые их попытки оказались тщетными, и они не справились с заданием из-за недостатка опыта и знаний,

⁷ Maier S.F. Pavlovian fear conditioning and learned helplessness / S.F. Meier, M.E.P. Seligman, R.L. Solomon // Punishment and aversive behaviour. – New York, 1969. – P. 229–243. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death / Seligman M.E.P. – San Francisco: Freeman. – 1975. стр. 67-89.

другие обвиняли в происходящем исследователей и неудачный эксперимент. Ответы на эти вопросы появились в теории приобретенной беспомощности. В ней были выделены переменные, которые влияли как на формирование, так и на избавление от приобретенной беспомощности. Один из главных факторов – это то, как люди объясняют причины происходящего – стили атрибуции. За основу была взята атрибутивная теория Бернарда Вайнера, социального психолога Калифорнийского университета. Данная теория постулирует, что поведение человека регулируется следующими типами атрибуции: способности, усилия, трудность задания и везение. В ней также выделяются причинные факторы, определяющие психологические последствия атрибуции: локус причинности, стабильность и контролируемость, которые влияют на формирование приобретенной беспомощности.⁸

В соответствии с данной теорией Мартин Селигман выделил впоследствии несколько стилей объяснения: постоянство, широту (глобальность) и персонализацию:

Постоянство заключается во временном характере объяснения неприятных последствий и неудач. Чем больше человек уверен, что его неудачи носят временный характер, тем сложнее приобрести беспомощность и наоборот.

Смысл пространственной характеристики состоит в универсальности или конкретности объяснений: «Я постоянно болею, потому что все врачи халтурщики/Мне сложно довериться врачам, потому что они не понимают моих переживаний» или «Я до сих пор болею, потому что не нашла квалифицированного врача/Я не встречал до сих пор отзывчивого специалиста, который меня выслушает». Таким образом, для возникновения беспомощности у субъекта важна широта объяснения событий: чем

⁸ Гордеева, Т.О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы / Т.О. Гордеева // Современная психология мотивации; под ред. Д.А.Леонтьева. - М.: Смысл, 2002.

пространственное объяснение, тем быстрее генерализируется беспомощность на другие аспекты жизнедеятельности человека.

Персонализация является последней характеристикой, указывающей на внутренние или внешние причины случившегося. Люди, склонные к снижению самооценки, более предрасположены депрессивному настроению и приобретенной беспомощности, чем люди, которые находят причины во внешних событиях. Казалось бы, в этом случае человек обращается к самому себе, находя причины в собственном поведении. Однако персонализация заключается в атрибутировании индивидом ответственности за то, что с ним происходит некой внешней силе. На первый взгляд, человек видит причины своих неудач в самом себе, но при этом искренне полагает, что таков каков он есть («неудачник», «несчастливый», «невезучий», «нездоровый» и т.п.) возник в результате обстоятельств (политических, экономических, социальных, семейных) или вообще все списывает на сверхъестественные силы.

Мартин Селигман отмечал, что приобретенная беспомощность отражает веру человека в степень эффективности его действий. Он указывает на три ведущих источника формирования беспомощности:

1. опыт переживания неблагоприятных событий, т.е. отсутствие возможности контролировать события собственной жизни; при этом приобретенный в одной ситуации отрицательный опыт начинает переноситься и на другие ситуации, в которых возможность контроля реально существует. К неконтролируемым событиям Селигман относил обиды, наносимые родителями (можно добавить — и учителями, и воспитателями детских учреждений), смерть любимого человека, серьезную болезнь, развод родителей или скандалы, потерю работы;

2. опыт наблюдения беспомощных людей (например, телевизионные сюжеты о незащищенных жертвах);

3. отсутствие самостоятельности в детстве, готовность родителей все делать вместо ребенка.⁹

Приобретенная беспомощность характеризуется дефицитарностью в трех областях личностной сферы — мотивационной, когнитивной и эмоциональной. Так, например, мотивационный дефицит проявляется в неспособности действовать, активно вмешиваясь в ситуацию, когнитивный — в неспособности впоследствии обучаться тому, что в аналогичных ситуациях действие может оказаться вполне эффективным, и эмоциональный — в подавленном или даже депрессивном состоянии, возникающем из-за бесплодности собственных действий.¹⁰

Приобретенная беспомощность связана со многими понятиями, такими как локус контроля (из теории Дж. Роттера), внешний и внутренний тип атрибуции ответственности (Ф. Хайдера), воспринимаемым контролем, самоэффективностью (А. Бандура) и тд.

Так в возникновении беспомощности важную роль играет локус контроля - одна из характеристик, являющаяся предиктором возникновения беспомощности. Эксперименты Дональда Хирото доказали, что беспомощность с большей вероятностью формируется у испытуемых с экстернальным локусом контроля, тогда как испытуемые с интернальным локусом контроля остаются устойчивыми к ней. Логично предположить, что испытуемые с личностной беспомощностью имеют не только более выраженный экстернальный локус контроля, но и менее развитый компонент контроля в структуре жизнестойкости.¹¹

Бандура определяет самоэффективность в качестве противоположности приобретенной беспомощности как «убеждения человека относительно его способности управлять событиями, воздействующими на его жизнь». Люди с

⁹ Селигман Мартин Э. П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни М.: София; 2006.;

¹⁰ Ильин Е. П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. М.: Питер. 2011

¹¹ Исследование жизнестойкости у беспомощных и самостоятельных подростков // Вестник Томского государственного университета Год выпуска: 2009 Номер выпуска: 323

высокой самоэффективностью более настойчивы, менее тревожны, менее склонны к депрессиям, добиваются больших успехов в обучении. Бандура подчеркивал, что самым важным источником самоэффективности являются успехи: «действия субъекта в конкретной ситуации зависят от взаимного влияния окружающей среды и нашего сознания, в особенности от сознательных процессов, связанных с убеждениями, что мы можем или не можем осуществить некоторые действия, необходимые для того, чтобы изменить ситуацию в лучшую для нас сторону»¹². Бандура назвал эти ожидания самоэффективностью. В качестве причин изменения самоэффективности Бандура рассматривает опыт непосредственной деятельности, косвенный опыт, общественное мнение, а также физическое и эмоциональное состояние человека. Таким образом, приобретённая (выученная) беспомощность является отрицательной самоэффективностью, когда ожидания человека сосредоточены на невозможности что-либо изменить.

Состояние приобретенной беспомощности у субъекта может инициировать ситуацию манипулятивной межличностной игры, целью которой является привлечение к себе внимания и снятия с себя ответственности. Этот характер особенно ярко виден в тех ситуациях, когда беспомощность вдруг становится явно невыгодной. Тогда «беспомощный человек» вдруг резко преображается, беспомощность резко уходит, «спадает», и человек мгновенно превращается во вполне состоятельного, разумного и самостоятельного.

В отечественной психологии выученную беспомощность некоторые исследователи рассматривают как одну из форм нарушения поисковой активности (В.С.Ротенберг, И.С.Коростелева, И.А.Аршавский). Среди факторов, влияющих на устойчивость к беспомощности В.С.Ротенберг выделяет высокую и устойчивую самооценку, самоуважение к себе как

¹² Бандура А. Теория социального научения. /Перевод с английского под редакцией Чубарь Н. Н. Издательство ЕВРАЗИЯ, Санкт-Петербург, 2000. – 320 с.

личности и опыт преодоления действительно трудных проблем, требующих мобилизации его интеллектуальных, моральных и физических сил, особенно в детстве. В исследованиях И.С.Коростелевой, В.С.Ротенберга также была обнаружена устойчивая взаимосвязь между выученной беспомощностью, алекситимией и возникновением психосоматических заболеваний.¹³

Феномен приобретенной беспомощности также важно соотнести с различными состояниями человека, такими как депрессия, виктимность, состояние стресса и дистресса.

Согласно убеждениям М. Селигмана, приобретенная беспомощность является звеном в цепочке возникновения депрессии, которую он определяет как усугубленный пессимизм. Таким образом, можно сказать, что депрессия является усугубленным состоянием приобретенной беспомощности, крайним состоянием пессимизма. Однако депрессия является клиническим диагнозом, когда как приобретенная беспомощность – феномен психологический и социальный и не подвергается медикаментозному лечению. При этом депрессия и приобретенная беспомощность реципрокны: одно провоцирует и закрепляет другое.

Приобретенную беспомощность можно спутать с позицией жертвы, которая также практически ничего не предпринимает для изменения сложившейся ситуации (виктимное поведение). Виктимность может также привести к появлению депрессии, может быть симптомом депрессии, поэтому терапия депрессивных состояний ведет к уменьшению проявления виктимного поведения. Поэтому, виктимность и приобретенная беспомощность могут быть схожи и взаимосвязаны, однако принципиальное отличие у них заключается в поведенческих проявлениях и их связи с интеллектом. Так виктимность может проявляться как пассивным так и активным (агрессивным) поведением, приобретенная беспомощность как правило пассивна и не связана с уровнем интеллекта субъекта.

¹³ Волкова О.В. Степень разработанности и история проблемы выученной беспомощности [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 1 (1). – URL: <http://medpsy.ru/climp> (20.10.2014)

Стресс также связан с феноменом приобретенной беспомощности. Исследования показали, что лица, испытывающие беспомощность, чаще всего подвергаются стрессу и тревоге. В ситуации с приобретенной беспомощностью это будет выглядеть, например, так: допустим, пациент неоднократно обращается в стационар, но врачи не в силах установить причину заболевания или помочь пациенту. Соответственно при обращении к следующему врачу пациент, возможно, будет испытывать либо сильную тревогу, страх, либо глубокую апатию, потому что по предыдущему опыту он убедился, что он не может принципиально изменить результат лечения. Таким образом, состояние приобретенной беспомощности ближе к состоянию дистресса, когда организм уже истощен и перешел в режим "экономии энергии".

В отечественной психологии много внимания исследованию выученной беспомощности, а в дальнейшем личностной беспомощности, было уделено в работах Д.А. Циринг (1994, 2010 гг.), которая предложила четырехкомпонентную структуру личностной беспомощности, включающую в себя волевой, эмоциональный, когнитивный и мотивационный компоненты и дала определение беспомощности: как "устойчивого образования личностного уровня, включающего в себя сочетание определенных личностных особенностей, пессимистического атрибутивного стиля и устойчивых невротических нарушений, которое объединяется в единый симптомокомплекс."¹⁴

Выделенные компоненты выученной беспомощности включают в себя следующие дефициты:

1. Эмоциональный: замкнутость, равнодушие, неуверенность, эмоциональная неустойчивость, склонность к чувству вины, ранимость, низкий контроль эмоций, обидчивость, тревожность, депрессивность, фрустрированность, астения.

¹⁴ Циринг Д. А. Психология личностной беспомощности: Автореф. дисс. докт. психол. наук – Томск, 2010;

2. Мотивационный: экстернальный локус контроля, мотивация избегания неудач, низкая самооценка, низкий уровень притязаний, страх отвержения, экстратенсивная мотивация, низкий уровень креативности, низкие показатели дивергентного мышления.

3. Когнитивный: низкая дивергентная продуктивность, ригидность мышления, пессимистический атрибутивный стиль, безынициативность, нерешительность, робость.

4. Волевой: низкая сформированность организованности и настойчивости, недостаточные выдержка и целеустремлённость.

В качестве противоположного беспомощности феномена был выделен симптомокомплекс по своему психологическому содержанию, названный «самостоятельностью», который характеризуется выраженной волевой активностью, оптимистическим мировосприятием, эмоциональной уравновешенностью, интратенсивной мотивацией, креативностью (Д.А.Циринг, Ю.В.Яковлева).

В русле концепции личностной беспомощности продолжаются исследования социально-психологических особенностей беспомощности и самостоятельности (Ю.К. Мухаметова, Д.А. Циринг), изучаются факторы, детерминирующие формирование беспомощности, в том числе родительские стили воспитания и травмирующие события (Е.В. Веденеева, С.А. Сальева, Д.А. Циринг).

В других смежных исследованиях, упоминание беспомощности, также как и у западных коллег, встречается в русле изучения копинг-стратегии, стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, посттравматических стрессовых расстройств (Н. В. Тарабрина, М. Ш. Магомед-Эминов, Н. Н. Пуховский, Ф. Е. Василюк, К. Муздыбаев, В. Лебедев, М. М. Решетников, Ц. П. Короленко, Ю. А. Александровский и др.).

В социальных науках есть упоминание о беспомощности у Д. Майерса, который ссылаясь на исследования Мартина Селигмана, показывает, что

пациенты, ведущие себя покорно в соответствии с предписаниями врача, зачастую просто находятся в состоянии беспомощности, а их подобная пассивность может быть хороша с точки зрения медицинского персонала, но с точки зрения здоровья и выживания людей вредна. Кроме того некоторые заболевания являются следствием ощущения собственной беспомощности и утраты возможности делать выбор. Пациенты больниц, наученные верить в свою способность контролировать стресс, обходятся меньшим количеством обезболивающих и успокоительных средств и ведут себя более спокойно (Langer et al., 1975).

Результаты исследований подтверждают: системы руководства или управления людьми, способствующие формированию осознанного самоконтроля, благоприятствуют здоровью и счастью.

Подобные экспериментальные условия не вызывают таких заболеваний, как рак, но ослабляют иммунную систему. Крысы, которым вводили живые раковые клетки, чаще заболевали и умирали от опухолей, если также подвергались ударам электрического тока, которых не могли избежать, в отличие от животных, получавших удары током, от которых они могли «увернуться», или вообще не получавших никаких ударов. Более того, крысы, получавшие в молодом возрасте удары током, не имея возможности их контролировать, заболевали раком – после введения живых раковых клеток и очередной серии ударов током – в 2 раза чаще, чем крысы, которые в молодом возрасте имели возможность контролировать электрошок (Visintainer & Seligman, 1985). Животные с выученной беспомощностью реагируют более пассивно, а результаты анализов крови свидетельствуют об их ослабленном иммунитете.

Однако между крысами и людьми большая разница. Тем не менее количество свидетельств в пользу того, что стрессы делают людей более уязвимыми для различных заболеваний, увеличивается.

Результаты фундаментального исследования, проведенного шведскими учеными, свидетельствуют о том, что, по сравнению с теми рабочими,

которые не переживали производственных стрессов, у их коллег, переживавших такие стрессы, вероятность заболеть раком прямой кишки в 5,5 раза выше (Courtney et al., 1993). Выявленные различия в заболеваемости нельзя объяснить ни разницей в возрасте, ни разным отношением обследованных людей к курению или алкоголю, ни их физическими особенностями.

Если верно, что неконтролируемый стресс влияет на состояние здоровья, подрывает защитные силы организма и делает человека пассивным и безучастным, то будут ли люди, демонстрирующие пессимизм, более подвержены различным недугам? Так ли это на самом деле? Справедливость этого тезиса подтверждают результаты нескольких исследований: пессимистический стиль объяснения негативных событий (высказывания вроде таких, как «Это моя вина, теперь всегда так будет, и все пойдет прахом») делает заболевания более вероятными. Кристофер Петерсон и Мартин Селигман изучали высказывания 94 выдающихся бейсболистов, опубликованные в печати, с целью выяснить, как часто они прибегали к пессимистическим объяснениям таких негативных событий, как проигранные важные матчи, т. е. как часто спортсмены объясняли свои неудачи стабильными, глобальными или внутренними причинами (Peterson & Seligman, 1987). Те бейсболисты, которые постоянно прибегали к пессимистической мотивировке, умерли в сравнительно молодом возрасте. Оптимисты – люди, которые объясняли стабильными, глобальными и внутренними причинами позитивные события, прожили значительно дольше, чем пессимисты.

Известно также, что те из выпускников Гарвардского университета, которые по результатам интервью 1946 г. были признаны наиболее оптимистически настроенными людьми, по итогам интервью 1980 г. были признаны наиболее здоровыми (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988). Слушатели вводного курса в психологию из Технического университета штата Вирджиния, оптимистически объяснявшие негативные события,

спустя год после тестирования меньше страдали от простуд, ангины и гриппа. По данным Майкла Шайера и Чарльза Карвера, оптимисты (люди, которые соглашались с такими высказываниями, как «Я всегда рассчитываю на лучшее») реже болеют разными болезнями и быстрее выздоравливают после операции аортокоронарного шунтирования. Они также более активно, эффективно и с лучшими результатами справляются с физическими неприятностями (Affleck et al., 2000; Aspinwall & Taylor, 1997; Scheier et al., 2000). Здоровый образ жизни – физические упражнения, правильное питание и отсутствие таких вредных привычек, как пристрастие к спиртному, – важнейшее условие долголетия многих оптимистов (Peterson & Bossio, 2000). Говард Теннен и Гленн Аффлек на основании собственных исследований пришли к выводу о том, что позитивный, оптимистический стиль объяснения целителен сам по себе (Tennen & Affleck, 1987). Но они также напоминают нам о том, что в каждой бочке меда есть своя ложка дегтя. Многие оптимисты считают себя неуязвимыми и поэтому не предпринимают разумных мер предосторожности. Так, оптимисты, курящие сигареты с высоким содержанием смол, недооценивают риск, которому подвергают себя (Segerstrom et al., 1993). Если же случается несчастье, например, оптимист сталкивается с серьезной болезнью, последствия могут быть трагическими.

И беспомощные собаки, и переживающие депрессию люди страдают от того, что может быть названо «параличом воли», пассивной покорностью и даже нежеланием двигаться. Постоянная негативная ситуация приводит к негативным последствиям не только в обход осознания происходящего, но и на гормональном уровне. Так, отечественными исследованиями, было установлено, что при приобретенной беспомощности ареактивность к предъявляемым сигналам сопровождается изменением снижения кортикостерона в плазме крови в ответ на обучающее воздействие.

Возникновение беспомощности при социальных контактах было передано в экспериментах на животных Н.Н. Кудрявцевой. Так в экспериментах с мышами, было доказано, что если победителей поединков

между двух самцов мышей подсаживать к проигравшим, у первых формировалась беспомощность. У них также развивалось состояние беспомощности, имевшее все признаки депрессии у человека. В результате у животных с опытом постоянных поражений в конфликтах возникает стойкое, сохраняющееся неделями расстройство функций, характерное для приобретенной беспомощности¹⁵

Самый яркий пример использования технологии искусственного создания приобретенной беспомощности среди людей – трудовые лагеря нацистской Германии, где находились граждане Германии, которых «перевоспитывали» иррациональным трудом. Среди заключенных в такой тюрьме оказался психолог Бруно Беттельхайм. Он быстро вычислил метод создания неконтролируемого стресса для подавления воли и назвал это формированием детского мироощущения – для маленького ребенка действительно успешная стратегия поведения – полное послушание.

Беттельхайм провел в лагере девять месяцев, но довольно скоро нашел способ сопротивления: делать все, что не запрещено. Это смещенная активность: ты не можешь сбежать из лагеря, не можешь предсказать ситуацию. Не запрещено чистить зубы – делай это, потому что это ты решил. Этот метод смещенной активности и используется для предотвращения вредных последствий неконтролируемости¹⁶.

Можно сделать вывод, что субъективное восприятие самой тяжелой ситуации как контролируемой предотвращает развитие депрессии, поскольку в концлагерях выживали (психически) люди, которые чистили зубы, делали зарядку и т.д. - делали все из обычной жизни, что не запрещено. Такое поведение превращает объективно неконтролируемую ситуацию в субъективно контролируемую.

Другим, уже стратегическим методом развития толерантности к беспомощности, может являться образование. В США проводили

¹⁵ Кудрявцева Н. Н. Нейрофизиологические последствия обученной агрессии // Наука и будущее: идеи, которые изменят мир: материалы международной конференции. - Москва, 2004. - С. 100-102

¹⁶ Беттельхайм Бруно. Люди в концлагере/ Психология Биографии и Мемуары, 2008/<http://romanbook.ru/book/download/9461365/>

исследования: кто лучше приспосабливается к условиям войны. Выяснилось, что это люди с высшим образованием. Их результаты куда лучше, чем у людей с криминальным прошлым, но не потому что люди с образованием больше знают, а потому что высшее образование в большей степени учит учиться, развивает выносливость и упорство.

Следующим направлением может являться переход в другую социальную структуру. Самоидентификация себя с сообществом, в котором личность успешна, позволит в целом повысить веру в свои силы и, соответственно, ощущение контроля над событиями.

Не стоит оставлять без внимания и психофизиологические методы. Сюда прежде всего относится спорт. Повышенное выделение эндорфинов при физической нагрузке ведет к повышению настроения, при этом любая ситуация воспринимается более положительно, соответственно, менее травмирующей и более подконтрольной.

1.2. Приобретенная беспомощность как социальный факт и ее роль в процессе социального взаимодействия

Выше мы рассматривали выученную беспомощность как психологический феномен, однако сама суть беспомощности заключается в объективации в социальных отношениях и социальном взаимодействии. Другими словами, беспомощность, проявляясь в поведении человека, приобретает социальное значение, которое интерпретируясь субъектами в процессе взаимодействия тем самым превращается в социальный факт. Субъект с приобретенной беспомощностью проявляет такое социальное поведение, при котором он не полностью использует имеющиеся у него возможности для решения возникающих жизненных проблем, практически бездействуя там, где, напротив, надо активно действовать.

Исследование природы социальных фактов началось в конце позапрошлого века в русле социологической концепции, разработанной Эмилем Дюркгеймом. Так в соответствии с данным направлением, факт имеет пространственно-временную континуальную сущность и может быть включен в ту или иную систему знаний. В методологии Э. Дюркгейма социальный факт играет роль структурного компонента концепции структурного функционализма. Общество по Дюркгейму, как автономная сфера деятельности, развивается почти исключительно по своим внутренним законам, не испытывая серьезного воздействия факторов несоциального характера. Состояние общества зависит от внутренних связей его материальной структуры и характера его сознания. Поэтому и объяснение феномена социальной жизни нужно искать в природе самого общества.

Зарубежными исследователями (М. Селигман, 1965, Б. Овермаер, Д. Хирото, 1971) беспомощность рассматривается в основном в рамках когнитивно-бихевиорального направления психологии как состояние субъекта (выученная беспомощность), а в отечественной науке как системное

качество личности – личностная беспомощность (Д.А. Циринг, 2001, 2010, В.В. Шиповская, 2009, Е.В. Веденеева 2009).

Однако независимо от времени, устойчивости и способов образования, данный феномен является продуктом социализации, то есть приобретается человеком в процессе социального взаимодействия, происходящего в рамках определенных социокультурных связей. Поэтому мы разделили понятия «выученная беспомощность» и «приобретенная беспомощность». Первое понятие отражает психологический феномен, второе – социальный. Именно приобретенная беспомощность выступает в виде социального факта, но для её рассмотрения в таком качестве необходимо обратиться к этимологии данной категории и рассмотреть основные подходы к его определению.

Впервые данное понятие было введено в социологию Эмилем Дюркгеймом (1858-1917) — социологом и философом, классиком французской социологической школы. Социальными фактами Э. Дюркгейм в своей работе «О разделении общественного труда» называет типы поведения или мышления, которые «не только находятся вне индивида, но и наделены принудительной силой, вследствие которой они навязываются ему независимо от его желания». Далее он пишет, что «социальный факт узнается по внешней принудительной власти, которую он имеет над индивидом. Определить это влияние возможно по существованию какой-нибудь определенной санкции, или по сопротивлению, оказываемому этим фактом каждой попытке индивида выступить против него. Его можно определить также и по распространению его внутри группы». Там же ...«между тем социальные явления суть вещи, и о них нужно рассуждать как о вещах. Вещью же является все то, что дано, представлено или, точнее, навязано наблюдению. Рассуждать о явлениях как о вещах — значит рассуждать о них как о данных, составляющих отправной пункт науки. Социальные явления бесспорно обладают этим признаком»¹⁷.

¹⁷ Дюркгейм Э. «О разделении общественного труда» Изд.: Директ-Медиа, 2011

Можно ли проинтерпретировать феномен приобретенной беспомощности в качестве принудительной силы, оказывающей влияние на поведение индивида и его взаимодействие с другими людьми? Если ограничиться диспозиционной трактовкой данного феномена, как определенного набора личностных черт, то, безусловно, в данном случае мы получаем, хоть и распространенную, но при этом индивидуальную проблему. Тогда явление выглядит как приватное, а не социальное, хотя и может быть порождено социальными причинами. Однако как подчеркивают все исследователи сущность приобретенной беспомощности заключается в субъективно воспринимаемой дефицитарности личных и социальных ресурсов. А это уже не сводимо к особенностям личности, поскольку ресурсная дефицитарность одного индивида порождает определенное и специфическое воздействие на другого индивида, другими словами обладает принудительной силой. Мало того, приобретенная беспомощность, поскольку она детерминирует поведение человека, является принудительной силой и по отношению к самому ее носителю: она блокирует психологические и социальные ресурсы человека, вызывая его сопротивление всем попыткам обнаружить, пробудить, усилить его потенциал. Особенно большое значение это имеет в условиях институционального взаимодействия, и тем более важно, когда системообразующей ценностью этого взаимодействия являются жизнь и здоровье.

Описание социального факта не ограничивается только лишь положениями Э. Дюркгейма, но и содержит следующие более широкие определения. Согласно В.А. Ядову «В современной социологии социальными фактами принято считать: (а) совокупные, систематизированные характеристики массового поведения; (б) совокупные, систематизированные характеристики массового сознания - мнений, оценок, суждений, верований и т.п.; (в) совокупные, обобщенные характеристики продуктов человеческой деятельности, материальной и духовной; наконец,

(г) в феноменологически ориентированной социологии в качестве социального факта рассматривается отдельное событие, случай, состояние социального взаимодействия, подлежащее интерпретации с позиций деятельного субъекта»¹⁸. Можно ли человека с приобретенной беспомощностью рассматривать в качестве деятельного субъекта и соответственно приобретенную беспомощность как социальный факт именно в такой трактовке, которую дает В.А. Ядов? Отвечая на этот вопрос, мы исходим из того, что блокирование и дефицитарность ресурсов, свойственные приобретенной беспомощности, детерминируют тип социального действия, сводя к минимуму целерациональность, максимизируя аспекты аффективного и ценностнорационального типа (при этом следует учитывать, что система ценностей в ситуации субъективной дефицитарности весьма своеобразна). А всякое социальное действие, будучи ориентированным на другого, является простейшим элементом социального взаимодействия и следовательно, социальным фактом.

Кроме того, по мнению Питирима Александровича Сорокина, любое социальное явление есть социальная связь, имеющая психологическую природу и реализующаяся в сознании индивидов, которая выступает за его пределы по содержанию и продолжительности. Всякое взаимодействие между кем бы оно ни было, раз оно обладает психическим характером (в вышеуказанном смысле этого слова), будет социальным явлением или фактом¹⁹.

Соответственно, чтобы эксплицировать некоторые факты окружающей социальной действительности в качестве социальных явлений, их необходимо рассматривать через призму деятельности и социальных взаимосвязей, с целью получения возможности выделения основных маркеров - регуляторов - характеристик, непосредственно доступных для

¹⁸ Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / Москва: Омега-Л, 2007

¹⁹ Сорокин П. Социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали / Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

восприятия субъекту взаимодействия. Применительно к приобретенной беспомощности такое рассмотрение становится возможным как раз в рамках феноменологически ориентированной социологии.

В рамках феноменологического подхода Чикагская социологическая школа в начале прошлого века акцентировала внимание своих исследований на субъективной регуляции социальной связи. Согласно представлениям данной школы, мир, окружающий людей, дискретный и непонятный, поэтому человек в своем понимании стремится придать ему целостность. Для этого люди вырабатывают

1. систему ценностей;
2. систему норм
3. и систему соответствующих им стереотипных действий.

Усваиваясь (социализируясь) людьми, они становятся сознательными установками социальной связи. Передаваясь от одного поколения к другому, они оказываются объективными характеристиками повседневной жизни (системы социальных связей), важнейшего понятия феноменологической социологии.

В рамках этого направления сознательная или бессознательная установка человека (аттитюд), осуществляющего действие, принимается за эмпирический факт и отправной момент социологического анализа. В обиход социальных наук термин «аттитюд» — «процесс индивидуального сознания» был введен У. Томасом и Ф. Знанецким в их 5 томном исследовании «Польский крестьянин в Европе и Америке» (1918-1920гг.). В их совместной работе было проведено детальное исследование системы социальных установок и показано, что конфликты и социальная дезинтеграция возникают в случаях, когда индивидуальные определения ситуации личностью не совпадают с групповыми ценностями.

В дальнейшем был развит мультикомпонентный взгляд на аттитюд. Данная трехкомпонентная структура аттитюда была определена в 1942 г. М.Смитом, в которой выделяются: а) когнитивный компонент (осознание

объекта социальной установки); б) аффективный компонент (эмоциональная оценка объекта, выявление чувства симпатии или антипатии к нему); в) поведенческий (конативный) компонент (последовательное поведение по отношению к объекту). Теперь социальная установка определялась как осознание, оценка, готовность действовать²⁰. Такие представления об аттитуде напрямую согласуются с теорией М. Селигмана, в которой анализируются когнитивный, мотивационный и эмоциональный компоненты беспомощности.

Данные компоненты - т.е. дефициты, содержат определенный набор маркеров, на основании которых сторонний наблюдатель или субъект взаимодействия может сделать вывод о том, что имеет дело с приобретенной беспомощностью. Например, Солнцева Н.В. пишет о том, что наличие приобретенной беспомощности у человека можно определить на основе слов - маркеров, употребляемых в речи:

«Не могу» (просить о помощи, отказывать, найти друзей, строить нормальные отношения, изменить свое поведение и т.д.)

«Не хочу» (учить трудный предмет, менять образ жизни, решать существующий конфликт и т.д.). Осознание, что «Я не могу что-то сделать», тесно связано с переживанием того, что «Я - плохой, слабый, неудачник», то есть с очень дискомфортным состоянием. Поэтому происходит трансформация «Я не могу» в «Я не хочу» или «Это не мое».

«Всегда» («взрываюсь» по пустякам, опаздываю на встречи или работу, вечно все теряю и т. д., то есть «я всегда таким(ой) был(а), есть и буду»)

«Никогда» (не могу вовремя подготовиться к встрече, не прошу о помощи, у меня никогда не получится справиться с этой проблемой и т.д.)

«Все бесполезно» (нечего и пытаться, никогда ни у кого ничего в этой ситуации не получалось, и не такие как ты пробовали, но...)

²⁰ Мещерякова И.А. Большой психологический словарь. — М.: Прайм-ЕВРОЗНАК. Под ред. Б.Г. Мещерякова, акад. В.П. Зинченко. 2003.

«В нашей семье все такие» (семейные послания о способностях к определенным наукам, о неудачной судьбе или замужестве)²¹.

Представления пациента о процессе и исходе лечения могут быть искажены приобретенной беспомощностью, которая меняет апперцепцию и экспектации субъекта. Любые попытки стимулировать его субъектность пациент может расценить как уход врача от ответственности либо расценить активность специалиста как нечто вредное либо неугодное его душевному состоянию. Пациент может иметь негативные ожидания об исходе лечения, о медицинских специалистах, так как предыдущий опыт взаимодействия с персоналом, либо восприятие чужого опыта, внешней информации, создавшее эффект ореола и/или стереотипизации, могли оставить у него негативные впечатления. Однако сама ситуация терапевтического взаимодействия подразумевает разумную самостоятельность и достаточную активность пациента вне зависимости от его субъективных установок в процессе лечения, а именно беспомощность создает преграды для осуществления эффективного взаимодействия, возможно создавая отношения зависимости, хронических заболеваний и даже депрессий.

В таком случае, приобретенную беспомощность можно рассматривать, в качестве той самой принудительной силы, меняющей интерпретации субъектом в сторону занижения его реальных возможностей, что особенно актуально в ситуации терапевтического взаимодействия. К тому же такие социальные факты как типы поведения или мышления не только находятся вне индивида, но и наделены принудительной силой, вследствие которой они навязываются ему независимо от его желания. Когда субъект добровольно соответствует свои поступки и деятельность с ними, он может не замечать их принуждающего влияния, но принуждение проявится тотчас же, как только субъект попытается сопротивляться.

²¹ Солнцева Н. В. Феномен выученной беспомощности: причины формирования и пути преодоления. // Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей» / Под редакцией В. Н. Панферова, Е. Ю. Коржовой и др. - СПб.: Издательство НИИРРР, 2011. - С. 174-180;

Термин беспомощности в её понимании в рамках психологической науки был предложен М. Селигманом для обозначения того факта, что беспомощность уже является приобретенным состоянием под воздействием факторов (в том числе и социальных) внешней среды.

Интерпретируя всё это сквозь призму социологического знания, можно сделать вывод о том, что беспомощность усваивается индивидом в процессе социализации, в рамках социокультурных связей.

Таким образом, поскольку беспомощность приобретается индивидом в процессе деятельности и в рамках социокультурных связей, а через усвоение аттитудов происходит социализация, можно сделать вывод о том, что обладая возможностью распространяться от индивида к индивиду, обладая принудительной властью по отношению к индивиду, определяя его ожидания, представления, верования и тд., приобретенная беспомощность как социальный факт в рамках концепции феноменологической социологии представляет собой состояние сознания индивида, или негативный аттитюд (программу), усваиваемый в процессе социализации и проявляющийся в поведении особыми символами - вербальными, поведенческими, интеллектуальными и эмоциональными маркерами.

Как мы уже рассматривали беспомощное поведение может возникнуть вследствие ситуаций, в которых оказывается человек. В качестве ситуационных причин беспомощного поведения могут выступать следующие: возникновение ситуации, в которой для любого человека невозможно найти удовлетворительный выход из создавшегося положения; появление ситуации, в которой человек не может хорошо разобраться, хотя она потенциально содержит в себе возможность выхода из создавшегося положения; возникновение ситуации, которая невольно уводит человека от правильного решения проблемы, фактически заводя его в тупик; непредсказуемость и изменчивость ситуации, ее преобразование таким, образом, что в ней трудно или невозможно принять какое-либо определенное решение.

В течение своей жизни субъект может неоднократно сталкиваться с феноменом приобретенной беспомощности. Начиная с детских лет у индивида под воздействием стрессовых факторов формируется понимание того, что от его прикладываемых усилий зависит то, как к нему относятся окружающие, в дальнейшем складывая определенное мнение о себе. Д. Циринг пишет, что «на формирование беспомощности влияет не только опыт длительных неудач, но и опыт длительного, легко достигаемого успеха. Сопротивляемость к беспомощности повышается благодаря опыту преодоления трудностей, опыту активного поискового поведения... Следует учитывать, что контролирующие стратегии врачей (например, использование слов «следует», «должен», внешних стимулов) формируют у пациентов внешнюю мотивационную ориентацию и предрасполагают к беспомощности»²²

Поскольку в течение жизни может случаться ряд негативных с другим не связанных событий, данный феномен может приобретаться в любой жизненной ситуации и временном промежутке.

С другой стороны, необходимо представить возможность существования человеческого индивида, в поведении которого не обнаруживается беспомощность, приобретенная под воздействием негативных факторов. Будет ли такой субъект постоянно проявлять активную позицию, не опираясь на пережитый негативный опыт?

Не вызывает сомнения тот факт, что поступление личности в стационар подвергает эту личность достаточному стрессу, а в случае длительного нахождения, применения специальных методов лечения, отсутствия скорого выздоровления личность может войти в ситуацию дистресса или даже длительное депрессивное состояние. Возникновение беспомощности у пациента возможно под влиянием различных факторов: пола, возраста, личностных особенностей (темперамент; черты характера;

²² Циринг Д.А. Феномен личностной беспомощности у младших школьников // Начальная школа: плюс-минус. - 2009. - № 1. - С. 79.

система отношений; иерархия ценностей, потребностей, интересов, мотивов). Кроме того, особенности и тяжесть самого заболевания: острое, хроническое течение болезни также во многом определяют реакцию пациента в ответ на воздействия социальной среды. Пациент оценивает свое состояние через болевые ощущения, необходимость лечения и способы лечения, вероятность инвалидизации и хронизации, вероятность летального исхода, изменение в доступном уровне и объеме общения, социальной оценки болезни.

Обычно у пациентов не достаточно возможностей к проявлению инициативного поведения, так как сама формализованная ситуация стационара накладывает ограничения на интерпретацию стимулов и реакций субъектов взаимодействия. Кроме того, изначальная позиция пациента носит характер зависимости от врача, подавленность заболеванием, тревожные эмоции. Поэтому проблема любой болезни – изменение привычного уклада жизни. Происходит снижение или потеря трудоспособности. При тяжелых физических страданиях психика человека всегда претерпевает изменения: изменяются психические процессы (ощущения, память, восприятие, внимание, мышление); психические состояния (эмоциональные реакции); психические свойства (характер). Пациент фиксирует свое внимание на болезни и лечении, возможном исходе, ждет и ищет помощи, становится эгоцентричным. Болезнь отодвигает служебные дела, меняет положение человека в семье, обществе, часто делает его беспомощным и зависимым. Вынуждает пользоваться помощью близких, родных, медицинских работников. Пациент становится внушаемым, неуверенным. Это может развиваться до такого субъективного состояния пациента, при котором надежда на выздоровление конкурирует с безнадежностью. Усиливается тревога, мнительность, неуверенность, раздражительность, печальная озабоченность, угрюмость, замкнутость. Могут появиться не присущие человеку черты характера, такие как зависть и неприязнь к здоровым. Веселый и добродушный человек может стать капризным, раздражительным, все

окружающее будет вызывать отрицательные, негативные реакции. У тяжелобольных пациентов нарушается речь, настроение, моторика, активность, восприятие течения времени, сон, аппетит. Время течет медленно, день кажется бесконечным, заполненным тягостными событиями и переживаниями.

Экстратенсивная мотивация и экстернальный локус контроля делают человека зависимым от других людей, обстоятельств. Пессимистический прогноз разрушает смысл предпринимаемых действий, что ослабляет силу мотивов, затрудняет процесс принятия решений и влечёт за собой отказ от намерения и исполнения действия.

Поэтому основные трудности во взаимодействии с пациентом возникают из-за незнания врачом личности больного, его прежнего опыта. Отсутствие активности пациента означает неэффективность почти всех терапевтических вмешательств.

Одним из явлений, способным вызвать у пациента состояние приобретенной беспомощности, является так называемая ятрогения - психогенное состояние, вызванное неадекватным поведением медицинского персонала (при котором пациент может почувствовать себя тяжелобольным). Причиной могут являться повышенная тревожность и избирательность восприятия в процессе контакта с медицинским персоналом, отсутствие учета медицинским работником личностных особенностей пациента, нарушение медицинской этики. Важную роль имеют жесты, мимика и эмоции медицинского работника. Ятрогению может вызвать неправильно понятый медицинский термин, частое перебрасывание пациента от одного специалиста к другому.

В таком случае, в ситуации стационара, приобретенная беспомощность пациента может быть связана с несколькими причинами проблемного поведения:

1. Демонстрация беспомощности, так называемое избегание ответственности за процесс лечения, перекладывание ответственности на медицинского специалиста;
2. Привлечение внимания, призыв о помощи;
3. Отомщение, в основе которой преувеличение значимости произошедшего события (гипербола).
4. Борьба за власть, т.е. отрицание авторитета лечащего специалиста.

Таким образом, состояние приобретенной беспомощности может формировать запрос с целью подкрепления образа поведения, усвоенного пациентом до поступления в стационар, и врачу важно дать конструктивный ответ – реакцию, с целью стимуляции ответственности и активности пациента в процессе лечения.

Подводя итог, можно сказать, что беспомощность как явление, связывается с опытом неподконтрольности негативных событий, на основе которого развивается установка, что между собственными действиями и важными внешними событиями нет никакой связи. Далее происходит развитие генерализированного ожидания неконтролируемости происходящих событий, которое образует основу когнитивных (неспособность воспринимать благоприятные возможности для контролируемых результатов), эмоциональных (уныние, сниженное самоуважению, депрессия, тревожность, подавленное состояние из-за бесплодности собственных действий) и мотивационных дефицитов (низкие инициативность и настойчивость, торможение попыток активного вмешательства в ситуацию).

Для более эффективных оценок состояний пациентов страдающих приобретенной беспомощностью с целью подкрепления адекватных лечению стратегий поведения необходимо, чтобы специалисты здравоохранения владели определенными навыками в их определении и поддерживали постоянный уровень компетентности в их использовании.

Таким образом, приобретенная беспомощность – это социальный факт, проявляющийся в поведении индивида, и влияющий на субъективные представления субъекта о себе и окружающем мире в сторону занижения реальных возможностей и ресурсов.

Приобретенная беспомощность может нарушать тенденцию к самопомощи у больных и принятию ими помощи профессионалами, а сами пациенты с приобретенной беспомощностью чаще других обращаются к непрофессиональным способам лечения и немедицинским видам знания.

Дэвид Майерс приводит пример: «Некоторые заболевания являются следствием ощущения собственной беспомощности и утраты возможности делать выбор. Этими же обстоятельствами объясняется и то, что в концлагерях и в домах для престарелых люди быстро деградируют и умирают. Пациенты больниц, наученные верить в свою способность контролировать стресс, обходятся меньшим количеством обезболивающих и успокоительных средств и ведут себя более спокойно»²³. А также: «Обитатели домов престарелых и тому подобных учреждений могут прожить дольше и, без сомнения, чувствуют себя более счастливыми, когда им предоставляется свобода выбора в таких вопросах: что съесть на завтрак, когда пойти в кино, встать ли рано, лечь ли поздно и т. д. (Timko & Moos, 1989). - Обитатели приютов для бездомных, осознающие, что у них нет выбора даже в том, когда им есть и спать, и что в их жизни многое определяется не ими самими, скорее всего будут беспомощны и пассивны в поисках работы и жилья (Burn, 1992)»²⁴.

Отсюда можно сделать вывод, что приобретенная беспомощность подавляет личностный рост. Человек замыкается в себе, видит своё будущее в чёрно-белом свете, считает себя некомпетентным и неспособным изменить свою жизнь. Свобода выбора попросту элиминируется. В клинических

²³ Майерс Д. Социальная психология 7-е издание. СПб, Изд.: Питер, 2010;

²⁴ Цит. по Майерс Д. Социальная психология 7-е издание. СПб, Изд.: Питер, 2010;

случаях (особенно это касается депрессии) речь идёт о выраженной деградации, а не развитии личности.

Пациент уверен, что попробовав лечение у нескольких врачей, он в конце концов всегда найдет того, чье лечение поможет. Иногда пациент просто хочет услышать «второе мнение», но часто это становится привычкой. Эта психологическая уверенность во взаимозаменяемости врачей играет с ним плохую шутку, ибо он верит, что к каждому новому врачу он приходит таким же, каким он пришел к первому. На самом деле его болезнь прогрессирует, плюс он накапливает в себе все последствия предыдущих, зачастую несовместимых, неудачных лечений. Грамотный врач это знает, и если к нему приходит «отказник» со стажем, то к такому пациенту он относится гораздо с большим подозрением, чем к впервые обратившемуся. Он знает, что у него можно ожидать парадоксальных реакций на казалось бы рутинные назначения, кроме того, он подозревает наличие «подводных камней», послуживших причиной предыдущих отказов коллег. Пациент не понимает, почему с каждым новым врачом отношение к нему все хуже и хуже, и каждый новый отказ наступает все быстрее и быстрее. Врачу очень трудно признаться пациенту в том, что он не может на 100% предсказать результаты своего лечения. Вывод: чем меньше пациент настроен менять врачей, чем больше он «лоялен» к своему врачу, тем лучше для пациента.

Медицинскому специалисту важно уметь выявлять приобретенную беспомощность у пациента, так как она осложняет процесс социального взаимодействия и снижает эффективность лечебного процесса, а в отдельных случаях может приводить как к виктимизации пациента, так и состоянию затяжной реактивной депрессии. Приобретенная беспомощность, обладая способностью к генерализации (т.е. однажды выработанная в одной ситуации, переносится на другую), объективируется во взаимодействии с другими субъектами, а следовательно ее можно выявить в процессе взаимодействия с пациентом с помощью определенных символов-маркеров.

К вербальным маркерам в речи пациента могут относиться следующие слова: «Не могу» (полностью выздороветь, изменить поведение и т.д.); «Не хочу» (менять образ жизни и т.д.); «Всегда» («взрываюсь» по пустякам, вечно все теряю и т. д.); «Никогда» (не могу соблюдать режим лечения, не получится выздороветь и т.д.); «Все бесполезно» (нечего и пытаться, никогда ни у кого в этой ситуации не получалось); «В нашей семье все такие» (т.е. семейные послания о способностях к определенным видам деятельности и т.д.).

Среди эмоциональных маркеров можно перечислить следующие состояния пациента: негативные переживания и беспокойство; плохие мысли по поводу своего здоровья; повышенную тревожность в процессе лечения; безразличие и пессимизм.

К поведенческим маркерам-символам приобретенной беспомощности необходимо отнести следующие поведенческие особенности пациентов: пассивное ожидание, когда врач объяснит, как начать лечение; отсутствие незамедлительных лечебных действий со стороны пациента, наряду с декларативным заявлением о желании, чтобы его вылечили; высокую частоту обращений к медицинским специалистам и возникновения новых заболеваний.

К когнитивным маркерам приобретенной беспомощности пациента относятся: отсутствие интереса к процессу и пониманию смысла лечения; фатальность и крайность в определении взглядов; ухудшение приспособительных навыков в новых ситуациях; усталость от происходящих жизненных событий.

Присутствие хотя бы нескольких маркеров в поведении и реакциях больного может свидетельствовать о наличии приобретенной беспомощности. В таком случае лечащему врачу нежелательно применение патерналистской модели взаимодействия, а эффективным решением станут определенные тактики и стратегии повышения субъектности пациента.

Выводы по 1 главе

1. Приобретенная беспомощность – это социальный факт, проявляющийся в поведении индивида, и влияющий на субъективные представления субъекта о себе и окружающем мире в сторону занижения реальных возможностей и ресурсов.

2. В рамках концепции феноменологической социологии приобретенная беспомощность представляет собой состояние сознания индивида, или негативный аттитюд (программу), усваиваемый в процессе социализации.

3. Приобретенная беспомощность характеризуется дефицитарностью в трех областях личностной сферы — мотивационной, когнитивной и эмоциональной. Мотивационный дефицит проявляется в неспособности действовать, активно вмешиваясь в ситуацию, когнитивный — в неспособности впоследствии обучаться тому, что в аналогичных ситуациях действие может оказаться вполне эффективным, и эмоциональный — в подавленном или даже депрессивном состоянии, возникающем из-за бесплодности собственных действий.

4. Приобретенная беспомощность у пациента осложняет процесс социального взаимодействия и снижает эффективность лечебного процесса.

5. Определение наличия приобретенной беспомощности у пациента возможно на основании поведенческих, эмоциональных и когнитивных маркеров, а также в процессе диалога с помощью определенных слов — маркеров, употребляемых в речи пациентом.

Глава 2. ПАЦИЕНТ С ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТЬЮ КАК АГЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

2.1. Экспектации пациентов по отношению к ситуации лечебного взаимовоздействия

Субъект может страдать от избытка информации, которую просто не в состоянии усвоить, либо попросту интерпретировать информацию в искаженном смысле. Поэтому в процессе взаимодействия встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания, которое зависит от множества социальных факторов.

Основой хорошей сопротивляемости болезни, по мнению Н.И. Рейнвальда (1978), являются не сами по себе свойства организма, нервной системы, а их конкретное преломление в присущих данной личности потребностях, стремлениях и в побуждаемой ими деятельности. Активная жизненная позиция и, соответственно, интенсивное противодействие болезни, как правило, основаны на учёте интересов общества. Пациенты, для которых характерны значительные социальные интересы, активно взаимодействуют с врачом в процессе лечения. При их отсутствии перед врачом, параллельно с лечебными, встают и медико-педагогические проблемы. Важнейшей предпосылкой успешного лечения является выработка сознательной мотивации на активное преодоление болезни.

Войдя в больницу, индивид меняет ролевой статус. Вместо роли независимой, самостоятельно действующей личности он принимает на себя роль «пациента», утрачивая при этом право определять характер и последовательность своей повседневной активности, становясь зависимым от того, кто обладает правом лечить его. Т. Парсонс отмечает асимметрию в отношениях врача, как специалиста и пациента, который, в основном, подчиняется предписаниям врача²⁵. Е. Фрейдсон также указывает на

²⁵ Парсонс Т. О структуре социального действия. — М.: Академический Проект, 2000. — 880 с

проблему профессионального преобладания врачей. А учитывая, что сам факт обращения к врачу является признанием пациентом беспомощности перед своей болезнью, ситуация стационара уже изначально порождает ощущение беспомощности, ведет к потере контроля над собственной жизнью, что, в свою очередь, может привести к депрессивному состоянию.

Оценивая и интерпретируя поведение врача по отношению к себе, пациент может проявлять разное поведение в зависимости от ситуации взаимодействия и своего прошлого опыта.

На характер взаимоотношений пациента и персонала влияют, с одной стороны, специфические особенности пациента (пол, образование, социально-экономический статус, опыт предыдущих госпитализаций), а с другой – особенности персонала (пол, образование, социально-экономический статус, уровень профессиональной подготовки, степень укомплектованности персоналом в больнице). На их взаимоотношения могут сказываться также общекультурный базис и представления о здоровье, разделяемые пациентом и персоналом.

Взаимодействие врача и пациента направлено на достижение общей цели возвращения пациента обратно в свою социальную систему самостоятельным. Как правило, больничный персонал надеется, что пациент настроен на сотрудничество, и вправе рассчитывать на благополучный ход лечения. Некоторые медицинские работники проходят специальную подготовку, как обучать, поддерживать пациентов, помогать им в выборе пути, позволяющем выполнить поставленные перед ними задачи. Однако есть и такие работники, которые могут назвать пациента «трудным», «пассивным», «упрямым», что весьма болезненно действует на него.

Независимо от своего происхождения, негативные чувства и поведение неизбежно затрудняют процесс выздоровления и увеличивают время госпитализации. Это особенно справедливо для взаимоотношений «врач – больной». Растет число исследований, подтверждающих, что скорость выздоровления и желание следовать совету врача напрямую определяются

тем, как пациент воспринимает этого врача. Неправильное поведение персонала мешает процессу выздоровления пациента, однако не меньше препятствует этому и неправильное поведение пациента и/или его родственников, которое ухудшает взаимоотношения пациента с персоналом.

Правильное построение диалога с пациентом не является простой формальностью, теоретическим знанием или признаком доступности врача. В целом, это есть путь к эффективности работы врача как профессионала. Эффективность терапевтических мероприятий в немалой степени зависит от того, насколько больной осознал необходимость лечения, от его приверженности к лечению, и от того, захочет ли он еще раз обратиться к этому медицинскому специалисту.

В целом, как показывает опыт, модель взаимоотношения формируется на основании личностных качеств врача, его такта и интуиции. В то же время, целые творческие коллективы разрабатывают научные подходы к построению современных представлений диалога между врачом, больным и его родственниками.

По Дж. Миду («Сознание, самость и общество», 1938), специфика человека определяется отсутствием у него развитой системы инстинктов как основных регуляторов поведения. Поэтому человек вынужден применять символы, что является основой сознательного приспособления к окружающей среде. В конечном итоге весь социальный мир можно рассмотреть как результат ролевого взаимодействия между людьми на основе обобщенных символов.

Значимые символы (прежде всего язык) могут выполнять свою координирующую функцию только в том случае, если они становятся достоянием группы. Но дело в том, что на самом деле партнеры по общению никогда не говорят на совершенно одинаковом языке. Это часто приводит к ситуации недопонимания или ошибочного понимания и таким образом к нарушению взаимодействия.

Таким образом, взаимодействие между врачом и пациентом происходит на основе особых средств – символов (жестов), важнейшие из которых содержатся в языке.

Определение наличия приобретенной беспомощности у пациента возможно в процессе диалога с помощью определенных слов – маркеров, употребляемых в речи пациентом. К таким словам могут относиться:

- «Не могу» (просить о помощи, полностью выздороветь, изменить свое поведение и т.д.)
- «Не хочу» (менять образ жизни, решать существующий конфликт и т.д.).
- «Всегда» («взрываюсь» по пустякам, не везет, вечно все теряю и т. д.)
- «Никогда» (не могу соблюдать режим лечения, отказаться от вредных привычек, у меня никогда не получится выздороветь и т.д.)
- «Все бесполезно» (нечего и пытаться, никогда ни у кого в этой ситуации не получалось, и не такие как ты пробовали)
- «В нашей семье все такие» (т.е. семейные послания о способностях к определенным видам деятельности, возникновении заболеваний и т.д.).²⁶

Особую роль в осуществлении взаимодействия играет пережитый опыт субъектов взаимодействия, который оказывает существенное значение на характер действия индивида в реакции на конкретный символ.

Рассматривая социальное действие в условиях стационара особое внимание можно отвести реакциям пациентов в ответ на стимулы, предъявляемые врачом. Так пациент может действовать по-разному: немедленно отреагировать на стимул, отложить реакцию на определенное время или вовсе не реагировать. Откладывание реакции предполагает

²⁶ Солнцева Н. В. Феномен выученной беспомощности: причины формирования и пути преодоления. // Материалы научно-практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей» / Под редакцией В. Н. Панферова, Е. Ю. Коржовой и др. - СПб.: Издательство НИИРРР, 2011. - С. 174-180

интеллектуализацию действия, т.е. обусловленность социальным опытом действующего. Как раз пациенты с приобретенной беспомощностью обладают пассивностью и запаздыванием реакции на определенное время.

Коммуникативные навыки терапевта имеют важное значение для распознавания эмоциональной угнетенности, и те, кто обладают определенными навыками в этой области позволяют пациентам продемонстрировать больше свидетельств стресса в течение интервью, облегчая, таким образом, распознавание приобретенной беспомощности.

Проблема «больной-болезнь», познание больным своей болезни представляет большой интерес, однако при этом нельзя не учитывать влияния психогенных факторов, эмоционального состояния больного, постоянную взаимную индукцию больных, обсуждающих каждый симптом и болезни друг друга, возможные осложнения, характер лечения, прогноз и т.д. На формирование оценки болезни оказывают влияние контакт с тяжелобольными, сведения, почерпнутые из бесед с родными и знакомыми, с персоналом и другими лицами. Нередко при этом больные тенденциозно интерпретируют «случаи из практики», сведения, полученные из научно-популярных фильмов и журнала «Здоровье». Отрицательное влияние оказывают и больничные условия, своеобразная изоляция от привычной социальной среды, отрыв от трудовой деятельности, нарушение прежних контактов с семьей, различные жизненные впечатления.

За многие века пациенты приучили врачей соблюдать обязательный ритуал: выписывать рецепт. Врачи знают, что зачастую один лишь бланк рецепта действует сильнее, чем прописанное лекарство, именно он может помочь больному избавиться от мучений. Лекарства обязательны не во всех случаях, а вера в выздоровление необходима всегда. Поэтому врач может выписать плацебо, когда поддержка и подбадривание принесут больше пользы больному, чем самые знаменитые и дорогие пилюли.

В каждой ситуации общения используется своя коммуникативная стратегия. Стратегия общения реализуется в коммуникативных тактиках, под

которыми понимаются речевые приемы, позволяющие достичь поставленных целей в конкретной ситуации. При речевом воздействии на различные социальные группы населения следует также выбирать соответствующие коммуникативные тактики, имея в виду при этом, что ни одна из тех или иных тактик не является эффективной и универсальной.

Общение с пациентом в медицинской сфере происходит чаще всего в виде диалога. В течение разговора собеседники обсуждают жалобы, телесные ощущения, душевное состояние, лечение, исход болезни, иногда и диагноз. В рамках сложившейся в современной медицине модели сотрудничества диалог между врачом и пациентом предполагает и включает уникальность и равенство партнеров, различие и оригинальность точек зрения, ориентацию каждого на понимание и на активную интерпретацию его точек зрения партнером, ожидание ответа и его предвосхищение в собственном высказывании, соотнесение которых и является целью диалога. Общение врача и пациента должно быть не простой передачей информации, а выработкой общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения.

Форма и содержание передаваемого сообщения связаны в основном с личными особенностями «говорящего», его представлениями о «слушающем» и отношением к нему и к ситуации, в которой происходит общение. Во-вторых, всякое сообщение трансформируется под влиянием особенностей личности «слушающего», его отношения к автору сообщения, тексту, ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание врача один пациент воспримет как справедливое замечание, другой – как придирку, третий – как пророчество.

Как у врача существует своя система представлений об «идеальном пациенте», так и у пациента есть своя система представлений об «идеальном враче». Ожидания пациента опосредуются личностными особенностями, опытом общения и пристрастиями больного. Он имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Тогда как врач не может этого делать.

В том случае, если экспектации (комплекс социальных ожиданий, представлений о том, каким образом другой личностью должны исполняться статусно-ролевые предписания) врача и пациента будут отличаться от действительного положения дел, как правило, возникает конфликт. Суть конфликтов в системе врач (медицинский работник) — пациент заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Несоответствия между приоритетами пациента и процессом лечения может привести к недовольству его результатами. Кроме того, ожидания пациента от врачебного приема напрямую влияют на его эмоциональное состояние, настрой на лечение, оценку результата. Поэтому перед началом работы врачу необходимо учитывать ожидания больного и его эмоциональное состояние на приеме. Это поможет повысить качество оказываемой помощи.

Любая поступающая к «слушающему» информация несет в себе тот или иной элемент воздействия на его поведение, мнения, установки с целью их частичного или полного изменения. Можно выделить два основных типа коммуникативного воздействия — авторитарный и диалогический, различающиеся характером психологической установки, возникающей у «говорящего» по отношению к «слушающему». В случае авторитарного воздействия это — позиция «сверху», в случае диалогического — «рядом». Как врач, так и пациент могут занимать в диалоге различные позиции, поскольку это зависит от типа лечебного учреждения, взаимоотношений медицинского

персонала между собой, индивидуальных особенностей и характера заболевания.

В случае равноправной установки оба партнера воспринимаются как активные участники коммуникативного процесса, имеющие право отстаивать или формировать в процессе общения собственное мнение.

При авторитарном воздействии «говорящий» предполагает подчиненное положение «слушающего», воспринимает его как пассивный объект воздействия, без учета его особенностей. Например, врач в данном случае полагает, что пациент должен внимать и некритически впитывать информацию, что у пациента нет устойчивого мнения по определенному вопросу, а если и есть, он должен изменить его в нужном врачу направлении.

Манипулирование пациентом в процессе передачи информации, с одной стороны, противоречит принципам и этическим нормам, но, с другой стороны, является основной формой воздействия на пациента в наших лечебно-профилактических учреждениях. Вместе с тем, в процессе такого манипулирования у пациента с приобретенной беспомощностью можно вызвать невротическое расстройство – ятропсихогению, имеющее истинные причины как в личности пациента, так и в характере их отношений с врачом. Ятропсихогению могут вызвать как отсутствие доверительного контакта, определенное поведение врача, так и чрезмерное использование медицинской терминологии в речи врача, особенно при первой встрече.

Данное явление может помешать главной цели врача – выработать определенную точку зрения на сиюминутные и потенциальные проблемы пациента и затруднить терапию – снизить способность пациента к сознательному целенаправленному управлению психической саморегуляцией и к активному противодействию болезни.

В контексте общения врача и пациента обратная связь – это реакция пациента на поведение врача. Обратная связь призвана помочь врачу понять, как он сам, его поведение и предоставляемая им информация воспринимаются и оцениваются пациентом.

В настоящих условиях врач должен быть непременно психологически компетентным, потому что это позволит ему точнее ориентироваться в характерологии, личностных реакциях людей, поможет изучить особенности мышления пациента, а также выяснить его морально-этические и социальные установки. Врач должен быть ещё и педагогом, свободно владеющим дидактикой, потому что многие положения психогигиены требуют от людей устойчивых навыков, выполнения обязательных правил, рекомендаций, без которых эта деятельность становится абстрактной и даже эфемерной.

По мнению медицинских работников существует несколько десятков «самых нелюбимых» типов пациентов, которые каждодневно пересекают порог больницы или поликлиники. Приведем некоторые из наиболее встречающихся:

1. «всезнайка» - идет в кабинет с непоколебимым «самодиагнозом»;
2. «потребитель» - рассуждающий «плачу деньги - дайте здоровье», при этом не принимающий в лечении никакого «участия», назначенные таблетки не принимает;
3. «невнимательный пациент» - не соблюдает указанное ему время приема, не принимает предписанных лекарств или не тогда, не соблюдает диету;
4. «пуп земли» - утверждающий «был у всех, но никто не может мне помочь»; рекомендации выслушивает молча; молча уходит, не попрощавшись, в поисках другого врача;
5. «невежа» - вместо истории болезни расскажет историю своей жизни, иногда прибавит сочный анекдот, не стесняясь спросит подробности личной жизни медработника;
6. «неподготовленный» - принципиально не носит с собой необходимые документы (снимки, медицинские карты и др.), обычно и одежды чересчур много (пока освободится от всей одежды, проходит много времени);

7. «нечистоплотный» - пациент забывший о личной гигиене.

Анализ работ, посвященных проблеме типологизации основных участников лечебно-диагностического процесса, свидетельствует о большом значении личных качеств медицинских работников, о необходимости их индивидуального подхода к больным в зависимости от течения заболевания. В то же время, несмотря на то, что пациенту отводится второстепенная позиция, его самосознание, самооценка, мотивация к лечению, активность, играют чуть ли не определяющую роль в процессе лечения.

На их основе была выстроена типология пациентов:

- оптимисты (воспринимают все аспекты оказания медицинской помощи в положительном ключе, не видят недостатков);
- пессимисты (оценивают качество медицинской помощи как низкое, акцентируют внимание на негативных моментах оказания медицинской помощи и плохом отношении к пациентам медицинских работников);
- прагматики (четко фиксируют наличие или отсутствие отдельных видов услуг, доступности или недоступности специалистов и т. д., не давая оценочных суждений);
- меркантилисты (фокусируются на материальной стороне оказания медицинской помощи, официальных и теневых платежах и других затратах необходимых для получения медицинских услуг нужного объема и качества).

Если у человека есть модель приобретенной беспомощности, то его поведение характеризуется проявлением беспомощности во всех видах деятельности – в работе, воспитании детей, ведении домашнего хозяйства, обучении.

На поведенческом уровне мы можем точно сказать, что такая модель есть, если человек, сталкиваясь с новой деятельностью, не знает, с чего начать. Любая задача кажется большой, и человек не может сделать первый шаг. Любое препятствие воспринимается человеком как непреодолимое.

В чувственном отношении человек не верит в свои силы, считает себя слабым, больным, недостаточно образованным, недостаточно энергичным. И поэтому большие цели перед собой не ставит, большие дела пугают. Обладатель этой модели слезливый, он хочет, чтобы его пожалели.

Первым проявлением модели беспомощности является: ничего не буду делать, потому что не знаю, как начать. Эта модель часто формируется в семьях с очень критичными родителями, которые редко хвалят. Что ни сделаешь - все не слишком хорошо. Впитавший это убеждение ребенок решает: не буду ничего начинать, потому что, что ни сделаю - все не слишком хорошо.

На поведенческом уровне модель беспомощности выражается в том, что человек не понимает, где ему найти нужную информацию или поддержку.

Ощущение беспомощности заставляет человека хвататься сразу за все. В этом смысле беспомощность – это неумение сделать первый шаг и структурировать деятельность. Надо научить такого человека сделать первый шаг, структурировать деятельность и находить источники помощи.

Формы взаимоотношений между медицинским работником и пациентом могут быть рассмотрены и как состояния, в котором находится больной. В этом случае необходимо рассматривать состояния острого заболевания.

Психологическая сторона отношений «врач-больной» важна на всех этапах диагностического и терапевтического процессов, но особенно большое значение она приобретает при первой встрече, установлении психологического контакта, предшествующего диагностике и терапии. Оптимальный психологический контакт, по литературным данным, на 40% обеспечивает успешность, эффективность межличностного взаимодействия. Он может «теряться» в отдельные моменты коммуникации, и тогда врач, чувствуя дистанцированность пациента, «ускользающего» от общения, вновь возвращается к установлению психологического контакта с больным.

В современном здравоохранении понятие уважение личности пациента является первостепенно важным, и находится в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.

Во взаимоотношениях «врач-больной» пациент склонен приписывать врачу те черты, которые должны помочь справиться с болезнью. Рассматривая личность врача как значимую фигуру, обладающую определенными магическими способностями, пациент может его идеализировать, ожидая быстрого и эффективного излечения от всех недугов, надеясь подчас не только на избавление от соматической болезни, но и, часто бессознательно, на разрешение своих психологических проблем. Практически всегда больной неосознанно ждет от врача чего-то большего, чем соматическое выздоровление. Это ожидание помощи, не только в избавлении от болезни, но и в удовлетворении потребностей и надежд, неудовлетворенных ранее (потребностей в нежности, сочувствии, принятии), приводит к формированию переноса (трансфера). Больной переносит на врача свой прошлый опыт отношений со значимыми людьми, ожидания и надежды, которые существовали в этих отношениях. Так, больной может относиться к своему лечащему врачу-женщине так же, как в детстве он относился к матери, у которой искал помощи и поддержки в неожиданных и трудных ситуациях, он может испытывать те же чувства доверия, преданности, восхищения и любви.

В том случае, когда пациент переносит на врача положительные чувства, связанные с позитивным опытом взаимоотношений в прошлом, говорят о положительном переносе. Если же больной переносит на врача негативные чувства, связанные с прошлым отрицательным опытом построения отношений, - чувства раздражения, недоверия, враждебности, то говорят об отрицательном переносе. Например, это может быть связано с воспитанием в неблагополучной семье, в семье лиц, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих наркотики, когда родители мало внимания уделяют ребенку. В такой семье с первых лет жизни ребенок чувствует себя

беззащитным и брошенным, а окружающий мир представляется враждебным и пугающим. Защищаясь, ребенок может вступить в агрессивную конфронтацию не только с окружающими его людьми, но и с собственными родителями, которые также несут в себе потенциальную угрозу. Если, не находя защиты у родителей, ребенок продолжает искать у них сочувствия и помощи, то в подобной ситуации могут складываться амбивалентные отношения с матерью и отцом: ребенок будет испытывать к ним одновременно нежность и страх, ненависть и любовь. Впоследствии, уже во взрослой жизни, эта амбивалентность может стать фактором возникновения беспомощности.

Субъект соотносится с социальным миром посредством субъективной оценки и формирования социальных значений, а не только благодаря своему внутреннему «эго». Формирование значений — развивающийся коммуникативный процесс, в ходе которого субъект оценивает социальные факты, придает им определенные значения и решает действовать на их основе.

Таким образом, поведение человека не является результатом давления окружающей среды, мотивов, социальных установок, стимулов или идей. Оно возникает в результате того, как субъект интерпретирует факты и обращается с ними в действии, которое он конструирует.

Процесс формирования значений, посредством которого конструируется человеческое действие, не может быть объяснен только факторами, которые предшествовали этому действию, так как немалое влияние на данный процесс оказывают личностные характеристики, эмоциональные и другие состояния субъекта.

Учитывая сложную выявляемость и то, что приобретенная беспомощность связана с депрессией и другими похожими состояниями, важно сделать так, чтобы медицинский персонал владел требуемыми навыками для оценки пациентов с приобретенной беспомощностью.

Таким образом, исследования подтверждают, что взаимодействие с людьми, построенное на стимуляции инициативности, свободы выбора и принятия решений, будут гораздо более эффективными, потому что ощущение того, что человек может управлять своей жизнью, положительно влияет на его психическое и физическое здоровье, сопротивляемость стрессам, неудачам, болезням.

2.2. Модели взаимодействия врача и пациента с приобретенной беспомощностью

В отечественной медицине всегда подчеркивалась важность сотрудничающего взаимодействия врача с пациентом. Изменения, произошедшие в современном здравоохранении, повлияли и на характер интеракций участников, когда один из субъектов становится получателем медицинских услуг, а другой субъект оказывает эти услуги. А поскольку такая расстановка происходит в процессе оказания медицинской помощи, то роли субъектов взаимодействия оказываются амбивалентными: пациент ожидает от врача помощи, поддержки, уповая на его силу и возможности медицины в его лице и одновременно не доверяет ему, вменяя в вину меркантилизм и участие в рыночных отношениях.

С другой стороны пациент, проявляющий активность в процессе лечения также может быть неудобен для медицинских специалистов. Так, например, больные, которые не беспокоят персонал и не вмешиваются в процесс лечения более благоприятны для врача. Но данное поведение хоть и удобно для медицинского персонала, с точки зрения здоровья пациентов носит негативный характер. Некоторые заболевания являются следствием ощущения собственной беспомощности и утраты возможности делать выбор, поэтому взаимодействие врача и пациента в патерналистской модели может только закреплять пассивность и выученную беспомощность пациента. Д. Майерс пишет, что результаты исследований подтверждают: системы руководства или управления людьми, способствующие формированию осознанного самоконтроля, благоприятствуют здоровью и счастью, а осознанный самоконтроль в процессе осуществления деятельности идет людям на пользу.

Особенно важно исследование поведения «беспомощных» пациентов в ситуации стационара, поскольку приобретенная беспомощность, обладая способностью к генерализации (распространению на все стороны жизни

субъекта, снижая ее качество и продуктивность деятельности) может негативным образом влиять на процесс взаимодействия с медико-социальными субъектами. Беспомощному пациенту приходится искать помощь и поддержку у окружающих, обращаться к врачу, как к компетентному специалисту, часто попадая в зависимость. Такие пациенты демонстрируют поведение, свойственное приобретенной беспомощности, а именно апатичность, замкнутость, пессимизм. Они имеют невысокий уровень притязаний, склонны к формированию у себя чувства вины, равнодушны, апатичны, пассивны. Приобретенная беспомощность обычно проявляется во всех сферах жизнедеятельности человека, понижая её успешность и эффективность.

Взаимоотношения врача и пациента являются основой медицинской практики. Отойдя от патерналистского наследия советской медицины, врачи и пациенты все чаще стремятся к сотрудничеству, основываясь на договорных взаимоотношениях, что является особенностью взаимоотношений врача и пациента в современных условиях.

Американский философ Роберт Витч в 1979 году выделил четыре базовые модели взаимоотношения врача и пациента: инженерную, патерналистскую, коллегиальную и контрактную (договорную).

С его точки зрения, данные модели представляют собой иерархию, которая начинается с инженерной модели и заканчивается контрактной, наиболее благоприятной как для врача, так и для пациента.

Инженерная модель включает в себя эффект обезличения пациента, когда его личность не имеет значение для врача. В свете такой модели знание является нейтральным, не зависящим от личностных предпочтений и интересов врача. Состояние здоровья также уясняется через совокупность объективных признаков: биохимические показатели, данных рентгенографии, кардиографии и тп.

Данная модель адекватна в диагностических процессах, таких как рентгенология, функциональная и лабораторная диагностика. В данных

ситуациях взаимодействие происходит посредством обмена физической информацией (пациент предоставляет диагностические данные, врач выдает интерпретацию в ответ). В случае проявления врачом сочувствия или внимания к пациенту, либо при возникновении опасной для здоровья пациента ситуации возникает межличностный контакт, и проявляются уже следующие модели взаимоотношения врача и пациента.

Пасторская (патерналистская) модель основана на окружении пациента заботой, вкупе с отрицанием его автономии. Врач в данной модели выступает в роли «Отца», который заботится о пациенте, как о ребенке, фактически навязывая при этом свою врачебную волю. Проявление патернализма может быть как сильным, так и слабым, но в целом данная модель признает пациента не сведущим в медицинской информации, которому для принятия решений необходимо полагаться на знания медицинского персонала.

По Роберту Витчу, патернализм ущемляет права пациента, и в какой то степени эта модель содержит элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится не как равноправное, а как отношение власти и подчинения.

Данная модель взаимоотношений врача и пациента адекватна для острых патологий, для тех заболеваний, которые требуют немедленных и незамедлительных решений, поэтому она чаще всего встречается в ситуациях стационара, в случаях ограничения дееспособности и также в ситуациях взаимодействия врача и пациента таких клинических дисциплин как педиатрия, гериатрия, психиатрия и наркология.

Коллегиальная модель базируется на принципе уважения врача и пациента, и допущении автономии пациента. Пациент в данной модели компетентен, имеет право на проявление своей воли.

Эффективность коллегиальной модели во многом зависит как от компетентности медицинского персонала — врача высокопрофессионального, который, помимо медицинской сферы, сведущ в вопросах права и морали, так и от компетентности пациента, которая

включает в себя общее знание о болезни, о способах самодиагностики и принципах первой помощи при обострении заболевания. Однако и у нее есть свои недостатки, выражающиеся в возможном несоответствии ценностей субъектов взаимодействия, их социального статуса, ожиданий друг от друга и тп.

Коллегиальная модель взаимоотношений адекватна, например, когда речь идет о лечении медицинского персонала, других обученных больных, и пациентов, длительно страдающих хроническими заболеваниями. В таких случаях субъекты взаимодействия либо имеют соответствующую друг другу знания и квалификацию, либо у них было достаточно времени, чтобы узнать друг друга и выработать коллегиальный характер модели взаимодействия.

В следующей – контрактной модели взаимоотношений между врачом и пациентом, Р. Витч рассматривает помимо юридического содержание понятия «контракт», но и более общее, «символическое».

Корни данной модели издавна существовали в рамках теории общественного договора, предложенной английским философом-материалистом Томасом Гоббсом (1588–1679).

В современном обществе на договорном распределении ролей и взаимной ответственности строятся различные отношения, начиная с макроуровня — политика, экономика и тп. Так и на микро - трудовые, семейные и многие другие социальные взаимоотношения.

Контрактная модель лучше соответствует социальным реалиям в отличие от коллегиальной модели взаимоотношения, поскольку, учитывает гораздо больше факторов, влияющие на процесс взаимодействия, (невозможность равенства врача и пациента, наличие зависимых отношений и тп.), и кроме того наделяет правом пациента возместить полученный вред в случае неквалификационной и небрежно оказанной медицинским персоналом помощи.

Впоследствии из контрактной была выделена договорная модель взаимоотношения врача и пациента, которая пытается отдать должное тем

элементам взаимоотношений в здравоохранении, которые идут дальше простого контракта.

По мнению С.Г. Стеценко (2001), существуют следующие модели взаимоотношений врача и пациента:

1. патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
2. либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
3. технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
4. интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациента).

Либерационная, технологическая, интерпретационная модели являются, составными частями комплекса взаимоотношений врача и пациента в процессе лечения. Врач обязан предоставить, а пациент имеет право получить информацию, как о своем заболевании, так и о результатах обследования с применением необходимого оборудования или без такового²⁷.

Согласно О.М. Лесняк²⁸, существует пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента (см. табл.).

Таблица 1

Основные модели построения взаимоотношений врача и больного

Модель	Роль врача	Описание модели
--------	------------	-----------------

²⁷ Сальников В.П., Стеценко В.П. Право и медицина: доктрина информированного согласия //Новая правовая мысль. № 1, 2002, С. 36-42, Стеценко В.П., Медицинское право и медицинские правоотношения (теоретико-правовые аспекты) // Гражданин и право. 2007. № 1, № 7, с. 68-77

²⁸ Лесняк, О. М. Психология отношений между врачом и пациентом. Навыки общения в работе врача общей практики. / О. М. Лесняк. - Екатеринбург : УГМА, 2004. - 42 с.

Активно-пассивная	Выполняет свою работу без участия пациента	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений
Покровительственная	Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника	Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима
Информативная	Роль компетентного технического эксперта	Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает
Интерпретативная	Консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника	Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам
Совещательная (договорная)	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья. Вслед за этим, согласно первой из них (*активно-пассивной*), следует лишь объявление больному, как в дальнейшем предполагается с ним поступить (когда прооперировать или какой лекарственный препарат назначить), согласно же второй (*покровительственной*), врач доносит до пациента избранную информацию, которая позволяет больному лишь согласиться с той тактикой лечения, которую избрал доктор. Обе указанные модели до сих пор преобладают в

общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако единственно возможное безопасное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние больного).

Информативная модель никогда не использовалась в практике отечественной медицины и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. От него ожидается лишь грамотное выполнение своих обязанностей по постановке диагноза и сообщению больному возможностей лечения. Другими словами, врач является продавцом услуг, а пациент — покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

Интерпретивная модель мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным — это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель — *совещательная*, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение. Совещательная модель изменяет роль больного в самом процессе диагностики и лечения. Из пассивного объекта вмешательств он становится активным соавтором, но также и лицом,

несущим определенную ответственность за свое здоровье. В этой связи модель получила свое развитие и в отношении информированного согласия пациента на проведение ему диагностической или лечебной манипуляции, а также на его участие в проведении научного исследования.

Н.А. Магазаник различает два типа взаимоотношений в диаде «врач – больной»:

1) авторитарный – директивной позиции врача, являющегося для пациента компетентным руководителем, занимающим активную позицию (принцип доминирования), а больной является ведомой, сравнительно малоактивной личностью. Такие взаимоотношения иногда целесообразны, ибо облегчают некоторые психотерапевтические акции врача, особенно если нужен авторитет для их проведения и повышенная вера в чудодейственность психокоррекционных воздействий (гипносуггестия, эффект плацебо) и другие. В то же время такое доминирование врача над пациентом, которое обычно предпочитают незрелые личности и истероидные акцентуаты, приводит к пассивности больного и препятствует выработыванию активного противодействия болезни;

2) другой вариант взаимоотношений в системе «врач-больной» предпочтителен для лиц, стремящихся к максимально возможному проявлению активности, основан на так называемом «принципе партнерства». При этой позиции врач стремится к партнерскому взаимодействию с больным, основанном на уважении личности пациента и пробуждении его активности, а главное к сочувственно – сопереживательному (эмпатическому) отношению к нему. Активирующиеся при этом механизмы подражания и идентификации с врачом позволяют лучше усвоить лечебные установки врача²⁹.

С.А. Судьин выделяет четыре типа взаимоотношений врача и пациента: партнерство или кооперация, сакрально-технократический тип

²⁹ Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. Изд-во: М.: Медицина, 1991 г., с. 77.

взаимодействия, госпитализирующий и репрессивный типы коммуникаций, отмечая, что данная типология носит несколько идеально-типический характер, однако позволяет по совокупности признаков относить исследуемую модель терапевтических отношений к какому-либо из описанных типов³⁰.

Назарова И.Б. обращает внимание на то, что пациент в большинстве случаев отдаёт первенство принятия решения специалисту, рассчитывая на его компетентность. Среди тех кто отказывается от медицинского вмешательства, большинство составляют молодые пациенты. Их отказы напрямую были следствием страха. Но на втором месте среди причин отказов была названа некомпетентность медработников. Врачи в свою очередь отмечали, что от медицинского вмешательства отказываются, прежде всего, некомпетентные пациенты³¹.

В соответствии с моделями взаимодействия можно выделить следующие роли врача: доминантная, авторитарная фигура, как независимый эксперт, как сопереживающий (эмпатический) слушатель или гуманистический помощник. Каждая из ролей предполагает конкретный личный опыт и личностные особенности врача, но важно, чтобы он мог пользоваться всеми стратегиями.

А) Доминантный врач

Доминантность и авторитарность усиливают субмиссию (подчиняемость) пациента, они часто важны, например, для быстрого снятия симптома у внушаемого пациента. В этой роли врач моделирует поведение строгого отца, матери, учителя, указывает на правильное и неправильное поведение, устанавливает жёсткие сроки и ограничения. Доминантный врач обычно ограничивает круг доверия к другим специалистам, демонстрируя

³⁰ Судьин, С.А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / С.А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского: Серия Социальные науки. Выпуск 1 (5). Н.Новгород: Изд-во ННГУ, 2006. – С.366-371.

³¹ Назарова И. Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. 2014. № 9. С. 139-145.

свою осведомленность. У доминантного врача присутствует множество символов ранга — от строгой медицинской сестры до накрахмаленной шапочки. Он обычно строго ограничивает время общения с пациентом.

Б) Врач-эксперт

Как независимый эксперт врач может выступать в момент диагностической беседы. В этом случае он показывает, что его работа с расстройством носит исследовательский характер и он ценит дополнительную информацию других специалистов. При этом он отстраняется от симптомов болезни, заставляя дистанцировать ее и самого пациента. Эта роль важна на стадии собственно диагностики.

В) Врач-слушатель

Как эмпатический слушатель врач лишь демонстрирует или по-настоящему сопереживает с пациентом. Ему интересно его слушать, клинический случай он расценивает как поразительный роман. Именно с этой роли обычно начинается контакт с пациентом. Правда, некоторые пациенты оценивают врача как "внимательного", потому что не замечают, что во время продолжительной беседы он засыпает.

Г) Помощник

Будучи гуманистическим помощником, врач показывает ценность переживаний пациента, становится с ним на одну ступень и показывает, что основные силы, способные ему помочь, находятся не за пределами его, а внутри него. Он считает, что переживания пациента содержат творческий элемент, обращает внимание на индивидуальные особенности и уникальность личности и судьбы пациента. Он не стесняется ему сказать о сходстве некоторых собственных потрясений и переживаний с проблемами пациента.

Соответственно роли и стратегии пациента представляют собой:

А) Страдание

Настоящее страдание не обязательно связано с органическими повреждениями, пациент с соматоформным болевым расстройством или

неврастенией может страдать не меньше, чем с органическим повреждением конкретного органа. Само страдание может приводить к избеганию окружающих и отгороженности или попыткам получить помощь, которые оцениваются как слишком навязчивые. Страдание часто описывается с разной полнотой, или на него указывает поведение пациента, хотя он сам не говорит о нем.

Б) Уход в болезнь

Причиной ухода в болезнь, как в иную внутреннюю реальность, являются не только личностные особенности пациента, но также пугающий характер переживаний, о которых нельзя рассказать, реакция на эти переживания окружающих. Это особенно заметно при сексуальных проблемах. Уход в болезнь у близких пациента может вызывать протест, отчаяние или усилить взаимную привязанность пациента и его родственников.

В) Неискренность

Усиление, имитация или сокрытие переживаний лишь в судебной практике могут считаться злонамеренными, психиатру чаще приходится иметь дело с тем, что данные явления сами являются симптомами расстройства. Так, при индуцированном бреде, диссоциативных расстройствах, императивных слуховых галлюцинациях данные механизмы широко распространены.

Всякое расстройство может иметь преимущества, уход от активности, инвалидность, желание избежать наказания демонстрацией болезни. При этом в одном возрасте симптомы могут маскироваться, в другом и в соответствующей социальной группе (например, у военнослужащих, государственных служащих) усиливаться. Неискренность (ложь) проявляется как несоответствие (диссоциация) между смыслом речи и поведением, между объективно установленным и высказанным, между частями одного поведения. Например, при диссоциации между жестом и мимикой, между

отдельными частями мимического выражения (фальшивая, печальная, скрываемая улыбка и т. д.).

Г) Неадекватность

Неадекватность означает несоответствие реакций, в частности эмоциональных, на конкретные простые и сложные стимулы. Неадекватной может быть кожная гиперестезия и в результате страх пациента перед инъекциями, неадекватным может быть и смех в ситуации траура и печали.³²

Выводы по второй главе.

1. Учитывая сложную выявляемость и то, что приобретенная беспомощность связана с депрессией и другими похожими состояниями, важно сделать так, чтобы медицинский персонал владел требуемыми навыками для оценки пациентов с приобретенной беспомощностью.

2. Взаимодействие с людьми, построенное на стимуляции инициативности, свободы выбора и принятия решений, будут гораздо более эффективными, потому что ощущение того, что человек может управлять своей жизнью, положительно влияет на его психическое и физическое здоровье, сопротивляемость стрессам, неудачам, болезням.

3. Совещательная (коллегиальная) модель изменяет роль больного в процессе диагностики и лечения в сторону увеличения его активности и ответственности за свое здоровье.

³² Самохвалов В.П., Психиатрия, Изд.: Феникс, 2002

3. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ НА ПРОЦЕСС ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

3.1 Дизайн исследования

Методологическим основанием проведенного исследования послужили социологические теории взаимодействия: теория обмена Хоманса и теория символического интеракционизма Дж. Г. Мида, а также социология Э. Дюркгейма. Исследование было проведено в 2010-2014 гг. в г. Волгограде. В группу респондентов вошли пациенты, обратившиеся за помощью в государственные лечебно–профилактические учреждения (государственные ЛПУ).

Объект исследования: социальные интеракции врача и пациента.

Предмет исследования: поведенческие особенности пациентов с приобретенной беспомощностью

Дизайн исследования предполагал проведение четырёх этапов.

На первом этапе был проведен анализ источников литературы для оценки современных представлений о феномене приобретенной беспомощности. Рассмотрены основные подходы к исследованию данного феномена. Проанализированы сведения о влиянии приобретенной беспомощности на процесс социальных интеракций а также на соматическое здоровье субъектов с приобретенной беспомощностью. Критический анализ данных литературных источников позволил определить нерешенные проблемы в выбранном научном направлении и подтвердить актуальность темы исследования.

На втором этапе было проведено пилотажное исследование пациентов лечебно-профилактического учреждения в виде анкетирования и применения батареи методик, направленных на выявление приобретенной беспомощности. Валидизация блока анкеты, нацеленного на выявление приобретенной беспомощности проводилась с помощью батареи

стандартизированных тестов: Опросника «Уровень субъективного контроля», Методики оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, Шкалы (тест-опросник) депрессии Бека, Методики диагностики оптимизма как стиля объяснения успехов и неудач: Опросник СТОУН. Количество пациентов составило 46 человек (N = 46).

Третий этап исследования включал проведение анкетирования с пациентами лечебно-профилактических учреждений: Всего в исследовании приняло участие 720 человек в возрасте от 18 лет (244 мужчин, 476 женщин). Для исследования ожиданий, поведения и личностных особенностей пациентов, у которых сформировалась приобретенная беспомощность, а также определения факторов, влияющих на характер интеракций с врачами, был использован социологический метод опроса в форме анкетирования, а также применен стандартизированный опросник для диагностики типов отношения к болезни «Методика ТОБОЛ».

Четвертый этап предполагал проведение обработки полученных данных, проведение компаративного анализа результатов исследований в среди трех групп пациентов (группа автономных пациентов, группа риска и группа пациентов с приобретенной беспомощностью), критический анализ и обсуждение итоговых результатов работы, обоснование необходимости применения коллегиальной модели взаимодействия с пациентами с приобретенной беспомощностью.

Описание социологического исследования. Разработанная анкета для пациентов состояла из трех блоков вопросов и одной методики. Первый блок, включал 10 вопросов, направленных на выявление маркеров-символов приобретенной беспомощности у пациентов в условиях стационара. Второй блок состоял из 20 вопросов и содержал вопросы, направленные на выявление поведения, отношения, ожиданий пациента применительно к лечебному процессу и медицинскому персоналу. Задачей данного блока анкет пациентов являлось выявление комплекса факторов, влияющих на интеракции пациентов. Третий блок включал вопросы, посвященные

социальному статусу: пол, возраст, образование, доход, семейное положение, наличие детей. Для выявления отношения к болезни была использована методика ТОБОЛ, разработанная Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева. При обработке анкет использовался метод сравнительного анализа.

Методика ТОБОЛ содержит следующие описания типов отношения к заболеванию:

1. Гармоничный - правильная, трезвая оценка состояния нежелания обременять других тяготами ухода за собой.
2. Эргопатичный - «уход от болезни в работу», желание сохранить трудоспособность.
3. Анозогнозический - активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».
4. Тревожный - непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы, ритуалы.
5. Ипохондрический - крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочных действий лекарств, процедур.
6. Неврастенический - поведение по типу «раздражительная слабость». Нетерпимость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.
7. Меланхолический - неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).
8. Апатичный - полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение и процедурам и лечению.
9. Сенситивный - чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.
10. Эгоцентричный - «уход в болезнь» с выставлением на показ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойальный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла («сглаза», колдовства), а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический - доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованиями к близким угождения во всем.³³

Предложенные типы в методике объединяются в три блока:

Первый блок включает первых три типа отношения к болезни: гармоничный, эргопатический и анозогнозический. Критерием объединения этих трех типов служит отсутствие нарушений психической и социальной адаптации.

Во второй блок включены тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения. Характеризуется интрапсихической направленностью реагирования на болезнь, наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием: «реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т.п.»

Третий блок содержит сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойальный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных: «они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей, строят паранойального характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.»

³³ Цит. по Г.Н.Носачей, Г. И. Гусарова, В.В. Панлон // Психология и этика общения с пациентом. Самара: ПИ «Перспектива», 2003, - С. 120-121.

Характеристика обработки результатов по выявлению выученной беспомощности у пациентов состояла в том, что ответам начальных вопросов в анкете было присвоено определенное количество баллов.

Выделение ответов в качестве индикаторов наличия выученной беспомощности проводилось на основании определения мотивационного, когнитивного и эмоциональных дефицитов, которые выявлялись благодаря пессимистичным ответам в анкете и наличию в них слов маркеров: «беспомощный», «безразличный», «бесполезный», «тревога», «никогда», «всегда» в совокупности с экстернальным локусом контроля и негативным эмоциональным фоном применительно к ситуации стационарного лечения. Ответам, которые однозначно указывали на наличие выученной беспомощности у респондента, было присвоено 2 балла. Ответы, которые можно было трактовать неоднозначно, получили 1 балл. И ответам, которые указывали на проявление самостоятельности и активности пациента, баллов присвоено не было.

После подсчета общего количества баллов, превышение порогового значения в 10 баллов включительно означало наличие выученной беспомощности у респондента. Сумма баллов ниже порогового значения 4 включительно - отсутствие беспомощности у пациентов, остальные респонденты, ответившие в итоговом результате от 5 до 9 баллов были отнесены к группе риска.

Среди опрошенных пациентов, было выделено три группы: пациентов с приобретенной беспомощностью – 27,5% (198 пациентов) от общего количества человек, группа риска – 54,17% (390 пациентов) и группа автономных пациентов – 18,33% от общего количества (132 пациента).

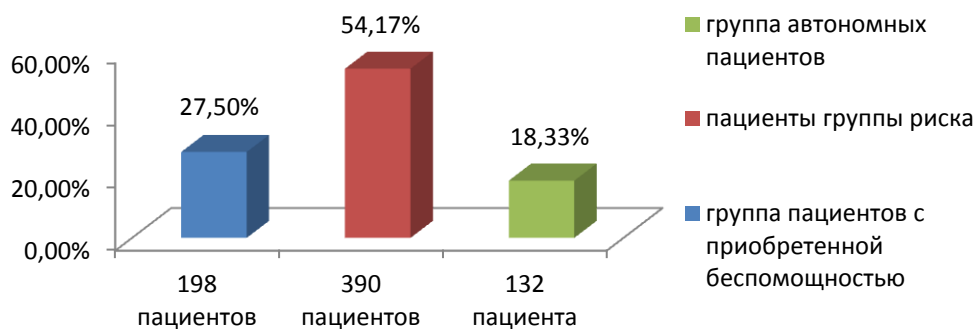


Рис. 1 «Распределение пациентов по группам, в зависимости от степени выраженности приобретенной беспомощности»

Поскольку мы проводим сравнительный анализ групп, то в дальнейшем мы будем сравнивать проценты полученных ответов среди каждой отдельной группы. Для удобства написания мы обозначили каждую группу следующим образом: БП – группа пациентов с приобретенной беспомощностью, АП – автономные пациенты, РП – пациенты группы риска. Поскольку группа риска представляет собой смешанный тип, то в основном мы остановились на сравнении двух контрастных типов – активные самодостаточные пациенты, которым присвоено наименование «автономные» (АП) и пациенты с приобретенной беспомощностью (БП).

3.2 Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью

На основании проведенного анализа удалось сформировать типовой социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью. Так, например, анализ по гендерному типу показал, что среди мужчин в группе пациентов с приобретенной беспомощностью преобладают пациенты старше 60-ти лет (47,92%), мужчины в возрасте от 30 до 45 лет составили 27,08% от общего количества человек в группе. Пациенты от 45 до 60-ти лет, а также пациенты до 30 лет разделились поровну по 12,5%.

Женщины составили похожую возрастную картину: так старше 60-ти лет составили 51,33% от общего числа группы. Вместе с тем у женщин более

выражена беспомощность в возрасте от 45 до 60-ти лет (32,67%), остальные возрастные группы также разделились поровну: до 30 лет – 8%, от 30 до 45 лет – 8%.

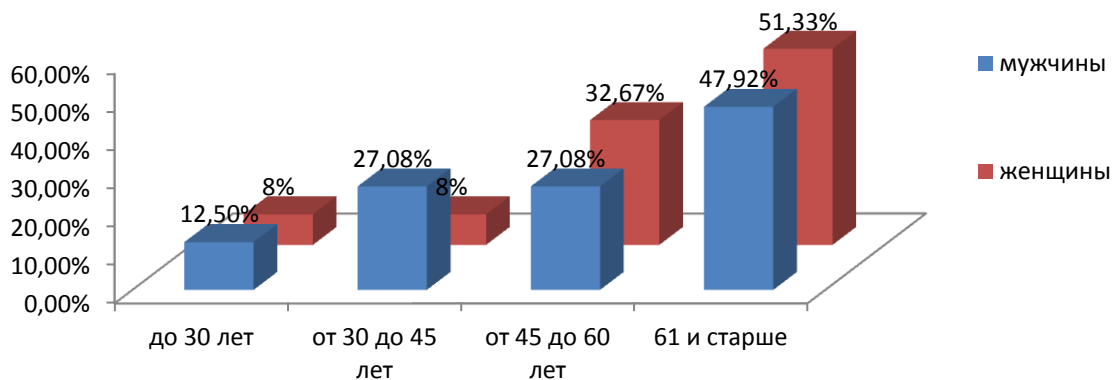


Рис. 2 «Возраст пациентов группы с приобретенной беспомощностью, в зависимости от пола»

Мы видим, что пожилой возраст оказывается существенным фактором, связанным с приобретенной беспомощностью, независимо от пола. Однако в других возрастных группах феномен приобретенной беспомощности представлен среди мужчин и женщин по-разному: в молодом возрасте более склонны к приобретенной беспомощности мужчины (12,5%), по сравнению с женщинами (8%). Особенно важно отметить, что у женщин кризис сорокалетних проявляется в повышении количества пациентов с приобретенной беспомощностью (32,67%), у мужчин же таковых – 12,5%. Среди женщин с увеличением возраста количество пациентов с приобретенной беспомощностью становится больше.

Семейное положение обоих полов следующее: чуть меньше половины состоят в браке (48,99%), холост/не замужем 20,71%, разведенных 20,2%, вдовцов 10,1%.

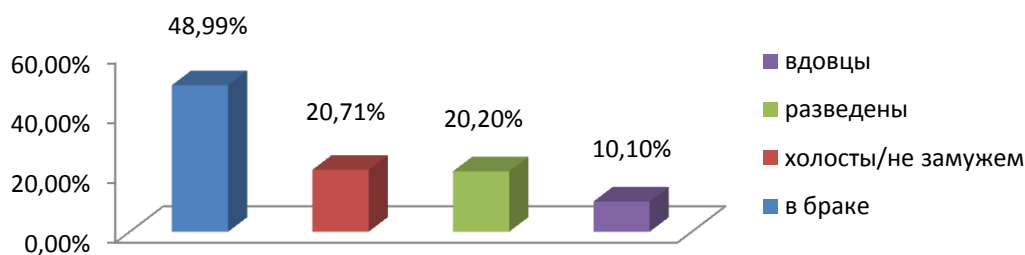


Рис. 3 «Семейное положение пациентов с приобретенной беспомощностью»

Исследование показало, что от общего количества группы беспомощных пациентов имеют высшее образование всего лишь 11,62% (среди которых только женщины), 55,05% имеют среднее специальное или незаконченное высшее образование, 27,78% имеют среднее образование, а неоконченное среднее (менее 10 классов) имеют 5,56%. Можно однозначно утверждать, что уровень образования является обстоятельством, связанным с наличием приобретенной беспомощности: высшее образование – фактор, снижающий риск возникновения приобретенной беспомощности.

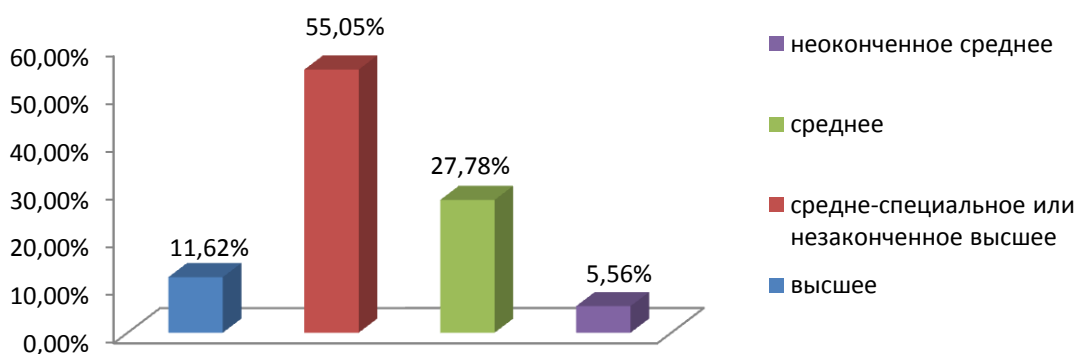


Рис. 4 «Наличие образования в группе пациентов с приобретенной беспомощностью»

По фактору уровня материальной обеспеченности респонденты распределились следующим образом: 51,01% от числа группы беспомощных пациентов считают уровень своего благосостояния низким или ниже среднего, 48,99% имеют средний уровень благосостояния, примечательно,

что высокий уровень благосостояния в группе беспомощных пациентов отсутствует.

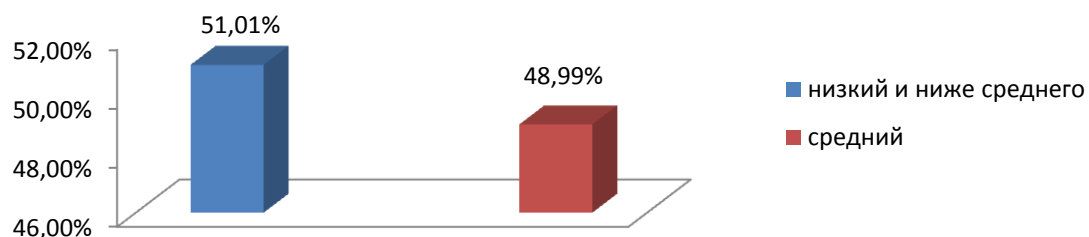


Рис. 5 «Оценки своего благосостояния пациентами с приобретенной беспомощностью»

Мы не измеряли реальный уровень благосостояния опрошенных, так как было важно субъективное мнение респондентов, поскольку приобретенная беспомощность изменяет ожидания и представления субъектов в сторону занижения реальных возможностей и ресурсов. Наше исследование показало, что большинство пациентов оценивает свой уровень благосостояния как низкий.

Во временном аспекте, характеризующем оценку изменения уровня жизни, мы получили ответы, свидетельствующие о преобладании низких оценок относительно исследуемого параметра. Так 39,9% пациентов с приобретенной беспомощностью отметили, что остались жить на прежнем уровне, 35,86% человек стали жить хуже, 12,12% отметили, что за последнее время они стали жить намного хуже (среди них только женщины), 8,59% стали гораздо лучше (среди них только женщины) и 3,54% затруднились ответить. Таким образом, почти половина (47,98%) респондентов в группе беспомощных пациентов считает, что они за последний год стали жить хуже, что еще раз подтверждает взаимосвязь приобретенной беспомощности с негативным характером оценочных суждений относительно собственного материального благосостояния.

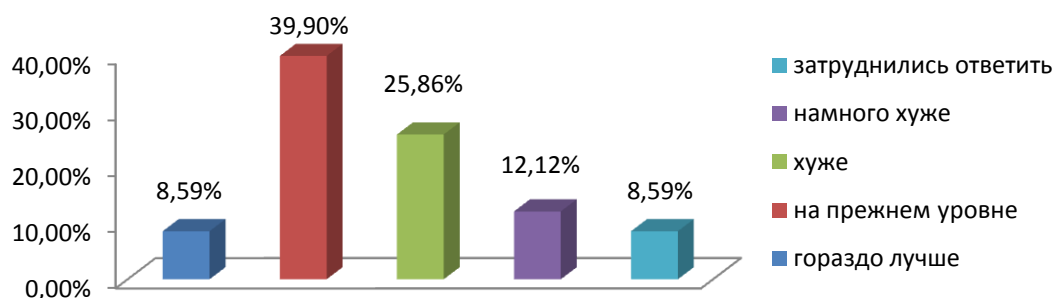


Рис. 6 «Оценки изменения уровня жизни пациентами с приобретенной беспомощностью»

В оценке уровня качества своей жизни, представляющего собой совокупную характеристику и отличающегося от общих оценок уровня жизни, тем, что содержит оценку удовлетворенности жизнью, респонденты распределились похожим образом: 36,37% отметили уровень качества своей жизни как низкий или ниже среднего, средний имеют 57,58%, высокий уровень качества жизни отметили 3,03% пациентов в группе.

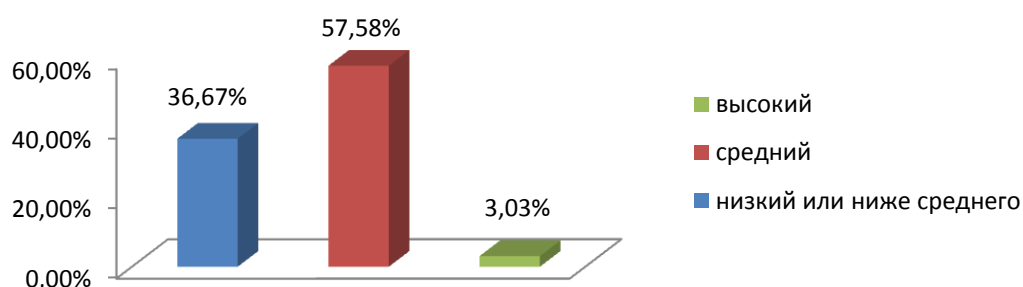


Рис. 7 «Оценки качества своей жизни пациентами с приобретенной беспомощностью»

Следовательно, можно отметить, что удовлетворенность жизнью в группе беспомощных пациентов невысока, с преобладанием оценок среднего уровня и значительным числом низких оценок. На наш взгляд, это во многом связано с эмоциональными характеристиками, свойственными людям с приобретенной беспомощностью. Мы полагаем, что в этом случае люди попадают в порочный круг. С одной стороны, они оценивают уровень и качество своей жизни как низкие, что является фактором возникновения эмоционального дефицита, то есть негативных переживаний, проявляющихся

в виде сниженного эмоционального фона (тоска, апатия и др.), тревожности, пессимизма и даже депрессии. Подобный эмоциональный дефицит поддерживает дефицит мотивационный, а тот в свою очередь провоцирует возникновение когнитивного дефицита. Наличие трех дефицитов, составляющих сущность приобретенной беспомощности, реципрокно приводит к низким самооценкам в отношении самого себя, своей жизни и своего окружения. Свойство генерализации, присущее приобретенной беспомощности, сказывается на характере интеракций врача и пациента, формируя ожидания, оценку действительности и определенный стиль поведения пациента.

Анализ семейной ситуации и наличие детей в группе беспомощных пациентов не выявил каких либо особенностей и показал, что 30,3% пациентов не имеют детей, 63,64% отметили, что имеют одного или двух и 6,06% отметили, что имеют больше двух детей в семье.

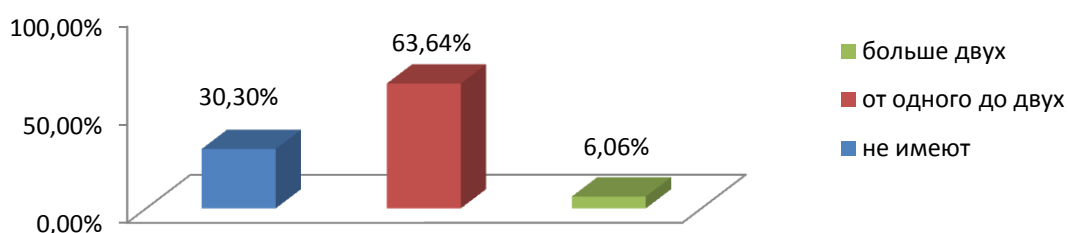


Рис. № 8 «Наличие детей у пациентов с приобретенной беспомощностью»

Для составления социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью, важно рассмотреть социальные экспектации и поведение таких пациентов в стационаре при проведении лечения. Анализ ситуации нахождения в стационаре таких пациентов показал, что большинство респондентов в группе проявляют пассивную позицию в осуществлении лечения. Так 64,14% опрошенных в группе беспомощных пациентов на вопрос «Если Вы заболели, то:...», ответили, что хотят чтобы их быстрее вылечили, 32,83% пациентов ожидают некоторое время, что недомогание

пройдет, и всего лишь 3,03% стараются предпринимать лечебные действия незамедлительно.

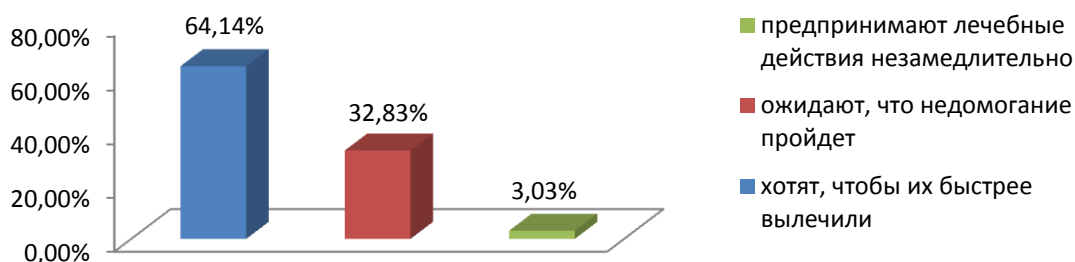


Рис. 9 «Поведение в стационаре пациентов с приобретенной беспомощностью»

При назначении лечения у 35,86% беспомощных пациентов часто присутствуют плохие мысли по поводу своего здоровья, 27,78% пациентов считают, что понимать смысл лечения не обязательно, так как это является обязанностью врача, 21,21% пациентов, среди которых только женщины проявляют активность, стремясь разобраться в смысле назначенного лечения, 15,15% человек не вникают в смысл лечения, по различным причинам (не хватает для этого времени, желания, образования).

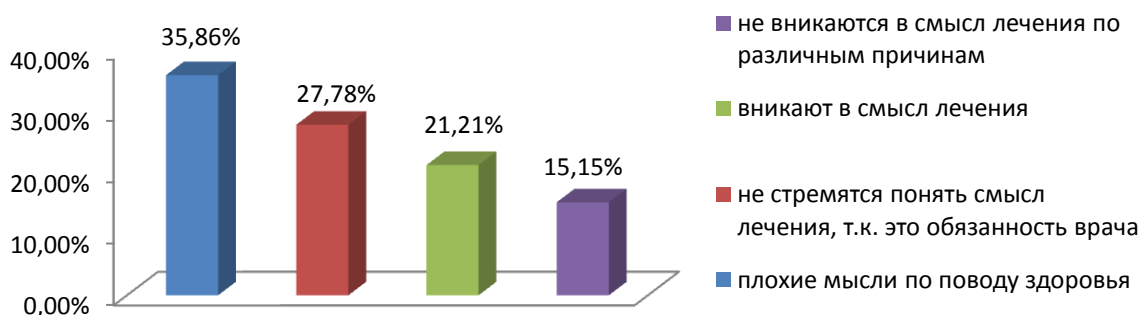


Рис. 10 «Когнитивный дефицит пациентов с приобретенной беспомощностью»

Среди пациентов данной группы в основном присутствуют негативные переживания. Так на вопрос о наличии каких-либо переживаний в процессе лечения 44,95% пациентов постоянно тревожатся за успех лечения, 30,81% боятся осложнений и последствий лечения, 6,57% часто расстраиваются без

видимой причины, 5,56% становится многое безразлично, остальные не выбрали ни одного варианта из предложенных ответов, что составило 9,09% от общего количества в группе беспомощных пациентов.

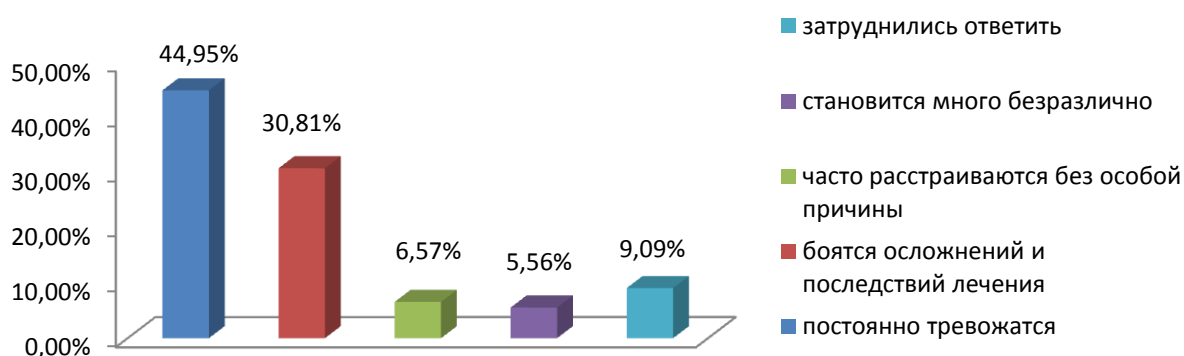


Рис. 11 «Эмоциональные переживания пациентов с приобретенной беспомощностью»

В состоянии болезни 33,84% опрошенных из группы беспомощных пациентов ответили, что ощущают себя беспомощными, 44,95% постоянно тревожатся по поводу своего здоровья, 12,63% проявляют безразличие ко многим вещам, и всего лишь 8,59% активно приступают к лечению.

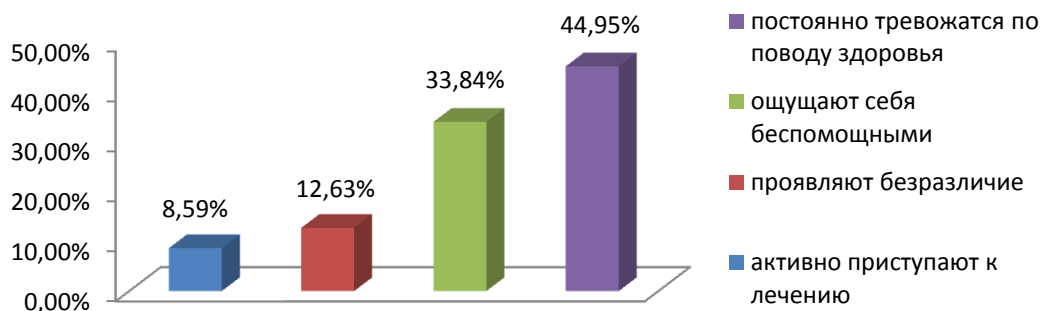


Рис. 12 «Активность пациентов во время болезни»

Таким образом, видно, что в ситуации заболевания среди пациентов с приобретенной беспомощностью выделяются различные типы проявления беспомощности: а) явный (ощущаемый, осознаваемый), б) квазиактивный (неконструктивная, патогенная генерализированная тревожность), в) очевидный (генерализированное безразличие, пессимизм), г) латентный (реально присутствующая, но по данному поведенческому признаку не

проявляющаяся сразу). Особо следует остановиться на последнем типе проявления беспомощности, которая не очевидна в поведении пациента в ситуации заболевания. Несмотря на то, что 8,59% таких пациентов составляют небольшую группу, тем не менее, это почти каждый десятый из группы беспомощных пациентов. Учитывая, что подавляющее большинство пациентов с приобретенной беспомощностью страдает хроническими заболеваниями, то очень важно, чтобы лечение проходило последовательно и пролонгировано, именно эта последовательность отсутствует у пациентов с латентной беспомощностью.

Интересно рассмотреть фактор отношения к жизни пациентов с приобретенной беспомощностью. Так 41,92% беспомощных пациентов, считают, что человеческая судьба предопределена, 27,27% считают основными препятствиями в изменении своей жизни различные внешние обстоятельства или людей (экстернальный локус контроля), и 30,81% человек отметили недостаток усердия и воли, чтобы изменить жизнь в лучшую сторону. Таким образом 72,73% беспомощных пациентов видят препятствиями на пути к изменениям своей жизни внешние, не зависящие от них и неподвластные им обстоятельства.

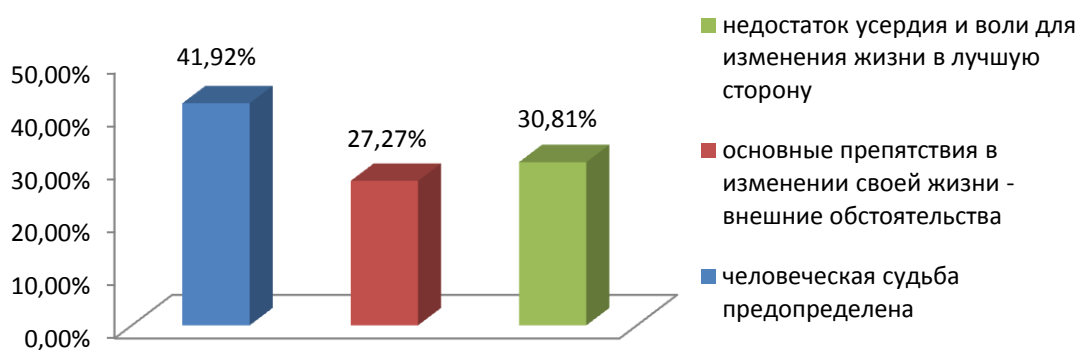


Рис. 13 «Отношение к изменениям в жизни пациентов с приобретенной беспомощностью»

36,36% пациентов по поводу последних событий в жизни отметили, что они устали от постоянной смены событий, 32,83% стало сложно ориентироваться в новых ситуациях, 21,21% пациент отметили, что

происходящие события стали для них часто неожиданными, и 9,60% человек отметили, что ничего внезапного в их жизни не происходит.

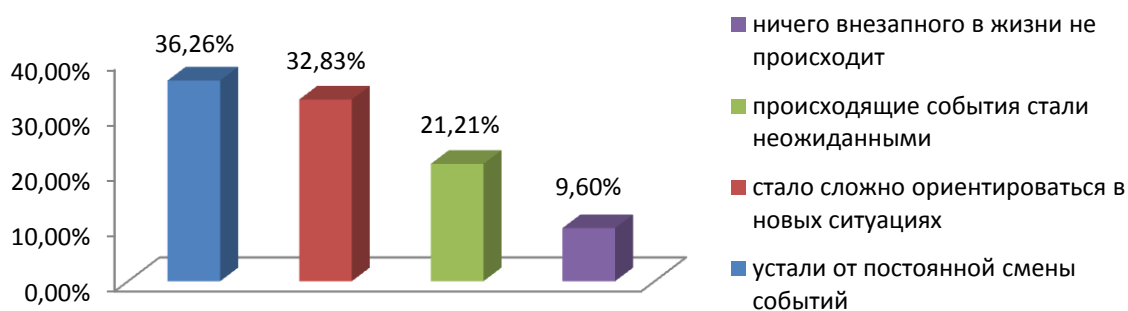


Рис. 14 «Отношение к жизненным событиям пациентов с приобретенной беспомощностью»

24,75% беспомощных пациентов чувствуют себя в последнее время подавленными и беспомощными, 30,3% беспокоят напряжение и раздражительность, 17,68% ощущают чувство безнадежности и собственной малозначимости, у 11,62% присутствует ощущение, что не могут собраться и взять себя в руки, 12,63% отмечают безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям, остальные 3,02% пациентов отметили другое (в том числе хорошее настроение).

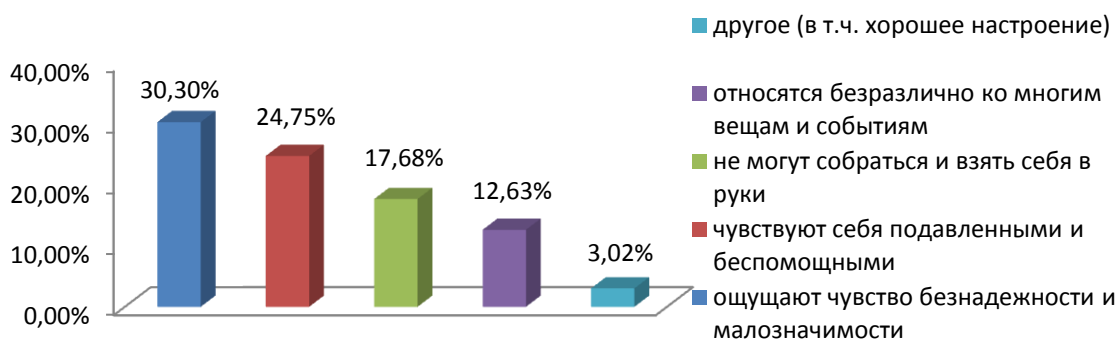


Рис. 15 «Ощущения пациентов с приобретенной беспомощностью в последнее время»

Находясь на лечении 44,95% опрошенных группы беспомощных пациентов готовы выполнять то, что им говорят врачи, полностью полагаясь на профессионалов (нужно отметить удобство таких пациентов для медицинских специалистов), 36,36% пациентов с приобретенной

беспомощностью ожидают, когда врач объяснит им, как начать лечение, и лишь 15,66% подсказывают врачу на что стоит обратить внимание, желая тем самым получения обратной связи от специалиста.

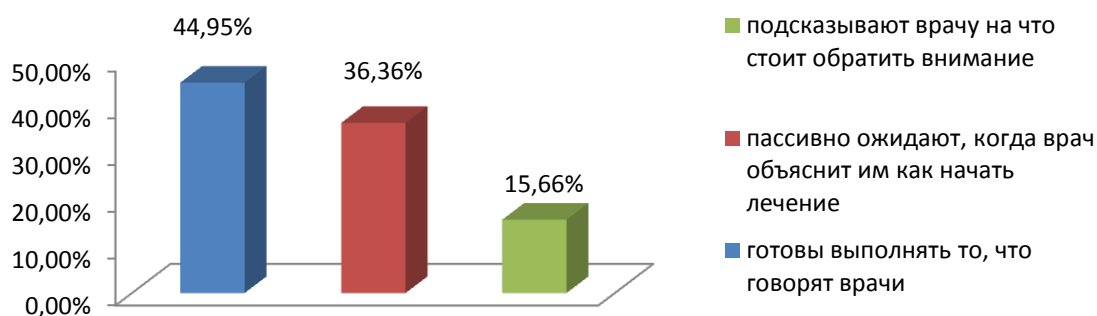


Рис. 16 «Поведение пациентов с приобретенной беспомощностью на приеме у врача»

Также 55,05% пациентов отметили, что на приеме у врача они ожидают, что врач полностью возьмет на себя ответственность за лечение, 30,3% ожидают, что с ними обсудят методы терапии, попутно выбирая наиболее приемлемые для них, 14,65% человек ждут лишь информирования о том, что они могут сделать в ситуации болезни.

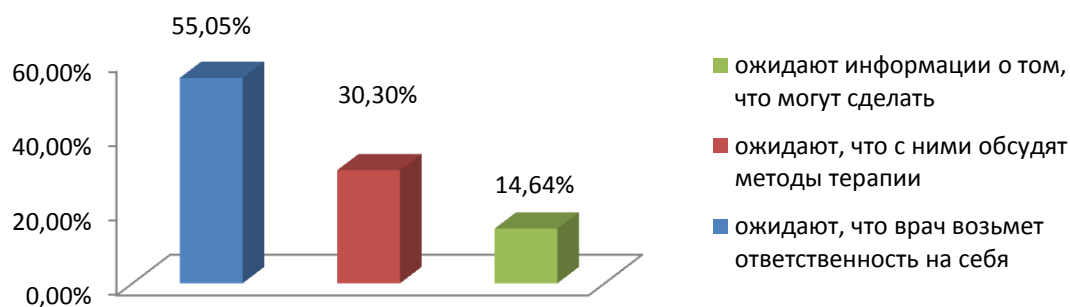


Рис. 17 «Ожидания пациентов с приобретенной беспомощностью на приеме у врача»

Когда врач изначально находится в патерналистской модели взаимодействия (относится к пациенту как к ребенку, не осознающему или недооценивающему состояние своего здоровья) для 30,81% пациентов это не имеет значения, 27,27% пациентов отмечают, что ощущают себя беспомощными в такой ситуации взаимодействия, 20,2% раздражаются

потому что считают что врач таким образом подавляет их инициативу, 17,68% пациентов ощущают себя вполне комфортно, и 4,04% пациентов воздержались от ответа.

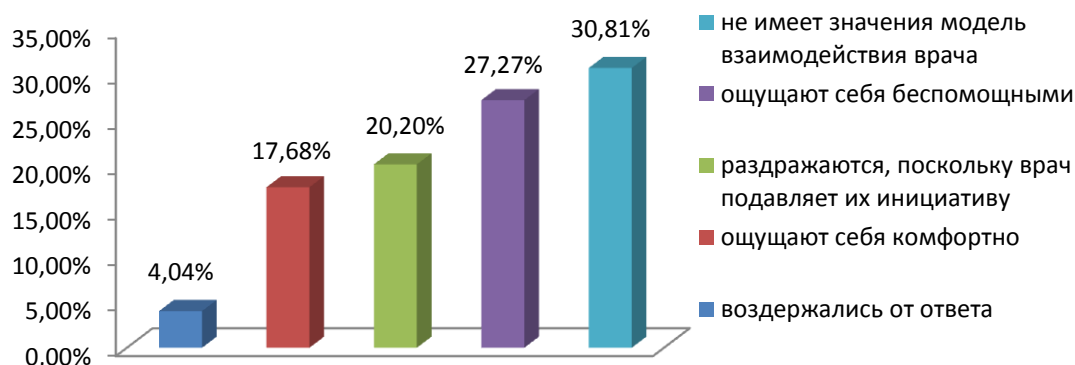


Рис. 18 «Ощущения пациентов с приобретенной беспомощностью в патерналистской модели взаимодействия»

Среди ожиданий от врача на первичном приеме большинство, т.е. 64,14% пациентов, выделили профессионализм и внимание, 29,8% пациентов ожидают помимо профессионализма еще и эмоциональную поддержку, 6,06% пациентов выделили только профессионализм врача.

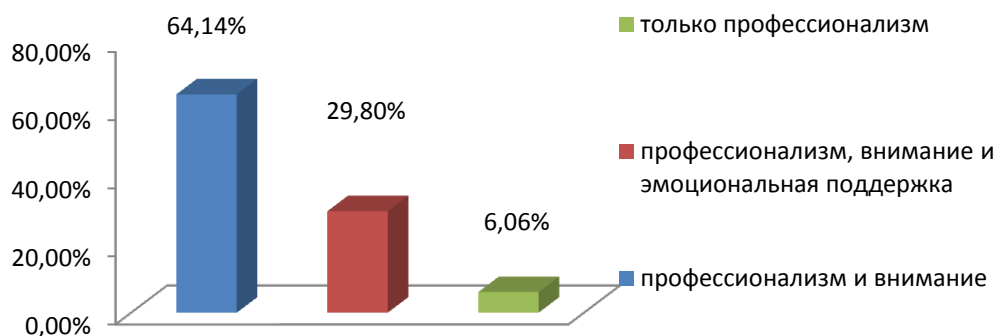


Рис. 19 «Ожидания пациентов с приобретенной беспомощностью от врача на первичном приеме»

По мнению таких пациентов, успех в выздоровлении зависит: а) только от компетентности врача – 38,89%, б) от настроения пациента – 21,72%, в) от сложившихся обстоятельств – 15,15%, и г) 21,21% беспомощных пациентов

отметили профессионализм врача и настрой пациента (распределили ответственность за лечение поровну).

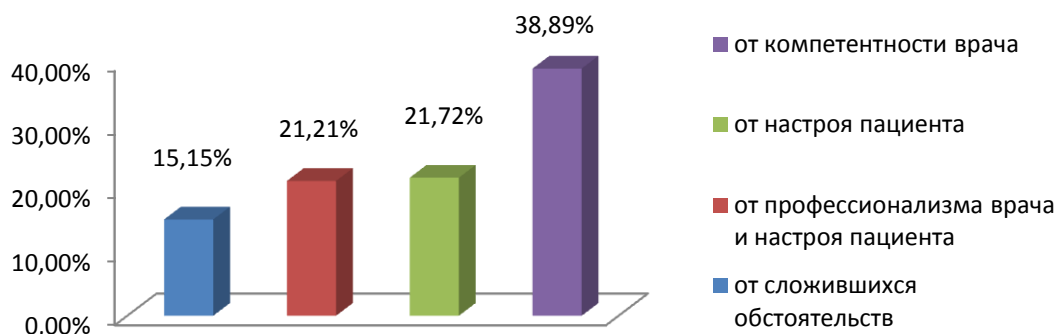


Рис. 20 «Мнение пациентов с приобретенной беспомощностью по поводу факторов, влияющих на успех лечения»

Во время лечения 83,33% пациентов меняют свой образ жизни в соответствии с рекомендациями врача, в том числе отказываются от вредных привычек, 16,67% пациентов стараются сбалансировать привычный образ жизни с рекомендациями врача.

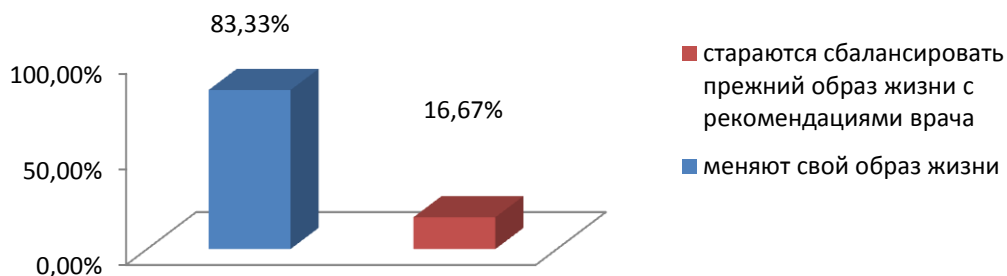


Рис. 21 «Выполнение врачебных рекомендаций»

Большинство, а именно 64,14% пациентов группы желают быстрее выздороветь и выписаться из стационара, поведение в стационаре остальных 33,34% беспомощных пациентов зависит от того как их лечат, 2,52% пациентов используют время, проведенное в стационаре для отдыха.

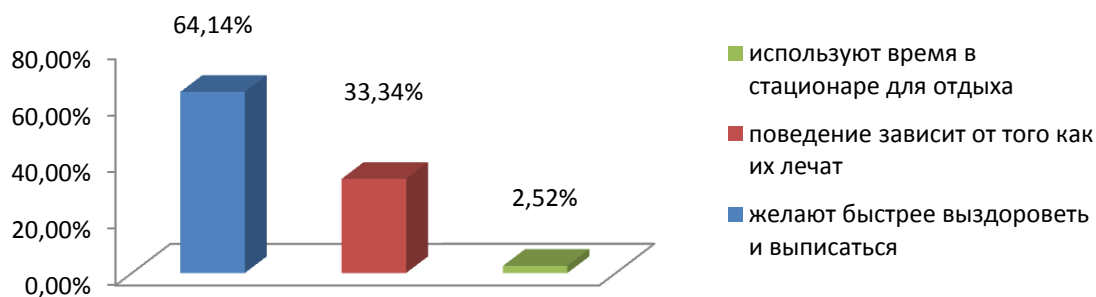


Рис. 22 «Поведение пациентов с приобретенной беспомощностью в стационаре»

Среди особенностей взаимоотношений с врачами 9,6% отметили, что случаются конфликты, 9% сложно найти общий язык и понимание, 15,15% человек чаще остаются неудовлетворенными оказываемым им лечением, 27,78% человек боятся врачебной ошибки, 5,56% сталкиваются с недостатком человеколюбия, 33,33% успешно сотрудничают в процессе лечения. Таким образом, 66,67% респондентов группы пациентов с приобретенной беспомощности испытывают какие либо негативные переживания и сложности во взаимодействии со врачами.

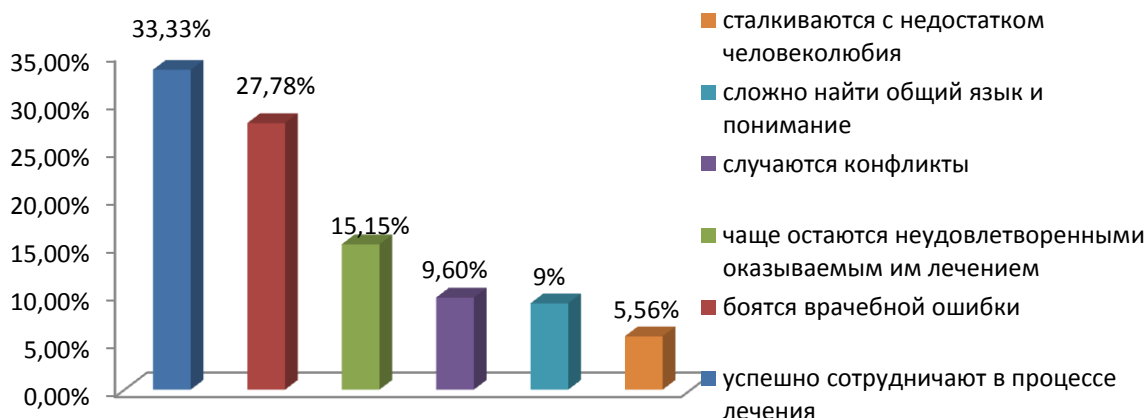


Рис. 23 «Особенности взаимоотношений пациентов с приобретенной беспомощностью с врачами»

На вопрос, как к ним относятся окружающие люди в зависимости от болезненного состояния, 64,65% не замечают никаких изменений в отношении к ним, 18,18% ответили что настороженно и предвзято, 12,12%

пациентам безразлично мнение окружающих, 5,05% человека воздержались от ответа.

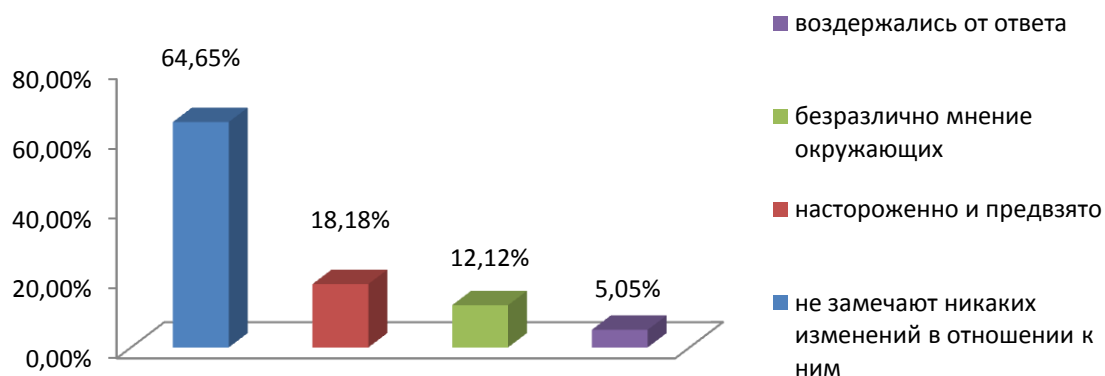


Рис. 24 «Мнение пациентов по поводу отношения к ним»

Среди рекомендаций, которые выполняют пациенты, 55,56% выполняют только рекомендации по лечению, 11,62% выполняют все рекомендации, 8,08% выполняют только рекомендации по профилактике, 9,09% – рекомендации по оздоровлению, 6,06% – рекомендации по лечению и профилактике, 5,55% – рекомендации по лечению и оздоровлению, 4,04% – выполняют рекомендации по профилактике и оздоровлению.

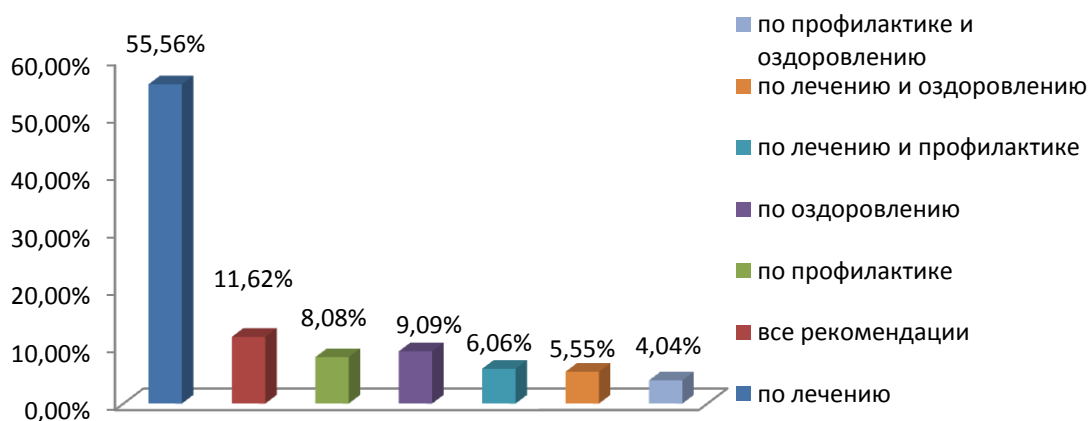


Рис. 25 «Выполняемые рекомендации пациентов с приобретенной беспомощностью»

Удовлетворенность оказываемым лечением высказывают всего 16,16% пациентов, 74,75% – довольны, но не полностью, 9,09% совсем недовольны качеством оказываемых услуг.

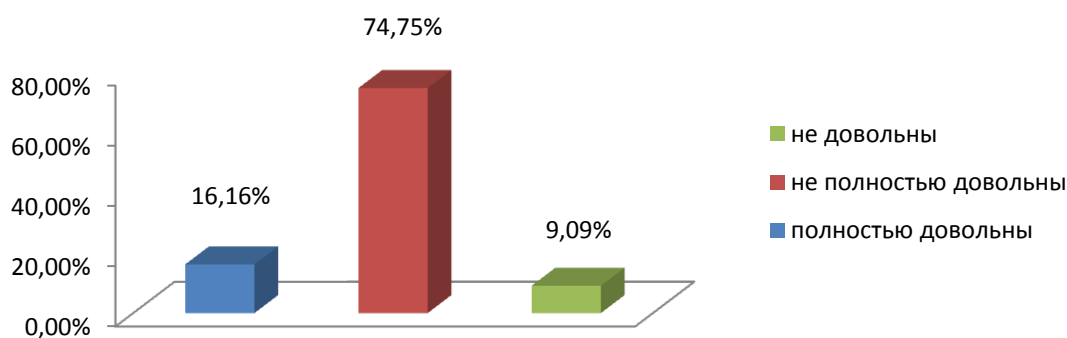


Рис. 26 «Удовлетворенность оказываемым лечением пациентов с приобретенной беспомощностью»

В качестве факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения респонденты третьей группы отмечают: проявление воли и упорства в лечении – 29,8%; большее желание лечиться – 15,15%; более понятные и доступные методы лечения – 23,5%; эмоциональный подъем – 9,55%; поддержку окружающих людей – 9%, отсутствие равнодушия к лечению – 8,45%; другое отметили 4,55% пациентов с приобретенной беспомощностью.

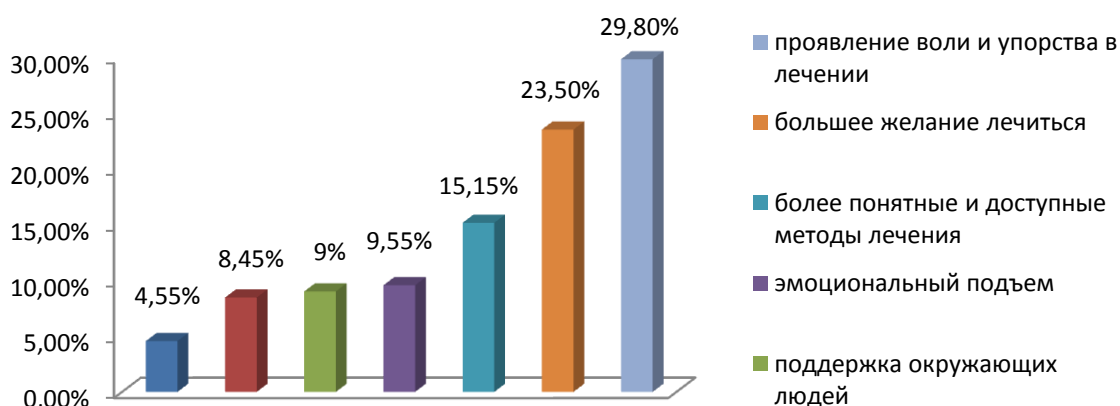


Рис. 27 «Мнение пациентов с приобретенной беспомощностью о том, что может улучшить эффективность их лечения»

Кроме медицинской помощи, получаемой в государственных ЛПУ, пациенты обращаются и к другим видам помощи, так 45,45% пациентов используют народную медицину, 20,35% пользуются платной медициной, 18,05% обращаются за советами к друзьям и знакомым, 5,59% используют

нетрадиционную медицину, 1,01% обращается к услугам целителей и знахарей, 9,55% воздержались от ответов.

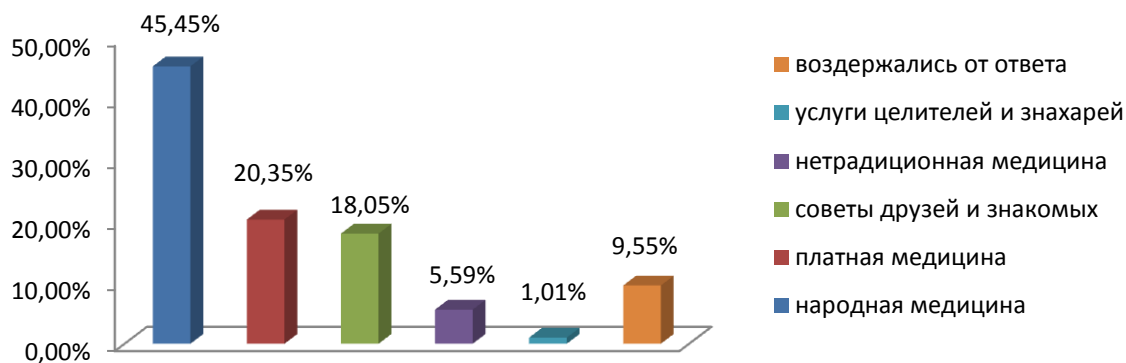


Рис. 28 «Обращение пациентов с приобретенной беспомощностью к другим видам медицинской помощи»

Понятие здоровья у беспомощных пациентов выглядит как возможность вести активный образ жизни у 23,74% пациентов, 34,34% пациентов считают, что здоровье это возможность чувствовать себя хорошо физически и эмоционально, 31,31% пациентов считают, что в наше время полностью здоровых людей не бывает, 10,61% пациентов ответили, что здоровье - понятие весьма относительное.

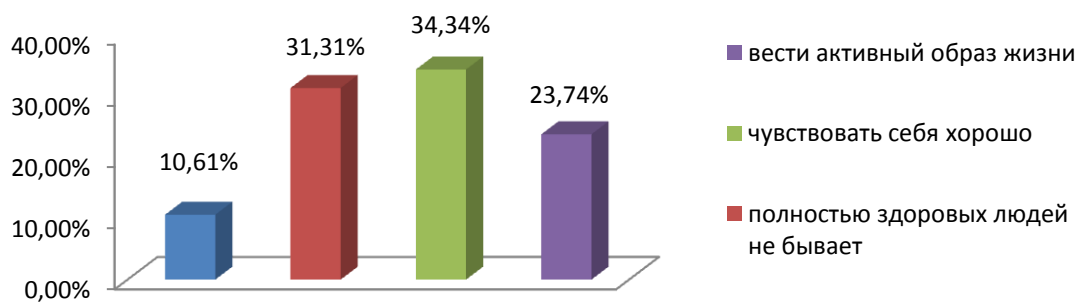


Рис. 29 «Понимание здоровья пациентами с приобретенной беспомощностью»

Таким образом, видно, что в группе пациентов с приобретенной беспомощностью понятие здоровья сводится преимущественно только к самоощущению или является не достижимой ценностью.

Что касается самочувствия, то 63,13% пациентов с приобретенной беспомощностью часто ощущают плохое самочувствие, 36,87% - редко.

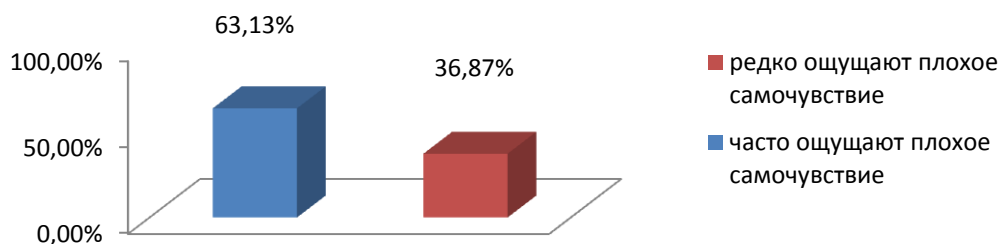


Рис. 30 «Самочувствие пациентов с приобретенной беспомощностью»

В последнее время самочувствие улучшилось у 72,22%, 24,24% пациента также чувствуют себя плохо, и всего лишь 3,54% чувствует себя хорошо.

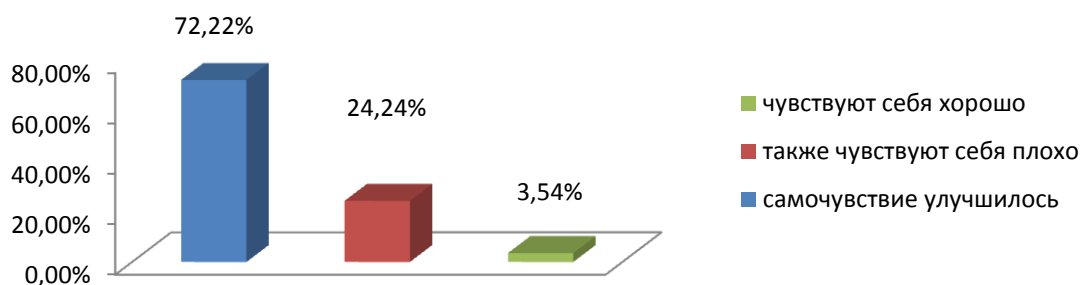


Рис. 31 «Самочувствие пациентов с приобретенной беспомощностью в последнее время»

В отношении своего здоровья 15,15% респондентов данной группы оценивают свое здоровье как хорошее, 15,15% как плохое и остальные как среднее – 69,70%.

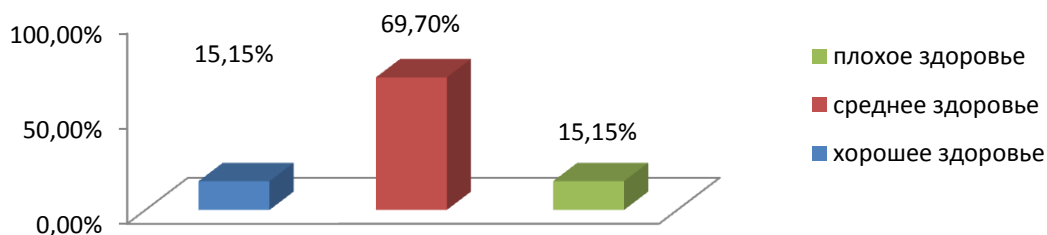


Рис. 32 «Оценка своего здоровья пациентами с приобретенной беспомощностью»

У 9,09% в процессе лечения часто возникают новые заболевания, у 78,79% выздоровление зависит от обстоятельств, 12,12% достаточно быстро выздоравливают без осложнений.

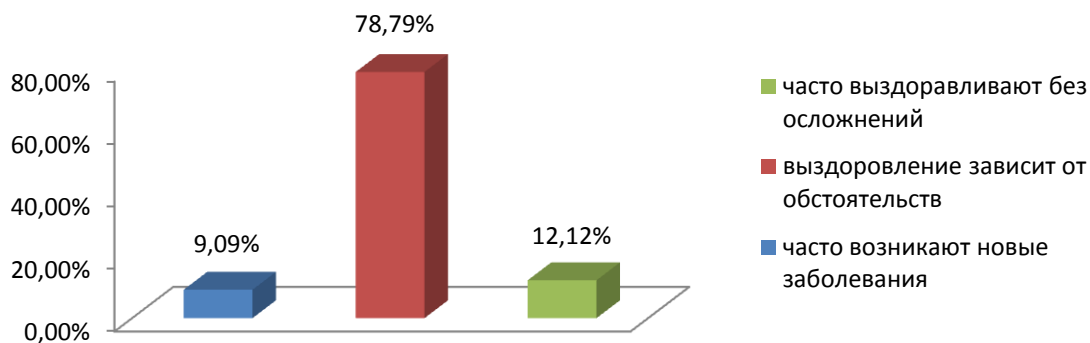


Рис. 33 «Выздоровление пациентов с приобретенной беспомощностью»

Если рассмотреть частоту возникновения заболеваний у пациентов с приобретенной беспомощностью, то у 55,05% заболевания возникают более двух раз за полгода, 23,23% заболевают не более одного раза в год, 11,62% болеют каждый месяц и 10,10% болеют раз в год или реже.

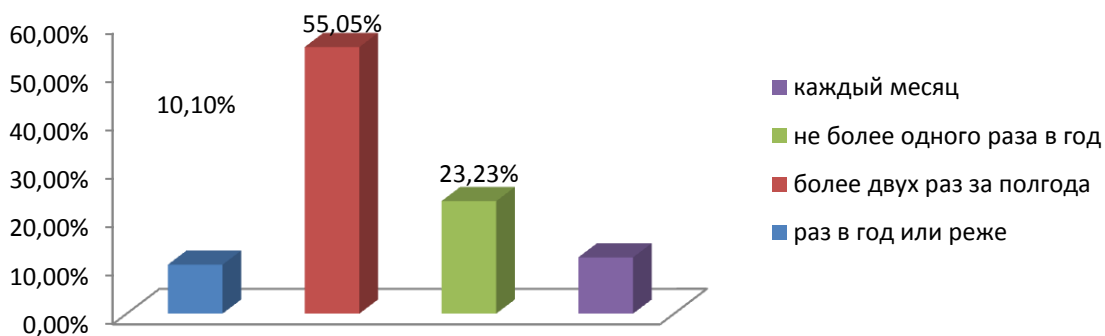


Рис. 34 «Частота возникновения новых заболеваний пациентов с приобретенной беспомощностью»

Частота посещений ЛПУ распределилась следующим образом: 45,96% опрошенных пациентов обращаются к врачу раз в квартал, 25,25% два или три раза в год, 28,79% раз в год или реже.

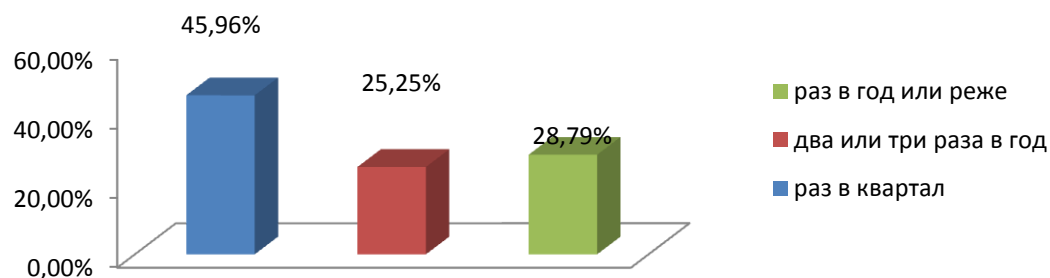


Рис. 35 «Частота посещений ЛПУ пациентами с приобретенной беспомощностью»

Интересен тот факт, что из всего количества беспомощных пациентов у 87,88% присутствуют хронические заболевания.

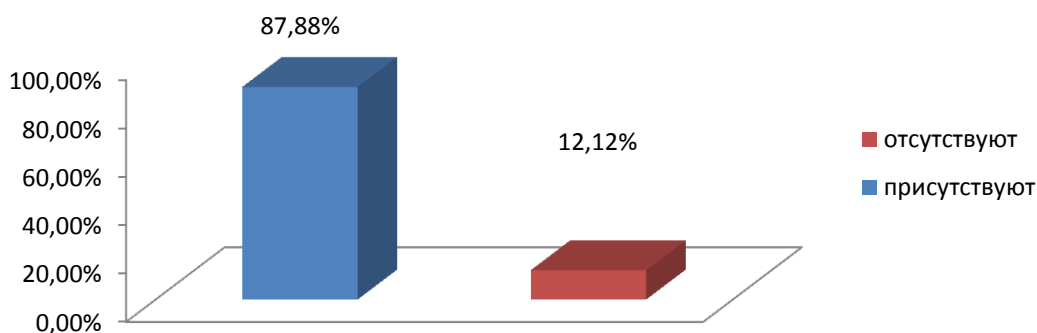


Рис. 36 «Наличие хронических заболеваний у пациентов с приобретенной беспомощностью»

Типы отношений к заболеванию у беспомощных пациентов распределились таким образом: 27,78% пациентов обнаружили сенситивный тип отношения к заболеванию, 18,18% – тревожный, 10,10% – эргопатический, 14,14% – анозогнозический, 12,63% – неврастенический, 2,52% – ипохондрический, 2,52% – меланхолический, 3,55% – апатический, 6,06% – паранойяльный, 2,52% – дисфорический.

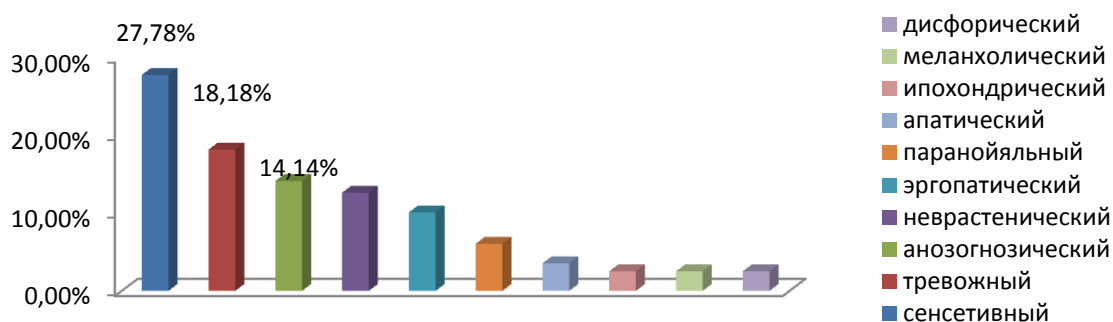


Рис. 37 «Типы отношения к заболеванию пациентов с приобретенной беспомощностью»

В группе автономных пациентов - АП были выделены следующие типы отношений к болезни: гармоничный тип отношения к болезни определяется у 36,87% респондентов, эргопатический - у 35,86% и анозогнозический у 27,27% респондентов.

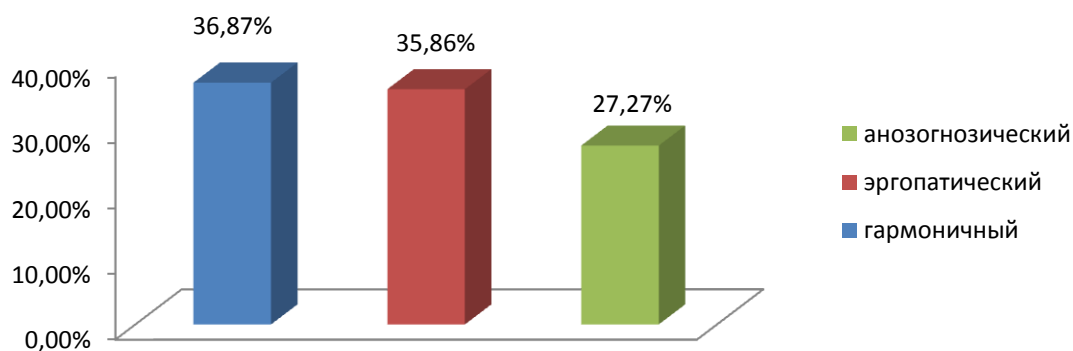


Рис. 38 «Типы отношения к заболеванию автономных пациентов»

В группе РП доминирующими типами являются: эргопатический - 44,1% респондентов, анозогнозический - 27,95% респондентов, остальные типы отношения к болезни не преодолели 10% порог выраженности.

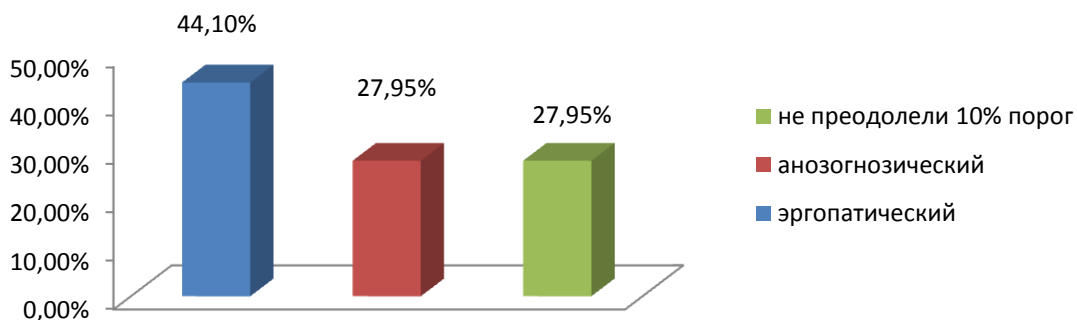


Рис. 39 «Типы отношения к заболеванию пациентов группы риска»

Таким образом, в группе пациентов с приобретенной беспомощностью преобладают типы отношения к болезни характеризующиеся как социально-дезадаптивные, с интрапсихической и интерпсихической направленностью личностного реагирования на заболевание.

Интрапсихическая направленность личностного реагирования на заболевание (тревожный – 18,18%, неврастенический – 12,63%), заключается в следующем дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь», «капитуляции» перед заболеванием.

У пациентов с приобретенной беспомощностью больше выражена интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь (сенситивный тип отношения к болезни - 27,78%), при которой пациенты стесняются своего заболевания перед окружающими, могут неосознанно использовать его для достижения определенных целей.

Таким образом, особое внимание обращает выраженность сенситивного типа. Пациенты с данным типом отношения к болезни озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих. Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. Колебания настроения таких пациентов, в основном связаны с межличностными контактами, что еще раз подтверждает необходимость использования оптимальной модели взаимодействия с пациентами, имеющими приобретенную беспомощность.

Таким образом можно сделать вывод, что социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью – это преимущественно пациенты женского пола, пожилого возраста, без высшего образования, с низкими оценками по поводу своего благосостояния и качества жизни. Такие пациенты видят в качестве препятствий на пути к изменениям своей жизни внешние, не зависящие от них и неподвластные им обстоятельства, а любые

происходящие события для них являются стрессообразующими факторами. Среди таких пациентов в основном присутствуют негативные переживания: чувства безнадежности и беспомощности, эмоциональное напряжение и раздражительность, есть ощущение, что не могут собраться и взять себя в руки, отмечается безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям. Отмечается снижение активной позиции в осуществлении лечения и неумение осуществления конструктивного диалога для получения обратной связи от специалиста.

3.3. Компаративный анализ взаимоотношений врача с обычными пациентами и пациентами с приобретенной беспомощностью

Для рассмотрения поведенческих особенностей пациентов с приобретенной беспомощностью необходимо сравнить их с группами пациентов, среди которых отсутствует приобретенная беспомощность. Распределение по полу в каждой группе дало следующие результаты: Всего группа пациентов, у которых отсутствует приобретенная беспомощность (АП), составляет 132 чел. Гендерные характеристики данной группы: мужчин – 40,9%, женщин – 59,1%.

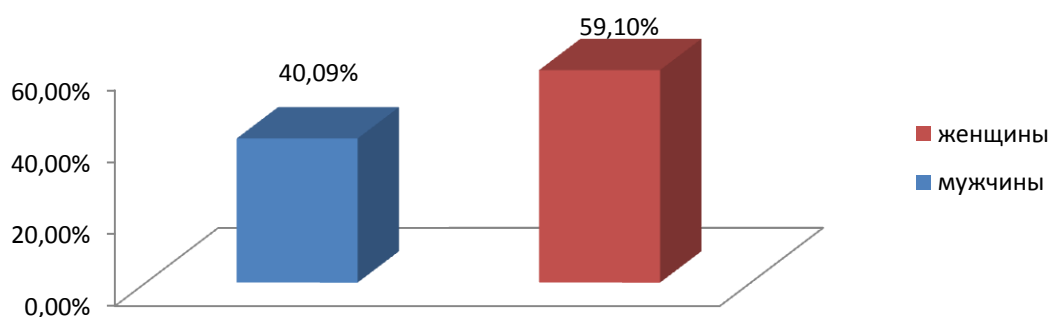


Рис 40. «Гендерные характеристики группы автономных пациентов»

Возрастные показатели среди гендерных групп оказались следующими: в группе автономных пациентов мужчин старше 60 лет – 4%, 45-60 лет – 29,33%, 30-45 лет – 11,12%, до 30 лет – 55,55%. Женщин в возрасте выше 60

лет – 15,38%, от 45 до 60 лет – 7,69%, от 30 до 45 лет – 53,84%, до 30 лет – 23,07%.

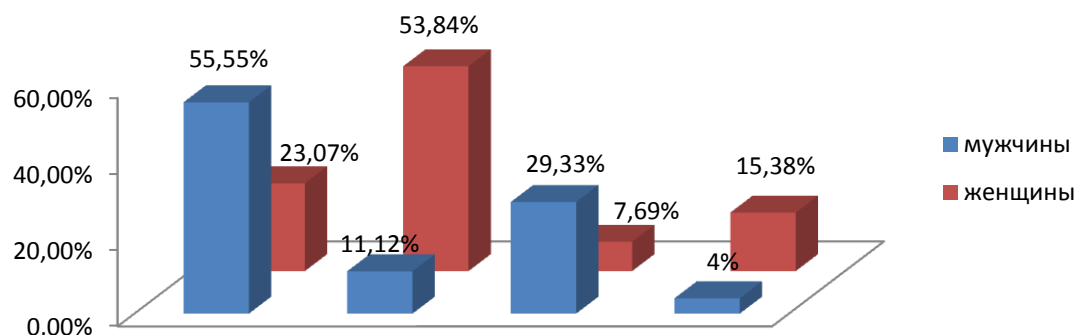


Рис. 41. «Возраст пациентов автономной группы в зависимости от пола»

Всего в группу пациентов с приобретенной беспомощностью вошли 198 пациентов, из них мужчин – 24,24% и женщин – 75,76%.

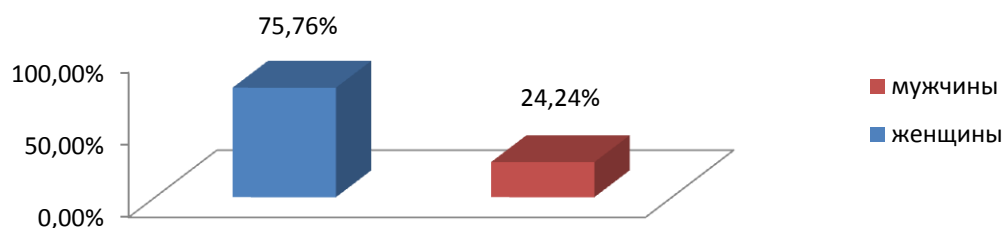


Рис. 42 «Гендерные характеристики группы пациентов с приобретенной беспомощностью»

Мужчины по возрасту распределились следующим образом: выше 60 лет 47,92%, 45-60 лет 12,5%, 30-45 лет – 27,08%, до 30 лет – 12,5%. Женщины в возрасте выше 60 лет составили 51,33% от женщин в группе пациентов с приобретенной беспомощностью, женщины 45-60 лет составили 32,67%, женщины 30-45 лет - 8%, и до 30 лет – 8%.

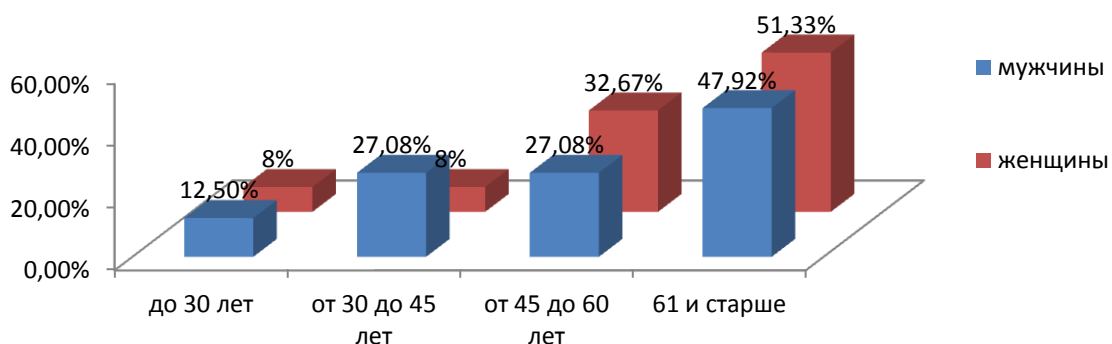


Рис. 43 «Возраст пациентов с приобретенной беспомощностью в зависимости от пола»

Таким образом, мы видим, что в группе автономных пациентов преобладают молодые мужчины в возрасте до 30 лет (55,55%) и минимально присутствуют пожилые мужчины (4%), а женщины преобладают в возрасте 30-45 лет (53,84%) и меньше всего представлены в возрасте 45-60 лет (7,69%).

В группе пациентов с приобретенной беспомощностью количество пациентов с возрастом возрастает как у мужчин (47,92%), так и у женщин (51,33%). Обращает на себя внимание тот факт, что происходит всплеск выраженности приобретенной беспомощности среди мужчин в возрасте 30-45 лет (27,08%), а среди женщин в возрасте 45-60 лет (32,67%).

Семейное положение групп выглядит следующим образом: среди автономных пациентов холосты (не замужем) 31,81%, женаты или замужем 63,63%, разведенных – 4,54%. Среди пациентов с приобретенной беспомощностью холостых (не замужем) 20,71%, состоят в браке 48,99%, разведенных – 20,2%, вдовцов – 10,1%. Таким образом, можно сделать вывод о том, что одним из факторов способствующим появлению приобретенной беспомощности может являться семейное положение, а именно состояние развода или смерти супруга.

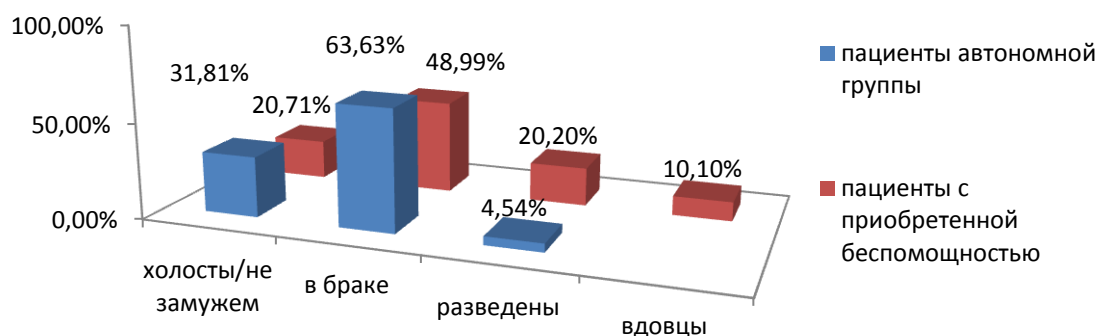


Рис. 44 «Семейное положение автономных пациентов и пациентов с приобретенной беспомощностью»

Анализируя семейное положение различных групп пациентов, мы рассматривали и фактор детности. В группе автономных пациентов не имеют детей 59,09%, одного, двух детей – 40,91%. В группе пациентов с приобретенной беспомощностью 30,30% отметили, что не имеют детей, 63,64% имеют одного или двух детей, больше двух – 6,06%.

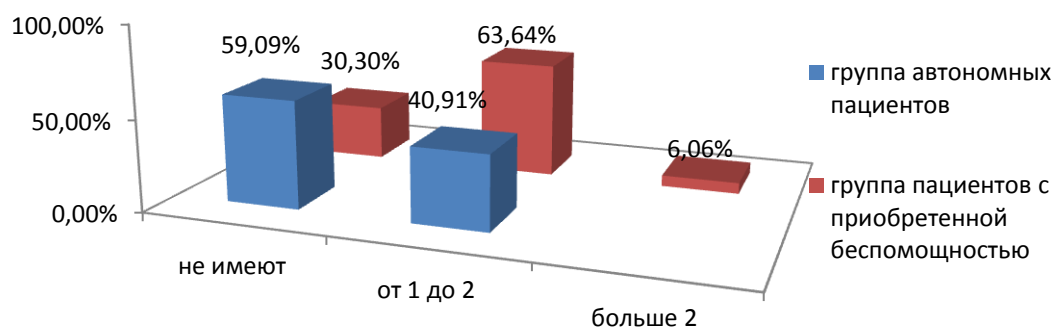


Рис. 45 «Семейное положение автономных пациентов и пациентов с приобретенной беспомощностью»

Сопоставляя эти данные с возрастными показателями, мы обнаружили, что феномен приобретенной беспомощности более проявляется в окружении повзрослевших детей. Данное обстоятельство свидетельствует о генерализации приобретенной беспомощности, которая распространяется на всех участников, с которыми взаимодействует человек с приобретенной

беспомощностью. В этом случае, в целях оптимизации терапевтического взаимодействия врачу полезно привлечь к участию взрослых детей пациента для выработки единой эффективной стратегии, не подпитывающей приобретенную беспомощность пациента, а напротив, стимулирующую его субъектность, то есть активность, самостоятельность, ответственность.

Уровень образования в группе автономных пациентов следующий: неоконченное среднее (менее 10 классов) имеют 9,09% от количества группы, среднее образование – 21,21%, среднее специальное или незаконченное высшее – 32,57%, высшее образование – 37,12%.

В группе пациентов с приобретенной беспомощностью имеют высшее образование только женщины – 11,62% от общего количества группы, среднее специальное или незаконченное высшее образование – 55,05%, среднее образование имеют 27,78% и неоконченное среднее (менее 10 классов) – 11%.

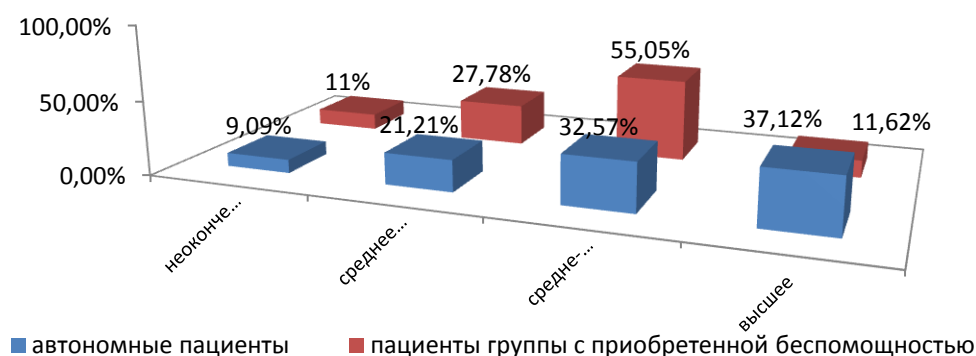


Рис. 46 «Образование автономных пациентов и пациентов с приобретенной беспомощностью»

Анализ и сравнение групп пациентов в зависимости от образования показали, что приобретенная беспомощность более свойственна людям, не имеющим высшего образования.

Уровень благосостояния автономных пациентов следующий: имеют уровень благосостояния ниже среднего 13,63%, средний – 86,36%, высокий уровень отсутствует.

В группе пациентов с приобретенной беспомощностью уровень благосостояния ниже среднего имеют 51,01% пациентов, средний уровень благосостояния – 48,99%, высокий уровень отсутствует.

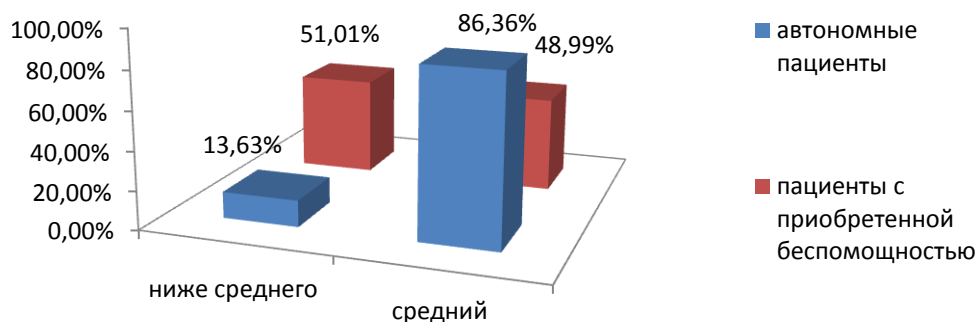


Рис. 47 «Уровень благосостояния автономных пациентов и пациентов с приобретенной беспомощностью»

Сравнительный анализ данных показывает, что малообеспеченность связана с феноменом приобретенной беспомощности. Однако в ходе нашего исследования мы не устанавливали причинно-следственную связь, является ли малообеспеченность фактором возникновения приобретенной беспомощности, либо, наоборот приобретенная беспомощность – детерминанта возникновения малообеспеченности. Выяснение данного вопроса требует проведения дополнительного исследования.

Особый интерес представляет исследование поведения пациентов с приобретенной беспомощностью и его отличие от поведения других групп пациентов. Прежде всего, можно отметить различия поведения пациентов на приеме у врача. Наибольшую активность на приеме у врача проявляют респонденты в группе автономных пациентов (27,27% от общего количества группы автономных пациентов), в группе риска – 23% (от общего количества группы риска) и 15,66% в группе пациентов с приобретенной беспомощностью (от общего количества группы с приобретенной беспомощностью).

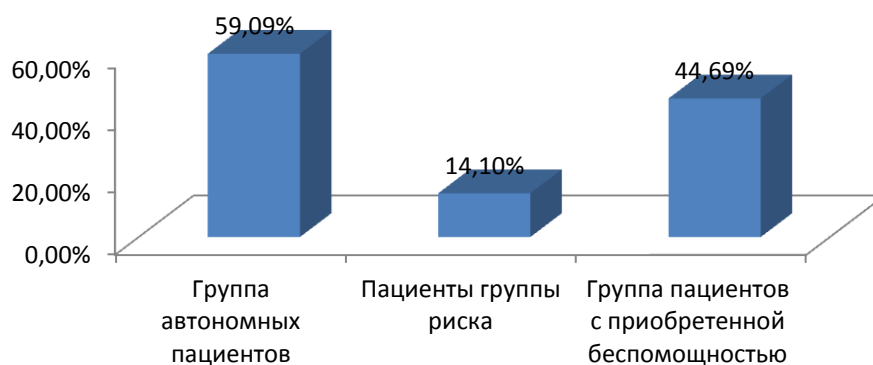


Рис. 48 «Поведение пациентов на приеме у врача»

Следует отметить возможное «удобство» пациентов с приобретенной беспомощностью для медицинских специалистов, так как большинство таких пациентов не проявляют потребности в диалоге во взаимодействии со врачом из - за сниженного интереса по поводу оказываемого лечения.

В то же время пациенты с приобретенной беспомощностью по сравнению с другими группами пациентов оказывают меньше доверия медицинскому специалисту. Так наибольший процент доверия лечащему врачу среди группы автономных пациентов – 59,09%, среди группы риска таких пациентов – 48,97%, а среди группы пациентов с приобретенной беспомощностью – 44,69% респондентов.

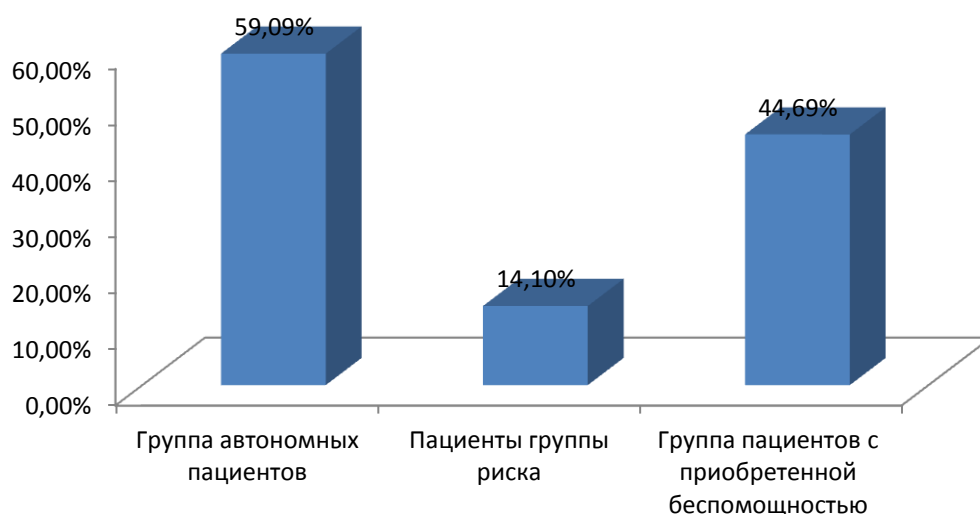


Рис. 49 «Уровень доверия к лечащему специалисту»

Поведение в стационаре пациентов трех групп выглядит следующим образом: 33,33% респондентов в группе пациентов с приобретенной беспомощностью ответили, что их поведение зависит от того, как их лечат. В группе риска, выбравших такой ответ пациентов – 14,1% от общего количества пациентов группы риска, а среди группы автономных – 9,09% от общего количества автономных пациентов.

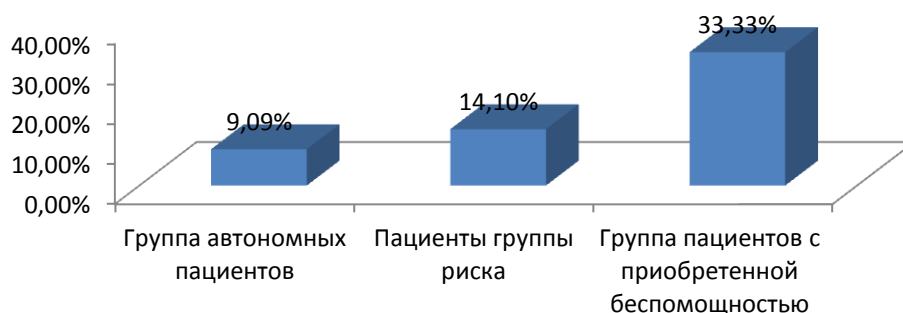


Рис. 50 «Процент пациентов, у которых поведение зависит от проведения лечебных мероприятий»

Таким образом, пациенты с приобретенной беспомощностью проявляют поведение, основываясь только на личных предпочтениях, которые можно определить: «как хочу, так себя и веду». Из исследования видно, что пациенты с приобретенной беспомощностью часто переходят во взаимодействии с врачом на уровень межличностных отношений, что ведет к искажению профессионального взаимодействия и соответственно снижению его продуктивности. На наш взгляд для изменения или корректировки подобного поведения нужно найти границы общения, в которых явно обозначить права, обязанности и ответственность сторон.

Наибольшее желание в выздоровлении проявляют автономные пациенты – 76,76% от общего количества пациентов, в группе риска таких пациентов – 72,05% и в группе пациентов с приобретенной беспомощностью

–63,63%.

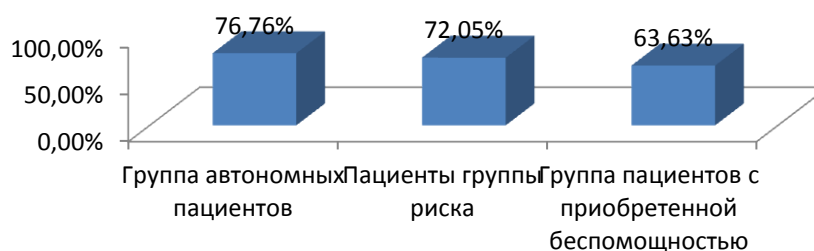


Рис. 51 «Процент пациентов с наибольшим желанием полного выздоровления»

Что касается навыков релаксации, то всего лишь 3,03% респондентов от группы пациентов с приобретенной беспомощностью применяют их, находясь в стационаре, в группе автономных таких пациентов 14,14% и 14,1% в группе риска.

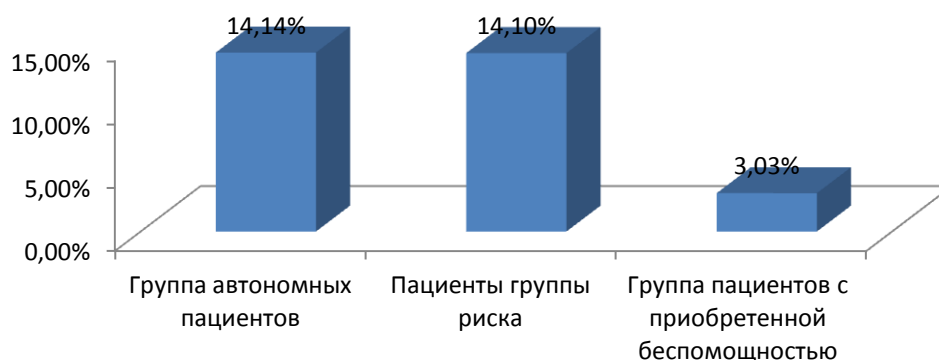


Рис. 52 «Применение пациентами навыков релаксации в стационаре»

Медицинскому персоналу следует учитывать, что пациентам с приобретенной беспомощностью не доступны навыки релаксации, следовательно, они могут находиться в постоянном напряжении, которое отражается в их поведении.

Несмотря на то, что в группе пациентов с приобретенной беспомощностью оказалось значительное число респондентов (63,63%) заявляет о желании выздоровления, однако, сопоставив данный ответ с социальными ожиданиями пациентов по отношению к врачу, мы увидим наличие декларативности в заявлении о желании скорого выздоровления.

Социальные ожидания относительно моделей взаимодействия с врачом у автономных пациентов следующие: только 9,09% в группе АП ожидают, что врач полностью возьмет на себя ответственность за их лечение, 22,73% ожидают, что врач проинформирует их о том, что они могут сделать, 68,18% ожидают, что врач обсудит с ними методы терапии, выбирая наиболее приемлемые для них.

Ожидания в группе БП отличаются от ожиданий в группе АП в сторону избегания ответственности: 54,55% пациентов ожидают, что врач полностью возьмет ответственность за лечение, 15,15% ждут информирования о том, что они могут сделать и 30,3% хотят, чтобы с ними обсудили методы терапии, выбирая наиболее приемлемые для них.

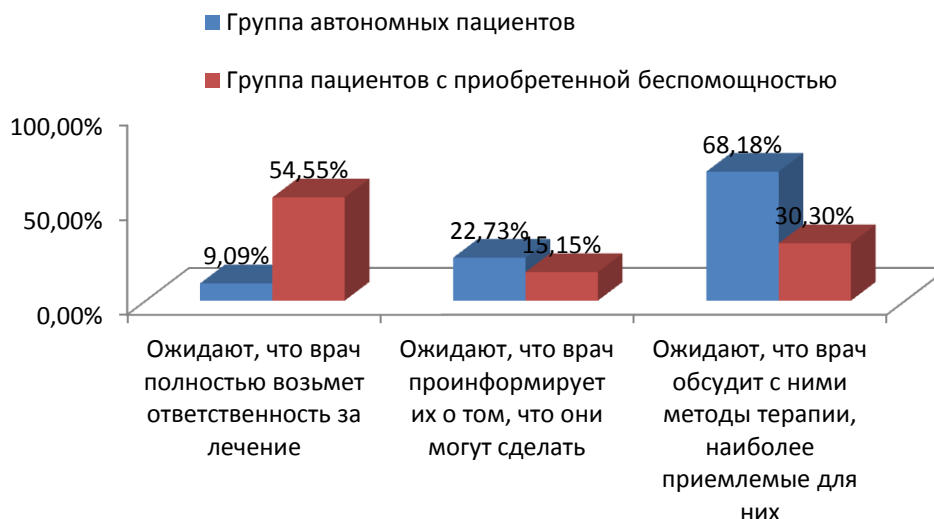


Рис. 53 «Ожидания автономных пациентов и пациентов с приобретенной беспомощностью касательно взаимодействия с врачом»

Особо мы выделили социальные экспектации пациентов по отношению к социально-ролевым характеристикам врача. В группе АП 22,73% выделяют эмоциональную поддержку и профессионализм, 72,22% пациентов отмечают профессионализм и внимание, 5,05% выделили только профессионализм.

Группа БП более требовательна к врачу в отношении эмоциональной поддержки - 30,3%, 63,64% пациентов выделили профессионализм и внимание, 6,06% выделили только профессионализм врача.

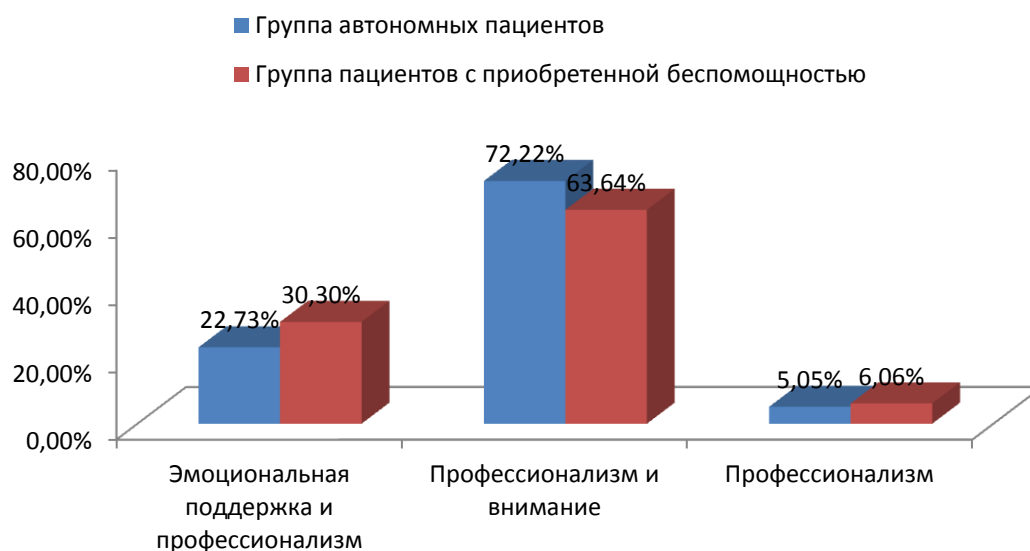


Рис. 54 «Экспектации пациентов по отношению к социально-ролевым характеристикам врача»

Таким образом, данные нашего исследования показывают запрос эмоциональной поддержки со стороны врача у пациентов с приобретенной беспомощностью. У таких пациентов снижена потребность в скором выздоровлении и практически отсутствует способность к релаксации. Учитывая, что пациентам с приобретенной беспомощностью по сравнению с другими группами пациентов в условиях стационара свойственно поведение, избегающее ответственности за лечение, то эмоциональная поддержка, оказываемая врачом, должна быть ориентирована на формирование чувства ответственности у пациента и развитие спектра его эмоциональных и поведенческих реакций.

Во время болезни 11,03% пациентов группы риска стараются не обращать внимания на заболевание и поддерживают свой прежний образ жизни. Стараются сбалансировать привычный образ жизни с рекомендациями врача 68,18% автономных пациентов и 40% пациентов группы риска. Полностью меняют свой образ жизни, в том числе отказываются от вредных привычек 84,85% пациентов с приобретенной беспомощностью, 48,97% пациентов группы риска и 31,81% автономных пациентов.

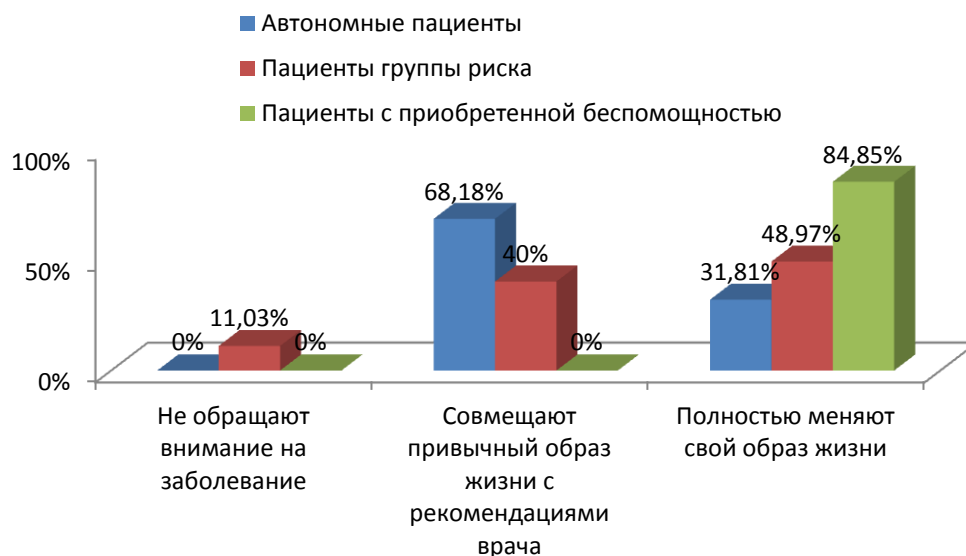


Рис. 55 «Образ жизни пациентов во время болезни»

Среди автономных пациентов рекомендации врача по лечению выполняют 67,17% респондентов, 17,68% выполняют по профилактике, 15,15% выполняют по оздоровлению.

Среди рекомендаций, которые выполняют пациенты с приобретенной беспомощностью, 64,39% пациентов выполняют только рекомендации по лечению, 18,18% выполняют рекомендации по профилактике, 17,42% – рекомендации по оздоровлению.

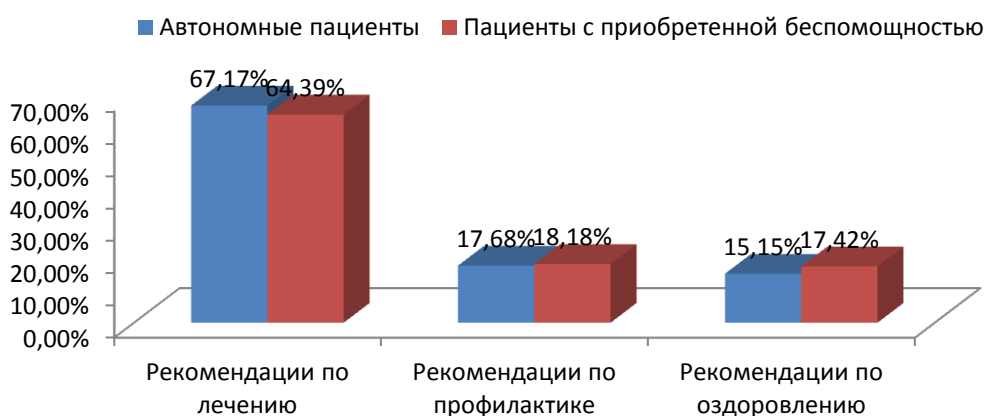


Рис. 56 «Выполнение пациентами рекомендаций»

Не смотря на то, что большинство пациентов с приобретенной беспомощностью комплаенты и меняют свой образ жизни в соответствии с

рекомендациями врачей, при анализе ответов выявляющие другие поведенческие особенности, можно отметить, что у пациентов с приобретенной беспомощностью не сформировано понятие здоровья, а среди врачебных рекомендаций используют в основном рекомендации по лечению.

Следует отметить, что в группе БП обращение за медицинской помощью на коммерческой основе меньше, чем в группе АП, и это вполне объяснимо: как нами уже указывалось, пациенты данной группы невысоко оценивают уровень своего материального благосостояния. Обращает на себя внимание тот факт, что представители группы БП значительно чаще обращаются к народной медицине – 44,69% по сравнению с 28,78% в группе АП.

При анализе мнений пациентов о том, изменилось ли к ним отношение окружающих из-за болезни, обнаруживается, что 9,09% респондентов группы АП считают изменение отношения к ним в сторону настороженности и предвзятости, 9,09% респондентов группы АП безразлично мнение окружающих, и 81,81% пациентов группы АП не замечают никаких изменений по отношению к ним.

В группе ПБ, 18,18% респондентов (в два раза больше по сравнению с группой автономных пациентов) считают, что окружающие люди к ним относятся настороженно и предвзято, 12,12% пациентов безразлично мнение окружающих и не замечают никаких изменений в отношении к ним 65,91% респондентов. Воздержались от ответа 3,79% респондентов в данной группе.

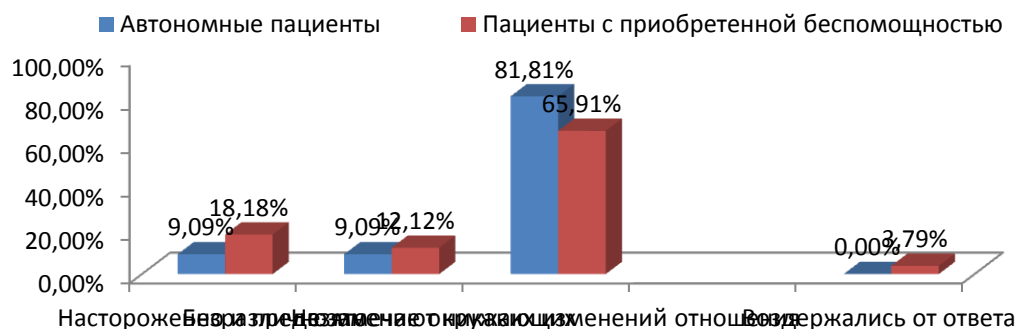


Рис. 57 «Восприятие пациентами отношения окружающих»

Таким образом, в группе ПБ присутствует наиболее высокий процент пациентов, которые обнаруживают изменение к ним отношения, связанное с наличием заболевания. Можно сделать вывод о том, что приобретенная беспомощность влияет на ожидания пациентов в области взаимоотношений, определяя возникновение не соответствующих социальной ситуации паттернов поведения. Пациенты с приобретенной беспомощностью становятся более чувствительными и внимательными в осознании отношения к ним окружающих медико-социальных субъектов, поэтому с данными пациентами необходимо применять поэтапную «деликатную» стратегию взаимодействия.

Успех в выздоровлении пациентов группы АП, зависит на их взгляд: от компетентности врача - 52,02%, от настроения пациента - 36,87%, распределили ответственность поровну между компетентностью врача и настроением пациента 11,11% респондентов.

В группе пациентов с ПБ 40,15% респондентов отметили в качестве успеха в выздоровлении только компетентность врача, 21,97% респондентов отметили настрой пациента на лечение. Считают, что успех лечения зависит

от сложившихся обстоятельств 15,91% респондентов, и 21,97% пациентов выделили профессионализм врача и настрой пациента.

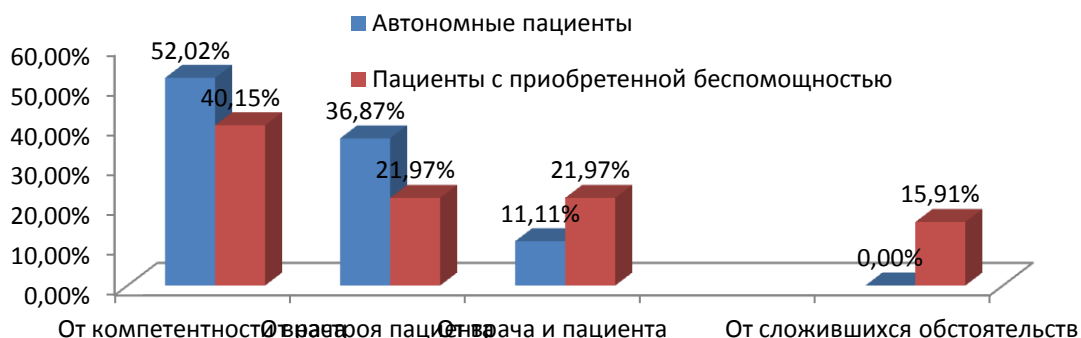


Рис. 58 «Мнение пациентов по поводу факторов успеха в выздоровлении»

Таким образом, в группе ПБ можно отметить высокий процент пациентов, которые считают сложившиеся обстоятельства в качестве основы для успеха лечебных мероприятий (15,91%). Пациенты с приобретенной беспомощностью устанавливают среди других групп меньший приоритет профессионализму врача (40,15%), но вместе с тем, считают, что залогом успеха в выздоровлении является разделение ответственности между двумя субъектами лечебного взаимодействия – врачом и пациентом (21,97%). Полученные данные могут использоваться в качестве определения ведущей модели взаимодействия в процессе лечения - коллегиальной или совещательной.

При применении врачом патерналистской модели взаимодействия 55,05% пациентов группы АП ощущают себя вполне комфортно, для 35,86% респондентов это не имеет значения, 9,09% респондентов раздражаются, так как считают, что врач подавляет их инициативу.

В группе ПБ 18,18% чувствуют себя вполне комфортно, 31,06% равнодушны, так как для них это не имеет значения, 21,21% пациентов раздражаются, так как считают, что врач подавляет их инициативу, 26,52% пациентов ощущают себя беспомощными, 3,03% респондентов воздержались от ответа.

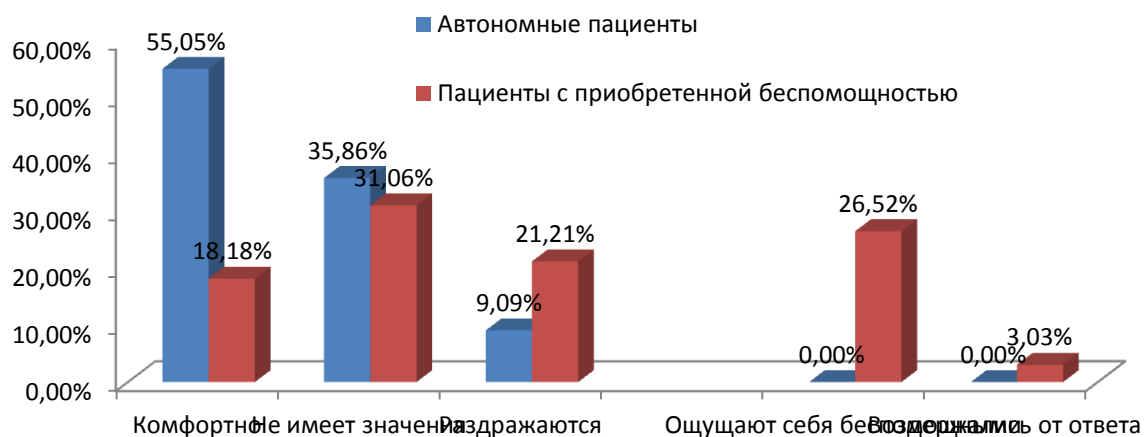


Рис. 59 «Ощущения пациентов в патерналистской модели взаимодействия с врачом»

На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что применение врачом патерналистской модели взаимодействия усугубляет состояние явной (осознаваемой) беспомощности у пациентов и в используемых стратегиях лечебно-профилактического воздействия врачу необходимо избегать патерналистской модели. Интересен тот факт, что наряду с избеганием ответственности за лечение, сниженным доверием к медико-социальным субъектам, наличием беспомощного и пассивного поведения в ситуации стационара, у пациентов в группе ПБ выражен процент респондентов, у которых присутствуют ожидания коллегиальной модели взаимодействия с распределением ответственности за лечение. Таким образом, применяя оптимальную стратегию взаимодействия, в соответствии с ожиданиями пациентов группы ПБ, можно снизить негативное влияние приобретенной беспомощности пациентов на процесс взаимодействия с медико-социальными субъектами и увеличить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Анализ мнений пациентов группы АП по поводу факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения, показал: 22,73% респондентов выделили большее желание выздороветь, 12,12% пациентов отметили нехватку воли и упорства в лечении, 21,21% респондентов выделили

эмоциональный подъем, 11,11% – представление, для чего необходимы лечебные мероприятия, 32,83% пациентов необходима поддержка окружающих людей.

В группе ПБ, в качестве факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения, 25% респондентов отмечают большее желание выздороветь, 34,85% - проявление воли и упорства в лечении, 12,12% - эмоциональный подъем, 18,18% - более понятные и доступные методы лечения, представление для чего необходимы лечебные мероприятия выделили 2,27% респондентов, поддержку окружающих людей отметили всего 7,58%.

Пациенты группы РП на вопрос, что сможет улучшить эффективность лечения выбрали: 6,15% - большее желание лечиться, 18,97% - проявление воли и упорства в лечении, 16,92% - отсутствие равнодушия к процессу лечения, 7,95% - эмоциональный подъем, 7,95% выделили более понятные и доступные методы лечения, 6,92% - представление для чего это нужно, поддержку окружающих людей отметили 32,06% респондентов, воздержались от ответов 3,08% пациентов группы риска.

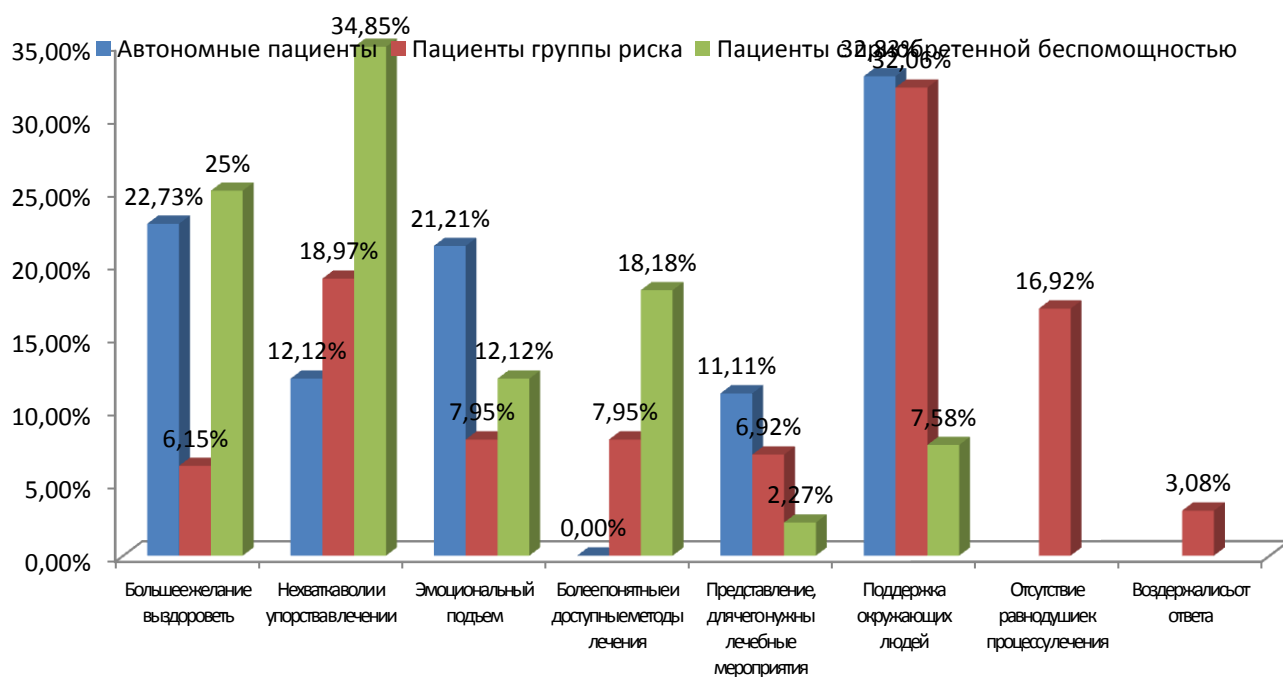


Рис. 60 «Мнения пациентов по поводу факторов эффективности
лечения»

Таким образом, пациентам с приобретенной беспомощности в первую очередь недостает воли и упорства в лечении (34,85%) и большего желания выздороветь (25%), а также непонятны используемые методы лечения (18,18%). Тем самым в тактике взаимодействия необходимо расставить акценты на положительной динамике и выздоровлении, т.е. врачу желательно постоянно обращать внимание на позитивные изменения в выздоровлении пациента, а также желательно объяснять, для чего необходим тот или иной метод, тем самым вовлекая пациента с приобретенной беспомощностью в процесс лечения.

Выводы по 3 главе.

1. Обнаружена взаимосвязь риска возникновения приобретенной беспомощности с возрастом, образованием, уровнем дохода, удовлетворенностью качеством жизни и наличием хронических заболеваний.
2. Пациенты с приобретенной беспомощностью проявляют пассивное (квазиактивное) поведение в ходе осуществления своего лечения.
3. Среди пациентов с приобретенной беспомощностью в ситуации заболевания проявляются четыре типа проявления беспомощности: а) явный, б) квазиактивный, в) очевидный г) латентный.
4. У пациентов с приобретенной беспомощностью преобладает сенситивный тип отношения к заболеванию.

Все это накладывает отпечаток на характер взаимодействия в ситуации стационара. Такие пациенты могут быть «удобны» для врачей, так как они не доказывают свою точку зрения, а только готовы (причем только внешне) выполнять то, что говорят врачи, пассивно ожидают, когда врач объяснит им, как лечиться. В то же время такие пациенты переносят ответственность за лечение и выздоровление на врачей, ожидая помимо профессионализма и внимания еще и эмоциональную поддержку.

Большинство пациентов группы испытывают трудности и негативные переживания во взаимодействии с медико-социальными субъектами. Поведение в стационаре почти трети беспомощных пациентов, по их мнению, зависит от того как их лечат. Больше половины пациентов с приобретенной беспомощностью часто ощущают плохое самочувствие, у 79% пациентов выздоровление зависит от обстоятельств. У более половины заболеваний возникают более двух раз за полгода, у 88% присутствуют хронические заболевания. Понятие здоровья у таких пациентов сводится преимущественно только к самоощущению или является не достижимой ценностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе проведенного исследования, было выявлено, что приобретенная беспомощность влияет на ожидания пациентов в области взаимоотношений, определяя возникновение не соответствующих социальной ситуации паттернов поведения: избегание ответственности за лечение, снижение потребности в скором выздоровлении, ориентация на мнение и оценку окружающих, подверженность колебаниям настроения, в основном связанными с межличностными контактами. Поэтому медицинскому персоналу полезно применять поэтапную стратегию взаимодействия с такими пациентами, повышающую ответственность и осознанность пациента за процесс лечения.

Пациенты с приобретенной беспомощностью в большей степени ориентированы на процесс лечения, а не его результат, поскольку приобретенная беспомощность меняет ожидания и представления пациента в сторону занижения его реальных возможностей и ресурсов. Само же понятие здоровья для пациентов с приобретенной беспомощностью сводится преимущественно к самоощущению и является не достижимой абстрактной ценностью.

Приобретенная беспомощность влияет на ожидания пациентов в области взаимоотношений, определяя возникновение не соответствующих социальной ситуации паттернов поведения, таких как избегание ответственности за лечение, снижение потребности в скором выздоровлении, ориентацию на мнение и оценку окружающих.

Поэтому, в целях оптимизации терапевтического взаимодействия необходимо определить границы общения, выстроить разграничение ответственности и обязанностей, а также привлечь к участию взрослых детей пациента для выработки единой эффективной стратегии, не подпитывающей приобретенную беспомощность пациента, а напротив, стимулирующую его активность, самостоятельность, ответственность. Эмоциональная поддержка,

оказываемая врачом, должна быть ориентирована на формирование чувства ответственности у пациента в процессе лечения и расширение спектра его эмоциональных и поведенческих реакций.

Обобщая все вышесказанное, мы сделали вывод о том, что применение врачом патерналистской модели взаимодействия может усугубить состояние явной (осознаваемой) беспомощности у пациентов и в используемых стратегиях лечебно-профилактического воздействия врачу следует избегать патерналистской модели. В качестве оптимальной модели взаимодействия в процессе лечения, врачом возможно использовать совещательную модель взаимодействия, при этом ему желательно постоянно обращать внимание на позитивные изменения в выздоровлении пациента, стимулировать его субъектность, тем самым вовлекая пациента с приобретенной беспомощностью в процесс лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер, А. Понять природу человека / А. Адлер: пер. Е.А. Цыпина. - СПб: Акад. проект, 2000. – 256;.
2. Аленинская Ольга Андреевна. Психолого-акмеологические условия развития гуманистической концепции пациента у врача : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.13 / Аленинская Ольга Андреевна; [Место защиты: Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина].- Тамбов, 2008.- 179 с.: ил. РГБ ОД, 61 09-19/114
3. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. — М.: Наука, 2000., 351;
4. Андреева, Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. - М.: Аспект Пресс, 2012;
5. Арлеевский И.П. К вопросу о патернализме в медицине // Казанский медицинский журнал. - 2001. - №2. - С.155;
6. Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении/ Журнал социологии и социальной антропологии. [2006 г., том IX](#), выпуск 2;
7. Бабенкова И.С., Атрибутивный стиль как фактор успешности профессиональной деятельности, Вестник магистратуры, Изд.: Общество с ограниченной ответственностью Коллоквиум (Йошкар-Ола) Номер: 2 (17), 2013, 32-34;
8. Барбаш, Н.М. Результаты обучения студентов-медиков приемам психологической защиты от стрессов / Н.М. Барбаш //Вести, высш. шк. - 2001.-№8. – 43-44;
9. Батыгин Г.С. Лекции по методологии социологических исследований. М.: Аспект-пресс, 1995. С. 36–42, 102–111;
10. Бауман З. Индивидуализированное общество. М.: «Логос», 2002. С. LXIV;

11. Беттельхейм Бруно, Люди в концлагере, Психология Биографии и Мемуары, 2008;
12. Бозаджиев В.Л., К вопросу о профессиональной беспомощности психолога, Международный журнал экспериментального образования Изд.: Издательский Дом "Академия Естествознания" (Пенза) Номер: 9, 2010, 105-107;
13. Бородкина Л.В. Социальная перцепция и когнитивные стили при первом депрессивном эпизоде различного генеза, автореф. дисс. на соиск. уч. ст. кандидата психологических наук, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург: 2013;
14. Борцов В. А., Научное обоснование совершенствования медико-социальной помощи социально дезадаптированным пациентам, автореф. дисс на соиск. уч. ст. док. мед наук, М.: 2009;
15. Бутенко, И.А., Использование новых технологий при опросах / И.А. Бутенко // СОЦИС. - 2000. - №10. - 118-124;
16. Веденеева Е. В., Когнитивные особенности людей с личностной беспомощностью и самостоятельностью, Инновации в науке Изд.: НП "СибАК" (Новосибирск) Номер: 11-1 Год: 2012 Страницы: 81-87;
17. Веденеева Е. В., Мотивационный компонент в структуре личностной беспомощности на разных возрастных этапах, Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2008. Т. 14. № 5. С. 165-169.;
18. Волкова О.В, Развитие волевой регуляции личности как механизм коррекции выученной беспомощности, Психология обучения, Издательство: Издательство Современного гуманитарного университета (Москва) Номер: 6 Год: 2014 Страницы: 29-43
19. Волкова О.В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей / СПЖ. 2014. № 54.

20. Волкова О.В. Онтогенетический подход к исследованию феномена выученной беспомощности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 6 (23). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

21. Волкова О.В. Степень разработанности и история проблемы выученной беспомощности [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 1 (1). – URL: <http://medpsy.ru/climp> (20.10.2014);

22. Волкова О.В., Взаимосвязь выученной беспомощности, волевого развития и соматического здоровья старших дошкольников: сущность проблемы и пути решения, Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), Изд.: Общество с ограниченной ответственностью «Научно-инновационный центр» (Красноярск) Номер: 8 (28) Год: 2013 Страницы: 12;

23. Волкова О.В., Семья в ситуации болезни ребенка-дошкольника как фактор, детерминирующий формирование выученной беспомощности, Антропологическая психология в XXI веке: проблемы и перспективы сборник материалов V Сибирского психологического форума, Изд.: Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск) Год издания: 2013 Страницы: 49-52;

24. Волкова О.В., Теоретико-методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода, Сибирское медицинское обозрение, Изд.: Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого (Красноярск) Номер: 4 (82) Год: 2013 Страницы: 43-47;

25. Гайденоко П.П., Добренков В.И. и др. История социологии в Западной Европе и США Учебник для Вузов Изд. НОРМА Москва, 2001, стр. 259;

26. Геранюшкина Г.П., Афраймович О.Э., Психологические защиты у лиц с признаками выученной беспомощности, Психология в экономике и

управлении Номер: 2, Издательство: Байкальский государственный университет экономики и права (Иркутск) Год: 2014 Страницы: 23-29;

27. Геранюшкина Г.П., Афраймович О.Э., Сценарии выученной беспомощности. Психология в экономике и управлении. 2013, № 1 - С. 17-22;

28. Гордеева, Т.О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы / Современная психология мотивации; под ред. Д.А.Леонтьева.- М.: Смысл, 2002;

29. Григорян В.А., Костенко О.В., Губа Т.И., Этические проблемы взаимоотношений «врач-пациент» и «врач-врач» в акушерско-гинекологической практике, 2011. Т. 2. № 8. С. 34-35.

30. Гурова В. О. Взаимодействие врача и пациента в дерматологической практике : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.05 - социология медицины / науч. рук. В. Л. Аджиенко ; ФГУП "НИИ гигиены, токсикологии и профпатологии" Федер. медико-биол. агентства. - Волгоград, 2011. - 23 с. - Библиогр. : с. 23.

31. Давыдов Ю.Н., История теоретической социологии. В 4 т. / Под ред. Ю.Н. Давыдова. М.: Наука, 2000;

32. Деларю В.В., Социологические методы исследования в медицине. – Волгоград, 2002., 55с;

33. Дэвид Майерс, Социальная психология 7-е издание., Изд.: Питер, 2010;

34. Е.А. Евстифеева, М.Н. Калинин, Ю.И. Казаков, Т.К. Калантаров, С.В. Рассадин, С.И. Филиппченкова и др., Философия и психология здоровья: новые модели врачевания: коллективная монография /; Под ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппченковой. - Тверь: РИЦ ТГМА, 2010. - 180 с. (11,25 п.л. / 5 п.л.)

35. Ефименко С. А. Социология пациента : автореф. дис. ... д-ра соц. наук : 14.00.52 - социология медицины. - М., 2007. - 48 с. - Б.ц.

36. Ефименко С.А., Социология пациента : автореферат дис. ... доктора социологических наук : 14.00.52 / ; Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т,: 49 с. 9 07-5/319

37. Жиделева Е. А. Ролевые интеракции в детской отоларингологии : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.52 / Жиделева Елена Александровна; Волгогр. гос. мед. ун-т, 23;

38. Забелина Е.В., Психологические особенности малого предпринимательства в России в свете концепции личностной беспомощности, Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований, материалы IV Международной научно-практической конференции. Изд.: CreateSpace Independent Publishing Platform 2014;

39. Ильин Е. П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. М.: Питер. 2011;

40. Истратова О.Н., Вапельник Л.А., Особенности проявления личностной беспомощности у социальных сирот подросткового возраста, Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук Номер: 9, Изд.: Научно-информационный издательский центр и редакция журнала "Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук" (Москва) Год: 2014, 372-377;

41. Истратова О.Н., Вапельник Л.А., Роль семьи в формировании личностной беспомощности в подростковом возрасте, Журнал: гуманитарные научные исследования, Издательство: Международный научно-инновационный центр (Москва) Номер: 10 (26) Год: 2013;

42. Как люди делают себя. Обычные россияне в необычных обстоятельствах: концептуальное осмысление восьми наблюдавшихся случаев / Под общ. ред. В.А. Ядова, Е.Н. Даниловой, К. Клеман. — М.: Логос, 2010. - 388 с.

43. Каплунов Кирилл Олегович. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.02.05 / Каплунов Кирилл

Олегович;[Место защиты: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации].- Волгоград, 2015.- 146 с.

44. Карвасарский Б.Д., Клиническая психология: Учебник для Вузов. 4-е изд., Спб.: Оникс, 2011.

45. Кикнадзе Д.А. Потребности. Поведение. Воспитание. М.: Мысль, 1968.- 148с.

46. Козырева П.М. и др. Динамика социального самочувствия россиян // Россия: Трансформирующееся общество. М.: КАНОН-пресс-Ц, 2001. С. 243–255.

47. Константинова Татьяна Вячеславовна. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 Самара, 2006 156 с. РГБ ОД, 61:07-19/122

48. Костенко О.В., Автономия врача и пациента в акушерско-гинекологической практике , автореф. дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет". Волгоград, 2006

49. Крылова М.А. Современные исследования беспомощности, Актуальные вопросы современной психологии, Материалы III Международной научной конференции. Изд.: Два комсомольца Челябинск, 2015 Стр. 4-6;

50. Куба Е.А., Основные направления в изучении беспомощности, Актуальные вопросы развития науки, Сборник статей Международной научно-практической конференции: в 6 частях, Изд.: Башкирский государственный университет (Уфа) 2014 Страницы: 72-75;

51. Кудрявцева, Н. Н. Нейрофизиологические последствия обученной агрессии [Текст] / Н. Н. Кудрявцева // Наука и будущее: идеи, которые изменяют мир: материалы международной конференции. - Москва, 2004. - С. 100-102;

52. Лаврентьев, Олег Эдуардович. Социальное взаимодействие врачей-педиатров и родителей в профилактике и лечении ОРВИ у детей : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.02.05 / Лаврентьев Олег Эдуардович; [Место защиты: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"].- Волгоград, 2011.- 133 с.: ил.

53. Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. Психология профессионального взаимодействия: Учебное пособие к практическим занятиям. — М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. 112 с.

54. Лесняк, О. М. Психология отношений между врачом и пациентом. Навыки общения в работе врача общей практики. / О. М. Лесняк, - Екатеринбург: УГМА, 2004. – 42;

55. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян // Экономика здравоохран. -2001, №2(52).-С.32-37.

56. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение. М., Медицина, 2002. 416с.

57. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. Изд-во: М.: Медицина, 1991 г. – 112;

58. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психол. журн. -2001. -№1. 16-24.

59. Малина Н.И. Пациенты, поступающие на плановую операцию: эмоции, страхи, ожидания, Медицинская сестра № 4, Изд. Издательский дом "Русский врач" (Москва), 2005 стр. 20-22;

60. Мертон Р.К. Социальная теория и социальная структура // Социологические исследования. 1992. - № 2. - С. 118 - 124.

61. Мещерякова И.А. Большой психологический словарь. — М.: Прайм-ЕВРОЗНАК. Под ред. Б.Г. Мещерякова, акад. В.П. Зинченко. 2003;

62. Миллс Ч. Высокая теория // Американская социологическая мысль. -М.: Издательство МГУ, 1994. С. 149-150.

63. Михальченко Д. В., Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента: автореф. дисс. доктора медицинских наук : 14.02.05 / ; ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" 336 с.

64. Михальченко Д. В. Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента: автореферат дис. ... доктора медицинских наук.- Волгоград, 2012.- 48 с.

65. Михальченко Д. В. Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.02.05 / Михальченко Дмитрий Валерьевич.- Волгоград, 2012.- 336 с.

66. Морозов П. Н. Социальный портрет стационарного лечебно-профилактического учреждения современной России: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.00.52 / Морозов Павел Николаевич; [Место защиты: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"].- Волгоград, 2005.- 337 с.: ил.

67. Моросанова В.И. Стилевая саморегуляция поведения человека / В.И. Моросанова, Е.М. Коноз // Вопр. психологии. 2000. - № 2. - 118-127.

68. Мчедлов М.П. и др. О социальном портрете современного верующего // Социологические исследования. 2002. - № 7. - С. 68-77.

69. Назарова И. Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. 2014. № 9;

70. Овчинников М.В., Честюнина Ю.В., Эвнина К.Ю., Евстафеева Е.А., Роль отца в формировании личностной беспомощности у детей, Фундаментальная наука и технологии - перспективные разработки, Материалы IV международной научно-практической конференции. Издательство: CreateSpace, 2014;

71. Парсонс Т. О структуре социального действия. — М.: Академический Проект, 2000. — 880 с;

72. Парсонс Т. Система координат действия и общая теория систем действия: культура, личность и место социальных систем // Американская социологическая мысль. М.: Издательство МГУ, 1994. - С.449-454.

73. Парсонс Т. Функциональная теория изменения // Американская социологическая мысль. М.: Издательство МГУ, 1994. - С. 467 - 470.

74. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике [Текст] : монография / ВМА. - Волгоград : Издатель, 2001. - 96 с. - Библиогр.: с.94. - 47-44.

75. Покровская Н.Н. Социальные нормы как предмет социологического анализа: должное и действительное. Журнал социологии и социальной антропологии, 2007, Том X, № 1, с. 193-204.

76. Пономарева И.В. Исследование психологических функций личностной беспомощности у подростков в семьях с различными стилями семейного воспитания, Фундаментальные исследования, Изд.: Издательский Дом "Академия Естествознания". Пенза: 2013, № 4-1. С. 138-144.

77. Пономарева И.В., Исследование типов личностной беспомощности в зависимости от нарушений семейных взаимоотношений, Современные проблемы науки и образования, Издательство: Издательский Дом "Академия Естествознания". Пенза, 2013, № 5. – С. 626;

78. Пономарева И.В. Семья как фактор формирования личной беспомощности, Известия высших учебных заведений, Изд.: ИзЛит Челябинск: 2011, № 4. С. 109-112;

79. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике // Социологические исследования.-2003. № 1.-С. 92-101.

80. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010;

81. Решетников А.В., Ефименко С. А., Астафьев Л.М. Методика проведения медико-социологических исследований. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003. - 96 с;

82. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. 2000. - № 12. С. 5-19.
83. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие. М.: 2007.
84. Решетников, А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. - 2000. - № 12. - 5-19;
85. Росс, Л. Человек и ситуация. Уроки социальной психологии: пер. с англ. / Л. Росс, Р. Нисбетт . - М.: Аспект Пресс, 1999. - 429 с;
86. Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность // Экономика здравоохранения. 2005. № 1. С. 18.
87. Сальников В.П., Стеценко В.П. Право и медицина: доктрина информированного согласия //Новая правовая мысль. № 1, 2002, С. 36-42;
88. Самарин Н.А. Оценка качества медицинской услуги на основе анализа ожиданий пациента. Издательство: Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону) 2013. - Том: 11, №№ 1-2 С. 108-112;
89. Седова Н. Н. Биоэтика и право в медицинской культуре // Гуманитарное образование и медицина / гл. ред. В.И. Петров; отв. ред. В.Б. Писарев. - Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. - Т.62, вып. 3. - С. 203-213.
90. Седова Н. Н. Методология этнических исследований в социологии медицины // Социология медицины - реформе здравоохранения. - Волгоград, 2010. - С. 26-33.
91. Седова Н. Н. О понятии «социальная активность личности // Волгоградский государственный медицинский институт. [Труды]. - Волгоград : Волгоградская правда, 1972. - С. 97-103.
92. Седова Н. Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины // Социология медицины. - 2012. - № 2. - С.15-17.
93. Седова Н. Н. Роль медицинской науки в современном мире // Волгоградский государственный медицинский университет. [Труды]. - Волгоград : Принт, 2005. - С. 388-390.

94. Седова Н. Н. Соотношение юридической, административной и этической регуляции деятельности медицинских работников // Медицинское право. - 2003. - № 3. - С. 34-37.

95. Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. М., «Триумф», 2004 224;

96. Селигман Мартин Э. П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни М.: София; 2006;

97. Селигман Мартин Э.П. Как научиться оптимизму, М.: Вече, 1997;

98. Серебренникова О.Н. Возможности улучшения контроля артериальной гипертензии путем выявления проблем взаимодействия "врач - пациент" и выбора рациональной фармакотерапии: диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.06 / Серебренникова Ольга Николаевна; [Место защиты: ГОУВПО "Российский университет дружбы народов"].- Москва, 2007.- 101 с.: ил.

99. Серебренникова О.Н., Возможности улучшения контроля артериальной гипертензии путем выявления проблем взаимодействия "врач-пациент" и выбора рациональной фармакотерапии : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.06 / Серебренникова Ольга Николаевна; Рос. ун-т дружбы народов, 16 с. 9 08-1/37

100. Ситуация человека: философский и дисциплинарный дискурс: монография / А.В. Макаров, М.Н. Калинин, Е.А. Евстифеева, И.И. Стольникова, С.И. Филиппченкова и др.; Под общ. ред. Е.А. Евстифеевой. - Тверь: РИЦ ТГМА, 2008 - 215 с. (13,5 п.л. / 2 п.л.)

101. Скотенко О.Л., Модели взаимоотношений врача и пациента, автореф. дисс. на соис.е уч. степени кандидата медицинских наук / Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2010

102. Смелзер Н. Социология: пер. с англ. – М.: Феникс, 1994. – 688 с.;

103. Солнцева Н. В. Феномен выученной беспомощности: причины формирования и пути преодоления, Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей // Материалы научно-

практической заочной конференции «Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей» / Под редакцией В.Н. Панферова, Е.Ю. Коржовой и др. - СПб.: Издательство НИИРРР, 2011. - С. 174-180;

104. Сорокин П. Социологический этюд об основных формах общественного поведения и морали / Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992;

105. Старостина Е. Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.03 / Старостина Елена Георгиевна; [Место защиты: Государственное учреждение "Эндокринологический научный центр РАМН"].- Москва, 2003.- 396 с.: ил.

106. Стеценко В.П., Медицинское право и медицинские правоотношения (теоретико-правовые аспекты) // Гражданин и право. 2007. № 1, № 7, с. 68-77;

107. Судьин, С.А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / С.А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского: Серия Социальные науки. Выпуск 1 (5). Н.Новгород: Изд-во ННГУ, 2006. – С.366-371.;

108. Табатадзе В. Г., Взаимоотношения врача-ортодонта и ребенка-пациента в стоматологической практике : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.52 / Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т, 24 с. 9 07-3/2251

109. Тощенко Ж.Т. Социология жизни как концепция исследования социальной реальности / Ж.Т. Тощенко // СОЦИС. 2000. - №2. - 3-12.

110. Турен А. Возвращение человека действующего: Очерк социологии. М.: Научный мир, 1998. С. 23.;

111. Федотова В.Г. Россия в глобальном и внутреннем мире // Мир России. 2000. № 4. С. 3–33.;

112. Филиппченкова С.И. Личностные предикторы профессиональной идентичности студентов-медиков в социально-психологической модели врачевания // Наука и бизнес: пути развития. - М. - № 4(10) 2012 - С.21-28

113. Филиппченкова С.И. Ответственность в проекции личностного потенциала // Новое в психолого-педагогических исследованиях. - М.: Моск. психол.- соц. ин-т, 2012 - № 3 - С. 7-17 (0,7 п.л. / 0,4 п.л.) (В соавт. с Тягуновым А.А., Подолько Е.О.)

114. Филиппченкова С.И. Построение модели врачевания: психологические исследования поведенческих факторов: монография. - Тверь: «СФК-офис», 2011 -336 с. (21 п.л.)

115. Филиппченкова С.И. Психологическая модель врачевания: методологические основания // Научные проблемы гуманитарных исследований. - Пятигорск. - № 7 -2012-С. 84-93 (0,63 п.л.)

116. Филиппченкова С.И. Репродуктивное здоровье молодежи: риски поведения, атрибуция ответственности и качество жизни // Перспективы науки. - Тамбов: ООО «Тамбовпринт». - №7 (09) - 2010. - С.31-39 (0,56 п.л. / 0,4 п.л.) (В соавт. с Евстифеевой Е.А., Рассадным С.В.)

117. Филиппченкова С.И. Социально-психологическая модель врачевания в междисциплинарной парадигме исследований // Перспективы науки - Тамбов: ООО «Тамбовпринт». - №4 (06) - 2010- С.20-24 (0,3 п.л.)

118. Филиппченкова С.И. Тендерное исследование личностных и мотивационных особенностей студентов медицинского вуза // Перспективы науки. - Тамбов: ООО «Тамбовпринт». - №5 (07) - 2010. - С.32-36 (0,3 п.л. / 0,2 п.л.) (В соавт. с Власенко Н.Ю., Гефеле О.Ф.)

119. Филиппченкова С.И. Психологическая составляющая взаимодействия врача и пациента: автореферат дис. ... доктора : 17.00.06 / Филиппченкова Светлана Игоревна; [Место защиты: Всероссийский научно-исследовательский институт технической эстетики].- Москва, 2013

120. Фирсова И.В. Концепция комплаентности в стоматологической практике : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.52; ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" 290 с. 41 ил.

121. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.

122. Харчева В. Основы социологии. М.: Логос, 2000;

123. Циринг Д. А. Психология личностной беспомощности: Автореф. дисс. докт. психол. наук – Томск, 2010;

124. Циринг Д. А., Пономарева И.В., Теоретическое обоснование типологии личностной беспомощности психология человека в условиях здоровья и болезни, материалы V Международной научно-практической конференции, Изд.: Тамбовская региональная общественная организация "Общество содействия образованию и просвещению "Бизнес - Наука - Общество" (Тамбов) отв. ред. М.Г. Рябова. Тамбов, 2015 Страницы: 168-172;

125. Циринг Д.А., Пономарева И.В., Овчинников М.В., Эвнина К.Ю., Средовая природа личностной беспомощности, Вестник томского государственного университета, Изд.: Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск) Номер: 389 Год: 2014 Страницы: 217-220;

126. Циринг Д.А., Пономарева И.В., Эмпирическое исследование стилей семейного воспитания и особенностей взаимоотношений с родителями в семьях детей с личностной беспомощностью, Фундаментальные исследования, Изд.: Издательский Дом "Академия Естествознания" (Пенза) Номер: 11-4 Год: 2014 Страницы: 929-933;

127. Циринг Д.А. Психологическое содержание волевого компонента личностной беспомощности у детей журнал: вестник костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. серия: педагогика. психология. социальная работа. ювенология. социокинетика Изд.: Костромской государственный университет им. Н.А. Некрасова. Кострома: 2012, Том: 18 № 4. – С. 60-63.

128. Циринг Д.А., Семья как фактор формирования личностной беспомощности у детей. / Вопросы психологии, Изд.: ООО "Вопросы психологии" М.: 2009, № 1. - С. 22-31;

129. Циринг Д.А. Соотношение личностной беспомощности и смежных с ней психологических феноменов, Вестник томского государственного университета, Издательство: Национальный исследовательский Томский государственный университет. Томск: 2009. № 329. - С. 214-218;

130. Циринг Д.А. Травмирующие события как фактор, детерминирующий формирование личностной беспомощности у детей, Образование и наука, Изд.: Российский государственный профессионально-педагогический университет. Екатеринбург: 2008, № 6. – С. 85-91

131. Циринг Д.А. Феномен личностной беспомощности у младших школьников / Начальная школа: плюс-минус. - 2009. - № 1. - С. 79.

132. Чижова В. М. Необходимость преодоления патерналистской ориентации социальной работы в современном российском здравоохранении // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. - 2005. - № 3-4. - С. 95-96.

133. Чижова В. М. Проблема целостности жизни и ценности личности в истории философии // Актуальные вопросы медицины. - Волгоград : Перемена, 1994. - С. 93-94.

134. Чижова В. М. Профилактика эмоционального выгорания медицинских работников // Соврем. здоровьесберег. технологии в обеспеч. здоровья насел. Волгогр. обл.: Матер. конф. - Волгоград, 2008. - С.271-274.

135. Чижова В. М. Санологическое поведение как предмет исследования в социологии медицины // Социология медицины - реформе здравоохранения. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2010. - С. 38-41.

136. Шагадатов Т.С. Личностные особенности владельцев малого бизнеса: точка зрения концепции личностной беспомощности / Журнал: фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты

Издательство: Общество с ограниченной ответственностью "Центр развития научного сотрудничества". Новосибирск: 2013. № 9. – С. 101-110

137. Шарова Т.Н. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий путем оптимизации взаимодействия врача-стоматолога с пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Шарова Татьяна Николаевна; [Место защиты: ГОУВПО "Омская государственная медицинская академия"].- Омск, 2009.- 162 с.

138. Шарова Т. Н. Повышение эффективности лечебно-профилактических мероприятий путем оптимизации взаимодействия врача-стоматолога с пациентами, испытывающими эмоциональное напряжение : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Ом. гос. мед. акад. 22 с.

139. Шилина С.В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Дис. канд. мед. наук / С.В. Шилина; ВолГМУ. - Волгоград, 2004. - 149 с.;

140. Шилина С.В. Социально-психологические факторы взаимоотношений врача и пациента в современной стоматологической практике: Дис. канд. мед. наук / С.В. Шилина// ВолГМУ. Волгоград, 2004. - 149 с.

141. Шиповская В. В. Взаимосвязь личностных свойств и беспомощности в сложной ситуации беременности / Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Изд.: Волгоградский государственный социально-педагогический университет Волгоград: 2008, № 9. – С. 249-252;

142. Ширинская Н. Е., Большакова И. А. Ожидания пациентов как критерий формирования качества оказания скорой медицинской помощи. / Современная медицина: актуальные вопросы. Новосибирск: Издательство: НП "СиБАК", 2015, № 38-39. - С. 94-98;

143. Штомпка П. Социология социальных изменений / Пер. с англ. под ред. проф. В.А. Ядова. М.: Аспект Пресс, 1996.
144. Эмиль Дюркгейм «О разделении общественного труда» Изд.: Директ-Медиа, 2011.
145. Ядов В.А. О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Методические проблемы социальной психологии. М., 1975.-С. 89-108.
146. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. - 7-е изд. - М.: «Добросвет», 2003. - 596 с.
147. Яковлева Ю.В., Забелина Е.В., Категория самостоятельности в свете теории беспомощности. /Вестник института психологии и педагогики Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Челябинский государственный университет, Институт психологии и педагогики. Челябинск: 2008 С. 151-154;
148. Allport H. Social Attitudes and Social Consciousness. – In: Hollander Edwin P., and Raymond G. Hunt (eds.) Classic Contribution to Social Psychology. New York: Oxford University Press/London: Toronto, 1972;
149. Artishevskaya T.M., Mass media nature of learned helplessness? Вестник челябинского государственного университета, Изд.: Челябинский государственный университет (Челябинск) Номер: 21 (312), 2013, 29-33;
150. Benjamin A. Smallheer, Learned helplessness and depressive symptoms in patients following acute myocardial infarction, Dissertation Submitted to the Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor Of Philosophy in Nursing Science Nashville, Tennessee, 2011
151. Eisenstadt S. The contemporary Scene – Multiple Modernities // The Annals of the International Institute of Sociology / Ed. by E. Scheuch, D. Sciulli. Leiden: BRILL, 2000. Vol. 7;

152. Emily H. Lin, Christopher Peterson, Pessimistic explanatory style and response to illness, Department of Psychology, University of Michigan, 580 Union Drive, Ann Arbor, MI 48109-1346, U.S.A.

153. Helplessness and the Generality of Social Loafing Christopher Peterson, 1 Stephen J. Zaccaro, and Daniel C. Daly Virginia Polytechnic Institute and State University Cognitive Therapy and Research, Vol. 10, No. 5, 1986, pp. 563-570

154. Maier S.F. Pavlovian fear conditioning and learned helplessness / S.F. Meier, M.E.P. Seligman, R.L. Solomon // Punishment and aversive behaviour. – New York, 1969. – P. 229–243;

155. Martin J. Bass, The Antidote to Learned Helplessness, Can. fam. physician vol. 33: september 1987;

156. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death / Seligman M.E.P. – San Francisco: Freeman. – 1975. P. 67-89;

157. Skotenko O.L., Models of mutual relations between the doctor and the patient in ophthalmology, Gushchin A.V. Бюэтика. 2010. Т. 2. № 6. С. 17-19.

158. Vadim S. Rotenberg, Learned helplessness and sleep: discussion of contradictions Homeostasis, 37, No 1-2, 1996;

**Волгоградский государственный
медицинский университет**

ОПРОСНИК

Уважаемые пациенты!

Вам предлагается принять участие в опросе, проводимом кафедрой социальной работы Волгоградского государственного медицинского университета с целью выявления факторов, помогающих улучшить Ваше лечение.

Просим Вас ответить на предоставленные вопросы!

Волгоград 2012

АНКЕТА

Просим Вас Высказать свое личное мнение, ответив на вопросы предложенной анкеты.

- 1) Если Вы заболели, то:**
 - 1) Хотите, чтобы Вас быстрее вылечили
 - 2) Некоторое время ожидаете, что недомогание пройдет
 - 3) Предпринимаете лечебные действия незамедлительно
- 2) При назначении лечения:**
 - 1) Часто у Вас присутствуют плохие мысли по поводу своего здоровья
 - 2) Вы считаете, что понимать смысл лечения не обязательно, это обязанность врача
 - 3) Не вникаете в лечение, так как не хватает для этого времени, желания, образования
 - 4) Стремитесь разобраться в смысле назначенного лечения
- 3) Какие у вас переживания в процессе лечения?**
 - 1) Постоянно тревожитесь за успех лечения
 - 2) Часто расстраиваетесь без видимой причины
 - 3) Бойтесь осложнений и последствий лечения
 - 4) Вам становится многое безразлично
 - 5) Ни одно из вышеперечисленных
- 4) Если Вы заболели, то: (возможно несколько вариантов ответа)**
 - 1) Вы ощущаете себя беспомощным
 - 2) Появляется безразличие ко многим вещам
 - 3) Постоянно тревожитесь по поводу здоровья
 - 4) Активно приступаете к лечению
- 5) На Ваш взгляд, человек не может что либо изменить в своей жизни, потому что:**
 - 1) Ему препятствуют обстоятельства или другие люди
 - 2) Человеческая судьба predetermined
 - 3) Не хватает усердия и воли, чтобы изменить жизнь в лучшую сторону
- 6) Что Вы можете сказать по поводу последних событий вашей жизни?**
 - 1) Очень устали от постоянной смены событий
 - 2) Стало сложно ориентироваться в новых ситуациях
 - 3) Происходящие события часто слишком неожиданны
 - 4) В последнее время в ней ничего внезапного не происходит
- 7) Как Вы считаете, за последний год Вы стали жить:**
 - 1) Намного хуже
 - 2) Хуже
 - 3) На прежнем уровне
 - 4) Гораздо лучше
 - 5) Затрудняюсь ответить
- 8) Отметьте те эмоциональные проявления, которые присутствуют у Вас в последнее время (возможно несколько вариантов ответа):**
 - 1) Чувствуете себя подавленным, беспомощным;
 - 2) Посещает чувство безнадежности, собственной малозначимости;
 - 3) Беспокоит напряжение и раздражительность по различным поводам;
 - 4) Есть ощущение, что Вы не можете собраться и взять себя в руки;
 - 5) Безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям;
 - 6) Хорошее или приподнятое настроение;
 - 7) Другое (впишите свой вариант ответа)

- 9) Что сможет улучшить эффективность вашего лечения? (возможно несколько вариантов ответа)**
- 1) Больше желание лечиться
 - 2) Проявление воли и упорства в лечении
 - 3) Отсутствие равнодушия к процессу лечения
 - 4) Эмоциональный подъем
 - 5) Более понятные и доступные методы лечения
 - 6) Представление для чего это нужно
 - 7) Поддержка окружающих людей
- 10) На приеме у врача, Вы:**
- 1) Ожидаете, что врач объяснит как начать лечение
 - 2) Готовы выполнять то, что вам говорят, полностью полагаясь на специалиста
 - 3) Иногда подсказываете врачу на что нужно обратить внимание
- 11) Приходя на прием к врачу, Вы ожидаете, что он:**
- 1) Полностью возьмет на себя ответственность за ваше лечение
 - 2) Проинформирует Вас о том, что Вы можете сделать
 - 3) Обсудит с Вами методы терапии, выбирая наиболее приемлемые для Вас
- 12) Когда врач относится к Вам как к ребенку, не осознающему (недооценивающему) состояние своего здоровья, Вы:**
- 1) Ощущаете себя беспомощным
 - 2) Чувствуете себя вполне комфортно
 - 3) Равнодушны, так как не имеет значения
 - 4) Раздражаетесь, так как врач подавляет Вашу инициативу
- 13) Что Вы ожидаете от врача на первичном приеме?**
- 1) Эмоциональную поддержку и профессионализм
 - 2) Профессионализм и внимание
 - 3) Только профессионализм
- 14) На Ваш взгляд, от чего зависит успех в выздоровлении?**
- 1) От сложившихся обстоятельств
 - 2) От компетентности врача
 - 3) От настроения пациента
- 15) Как Вы себя ведете, находясь в стационаре?**
- 1) Все зависит от того, как Вас лечат
 - 2) Используете время для отдыха
 - 3) Хотите быстрее выздороветь и выписаться
- 16) Во время болезни Вы:**
- 1) Стараетесь не обращать внимания и поддерживать прежний образ жизни
 - 2) Стараетесь сбалансировать привычный образ жизни с рекомендациями врача
 - 3) Меняете свой образ жизни в соответствии с рекомендациями врача, в том числе отказываетесь от вредных привычек
- 17) Как Вы думаете, из-за Вашего болезненного состояния, окружающие люди относятся к Вам:**
- 1) Настороженно и предвзято
 - 2) Вам безразлично отношение окружающих
 - 3) Не замечаете никаких изменений в отношении к Вам
- 18) Как Вы считаете, быть здоровым это:**
- 1) Здоровье - понятие весьма "относительное"
 - 2) В наше время полностью здоровых людей не бывает
 - 3) Чувствовать себя хорошо физически и эмоционально
 - 4) Иметь возможность вести активный образ жизни
- 19) Обозначьте особенности Ваших взаимоотношений с врачами в последнее время (возможно несколько вариантов ответа):**

- 1) Случаются конфликты с врачами
 - 2) Сложно найти с врачами общий язык и понимание
 - 3) Чаще остаётесь неудовлетворенными оказываемым Вам лечением
 - 4) Постоянно боитесь врачебной ошибки
 - 5) Часто Вам не могут помочь на первом приеме
 - 6) Врачи недооценивают тяжесть Вашего состояния
 - 7) Сталкиваетесь с недостатком человеколюбия
 - 8) Успешно сотрудничаете в процессе лечения
 - 9) Свой вариант
-

20) Выберите какие рекомендации врача из полученного комплекса Вы выполняете (возможно несколько вариантов ответа):

- 1) Рекомендации по лечению
- 2) Рекомендации по профилактике
- 3) Рекомендации по оздоровлению

21) Помимо официальной медицины, для лечения Вы также используете: (возможно несколько вариантов ответа):

- 1) Услуги целителей и знахарей
- 2) Советы друзей и знакомых
- 3) Нетрадиционную медицину
- 4) Народную медицину
- 5) Платную медицину

22) Насколько Вы удовлетворены медицинской помощью?

- 1) Не довольны
- 2) Довольны, но не всем
- 3) Полностью довольны

23) Как Вы чувствуете себя в последнее время?

- 1) Чувствуете себя плохо
- 2) Чувствуете себя лучше
- 3) Чувствуете себя хорошо

24) Как часто бывает у вас плохое самочувствие?

- 1) Часто
- 2) Скорее часто, чем редко
- 3) Скорее редко, чем часто
- 4) Очень редко

25) Как Вы оцениваете свое здоровье

- 1) Плохое
- 2) Среднее
- 3) Хорошее
- 4) Отличное

26) Как быстро Вы Выздоровливаете в процессе лечения?

- 1) Довольно часто возникают новые заболевания
- 2) Зависит от обстоятельств
- 3) Достаточно быстро

27) Как часто Вы болеете?

- 1) Практически каждый месяц
- 2) Более двух раз за полгода
- 3) Не более одного раза в год
- 4) Не более одного раза в несколько лет

28) Как часто Вы обращаетесь к врачу?

- 1) Раз в квартал
- 2) Два или три раза в год

- 3) Раз в год или реже
- 29) Есть ли у вас хронические заболевания?**
- 1) Да
2) Нет
- 30) В целом Вы оценили бы уровень качества Вашей жизни как**
- 1) Высокий
2) Средний
3) Ниже среднего
4) Низкий

Тип отношения к заболеванию
Обведите кружком номера
ОТ ОДНОГО ДО ТРЕХ УТВЕРЖДЕНИЙ
каждой темы, которые для вас подходят.

Самочувствие

1. С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев
10. Малейшие неприятности сильно задевают меня
11. Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение
12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения
8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин
9. Я не могу спокойно спать если утром надо встать в определенный час
10. Утром я встаю бодрым и энергичным
11. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
12. По ночам у меня бывают приступы страха
13. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
14. Я могу свободно регулировать свой сон
15. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
16. Во сне мне видятся всякие болезни
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность
8. Еда меня интересует прежде всего как средство под держать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю что моя болезнь запущена из за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает делает нетерпеливым, вспыльчивым

14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения но, к сожалению во всех них постепенно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. От лечения мне становится только хуже
9. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
10. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
11. Считаю, что меня лечат неправильно
12. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
13. Мне надоело бесконечное лечение хочу только чтобы меня оставили в покое
14. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
15. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
0. Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)

Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что то важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) по меньше бы знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпеливым
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни
13. Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь
14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня
2. Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое
3. Когда я заболел, все обо мне забыли
4. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение
5. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни
6. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется
7. Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело болеть
8. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни

9. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий
10. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих
11. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни
12. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу
13. Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней
14. Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и даже раздражает меня
15. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше
2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество
3. В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу
4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
0. Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)

Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
5. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ЗАПОЛНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ

Пол	М	Ж	
Ваш возраст?			
1. до 30	2. до 45	3. до 60	4. Выше 60 лет

лет	лет	лет	
Ваше семейное положение?			
1. холост (не замужем)	2. женат (замужем)	3. разведен(а)	4. вдовец (вдова)
Образование			
1. Неоконченное среднее (менее 10 классов)	2. Среднее (общее)	3. Средне - специальное или незаконченное Высшее	4. Высшее
Уровень Вашего благосостояния			
1. Низкий	2. Ниже среднего	3. Средний	4. Высокий
Наличие детей			
Нет	1-2	2 и больше	

БЛАГОДАРИМ ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!

Рекомендации по диагностике приобретенной беспомощности пациента и эффективному взаимодействию с такими пациентами.

Диагностика приобретенной беспомощности возможна на основании следующих символов-маркеров, проявляющихся в поведении пациента, к которым относятся:

Вербальные маркеры-слова в речи пациента: «Не могу» (полностью выздороветь, изменить поведение и т.д.); «Не хочу» (менять образ жизни и т.д.); «Всегда» («взрываюсь» по пустякам, вечно все теряю и т. д.); «Никогда» (не могу соблюдать режим лечения, не получится выздороветь и т.д.); «Все бесполезно» (нечего и пытаться, никогда ни у кого в этой ситуации не получалось); «В нашей семье все такие» (т.е. семейные послания о способностях к определенным видам деятельности и т.д.).

Эмоциональные маркеры - следующие состояния пациента: негативные переживания и беспокойство; плохие мысли по поводу своего здоровья; повышенную тревожность в процессе лечения; безразличие и пессимизм.

Поведенческие маркеры - поведенческие особенности пациентов: пассивное ожидание, когда врач объяснит, как начать лечение; отсутствие незамедлительных лечебных действий со стороны пациента, наряду с декларативным заявлением о желании, чтобы его вылечили; высокую частоту обращений к медицинским специалистам и возникновения новых заболеваний.

Когнитивные маркеры приобретенной беспомощности пациента: отсутствие интереса к процессу и пониманию смысла лечения; фатальность и крайность в определении взглядов; ухудшение приспособительных навыков в новых ситуациях; усталость от происходящих жизненных событий.

Присутствие хотя бы нескольких маркеров в поведении и реакциях пациента может свидетельствовать о наличии приобретенной беспомощности. В таком случае нежелательно применение патерналистской

модели взаимодействия, а эффективным решением станут определенные тактики и стратегии повышения субъектности пациента.

Следует учитывать, что пожилой возраст оказывается существенным фактором, связанным с приобретенной беспомощностью, независимо от пола. Однако, в молодом возрасте более склонны к приобретенной беспомощности мужчины, по сравнению с женщинами. Среди женщин с увеличением возраста количество пациентов с приобретенной беспомощностью становится больше.

Пациенты с приобретенной беспомощностью в ситуации заболевания могут проявлять несколько типов беспомощности: рефлексивный (ощущаемый, осознаваемый пациентом), квазиактивный (преобладает неконструктивная патогенная тревожность), очевидный (присутствует генерализированное безразличие, пессимизм), латентный (беспомощность проявляется в беспорядочных действиях пациента, не направленных на выздоровление).

Приобретенная беспомощность влияет на ожидания пациентов в области взаимоотношений, определяя возникновение не соответствующих социальной ситуации паттернов поведения, таких как избегание ответственности за лечение, снижение потребности в скором выздоровлении, ориентацию на мнение и оценку окружающих.

Приобретенная беспомощность меняет ожидания и представления пациента в сторону занижения его реальных возможностей и ресурсов, понятие здоровья для пациентов с приобретенной беспомощностью сводится преимущественно к самоощущению и является не достижимой абстрактной ценностью, поэтому пациенты с приобретенной беспомощностью в большей степени ориентированы на процесс лечения, а не его результат.

При взаимодействии с пациентами, во избежание втягивания в ситуацию, в которой пациент перекладывает всю ответственность за лечение на врача, и даже на медицину, здравоохранение в целом, врачу полезно учитывать наиболее проблемные гендерно-возрастные группы, которыми

являются пациенты старше 60 лет, мужчины в возрасте 30-45 лет, женщины в возрасте 45-60 лет, а также учитывать, что среди мужчин приобретенная беспомощность наиболее выражена в возрасте 30-45 лет, а среди женщин - в возрасте 45-60 лет.

Медицинским специалистам также следует обращать внимание на отсутствие высшего образования, малую материальную обеспеченность, семейную ситуацию: состояние развода или смерти супруга, наличие повзрослевших детей. Все это может свидетельствовать о предрасположенности к возникновению состояния беспомощности у пациента.

Применение врачом патерналистской модели взаимодействия может усугубить состояние беспомощности у пациентов и в используемых стратегиях лечебно-профилактического воздействия врачу следует избегать патерналистской модели. В качестве оптимальной модели взаимодействия в процессе лечения врачом возможно использовать коллегиальную модель взаимодействия, при этом ему желательно постоянно обращать внимание на позитивные изменения в выздоровлении пациента, стимулировать его субъектность, тем самым вовлекая пациента с приобретенной беспомощностью в процесс лечения.