**1**. В отношениях врача к больному содержится диалектиче­ское единство устойчивого, принципиального и динамическо­го, изменяющегося. Выбор правильного их соотношения, умение модифицировать научные и этические принципы без потери их сущности в зависимости от особенностей больного и ситуаций профессиональной деятельности являются важ­ной научно-педагогической проблемой медицины. С одной стороны, для врача недопустимы торопливость, пустая трата времени и сил. Они вызывают у больного ощущение нена­дежности. Не случайно в истории медицины мудрость врача всегда была и остается связанной с внутренней силой и спокойствием, не подвластным колебаниям повседневности. Отсюда и поговорка: «Спокойствие—мудрость сильного»(3.стр43) Твердость духа не должна позволять врачу выходить из себя при неудачах и трудностях. Сущность человеческого во враче—это спокойная устойчивость этической перспективы, волевое и интеллектуальное преодоление трудностей в ее практическом осуществлении. В таком понимании спокой­ствия нет ничего от равнодушия.

В философии давно сложилось видение сущности как единого в явлениях, как устойчивого и спокойного. Конспек­тируя книгу Гегеля «Наука логики», В. И. Ленин специально выделяет эту диалектическую мысль: «... Несущественное, кажущееся, поверхностное чаще исчезает, не так «плотно» держится, не так «крепко сидит», как «сущность»(2.стр.25). Сущность врачевания—человечность, это закон жизнеде­ятельности врача, это спокойное, устойчивое в его беспокой­ной и внешне динамической деятельности. Такому врачу, - воспитавшему в себе высокую и несокрушимую человеч­ность, больной доверяет- жизнь, спокойно пойдет на риско­ванную, но необходимую операцию. В общении с врачом больной и сам становится чище и человечнее.

Вместе с тем работа врача богата многообразием ситу­аций, динамично и противоречива. Провести нравственную черту через это изменяющееся многообразие жизни не просто. Этому надо учиться и учиться. Особенности медици­ны состоят не только во внешней стороне условий деятель­ности, но прежде всего в их смысловой значимости для человека, для его судьбы. С этой точки зрения «... в медицине все величаво, трепетно, значимо. Это такая сфера деятельности, где нет мелочей, нет незамеченных поступков, взглядов, переживаний. Здесь все, даже незначительный будничный факт человеческого участия, волнует с не мень­шей силой, чем большие жизненно важные деяния. Врачеб­ный долг не знает мелочей, он строг и нетерпим к любым погрешностям, он не проходит мимо любой занозы, которая ранит сердце больного. Совестливость и порядочность, вели­кодушие и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всем, что касается жизни и здоровья больного, должны выступать у врача как привычные, пов­седневные нормы поведения'. Эти уникальные особенности медицины определяют одну из важнейших заповедей — тщательность и осторожность во всем. М. Я. Мудров указы­вал: «Все, что ни делаешь, не делай наудачу, не делай как попало»(1стр.54) Сформулировать призвание, воспитать общую культуру, дать образование и профессиональные навыки — важная задача подготовки врача. Все эти качества должны быть воплощены в практике, в условиях работы лечебно-профилактических учреждений. Для этого мало знать сущ­ность той или иной болезни, лечебных и профилактических мероприятий. Жизнь ставит врача в такие условия, когда все общие положения проявляются в причудливом и противоре­чивом переплетении. Возникают системы мотиваций, в кото­рых нелегко определить главное и второстепенное.

Понятие качества деятельности врача — не сумма свойств его личности, а их органический сплав на основе практиче­ского умения, отвечающего не только на вопрос «что надо делать», но и «как надо делать». Качество и культура работы врача связаны с понятием способа деятельности. Как известно, объект врачебной деятельности, независимо от различий предмета медицинских специальностей, есть в то же время и субъект, личность. Из этого существенного обстоятельства вытекает требование, чтобы в способе де­ятельности врача всегда и при всех условиях учитывался в качестве одного из ведущих личностный фактор.

Вне понятия характера деятельности отношения врач — больной превращаются в абстракцию, лишенную конкретно-исторического содержания; больной для врача становится просто случаем, а его социальные функции сводятся к формальному долгу назначений в соответствии с модифика­циями случаев. Такая функция действительно поддается алгоритмизации и моделированию в ЭВМ. Однако на медици ну всегда смотрели как на нечто бесконечно большее, чем формальная функция, т. е. как на живое, полнокровное социальное отношение, в котором врач видит призвание и способ самовыражения человеческой сущности, а больной – понимание, сочувствие, облегчение, всестороннюю помощь в сохранении жизни и здоровья.

История медицины выработала такой способ отношений, который наполняет схему подлинно человеческим содержа­нием,—это врачебная тактика, этика, деонтология. Названия были разными, но суть их—общая. Медицинская деонтоло­гия—исторический продукт. Он имеет над индивидуальный характер. Независимо от степени выполнения норм врачеб­ная этика и деонтология существуют как свод писаных и неписаных формул, имеющих объективное историческое содержание. От невыполнения этих норм страдает не сама по себе деонтология, как безличный духовный продукт исто­рии, а реальные больные люди, пришедшие к врачу в данное время и в данном месте. В этических кодексах «кумулировался» опыт многих поколений врачей, содержание этих кодексов—бесценное наследие прошлого. Вся глубина и значимость их открываются тому, кто вдумается в их содержание и примет его как должное. Посредством включе­ния врачебной этики и деонтологии практическая деятель­ность врача наполняется культурно-историческим содержа­нием, становится адекватным человеческой сущности спосо­бом деятельности, личной культурой. В своем историческом возникновении и развитии деонтология полностью обязана моральному фактору, хотя с внешней стороны она и пред­ставляет свод профессионально-служебных предписаний. В классово-антагонистическом обществе эта зависимость зату­шевывается, в результате чего врачебный этикет становится внеморальным. За ширмой его внешней вежливости может скрываться нравственное или юридическое преступление.

Глубинная связь деонтологии с общечеловеческим содер­жанием морали важна для понимания системы деонтологии как единственно адекватного культурно-исторического спо­соба профессиональной деятельности. Утверждая суверен­ность медицинской этики и деонтологии как духовного продукта истории медицины, следует в то же время подчер­кнуть их открытость для будущего, для развития. Не только сохранить, но передать новым поколениям врачебную этику и деонтологию в обогащенном, виде — таков нравственный долг врача. Для этого необходимо выяснить систему истори­ческой мотивации этических и деонтологических норм, по­нять, чем обусловлены и какими факторами они модифици­ровались.

**2** Структура мотиваций деонтологии сложна и многообраз­на, включает классовые, национальные, политические (иде­ологические), эстетические, психологические факторы, кото­рые влияют на сущность, содержание и форму деонтологи­ческих принципов, норм, требований, этикета, а также их теоретическое обоснование. Из всего многообразия мотивации остановимся на медико-психологических, поскольку они приобретают возрастающую роль и вместе с **тем** наименее разработаны.

Существенную роль в мотивации (обосновании) деонтологических норм и требований играют психологические ситу­ации конкретных специальностей и психологические особен­ности больных. Необходимость развития медицинской психо­логии обусловлена потребностью совершенствования деонто­логии как способа дальнейшего повышения культуры меди­цинского обслуживания. Медицинская психология, как изве­стно. способна выполнять и другие специальные функции, е частности, она разрабатывает психологические тесты диаг­ностики и ряд важных методов лечения и предупреждения болезней (анамнез, психотерапия и психопрофилактика).

М. Я. Мудров ставил в прямую зависимость искусство врачевания от умения учитывать психологию больного «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они исчерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утешишь, серди­того умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остано­вишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благодетельным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа. которая побеждает телесные боли, тоску, метания и которая самые болезни, например, нервические, иногда покоряет воле боль­ного»(2стр64).

О роли психологии в медицинской практике писали также С. П. Боткин, А. И. Остроумов, И. М. Сеченов. Г. И. Россолимо. И. П. Павлов. В. М. Бехтерев и др. И, П. Павлов неоднократно говорил, что врачу непременно нужно быть еще и психологом, а Г. И. Россолимо характеризовал психо­логическое взаимодействие врача и больного как наиболее существенную черту медицины: «Обращаясь к врачу, боль­ной идет как человек к человеку, но как человек более слабый к более сильному, потому что он в нем нуждается»(2.стр46).

Преимущества одного врача перед другим обусловлены не только лекарственной терапией, так как лекарства в руках всех врачей в основном одни и те же. Отличительным фактором являются профессиональные знания и умение применить их к каждому конкретному больному с учетом его психологических и других особенностей. В одних случаях врач может убеждать больного в возможности улучшение его состояния, но его убеждения не достигают цели и не успокаивают больного, в других—врач. не распространяясь о многом, умеет возбудить у больного доверие, веру в выздоровление, что вызывает хорошее настроение и приводит к благоприятному течению заболевания. Если врач смог вызвать доверие больного и добился веры его в радостную перспективу, он с наибольшим эффектом применяет лекар­ственную терапию. Следовательно, врач должен обладать не только суммой знаний, но и высокими нравственными каче­ствами, умением распознавать личность и психологию боль­ного, располагать к себе больного. Единство доброты, спокойной мудрости, готовности понять и помочь, надеж­ность, добродушие и теплота—все эти душевные качества объединяются понятием личного обаяния, которое, к сожа­лению, в педагогической практике вспоминается редко.

Для понимания психологических особенностей человека важен учет всего комплекса факторов биологического и социального порядка. С началом заболевания соотношение этих факторов изменяется и биологическая сторона болезни, во-первых, ставит социальную сторону деятельности челове­ка в более узкие рамки, во-вторых, оказывает влияние на психологическую структуру личности. К. Маркс характери­зовал болезнь как стесненную в своей свободе жизнь. Пока человек здоров, он не ощущает своих органов. Различные причины, в том числе и болезнь, могут вызвать сдвиги в жизнедеятельности организма, которые повлияют на потребности и побуждения к деятельности. Особую роль играет чувство боли, которое может изменять соотношение потребностей и определить особенность поведе­ния больного, заставить его действовать с учетом этих новых мотивирующих факторов, имеющих специфический характер.

**3.** Влияние болезни на мотивацию поведения человека почти не изучено. П. М. Якобсон подчеркивает, что мотивационная сфера человека может измениться в определенных условиях без участия в этом процессе самой личности. Фактор боли способен оказывать влияние через эмоции на всю психиче­скую жизнь и определить новые цели и запросы. Изменение потребностей и мотивирующих факторов может вести и к изменению личности. С этого пункта возможны прогрессив­ные или регрессивные тенденции в облике больного, что врачу особенно надо учитывать.

Связь болезни и личности никогда не бывает однознач­ной. К. А. Скворцов подчеркивал: «Больной по-разному от­носится к болезни или ее отдельным симптомам. Держится выше болезни, борется с ней, не обращает на нее внимания, вытесняет ее бежит из болезни, бравирует ею, считает ее позором, полностью покоряется болезни, становится ее рабом и слугой, боится болезни, любит болезнь, привыкает, ищет в ней преимущества, трагически переживает, бравирует, диссимулирует, окрашивает болезнью все свое мировоззрение»'(3стр23). В любом случае болезнь изменяет личность больного. Болезненные ощущения, плохое самочувствие, чувство необычного состояния всего организма, создает возможности неблагоприятного исхода заставляют больных концентрировать все внимание на собственных ощущениях.

Интероцептивные сигналы в здоровом организме обычно ощущаются. В начальной стадии заболевания сигналы о патологическом состоянии внутренних органов являются пороговыми и достигают сознания не в форме ощущений, форме эмоций. Они не имеют локального характера и отражаются в общем недомогании, плохом самочувствии и настроении. И. М. Сеченов называл это состояние «смутным валовым чувством». Оно ведет к формированию чувства и сознания болезни. Интероцептивные сигналы, будучи более инертными и стойкими, оказывают сильное воздействие на психику больного. При этом происходит изменение во всем организме, в силу чего он приспосабливается к новым условиям существования. В таких случаях врач должен прислушиваться к неопределенным жалобам, которые могут свидетельствовать о наступающей болезни.

Все ощущения и эмоции, вызванные патологическими сигналами из внутренних органов, формируют чувство болезни.

Это чувство и складывающиеся представления, сознание болезни зависят от личности больного. Е. К. Краснушкин в зависимости от личности больного и характера болезни выделял следующие состояния чувства и сознания болезни:

1)внезапное начало болезни и восприятие ее как жизненной катастрофы; 2) зависимость чувства болезни от пораженного органа; 3) характер болезненного состояния; 4) преморбидный склад личности(3стр12).

**4.** Сознание болезни - это сложное, напряженное психическое состояние, связанное с высшей синтетической функцией личности, сознанием своего «Я». Сознательное, как **ней, ищет** в ней преимущества, трагически переживает, диссимулирует, окрашивает болезнью все свое мировоззрение(1.стр32). В любом случае болезнь изменяет лич­ность больного. Болезненные ощущения, плохое самочув­ствие, чувство необычного состояния всего организма, соз­нание возможности неблагоприятного исхода заставляют больных концентрировать все внимание на собственных ощущениях.

Г. И. Россолимо писал, что «... всякое страдание и болезнь вносят в духовный мир человека такие перемены, выдвигая одни его стороны, затемняя другие, меняя подчас всю гармонию личности, а также и характер отношения к самому себе и ко всему окружающему, что есть все основания заключить, что врачу в своей деятельности приходится считаться не с обыкновенным человеком, а со страдающим человеком, как с особой психологиче­ской разновидностью.»(2стр25) Все ощущения

известно, не тождественно психическому. В генетическом плане сознательное есть высшая форма психического. Благо­даря самосознанию больной может регулировать и контроли­ровать многие психические процессы и влиять на соматиче­ское. Болезнь изменяет самосознание личности, сознание своего «Я». В зависимости от состояния психики больной может быть активным помощником врача или находиться в пассивном состоянии. «Здоровая личность больного челове­ка,—пишет К. Платонов,—это лучший помощник врача, хотя у любого больного его личность уже хоть немного, **но** не та, что была до болезни»'.

М. С. Лебединский и В. Н. Мясищев связывают возник­новение болезней и их излечение со свойствами личности. Это соотношение проявляется в различной степени: 1) болезненное изменение личности в процессе болезни; 2) деградация и распад личности в результате болезни; 3) патологическое развитие личности; 4) патологическая реак­ция личности на обстоятельства жизни, в частности на свою болезнь; 5) роль личности в этиологии и патогенезе болез­ни(2стр43). Эти критерии соотношения личности и болезни пред­ставляют большой интерес и требуют дальнейшего развития. Медицинская этика, выдвигая в качестве нравственного принципа индивидуальный подход к больному, имеет в виду эту неразрывную взаимосвязь типичного в болезнях (нозоло­гические формы) со всеми особенностями и неповторимыми чертами больного как личности, не упуская из виду, что структура личности и ее психологические особенности под­вергаются изменению в результате болезни. Врач должен всегда учитывать эту связь. Воздействуя на биологическое в болезни, он воздействует на личность с ее психологическими и морально-этическими свойствами.

Сознание болезни вызывает то или иное отношение больного к себе. Изменение психики больного обусловлено объективными изменениями организма, вызванными бо­лезнью в биологической структуре, или субъективным к себе отношением. В этом последнем случае большое значе­ние имеет соотношение логической оценки и эмоциональных реакций. Логическое суждение о своей болезни так связано с эмоциями, что последние нередко оказывают влияние и на характер логического вывода. Чаще всего эмоции приобрета­ют такую силу, что затрудняют логический анализ своего состояния. Это положение подтверждается при исследовании психологического состояния и оценок своего положения больными врачами. Известно, что даже выдающиеся врачи в случае тяжелых заболеваний не могли объективно оценивать своего состояния, уклонялись от постановки диагноза тяже­лого заболевания или, наоборот, ставили себе диагноз тяжелой болезни, когда ее не было в действительности(3стр54)

Сознание болезни, таким образом, имеет объективные и субъективные причины, границы между которыми условны. Особое место в сознании болезни и переживаниях больных следует отвести прогнозу. Больной понимает возможные результаты болезни, хотя и не всегда его представления соответствуют характеру болезни. С помощью врача он стремится выяснить свое положение и возможные послед­ствия. Прежде всего его беспокоит, наступит ли полное выздоровление; будут ли остаточные явления или осложне­ния; возможность наступления смерти. Только в некоторых случаях, характеризуемых как деградация личности в ре­зультате тяжелой болезни, больной не способен задаваться подобными вопросами. От того, к какому выводу приходит больной, будут зависеть состояние его психики и степень сопротивления патологическому процессу. При этом диагноз болезни интересует больного лишь постольку, поскольку он дает некоторую информацию об исходе.

Сознание болезни не всегда адекватно ее характеру. Здесь следует выделить несколько основных вариантов:

1) болезнь уже возникла и вызвала перестройку психики, но больной этого не замечает; 2) болезнь вызывает соответству­ющее сознание болезни и отношение к ней: сознание болезни как результат самовнушения или внушения (в том числе и ятрогении) не соответствует физическому состоянию. Каж­дый из этих вариантов сознания болезни обусловливает тип поведения больного и, в свою очередь требует соответству­ющего отношения со стороны врача.

Психика больного складывается в результате болевых ощущений из органов, перестройки жизнедеятельности орга­низма под воздействием патологического фактора, влияния окружающих людей (рекомендации и суждения о подобных случаях), а также собственных знаний о болезни и их последствиях. Многие субъективные наслоения, как прави­ло, оказываются не соответствующими действительному положению больного. Врач вправе внушить больному радо­стные перспективы, если характер заболевания позволяет с уверенностью судить о скором выздоровлении. Если болезнь хроническая или она не может быть излечена в данное время, то врач должен рационально поддерживать веру в благополучный исход, способствовать хорошему настроению больного. Когда прогноз неясен, врач не вправе давать абсолютно обнадеживающего прогноза. Оптимизм больного должен в определенной степени соответствовать действи­тельному его состоянию. Нельзя забывать, что чрезмерный и неадекватный оптимизм часто ведет к неосознанному нарушению режима со стороны больного и может грозить непредвиденными тяжелыми последствиями. Особенно важ­но учитывать это в хирургии. Для тяжело, неизлечимо больных радостное обнадеживание со стороны врача равно­сильно легкомыслию. О неблагоприятном исходе врач до­лжен умолчать, осторожно поддерживая веру в выздоровление, но не возбуждать необоснованную уверенность больно­го в том или ином исходе.

Большое значение в психоэмоциональной реакции больно­го и в чувстве болезни имеет локализация патологического процесса. Становление типологических свойств психологии больного зависит от нозологической формы болезни, степе­ни тяжести и длительности течения болезни. «Незначитель­ные расстройства деятельности сердца,—писал И. М. Сече­нов,—ведут уже за собой изменение характера человека; нервность, раздражительность женщин из 10 раз 9 зависит от болезненного состояния матки». М. И. Аствацатуров также подчеркивал специфичность эмоциональных реакций при патологии различных внутренних органов, что объясня­ется сложной интероцептивной связью органов с подкоркой и корой.

Врач может выделить в личности больного соматический и специфический психологический компонент в зависимости от локализации болезненного процесса. Общие эмоциональ­ные реакции (депрессия, тревога, беспокойство, озабочен­ность, апатия, безразличие, эйфория и т. п.) выступают в определенном соотношении. Эти реакции не остаются посто­янными, а изменяются в процессе развития болезни. Однако психологическое состояние при тех или иных болезнях имеет характерные черты. Болезнь печени сопровождается чув­ством печали, тоски и раздражения. Известно мужество больных пороком сердца и легкомысленное поведение значи­тельной части больных туберкулезом, которое связано с эйфорией. Коллапс в ряде случаев при ясном сознании приводит к подавлению и безразличию к исходу болезни.

Особенно большое влияние на перестройку психики чело­века оказывают хронические болезни. Они могут до неузна­ваемости изменить свойства личности. Жизнерадостные и общительные люди становятся замкнутыми и аутистичными. При этом следует учитывать соотношение сигнальных си­стем. Преобладающее положение одной из них влияет на сознание болезни и на характер взаимоотношения с врачом.

Отмеченные факторы проявляются у каждого больного в зависимости от психологических особенностей, сложивших­ся до появления болезни. В каждом отдельном случае врач должен учитывать социальное положение больного, уровень его интеллектуального развития, характер, волевые каче­ства, направленность и т. п. Е. К. Краснушкин писал: «...Не­высокий уровень интеллектуального развития, отсутствие необходимых знаний по болезням, неумение анализировать свои ощущения могут снизить и даже извратить сознание болезни и отношение к ней»(3стр54). Высокий уровень общего развития и волевые качества личности обеспечивают адекватность *сознания болезни и способствуют правильному* поведению больного в интересах выздоровления.

Гуманистическая сущность призвания врача естественно связана с учетом всех отмеченных особенностей больного человека. Оказывая помощь больному, воздействуя на него различными физическими, химическими и другими средства­ми, настоящий врач никогда не забывает о личности, о том, что его отношение с больными—это прежде всего социаль­ное отношение. Поэтому требования деонтологии превраща­ются для врача в профессиональный такт, в единственно возможную форму реализации его призвания.

Учет психологии конкретного больного (общая и нозоло­гическая форма), сознания и чувства болезни, их влияния на личность в целом, обратного воздействия личности на психофизиологическое состояние—все это необходимо вра­чу не для абстрактного констатирования, а для действенной и эффективной организации лечебного режима, управления поведением и образом жизни больного в интересах его скорейшего выздоровления и возвращения к нормальной трудовой деятельности. Другой, не менее важной, задачей лечащего врача является воспитание у больных решимости после выписки из больницы подчинить себя здоровому образу жизни в интересах сохранения и укрепления здо­ровья, профилактики заболеваний. На этом пути существен­но повышается социальная активность врача, его роль в формировании личности. Именно с этой точки зрения врачу необходима солидная подготовка в области психологии, этики и теории личности.