Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

**Российский Государственный Гуманитарный Университет**

**Представительство РГГУ в г. Дмитров**

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

Тема: «Психологические особенности отношений доктор-пациент: эмпатия в медицине»

**Выполнила**: Онуфрийчук А.А.

Студентка психологического ф-та

группы 3-4

**Проверила**: Литинская Д.Г.

Дмитров 2007 г.

Содержание:

I. Глава

1. Актуальность.........................................................................................3

2. Клятва Гиппократа…………………………………………………..7

3. Историческое развитие российской медицины.................................9

4. Эффект плацебо..................................................................................12

5. Ятрогении...............................................................................................17

6. Эмпатия………………………………………………. ………........20

II.Глава

Эмпирическое исследование эмпатии………………………………..25

III. Глава

Заключение..............................................................................................31

IV. Литература..............................................................................................33

**I. Глава**

**Актуальность.**

В процессе формирования медицины, ее новых областей, специальностей, профилизации отдельных направлений возникают новые морально-этические проблемы.

Естественные и социальные последствия научно-технического прогресса приводят к возрастанию психоэмоциональной напряженности во взаимоотношениях между людьми, к различным конфликтным ситуациям и трудностям адаптации. Назрела настоятельная необходимость изучения человека в целом – как объекта биосоциальной природы.

Специализация и интеграция медицинской помощи, оснащение крупных комплексов современной техникой, высокая квалификация и воспитание медицинского персонала – все это приносит хорошие плоды в лечении, обеспечивает его большую эффективность. Но, с одной стороны, новые средства диагностики и лечения, а с другой – узкая специализация и технификация медицины, при несоблюдении правил деонтологии, могут вызвать определенную склонность к технизации, поставить как бы преграду между врачом и больным. Это нередко мешает психологическому контакту, чрезвычайно необходимому во врачебной деятельности. Порой за лабораторно-инструментальными данными врач не видит личности больного, становится как бы бездушным «диспетчером», направляющим пациента от машины (прибора) к машине, а дальше – консультантам. Из его поля деятельности выпадает подход к больному как к единому организму, к вопросам психотерапии и, сам того не желая, он может стать источником тяжелых переживаний больного. Врач всегда должен контролировать свое поведение и свои действия по принципу «психологии обратной связи» и по малейшим реакциям больного обязан быстро оценивать и правильно корректировать их.

 Все это определяет, как указывают многие авторы, необходимость дальнейшего расширения фронта исследований, публикацию работ, способствующих более эффективному внедрению деонтологических принципов в практику.

Помимо общих, имеющих отношение к медицине в целом, аспектов, положений и правил, в каждой специальности существуют и более узкие, в определённой степени специфические аспекты. Это понятно, ибо в каждом конкретном случае множество возникающих в процессе работы врача ситуаций решается индивидуально.

В связи с появлением сложных медицинских систем требования к медицинскому персоналу существенно возросли. Каждый член медперсонала должен не только в совершенстве владеть медицинскими навыками, но и уметь обращаться с современным медицинским оборудованием.

Колоссальные изменения в технологическом оснащении современной медицины, огромные сдви­ги в медико-клинической практике, которые стали возможными благодаря ус­пехам генной инженерии, трансплантологии, появление оборудования для под­держания жизни пациента и накопление соответствующих практических и теоре­тических знаний – все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед медперсоналом.

Повышение качества и культуры медицинской помощи населению страны, развитие ее специализированных видов и осуществление широких профилактических мероприятий во многом определяется соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии (от греч. «деон» – должное и «логос» – учение) – учения о должном в медицине.

Врач как личность в социальном и психологическом плане не ограничивается «узкой» лечебно-профилактической деятельностью, а участвует в решении сложных проблем воспитания и повышения общего культурного уровня населения.

Человек - высшая ценность из всех ценностей мира – таков принцип гуманизма, важнейший принцип медицинской деонтологии.

Жизнь не стоит на месте. Она предъявляет к медицине, врачам все новые требования. Во всем мире сегодня широко обсуждается вопрос о том, что бурное развитие медицинской науки и техники не только порождает новые успехи и надежды, но и заставляет перестраивать систему всей медицинской помощи населению, вынуждает к серьезному пересмотру некоторых норм врачебной тактики.

Одной из важнейших задач современной медицины считается обеспечение соматического и психоэмоционального благополучия человека. Здравоохранение, как сфера общественной жизни, выполняет такие важные социальные функции, как: гуманистическая, коммуникативная, экономическая, культурно-воспитательная, познавательно-преобразовательная и др.

 Личность врача, уровень его сформированности и развития, быть может, важнейший из факторов, обусловливающий исцеление больного.

Принцип целостного подхода к пациенту требует, прежде всего, сохранения целостности личности самого врача, равно как и «пропорционального развития отдельных свойств личности, гармоничности, цельности личности, ее внутренней непротиворечивости".

Как отмечают Р.Конечный и М. Боухал, «поведение и некоторые выражения медицинских работников находятся на грани профессиональной адаптации и деформации». Развитию профессиональной деформации, по мнению Е.А.Вагнера, препятствует так называемая «охранительная адаптация врача», которая «обусловливает возможность не терять самообладание, четко и продуктивно работать в трудных условиях». Что касается психогенных ятрогений, то они следствие вредного психического воздействия врача на больного. Еще В.М.Бехтерев предупреждал, что больной живет в состоянии эмоциональной двусторонности, когда надежда на выздоровление и доверие к врачу чередуются с чувством страха и неуверенности. Это повышает чувствительность больного к внешним и внутренним воздействиям. Что же до соматических ятрогений, возникающих вследствие вреда, нанесенного лекарствами, механическими манипуляциями и т.п. Так ведущей причиной их возникновения являются допускаемые врачом врачебные ошибки. Проблема врачебных ошибок связана с другой проблемой, возникающей на стыке психологии и медицины. С одной стороны, врачебная ошибка - это проявление безответственного поведения, т.е. проблема личности врача, о которой шел разговор выше. С другой - это проблема формирования и развития клинического мышления, роль и значение которого, как фактора успешной врачебной деятельности в условиях риска, неопределенности и противоречивых ситуаций, трудно переоценить.

**Цель.** 1.Выявить влияние межличностного взаимодействия врача с пациентом.

1. Выявить влияние эмпатии на выбор профессии.

**Предмет исследования.** 1.Взаимосвязь взаимодействия врача с пациентом.

2. Уровень эмпатийной тенденции медработников и группы людей, не работающих в сфере медицинского обслуживания.

**Гипотезы:**

1) Тема межличностного взаимодействия врача с пациентом недостаточно изучена.

2) Протекание заболевания во многом зависит от медицинского персонала.

3) Ложь врача, зачастую, направлена на благо больного.

4) Возможно неблагоприятное воздействие доктора на пациента.

5) Категория медработников имеют более высокий уровень эмпатии, по сравнению с категорией людей не связанных со сферой медицинского обслуживания.

**Задача**. 1. Провести анализ литературы по проблеме.

 2. Провести экспериментальное исследование

 **2) Клятва Гиппократа**

Я думаю, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить его боль, иначе говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача – ее главного представителя. Врачей всегда глубоко интересовали вопросы о том, кто есть врач, каким должно быть его поведение, отношение к больным, их родственникам, взаимоотношения врачей между собой.

О поисках, размышлениях (да и спорах) врачей многих стран и народов свидетельствуют, в частности, вавилонские, египетские, индийские, китайские, русские и др. рукописные памятники старины. Они содержат важные мысли и высказывания о многих качествах, необходимых истинному врачу. Но только мыслитель и врач Гиппократ (460 – 370 г. до н.э.) - в своей знаменитой «Клятве» впервые сформулировал морально-этические и нравственные нормы профессии врача.

Величие Гиппократа заключается, прежде всего, в его гуманизме, в том, что он считал человека венцом природы. Эти взгляды пронизывают весь текст «Клятвы Гиппократа».

Клятва Гиппократа

«Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими достатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Чтобы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому»

В своём трактате «О враче» сформулировал основные принципы взаимоотношений врача и больного и описал высокий моральный облик врача: «Ему прилично держать себя чисто…, быть благоразумным, справедливым при всех обстоятельствах». Гиппократ требовал от врача «презрения к деньгам, совестливости, скромности, простоты в одежде, решительности, опрятности…, знания всего того, что полезно для жизни, и иметь отвращение к пороку».

Несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этические документов. По выражению У. Пенфилда, в ней «заключены вечные истины, которые не может изменить время».

Конечно, исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох, многократно трансформировали «Клятву». Но и сегодня она читается как вполне современный, полный нравственной силы документ. Знаменательно, что участники I Международного конгресса по медицинской этике и деонтологии (Париж, 1969) сочли возможным дополнить ее только одной фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь».

Модель Парацельса («делай добро»)

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Па­рацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духов­ный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям ду­ховного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христиан­стве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента оп­ределяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное проис­хождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

**3) История развития российской медицины**

Моральная основа медицинской профессии с давних времён находила отражение в государственных устоях России. Свидетельством этому является «Изборник Великого князя Святослава Ярославовича» и «Свод юридических норм Киевской Руси».

Исторически в развитии российской медицины и здравоохранения «первопроходцами» стали служители церкви. С принятием в России в Х в. Христианства появляется монастырская медицина. Лечением как ремеслом занимались монахи-лечцы. Основана была на применении культовых средств (молитвы, психотерапия, поклоны) в сочетании с народной медициной (травы, мази, парная баня…). Монастырская медицина пользовалась лучшими творениями античной науки. Оздоровительные мероприятия, проводящиеся православной церковью, основывались на нравственных постулатах. Краеугольным камнем считалась любовь к ближнему, что было одновременно и нравственным и организационным принципом. Связь нравственности и врачевания осуществлялась через религию.

Эта связь становиться особенно актуальной, начиная с эпохи Петра I.

В годы, предшествующие развалу СССР, распад страны, отказ правящих кругов от коммунистической идеологии привели к поиску новой национальной идеи. Однако Российские власти не способствовали формированию правильной идеологии, борьбе с проникновением в общественную среду мотивов иждивенчества и уклонения от интенсивного труда. Типичным стала замена лозунга: « Труд является делом чести, гордости и геройства» на сентенцию: «Где бы и работать, лишь бы не работать». При этом многими деятелями культуры, прессы, радио и телевидения стала насаждаться идеология обогащения любой ценой, вещизма и «красивой жизни». Вот чем обернулись игнорирование и подрыв морально-нравственных устоев россиян.

Минимальная заработная плата в России ниже прожиточного минимума. На мой взгляд, минимальное финансирование научной деятельности, возросшие размеры и значимость скрытой оплаты труда, Всё это и многое другое ведёт к деградации трудового потенциала страны.

Многоаспектовый драматический кризис современной цивилизации обусловил возникновение и обострение противоречий между фактическим использованием достижений мирового знания и интересами отдельных людей и их сообществ. Он распространился на все сферы жизни и деятельности человека. Особенностями кризиса являются противоречия между стремлением людей обеспечить полноценную жизнь, между достижениями науки, предлагающей решения конкретных задач, связанных с чаяниями населения – и теми реалиями, с которыми мы сталкиваемся в действительности.

Ускорение научно-технического прогресса во второй половине ХХ в. ещё боле ярко высветило проблемы морально-нравственных норм и правил использования достижений науки, в т.ч. биологии. И медицины. Эти науки сегодня поистине контролируют всё, начиная от планирования семьи, рождения ребёнка, его развития, профилактики заболеваний и их лечения, коррекции качества жизни – до самой смерти человека.

В последние годы внимание медицинских кругов, биологов и общественности в целом всё боле привлекают проблемы защиты человека, его физического и психического здоровья, достоинства и неприкосновенности личности от негативного использования новейших технологий, открытых современной биологией, медициной, а так же недостаточно качественное исполнение работниками здравоохранения своего профессионального долга.

Как ответ на возникшую ситуацию сформировалось новое направление в науке *– биоэтика.*

Биоэтика как наука является продуктом развития медицинской этики и деонтологии. Термин «биоэтика» был впервые предложен известным онкологом – исследователем из Университета штата Висконсин (США) Ван Рансселер Поттером.

По мнению Ю.М. Лопухина, сердцевиной биоэтики и её конечной целью является защита человека от возможных негативных воздействий медицины и биологии на его жизнь и здоровье.

Прежде всего, биоэтику пытаются отождествлять с биомедицинской этикой, ограничив ее содержание этическими проблемами отношений «врач - пациент». Более широкое понимание биоэтики включает в себя ряд аксиологических, социальных проблем и проблем, связанных с системами здравоохранения и с отношением человека к животным и растениям. Кроме того, термин «биоэтика» указывает на то, что она ориентирует­ся на исследования живых существ независимо от того, находят ли они свое при­менение в терапии или нет. Иными словами, биоэтика ориентируется на достиже­ния современной биологии при обосновании или решении моральных коллизий, возникающих в ходе научных исследований.

Имеется определенная внутренняя связь деонтологии с этикой, и это понятно, ибо долг, справедливость, совесть и честь, представление о добре и зле, наконец, счастье и смысле жизни есть категории этические. П.А. Гольбах определял этику как науку об отношениях между людьми и обязанностях, вытекающих из этих отношений. Следовательно, этика представляет собой одно из направлений воспитания, тесно связанного с деонтологией, ее целями и практической их реализацией.

В VI-V вв. до нашей эры в древнеиндийском народном эпосе «Аюр-Веды» («Знание жизни») сформулированы этические требования: врач должен обладать высокими моральными и физическими качествами, быть сострадательным, доброжелательным, никогда не терять самообладания, иметь много терпения и спокойствия.

Определенные деонтологические нормы и правила, конечно, присущи и другим профессиям. Но трудно найти такой вид деятельности человека, как медицина, где врач в буквальном смысле слова «держит в руках» жизнь и смерть человека и связан с его личностью духовными, нравственными представлениями, отношениями в семье и обществе.

Каждый врач в своей повседневной деятельности должен исходить из личной и коллективной ответственности перед пациентами и, в конечном счёте, перед обществом. Личная ответственность врача опирается на его собственный опыт, человеческие качества, глубокое знание больного и его заболевания, индивидуальный подход к каждому. Коллективную ответственность можно трактовать как проведение в жизнь идей, концепций и традиций лечебного (или научного) учреждения, накопленных и обобщённых учителями и старшими коллегами, в свете основных принципов здравоохранения. Личная ответственность должна исходить из постоянного стремления врача к углублению теоретических знаний и совершенствованию практических навыков, непрерывному повышению профессиональной классификации на основе критического анализа своих наблюдений, изучения ошибок, учебы у старших коллег и чтения литературы, воспитания этикодеонтологических норм.

Объективная, научно обоснованная, вдумчивая оценка фактов и событий, понимание врачом необходимости прежде всего выяснить их первопричину и мотивы, а затем уже сформировать свое суждение и мнение – таков логический путь, помогающий принять правильное и справедливое решение.

Если в самом общем виде говорить о требованиях, которые должны предъявляться к врачу, стремящемуся посвятить себя научной деятельности, то они представляются следующими: надлежащая общая и специальная подготовка в той области медицинской науки, в которой он намерен работать. В науке нельзя не спорить. Младший научный сотрудник может даже не состояться как ученый, если полностью потеряет критическое чутье и станет в любом случае поддакивать всем и вся. Нельзя, однако, отождествлять научный спор и конфликт личностей. Нельзя также допустить, чтобы отстаивание той или иной научной точки зрения, позиции выходило за рамки морально-этических, нравственных, да и правовых норм.

Особенность работы медика - в том, что он постоянно сталкиваются с необходимостью решать (и порой в считанные минуты) сложнейшие проблемы, за которыми стоят, прежде всего, жизнь и здоровье пациента. Это не только диагностика, но и определение степени риска операции, целесообразности тех или иных дополнительных диагностических и лечебных манипуляций, получение согласия больного и его родственников на срочное хирургическое вмешательство, и т.д.

 Принятие таких решений требует от врача большого напряжения моральных сил, мобилизации опыта и знаний, глубокого понимания степени ответственности перед больным, коллективом учреждения, где он работает, наконец, перед обществом. Сложность положения усугубляется и тем, что он не может гарантировать абсолютного успеха и в тоже время должен найти возможности снижения степени операционного риска, а в случае, когда такой риск превышает риск самой болезни, иметь мужество сказать об этом.

Разумеется, чем выше возможности медицины, тем больше требований предъявляется и к самим медикам.

В век технического прогресса медицина обогащается новыми методами исследования, но мы должны помнить, что техника не должна быть барьером между врачом и больным.

**4) Плацебо эффект**

В научных кругах хорошо известно и часто используется понятие плацебо. Так называют нейтральное вещество, не обладающее никакими целебными свойствами, но оказывающее огромное целебное влияние благодаря тому, что ему приписываются эти самые лечебные свойства. То есть, чем больше больной уверен, что микстура, которую он только что съел, – это самое революционное изобретение медицины, помогающее в ста процентах случаях, тем больше вероятность того, что выздоровление действительно наступит. Иногда это так радует психологов и всех тех, кто лечит не столько тело, сколько душу, что они склонны называть плацебо универсальным лекарством от всего на свете. В какой-то мере это справедливо: ведь достаточно просто сказать, что сахариновая таблетка помогает именно от той болезни, от которой страдает пациент, и он сразу вылечится. При этом ни его болезнь, ни её происхождение не имеют никакого значения. И, тем не менее, плацебо – это никак не панацея, и не избавление от всего на свете. Ибо, во многих случаях наша болезнь развивается малозависимо или независимо оттого, что мы о ней думаем, и как относимся к процессу лечения.

Ну и, конечно, бывает очень много случаев, когда у человека нарушена сама структура думательного акта. Такова, например, шизофрения, где целебное действие плацебо имеет очень низкий процент, и не идет ни в какое сравнение с применением психофармакологии или даже электрошоковой терапии. Здесь вроде бы все понятно: если человек не может, как следует, обрадоваться тому, что ему скоро полегчает, то действие плацебо будет равно нулю.
Интересно также отметить, что человек, скептически настроенный к целебной силе того или иного лекарства (лекарства, а не плацебо), может свести на нет всю его силу. А если человек воодушевлен лечащим эффектом или ожиданиями этого эффекта от настоящего лекарства, то эффект воздействия этого лекарства может быть многократно выше тех его лечащих свойств, которые были заявлены. Я думаю, что с проявлениями такой веры вам иногда приходилось сталкиваться: человек убеждён, что ему помогает только цитрамон, аспирин или анальгин, и ничего больше. И дело тут не столько в индивидуальных особенностях его организма, сколько в его индивидуальных убеждениях.

Если считать истинными вышеизложенные посылы, то можно сделать вывод: в тех случаях, когда к некоторому веществу есть выраженное эмоциональное отношение, само это вещество по своей структуре и химическому составу начинает играть второстепенное значение, или вообще перестает значить что-либо.

И это значит, что между одним человеком, который пьет анальгин, и между другим, кто думает, что пьет анальгин, но не пьет его на самом деле, нет никакой принципиальной разницы, ибо лечебный эффект в обоих случаях примерно одинаков. Но тогда и не имеет значения, что вы пьете: а важно лишь то, что вы думаете об этом. Для тех же случаев, когда эффект наступает независимо от того, что вы об этом думаете, действие плацебо будет всегда менее эффективным, чем влияние этого активного вещества.

Это очень просто. Если некоторый объект или субъект влияния вторичен по отношению к тому, что думает о нем реципиент (воспринимающий это влияние и дающий ему оценку), и именно от этого зависит произведенный этим влиянием эффект, то тогда содержание или форма субъектов и объектов влияния преследует только одну цель: не осуществить влияние, а создать у реципиента необходимый набор позитивных убеждений. Влияют на того, кто сам думает, что на него влияют. Лечат того, кто думает, что его лечат. Задача агента влияния – создать видимость влияния и наполнить ее позитивным эмоциональным содержанием (верою). Все остальное клиент сделает сам. Он сам окажет на себя нужное психологическое влияние, которое приведет его к психологическому, душевному или же физическому облегчению или исцелению. Это справедливо как для медицины, так и для психотерапии или магии.

А это значит, что эффективность медицины, психологии или магии будет одинакова для большинства таких воздействий, которые требуют некоторого эмоционального и рационального отношения клиента к самому факту воздействия. По простой причине, что все эти исцеления, – целиком и полностью, – оно происходит непосредственно в его голове, в его уме, в его психической деятельности.

Важно не столько лечить, ибо процесс лечения, как я уже сказал выше, вторичен, сколько создать у клиента стойкое убеждение, что он проходит процесс лечения. Милтон Эриксон говорил об этом примерно так: «Не надо уметь гипнотизировать своего клиента, просто делайте вид, что вы его гипнотизируете». Если вы делаете это хорошо и убедительно, остальное пройдет само собой и необходимый вам эффект будет достигнут.

Это утверждение справедливо всегда, когда процесс влияния зависит от тех убеждений, которые имеет клиент.

Вероятно, именно это подразумевал Эрнст Цветков в одной из своих книг, когда называл психотерапию мифом. Точно таким же мифом является медицина. Точно таким же мифом является магия или парапсихология. И, если угодно, религия. В последнем случае церковь делает вид, что бог существует, а все остальное, – от катарсиса до чудесного исцеления, – дело рук самого клиента.

Каждый из вас слышал о таком лекарстве, как аспирин. С того момента, как это лекарство появилось на свет, медицина являет нам все новые и новые факты того, что аспирин также эффективен и в тех случаях, где его действие не изучалось, и где его влияние оказалось неожиданным даже для его создателей. Если вы перечитаете данный текст еще раз, то вам станет ясно: при условии, что популярность аспирина сохранится, наука систематически будет обнаруживать у него все новые и новые полезные и лечащие свойства. А апофеозом таких открытий станет факт, что аспирин с равным успехом будет лечить и от головы, и от задницы. Не удивляйтесь этому. Это нормально. Ибо вы уже знаете: лечит и исцеляет себя сам человек, и никто и ничто больше.

Помогает и исцеляет не медицина и не психотерапия, не магия и религия, а только лишь те мифы, которые они вокруг себя создают. При этом важно отметить, что их отрицание друг друга или даже их враждебное отношение друг к другу также является частью мифа, необходимой и обязательной для утверждения своей тотальной эффективности, и явном преимуществе над всеми альтернативными методами влияния. С точки зрения медицины самое эффективное влияние – медицинское. С точки зрения магии – магическое. И это абсолютно справедливо, так как в каждом конкретном случае миф влияет именно на того, кто в наибольшей мере подвержен этому влиянию.

Ведь люди, которые верят в медицину, обращаются именно к медицине. А люди, которые верят в бога, идут к богу. Уже факт обращения означает, что процесс излечения начался, а создание ореола влияния или вмешательства и есть терапевтический процесс, который мы выполняем самостоятельно.

Фармакологическая индустрия использует плацебо в практике тестирования все новых и новых лекарств, однако, в сущности, она также является одним гигантским плацебо, а ее успех во многом зависит от рекламы и системы верований, которые она поддерживает.

Согласитесь, что человек, который разглядывает в аптеке тысячи очень мало говорящих ему названий (что не случайно, – как вы помните, одно из самых важных атрибутов влияния на человека, – это полная бессмыслица, которую можно наделить любым правдоподобием и свойствами), и пытающийся выбрать то, что ему поможет, – он ничем не отличается от другого человека, который пьет лягушачий отвар или настойку из высушенных тараканов. Их выбор полностью основан на вере, что данное средство (глицин или клоповый отвар) обладает заявленными свойствами, а, значит, поможет им излечиться от того недуга, от которого они стремятся избавиться.

Каждый из мифов пользуется разными системами убеждений в толковании того, кто или что оказывает на вас влияние. В религиозных практиках влияние приписывается богу. В медицине влияние приписывается химическим и технологическим агентам, созданным на основе научного знания. В магии агентом влияния выступает маг, колдун, или некоторый энергетический субстрат (полевые структуры, эгрегор, мировой космический разум). Ну и, наконец, в психотерапии и психологии агентом влияния выступает психолог, который использует в своей работе научно разработанные и апробированные техники влияния.

Эффект плацебо – это не внушение. Принимая таблетку из сахара, веря в то, что это лекарство от боли, мы подталкиваем мозг к производству эндорфинов, натуральных веществ, которые помогают нашему телу облегчать физические страдания. Психологическое ощущение, иллюзия положительного воздействия лекарства, в состоянии привести в действие химический механизм, который прекрасно можно зафиксировать в лаборатории, и, в конечном счете, боль действительно уменьшится, пишет газета La Repubblica (перевод на сайте Inopressa.ru).

Ученый Йон-Кар Зубиета и его коллеги из Мичиганского университета опубликовали результаты своего эксперимента в научном журнале Journal of Neuroscience.

14 молодых добровольцев пришли в лабораторию университета и согласились на довольно болезненную процедуру: инъекцию соленого раствора в мышцы челюсти. В некоторых случаях добровольцам говорили, что им вводят и обезболивающее средство. Это было неправдой, но мгновенно в мозгу у добровольцев возникала реакция, которая фиксировалась поэтапно на специальном томографе. В тот момент, когда медики сообщали участникам эксперимента о введении обезболивающего, нейроны начинали вырабатывать эндорфины. Эти вещества, так называемые опиатные нейропептиды, выполняют задачу по блокированию нервных рецепторов боли и предотвращают распространение неприятного ощущения от одной клетки к другой. "Наше исследование, – прокомментировал Зубиета, – еще один серьезный удар по идее, что эффект плацебо является лишь психологическим феноменом, но не физическим", сообщает итальянское издание.

Некоторое время назад ученые уже предположили, что иллюзия приводит к конкретным изменениям в мозге. В том же Мичиганском университете, в феврале прошлого года группе ученых удалось наблюдать за участками мозга, активизировавшимися, когда доброволец подвергался болезненному воздействию. Специальная телекамера, которой управлял Тор Вагер, продемонстрировала, что эффект плацебо снижал мозговую деятельность в некоторых зонах, таких как таламус, островок и передняя кора. Это было доказательством того, что механизм подавления боли действовал.

Однако теперь впервые удалось наблюдать за конкретными задействованными участками мозга, и был выявлен химический посредник. Одним словом, был перекинут мостик между психологическим и органическим аспектом феномена. "Связь тело-мозг очевидна", – приводит La Repubblica слова Зубиета.

К общей мозаике добавился еще один фрагмент. Не случайно главными действующими лицами оказались эндорфины, вещества, действующие на рецепторы боли аналогично героину, морфину, метадону и анестетикам вообще.

Публикация материала ученых из Мичигана появилась ровно через 50 лет после того, как был открыт эффект плацебо. В 1955 году в Journal of the American Medical Association появилась статья под названием "Мощное плацебо". Ее написал Генри Бичер, анестезиолог из Бостона, которого заинтересовал тот факт, что бесполезные сахарные пилюли или стакан чистой питьевой воды могли воздействовать на 35% тех пациентов, которым вместо настоящих лекарств давали плацебо.

Реакция людей, которым заменяли настоящие лекарства на плацебо, не всегда одинакова. Этот факт отметили ученые из Мичиганского университета, которые, проследив за реакцией, разделили пациентов на "мало реактивных" и "очень реактивных" (у которых боль снижается более чем на 20%). От чего зависит такая разная реакция, пока неясно, это будет предметом будущих исследований. Между тем продолжается дискуссия между медиками, которые не считают этичным обманывать пациента, и теми, кто полагается на Платона, по мнению которого "ложь не приносит пользы богам, но полезна людям, как лекарство", отмечает в заключении газета La Repubblica.

Я признаю и утверждаю, что глубоко и искренне верю: любое, даже самое необычное, самое чудесное исцеление, самый впечатляющий духовный рост, – все это полностью в вашей власти. Настоящий агент влияния всегда один – это вы сами. И вам по силам любые изменения и перевоплощения вашей личности.

**5) Ятрогении**

Ятрогениями называют заболевания, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками врача, неблагоприятно воздействующими на психику больного.

Такие высказывания могут касаться диагноза, прогноза, методов лечения, связанного с ними риска, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствий и т.д.

Ст. 31 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» гласит, что каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья.

 Подобный подход отражен и в официальных декларациях Всемирной медицинской ассоциации, соответствующих этических документах других международных медицинских организаций (например, в «Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе», ВОЗ, 1994). Но ведь известно, что встречаются ситуации, когда врачу и медсестре, чтобы не навредить больному, надо решать вопрос о необходимости его информирования и дозировании информации.

В самых гуманных целях врач иногда вынужден скрывать правду. «Святая ложь», как указывал С.П.Боткин, помогает больному сохранять душевное равновесие, которое играет не последнюю роль в исходе заболевания. Если же человек обречен, то и тут важно не омрачать ему последние дни жизни.

Нередко известие о надвигающейся катастрофе человек воспринимает с должным мужеством и, следовательно, становится добровольным участником своего лечения, помощником медиков. Но бывает и по-другому: в силу каких-либо причин у него в душе разыгрывается эмоциональная буря, прорывающая барьер первоначального спокойствия. Страх от предстоящей встречи со смертью вытесняет все остальные мысли, сковывает жизнедеятельность, больной полностью уходит в мир своих настроений и переживаний, теряет способность к критическому, логически ясному мышлению. Разумные люди начинают вести себя нелепо, с трудом поддаются убеждениям, обрекают себя на лишние муки.

В молодости великий французский писатель Г.Флобер страдал эпилепсией. Близкий его друг знал об этом и однажды решил пооткровенничать с читающей публикой, попытавшись на страницах газет проанализировать связь между художественной натурой писателя и заболеванием. Флобер очень переживал случившееся, и в результате у него развился сильнейший страх смерти, хотя припадки его больше не беспокоили. Вот цена эмоционального стресса!

Н.Н.Петров (хирург, основоположник онкологии в СССР) в книге «Вопросы хирургической деонтологии» отметил: «Умелому и доброжелательному объяснению верят, им утешаются и с ним легче умирают не только так называемые непосвященные люди, но и хирурги с громкими именами, когда они сами заболевают и превращаются в подавленных пациентов».

Узнав незадолго перед смертью о неизлечимости своей болезни, Н.А.Некрасов сказал: «Не страшно умереть, а страшно умирать».

линицисты знают, что до отчаяния измученный невыносимыми болями, крайне изнуренный хроническим заболеванием человек, которому уже не помогают никакие болеутоляющие средства, может видеть в смерти избавление от страданий. Но даже такой пациент вряд ли спокойно воспримет сообщение о близком смертельном исходе. Медицинский работник должен с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть, уметь облегчить страдания, связанные с умиранием, оказать умирающему и его семье психологическую поддержку.

"Медикам порой трудно предугадать, какую реакцию вызовет то или иное их слово, - говорит Николай Папач, психолог клиники психосоматических заболеваний городской больницы №8 г. Киева. - Понятно, что врач вряд ли преследует цель напугать пациента, довести его до невроза. Наоборот, часто доктор пытается оградить человека от ненужной информации, дабы не травмировать его психику. А пациент, видя, что врач не расположен к обстоятельной беседе, пугается еще больше: "Раз от меня что-то скрывают, значит, дела совсем плохи". Получается замкнутый круг: с одной стороны, чем больше информации, тем больше поводов для расстройства, а с другой - тактика умолчания и уклонения тоже ведет к ятрогении".

"Слова о том, что врач должен быть внимательным, тонким, чутким психологом, слышат на протяжении учебы все студенты медицинских вузов, но не всегда и не у всех, получается, быть такими, - рассуждает Николай Папач. - Что поделать, врачи - тоже люди, со своими проблемами, болячками и перепадами настроения, а часто и с маленькой зарплатой.

Человек в белом халате априори вызывает симпатию и доверие. Психологами давно доказано: даже самые здравомыслящие люди, войдя в кабинет врача, резко теряют критичность и становятся внушаемыми. Что уж говорить о людях, от природы мнительных и боязливых? Доктор со сверкающими инструментами в руках воспринимается как божество, наделенное особыми знаниями и умениями. Безграничное доверие врачу - это палка о двух концах. С одной стороны, сверхценность человека в белом халате помогает пациенту вылечиться, так как это усиливает его веру в исцеление. Человек свято верит в правильность действий врача, выполняет все его предписания, лечится, если можно так выразиться, с вдохновением, и болезнь отступает. Темная же сторона этого явления заключается в том, что, услышав от врача: "Что-то вы сегодня бледноваты" или "Не нравится мне ваше сердце", человек подчиняется "диагнозу" и его состояние послушно ухудшается. Опускаются руки, пропадает желание лечиться, наступает апатия. Особенно это касается тех, кто страдает хроническими заболеваниями. У людей, долгие годы пытающихся вылечить свою болячку, меняется характер: они становятся мнительными, издерганными, плаксивыми. Любой намек на то, что их трудно или невозможно вылечить, может вызвать бурную невротическую реакцию".

Количество ятрогении растет на 2% в год. При этом 60% ятрогений вообще не распознается, а 25% этого невроза не подлежит излечению даже с помощью психотерапии.

***Классификация ятрогений.***

1. Медикаментозная ятрогения—особенно, при введении нескольких препаратов, что зачастую связанно с основным страданием и индивидуальными обменными характеристиками, непредсказуемыми при самом глубоком их изучении.

 2. Манипуляционная ятрогения — обусловлена обилием диагностических и лечебных воздействий с возможным присоединением микроорганизмов с исходом в сепсис и т.д.

 3. Наркозно-реанимационная ятрогения — возникает намного чаще, чем регистрируется, ибо тяжесть состояния больного не всегда допускает достоверную оценку генеза симптомов. Необходимо проявлять особую осторожность при оценке секционных находок, зачастую связанных с проведением реанимационных мероприятий. Всегда необходимо учитывать тяжесть состояния и характер основного заболевания (особенно терминальные состояния, течения постреанимационной болезни). Течение терминальных состояний у детей, в отличие от взрослых, имеет свои особенности.

 4. Хирургическая ятрогения — часто возникает в связи с необычным расположением органов, изменением топографии тканей в связи с патологическим процессом и т.д.

 5. Алиментарная ятрогения — воздействие токов низкой и высокой частоты, лазер, рентген, радиоизотопное сканирование, электрохирургическая диатермия и т.д. в том числе и солнечная радиация. Несчастья часто возникают вследствие неподготовленности персонала, нарушений техники безопасности и применения.

6. Ятрогения общения — составная часть деонтологии, особенно в педиатрии. “Говори лишь о том, что должен знать твой собеседник” - главное правило общения с пациентом.

**6) Эмпатия**

«Неважно, глубоко или поверхностно то, о чем говорит человек, - я слушаю его с тем вниманием, старанием, на какое только способен» (К. Роджерс, «PSIHOLOGIES», 2006 г.)

Величайшая человеческая заслуга Карла Роджерса в том, что он открыл людям «лабораторию гуманизма», через которую проходит каждый, кто стремится утвердить во взаимоотношениях других людей гуманный мир.

«Очень редко мы позволяем себе понять, что значат слова, чувства, убеждения другого человека для него самого» (К. Роджерс, «PSIHOLOGIES», 2006 г.)

В клиент-центрированной терапии Карла Роджерса эмпатии принадлежит ключевая роль. Роджерс считал эмпатию основополагающей установкой терапевта в терапевтических отношениях и ключевым условием изменения личности клиента. Эмпатия была признана большинством терапевтических школ в качестве основополагающего навыка терапевта, необходимого для создания терапевтического климата.

Карл Роджерс нашел пять ключей к пониманию («PSIHOLOGIES», 2006 г.):

1. У каждого есть свой потенциал
2. Слушать, чтобы слышать
3. Понимать другого человека
4. Открытость – непременное условие отношений
5. Помогать другим и двигаться к лучшему

На мой взгляд, эти пять ключей к пониманию необходимы не только консультативному психологу, но и доктору, лечащему соматические заболевания. Так как очень важно расположить к себе пациента и узнать наиболее полноценную информацию о его заболевании.

Эмпатия - это сложное явление, которое с трудом поддается определению.

Следует отметить, что первый из указанных отличительных признаков эмпатии (так называемое условие «как если бы») появляется в работах К. Роджерса уже в 50-е гг.: «Ощущать личный мир клиента, как если бы он был вашим собственным, но без какой-либо утраты этого качества «как если бы» — вот что такое эмпатия... Ощущать гнев, страх или смущение клиента, как если бы они были вашими собственными и, однако же, без привнесения вашего собственного гнева, страха или смущения — вот то условие (терапевтического процесса*),* которое мы пытаемся описать»

К. Роджерс пишет: «Она (эмпатия*)* означает вхождение в личный перцептивный мир другого и основательное его обживание. Она подразумевает сензитивность к постоянно изменяющимся в этом другом человеке чувственным смыслам, которые плавно переходят друг в друга,— к страху, или гневу, или нежности, или смущению, или чему бы то ни было еще, что переживает он или она. Эмпатия означает временное проживание в жизни другого человека, осторожное перемещение в ней без того, чтобы делать какие-либо оценки; эмпатия означает ощущение смыслов, которые он или она едва ли осознают, но без стремления раскрыть неосознаваемые чувства, поскольку это могло бы быть слишком угрожающим... Эмпатия означает частую сверку с человеком в отношении точности ваших ощущений и руководствование теми реакциями, которые вы получаете от него. Вы являетесь надежным спутником человека в его или ее внутреннем мире».

Для образного представления акта эмпатии часто привлекаются такие метафорические описания как способность "прогуляться в ботинках", "влезть в шкуру" или "увидеть ситуацию глазами" другого. Эти метафоры действительно содержат важный элемент эмпатического процесса, а именно разделение внутреннего опыта другого человека. Однако, эмпатия - это не просто отождествление с переживанием другого индивида.

Наиболее известное определение эмпатии Роджерса звучит следующим образом: эмпатия - это способность встать в ботинки другого, изнутри воспринимать внутреннюю систему координат другого, как если бы терапевт был этим другим, однако без потери условия "как если бы". Иначе говоря, с клиент-центрированной точки зрения эмпатия - это процесс контактирования с внутренним миром другого посредством воображения, настройка на вчувствование и постижение нюансов его переживания и личностного смысла.

Роджерс следующим образом описывает задачу терапевта: "Вы являетесь надежным спутником человека в путешествии по его внутреннему миру, его точкой опоры, указывая на возможные смыслы в его опыте, вы помогаете ему переживать эти смыслы более полно и продвигаться в них глубже. Быть с другим, таким образом, означает, что на какое-то время вы откладываете в сторону собственные взгляды и ценности для того, чтобы без бремени предрассудков войти в чужой мир. В каком-то смысле это означает, что вы откладываете в сторону собственное Я... Эмпатия подразумевает вхождение в приватный мир представлений другого... будучи в каждый момент чувствительным к смене переживаемых смыслов, которые протекают в другом ... которые тот едва осознает, но без попытки раскрыть совершенно неосознаваемые чувства" (Роджерс, 1980).

Многие психоаналитические авторы для объяснения эмпатии привлекают концепцию идентификацию. При этом обычно подчеркивается ее частичный или пробный характер. По мнению Гринсона, разница состоит в том, что идентификация - это по большей части бессознательный и долговременный процесс, в то время как эмпатия предсознательна и временна. "Цель идентификации преодолеть тревогу, вину или утрату объекта, в то время как эмпатия используется для понимания" (Гринсона, 1960). Гринсон также отмечал, что поскольку эмпатия включает разделение опыта пациента, временное и частичное участие в нем, то есть погружение в эмоциональные переживания пациента, она подразумевает разделенность в функционировании Эго аналитика. Иначе говоря, в этом процессе аналитик колеблется между позициями участника и наблюдателя.

Барретт-Леннардом описал циклы эмпатического реагирования, включающего следующие фазы:

*Фаза предварительных условий*. Терапевт имеет эмпатическую установку по отношению к клиенту, который тем или иным образом выражает свой опыт. Эта стадия включает в себя активную открытость со стороны терапевта к познанию переживания клиентом собственного Я и внешнего мира.

*Фаза эмпатического резонанса*. Условия предварительной фазы делают потенциально возможным следующий шаг, в котором слушатель входит в эмоциональный резонанс (настраивается на одну волну) с переживанием и личностными смыслами клиента, которые активизируются в его сознании. Резонирование можно определить как обращение терапевта внутрь себя, то есть к чувствам, образам, воспоминаниям, смыслам, которые возникают в ответ на то, что он видит, слышит, чувствует вместе с клиентом.

*Фаза выражения эмпатии*. Эта фаза включает в себя выражение терапевтом эмпатического отклика. Эмпатия включает не только способность понять актуальные чувства, но и вербальное умение передать свое понимание ясным для клиента языком. Эмпатическая реакция может быть выражена намеренно и непроизвольно, словесно и через невербальные сигналы.

*Фаза получения эмпатии*. Передача эмпатии делает возможным заключительный этап процесса эмпатического реагирования. Адекватная эмпатия вызывает у клиента чувство, что его услышали, поняли ту или иную личностно значимую для него область внутреннего опыта, что как правило приводит к эмоциональному облегчению и обретению смысла.

*Фаза обратной связи*. На этом этапе клиент вербально или невербально демонстрирует результат воздействия эмпатии терапевта. Если эмпатический отклик терапевта адекватен, это приводит к позитивным следствиям, например, терапевтическому молчанию или углублению процесса. Неверная эмпатическая реакция терапевта может привести к стремлению клиента более ясно донести свои переживания, а совершенно неадекватный отклик терапевта может привести даже к негативным последствиям, например чувствам безнадёжности, одиночества или агрессии.

Проявление эмпатии терапевтом далеко не всегда приводит к желаемой цели. Роджерс указывал на важное условие терапевтической коммуникации - способность пациента воспринять эмпатию терапевта, которую он назвал открытостью новому опыту. Поскольку эмпатия - это двусторонние отношения, способность терапевта к проявлению эмпатии в существенной степени зависит от готовности пациента впустить другого в свой внутренний мир. "Некоторым индивидам вследствие их хрупкой связности Я крайне трудно вынести эмпатическую реакцию другого" (MacIsaac, 1999).

На мой взгляд, каждый медицинский работник должен обладать эмпатией. Если человек сознательно принял решение работать в сфере медицины, это автоматически подразумевает работу с людьми. Люди (пациенты) в этой профессии – объект исследования и помощи. Зачастую, заболевания вызваны не органическими поражениями, а имеют психосоматическую природу. И огромного труда стоит найти такой контакт с пациентом, чтобы понять природу заболевания, человека в целом, и при котором обеим сторонам было бы комфортно. Это способствовало бы более плодотворному взаимодействию и как следствие - выздоровлению. Поэтому, я подразумеваю, что уровень эмпатии у медицинских работников выше, чем у тех, кто не выбрал для себя роль целителя.

**II.Глава**

**Эмпирическое исследование эмпатии**

**Цель исследования:**

1. Выявить уровень эмпатийной тенденции сотрудников отделения скорой и неотложной медицинской помощи поликлиники №4 УДПРФ.
2. Выявить уровень эмпатийной тенденции группы людей не связанных со сферой медицинского обслуживания.

**Гипотеза исследования:** Уровень эмпатийной тенденции сотрудников отделения скорой и неотложной медицинской помощи поликлиники №4 УДПРФ по сравнению с группой людей, не работающих в сфере медицинского обслуживания выше.

**План исследования:**

1. Выбор методического исследования.
2. Проведение исследования.
3. Обработка результатов.
4. Сравнение и интерпретация результатов.

**Методика**: В моей работе основным методом исследования является методика казанского психолога И.М. Юсупова. Успешно используемая им для исследования эмпатии.

**Выборка:** В исследовании принимало участие 60 человек (2 группы).

Группа №1: 30 человек - сотрудники отделения скорой и неотложной медицинской помощи поликлиники №4 УДПРФ. 15 мужчин в возрасте от 42 до 61 года в должности врач выездной бригады и 15 женщин от 27 до 56 лет в должности фельдшер выездной бригады.

Группа №2: 30 человек – мужчины и женщины в возрасте от 25 до 62 лет различных профессий не связанных со сферой медицинского обслуживания.

**Процедура исследования**: Испытуемым предлагалось отвечая на каждое из 36 утверждений, приписывать ответам следующие числа: если вы ответили

1. «не знаю» - 0,
2. «нет, никогда» - 1,
3. «иногда» - 2,
4. «почти всегда» - 4,
5. «да, всегда» - 5.

**Образец бланка**:

**Уважаемый испытуемый!**

Вам предлагается тест опросника для выявления уровня эмпатийных тенденций.

**Инструкция:**

Отвечая на каждое из 36 утверждений, приписывать ответам следующие числа:

Если вы ответили

«не знаю» - 0

«нет, никогда» - 1

«иногда» - 2

«часто» - 3

«почти всегда» - 4

«да всегда» - 5

Отвечать нужно на все пункты.

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Тест опросника:**

1. Мне больше нравятся книги о путешествиях, чем книги из серии «Жизнь замечательных людей».
2. Взрослых детей раздражает забота родителей.
3. Мне нравиться размышлять о причинах успехов и неудач других людей.
4. Среди всех музыкальных передач предпочитаю передачи о современной музыке.
5. Чрезмерную раздражительность и несправедливые упреки больного надо терпеть, даже если они продолжаются годами.
6. Больному человеку можно помочь даже словом.
7. Посторонним людям не следует вмешиваться в конфликт между двумя лицами.
8. Старые люди, как правило, обидчивы без причин.
9. Когда в детстве слушал грустную историю, на мои глаза сами по себе наворачивались слезы.
10. Раздраженное состояние моих родителей влияет (влияло) на мое настроение.
11. Я равнодушен (равнодушна) к критике в мой адрес.
12. Мне больше нравиться рассматривать портреты, чем картины с пейзажами.
13. Я всегда прощал все родителям, даже если, они были неправы.

1. Если лошадь плохо тянет, её надо хлестать.
2. Когда я читаю о драматических событиях в жизни других людей, то чувствую, словно это происходит со мной.
3. Родители относятся к своим детям справедливо.
4. Видя ссорящихся подростков или взрослых, я вмешиваюсь.
5. Я не обращаю внимания на плохое настроение моих родителей.
6. Я подолгу наблюдаю за поведением животных. Откладывая другие дела.

1. Фильмы и книги могут вызвать слезы только у несерьезных людей.
2. Мне нравится наблюдать за выражением лиц и поведением незнакомых людей.

1. В детстве я приводил домой кошек и собак.
2. Все люди необоснованно озлоблены.
3. Глядя на постороннего человека, мне хочется угадать, как сложиться его жизнь.
4. В детстве младшие по возрасту ходили за мной по пятам.
5. При виде покалеченного животного я стараюсь ему помочь.
6. Человеку станет легче, если внимательно слушать его жалобы.
7. Увидев уличное происшествие, я стараюсь не попадать в число свидетелей.
8. Младшим нравиться, когда я предлагаю им свою идею, дело или развлечение.
9. Люди преувеличивают способность животных чувствовать настроение своих хозяев.
10. Из затруднительной конфликтной ситуации человек должен выходить самостоятельно.
11. Если ребенок плачет, на это есть свои причины.
12. Молодежь должна удовлетворять любые просьбы и чудачества стариков.

34) Мне хотелось разобраться, почему некоторые мои одноклассники иногда были задумчивы.

35) Беспризорных домашних животных следует отлавливать и уничтожать.

36) Если мои друзья начинают обсуждать со мной свои личные проблемы, я стараюсь перевести разговор на другую тему.

**Подсчет результатов:**

Были просуммированы все баллы, приписанные ответам на пункты: 2, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 32.

В группе №1 28 из 30 набрали от 37 до 62 баллов, 1 опрошенный от 63 до 81 балла и 1 от 12 до 36баллов.

В группе № 2 все опрошенные набрали от 37 до 62 баллов.

1. Группа №1: медицинские работники

**100%**

**баллы**

3,5

93%

3,5

 **82-90 63-81 37-62 12-36 11 и менее**

1. Группа №2: не имеющие отношения к медицине

**100%**

**баллы**

100%

 **82-90 63-81 37-62 12-36 11 и менее**

**Интерпретация результатов:**

Опираясь на полученные результаты, можно сделать вывод, что гипотеза не подтвердилась. Уровень эмпатийной тенденции сотрудников отделения скорой и неотложной медицинской помощи поликлиники №4 УДПРФ по сравнению с группой людей, не работающих в сфере медицинского обслуживания, оказался примерно одинаковым.

В группе №1 97% респондентов набрали от 37 до 62 баллов, что говорит о нормальном уровне эмпатийности, присущем подавляющему большинству людей. Такие люди в межличностных отношениях судить о других более склонны по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своём они находятся под самоконтролем. В общении внимательны, стараются понять больше, чем сказано словами, но при излишнем влиянии чувств собеседника теряют терпение. Предпочитают деликатно не высказывать свою точку зрения. При чтении художественных произведений и просмотре фильмов, чаще следят за действием, чем за переживаниями героев. Затрудняются прогнозировать развитие отношений между людьми.

3,5% набрали от 63 до 81 баллов, что говорит о высокой эмпатийности. Такие люди чувствительны к нуждам и проблемам окружающих, великодушны, склонны многое прощать. С неподдельным интересам относятся к людям. Им нравиться читать их лица и заглядывать в их будущее. Они эмоционально отзывчивы, общительны, быстро устанавливают контакт с окружающими. Окружающие ценят их душевность. В оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам. Предпочитают работать с людьми, нежели в одиночку.

3,5% набрали от 12 до 36 баллов. Это низкий уровень эмпатийности. Такие люди испытывают затруднения в установлении контактов с людьми, неуютно чувствуют себя в большой компании. Эмоциональные проявления в поступках окружающих подчас кажутся им непонятными и лишенными смысла. Они отдают предпочтения уединенным занятиям конкретным делом, а не работе с людьми. Они сторонники точных формулировок и рациональных решений. Ценят людей за деловые качества и ясный ум.

В группе №2 100% опрошенных набрали от 37 до 62 баллов, что свидетельствует о нормальном уровне эмпатийности, присущем подавляющему большинству людей.

**III. Глава**

**Заключение.**

Несмотря на существенные успехи в разработке проблем взаимодействия врача с пациентом и с протеканием болезни, отмечается недостаточность теоретической разработки отдельных аспектов, сдерживающих (наряду с другими факторами) ее широкое использование в практике отечественного здравоохранения. Все это определяет необходимость дальнейшего расширения фронта исследований, публикацию работ, способствующих более эффективному внедрению деонтологических принципов в практику. Особенно сложными в правовом отношении являются вопросы, связанные с новыми активными и рискованными методами диагностики и лечения, не вошедшие в широкую практику, операциями пересадки органов от одного человека другому, а также от трупа и т.д.

В своём исследовании я выяснила, что протекание заболевания во многом зависит от медицинского персонала. Возможно даже неблагоприятное воздействие доктора на пациента.

Ложь врача, зачастую, направлена на благо больного! И это высказывание подтверждает исследования, связанные с эффектом плацебо. Но вот что интересно! Получается, что в случаях, когда к некоторому веществу есть выраженное эмоциональное отношение, само это вещество по своей структуре и химическому составу начинает играть второстепенное значение, или вообще перестает значить что-либо. Это было доказано многими экспериментальными исследованиями.

К примеру, такое явление, как ятрогения, может возникнуть при неосторожных высказываниях или поступках врача, неблагоприятно воздействующих на психику больного. Такие высказывания могут касаться диагноза, прогноза, методов лечения, связанного с ними риска, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствий и т.д.

Исследовав явление ятрогении, я пришла к выводу, что чаще всего этот невроз поражает особый тип личности: чувствительных, ранимых, меланхоличных людей, склонных многое принимать на веру, идеализировать жизнь, создавая себе кумиров. Такие больные, услышав от врача что-то неприятное, расстраиваются до слёз и заламывают руки: «Врач не может быть таким чёрствым, он же миссионер, несущий исцеление…». Всё правильно. Но, согласно другим психологическим исследованиям, посвящённым влиянию «здорового цинизма».

Мое эмпирическое исследование имело целью выявить уровень эмпатийной тенденции сотрудников отделения скорой и неотложной медицинской помощи поликлиники №4 УДПРФ и уровень эмпатийной тенденции группы людей не связанных со сферой медицинского обслуживания. К сожалению, моя гипотеза не подтвердилась. Но, скорее всего, не потому, что в медицину идут сплошь бездушные чурбаны. Цинизм для врачей – защита от каждодневной боли, крови, стонов, жалоб, которыми наполнена их работа. Им легче выживать, подняв планку «болевого порога» сочувствия.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Краковский Н.И., Грицман Ю.Я. "Хирургические ошибки", М.,1967 г.

2) Савельев B.C., Лопухин Ю.М. Хирургия. М.,1997 г.

3) Н.Н.Петров "Вопросы хирургической деонтологии"

4) Журнал "Здоровье", 2005 г.

5) Журнал «PSIHOLOGIES», февраль 2006 г.

6) Е.А. Шевалёв, О.В. Кербиков "О реакции адаптации"

7) «Журнал практической психологии и психоанализа», март 2003 г.

8) Журнал «Вопросы психологии», №4, 1993 г.

9) "Этика и деонтология", учебник для медсестёр, 1999 г.

10) "Клиническая фармакология и фармакотерапия", 2004 г.

11) ООО Издательский дом «Русский врач», 2005 г.

12) РОО "Мир Науки и Культуры", 2005 г.

13) Л. Хьелл, Д.Зиглер «Теории личности», 2005 г., Питер.

14) Р. Конечный, М. Боухал « Психология в медицине», 1983 г.

15) К. Роджерс «Клиент-центрированная терапия», 1951 г.

16) Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека «Анормальная психология», 2004 г.

17) П.В. Лопатин, О.В. Карташова «Биоэтика», 2005 г.

18) А.Г. Маклаков «Общая психология», Питер, 2003 г.