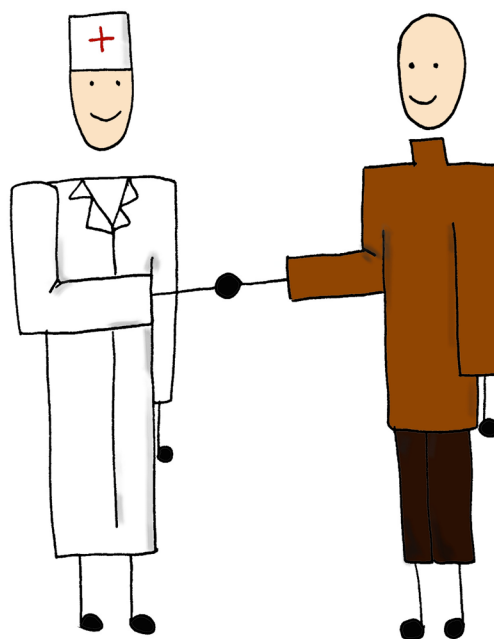


Медицинская система РФ и как в ней уцелеть

Введение

Сфера медицинской помощи - очень сложная и запутанная. Вопрос эффективности и надёжности любого лечения, диагностики и профилактики всё ещё так зыбок, что медицинские рекомендации по одному и тому же заболеванию могут меняться каждые 10-15 лет. Кроме того, эта сфера находится под сильным влиянием тоже не очень изученных психических процессов - и со стороны медицинского персонала, и со стороны пациентов. Всё это приводит к определённым данностям, которые, на сегодняшний день, задают тон:

- 1** даже самое лучшее лечение не будет достаточно хорошим для всех; некоторый процент пациентов всегда будет разочарован, недоволен, разозлён и т.д.
- 2** у многих врачей и пациентов нереалистичные ожидания друг от друга и от возможностей медицины.
- 3** хотя рационально мы все понимаем, что болеть неприятно, у многих людей есть различные выгоды от болезней.
- 4** врачи не всегда компетентны и помогают, а пациенты не всегда благодарны за честные попытки врачей им помочь.
- 5** врачи никак не могут избежать выгорания, а пациенты – зависимости от врачей.
- 6** и у врачей, и у пациентов есть свои собственные нужды и желания; и ситуация медицинской помощи часто оказывается своего рода плодородной почвой, на которой всё это даёт всходы.



Это относится к любой медицинской системе любой страны, но в России есть и своя специфика. Она обусловлена, с одной стороны, разными историческими событиями и традициями. С другой – политикой государства в отношении здраво-

охранения. С третьей - русской ментальностью и реалиями сегодняшней жизни. К сожалению, специфика на большой процент негативная. Разбирать этот негатив подробно - дело печальное и неприятное, не разбирать - нельзя, потому что влияние этого негатива огромно, он реально вредит людям, и непонятно, как с ним вообще сладить. Не очень ясно даже, с какого конца подходить, чтобы понять, что к чему. Но попробуем всё же подойти.

Глава 1

Почему всё сложилось так, как сложилось

Глава 2

Как себя чувствует человек, который заболел

Глава 3

Дети и родители, пациенты и врачи: что общего?

Глава 4

Немного о том, как, чему и почему учат врачей в РФ

Глава 5

Что лучше – пере- или недооценка?

Глава 6

Токсичная среда и те, кто в неё попадает

Мануал по выживанию для врачей

Мануал по выживанию для пациентов

Всё, описанное в этом разборе - мои собственные наблюдения и размышления. Иногда с опорой на научные исследования, иногда без. Если вы с чем-то не согласны, это нормально, я не претендую на абсолютную истину и не планирую сообщать ничего революционного. Возможно, некоторые темы будут для читателей относительно новыми, а некоторые – триггерными, то есть, вызывающими сильные

эмоции. Тем не менее, надеюсь, что всем удастся сохранить самообладание и комментировать конструктивно. Дискуссия на эти темы очень нужна.

К моему огромному счастью, не всё, что описано дальше – справедливо для каждого из нас. Не всё совпадает в случае про конкретного врача, клинику, коллег и пациентов. По крайней мере, я на это очень надеюсь. Поэтому мой вам совет - принимайте близко к сердцу только то, что, на ваш взгляд, по делу. Впрочем, это правило и вообще для всех текстов подходит.

Приступаем?

Глава 1

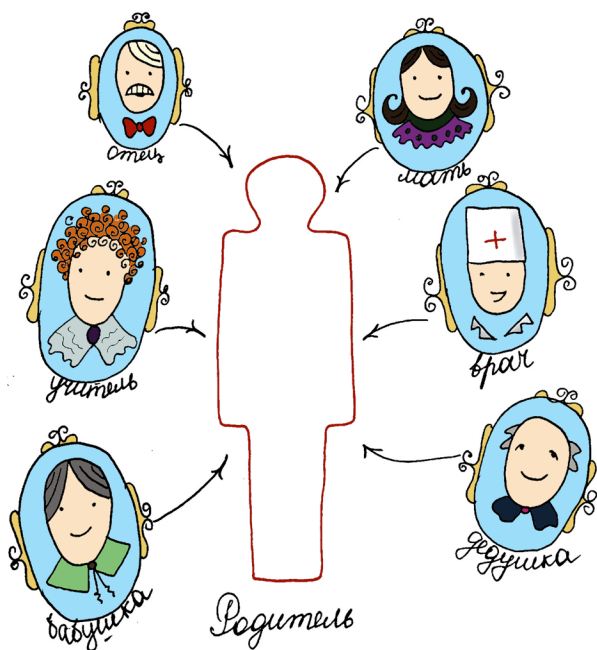
Почему всё сложилось так, как сложилось

*«И тут выхожу я – весь в белом!...»
(фраза из всем известного анекдота)*

В этой главе я хочу показать, как устроено взаимодействие пациента и врача технически, то есть - чем оно характеризуется и в каком поле происходит. Также расскажу совсем коротко, как всё было раньше, что изменилось и продолжает меняться, а что пока ещё упирается и остаётся, как было.

На современные отношения пациентов и врачей влияют определённые исторически сложившиеся социальные роли и связанные с ними ожидания. Какие эти роли, как они сложились и почему?

Во все времена, в которые уже существовала хоть какая-то медицина и врачи – тот, кто лечит и обладает соответствующими знаниями, был для пациента и его семьи так называемой «родительской фигурой». А значит, это работало и для общества в целом. Большинство людей болеют хотя бы раз в жизни, что формирует общественные ожидания и обобщённый опыт.



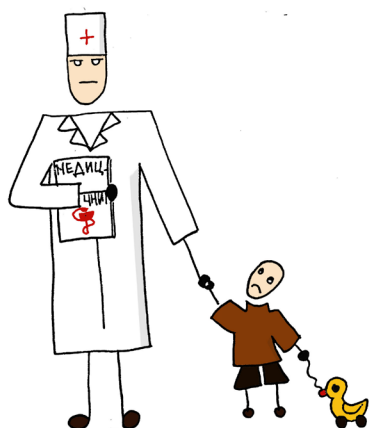
Родительская фигура – это тот, кто наилучшим образом подходит под собирательный образ внутреннего родителя. А внутренний родитель, как пазл, складывается из всех реальных родительских фигур, встречавшихся человеку на жизненном пути. Т.е., тех, кто выполнял по отношению к нему родительские функции (как именно – будет подробнее рассмотрено дальше, в гл. про перенос и контрперенос).

Почему врач – тоже «родительская фигура»? Потому что многое из того, что он делает или призван делать, очень точно попадает в собирательный образ Родителя:

- 1** Врач, подобно родителю, принимает решения, касающиеся жизни и здоровья другого человека, в том числе, не про болезнь (работа, семья, режим дня, питание и пр.).
- 2** Врач, подобно родителю, указывает, что делать, наблюдает и контролирует исполнение назначений.
- 3** Врач, подобно родителю, осуществляет необходимые манипуляции и заботится о состоянии человека, поддерживает его и старается улучшить.
- 4** Врач, подобно родителю, обладает статусом эксперта не только по отношению к самому человеку и его жизни, но и ко всей остальной семье и их жизни. Т.е. его мнение и указания, касающиеся лечения, не оспариваются.

Всё это – контроль, экспертность, забота и принятие решений - функции Родителя по отношению к Ребёнку. Соответственно, врач (вынужденно) всегда выполнял и выполняет родительские функции по отношению к любому пациенту.

Хорошо это или плохо? Интересный вопрос. Человек, заболев, и без врача часто чувствует себя ребёнком (об этом я еще буду писать дальше в главе про состояние пациента). «Хороший родитель» ему часто бывает очень нужен, поскольку уместное количество контроля, указаний и заботы помогает ускорить выздоровление. Когда врач вкладывается в диалог с пациентом, слушает его, сострадает и сочувствует, а также наблюдает и обеспечивает порядок и заботу - это полезно для пациента. Кроме того, так было много столетий, и, наверное, всё это время так было удобно для большинства с обеих сторон, иначе бы этот уклад столько не продержался.



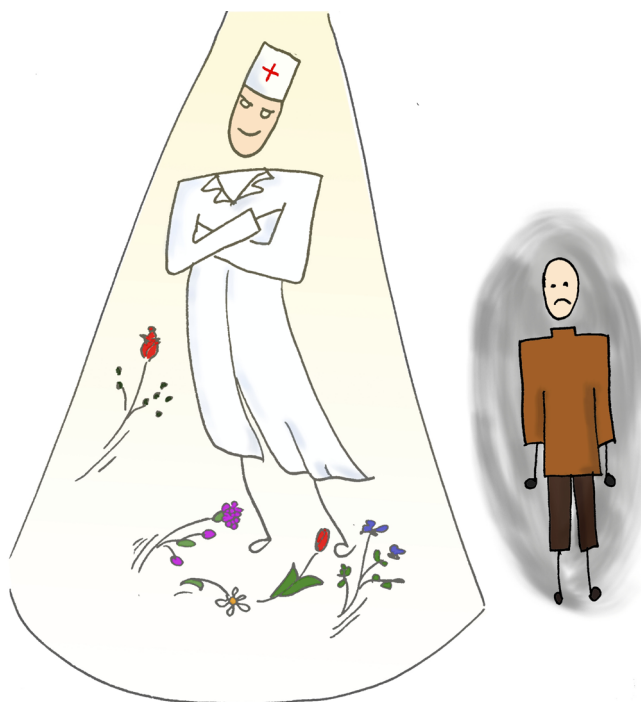
Но «врач-родитель» может влиять на ситуацию болезни и негативно. В целом, это происходит двумя способами:

- если он плохо выполняет (не выполняет) «хорошие» родительские функции,
- если он злоупотребляет родительским образом и даваемыми им полномочиями.

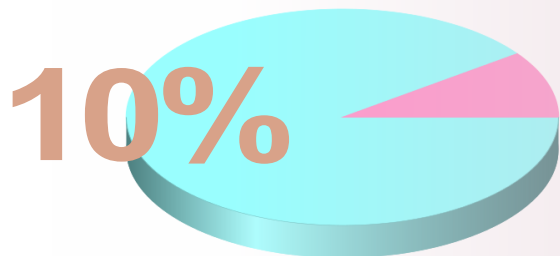
Например, это случается, когда врач нарушает границы, когда он судит, когда не слышит нужд пациента, его желаний и решений. Когда он действует так, будто любой пациент – это несмышленный ребёнок, неспособный понять, что для него хорошо, а что нет, и т.д. Тогда врач, практически, сводит на нет ту пользу, которую может принести родительская позиция в медицине. Потому что он вынуждает пациента чувствовать только негативную часть детской позиции, и тратить часть сил на сражение с этим негативом, а не с болезнью.

Исследователи, изучавшие отношения пациента и врача, называют такую родительскую манеру лечить «доктор-центрированный подход» ('doctor-centred', Byrne & Long 1976). Это, по сути, патернализм, основанный на идее, что врач – главная фигура в ситуации, а пациент так глуп, что едва способен сотрудничать (об этом я ещё буду писать дальше, в главе про врачебную среду). Подход очень старый, ему, наверное, несколько столетий, и у него есть специфические черты.

Врачи, работающие в этом подходе, чаще фокусируются на физических аспектах болезни. Они используют расспрос пациента только чтобы получить нужную медицинскую информацию (слышат только «голос медицины»). Их вопросы в основном закрытые, например: «Как давно у вас болит?», «Боль острая или тупая?». Этот подход даёт возможность врачу без помех проинтерпретировать проявления болезни и поставить диагноз, но даёт очень мало пространства для пациента. Врачи, работающие в «доктор-центрированном» подходе, смотрят на пациентов не как на равных себе, а как на «некие ошибки природы, сломанные глупые машины, которые им приходится с презрением латать» (с).



Такие врачи часто переоценивают количество информации, которое они дали пациентам. Ещё они искренне верят, что пациенты были удовлетворены скудной коммуникацией с ними - хотя для пациентов довольно трудно выразить своё недовольство тому, кто их лечит, но мало кто это учитывает. См дальше гл. про перенос.



Исследования показали, что всего около 10% пациентов озвучивают ВСЕ свои вопросы во время беседы с врачом.

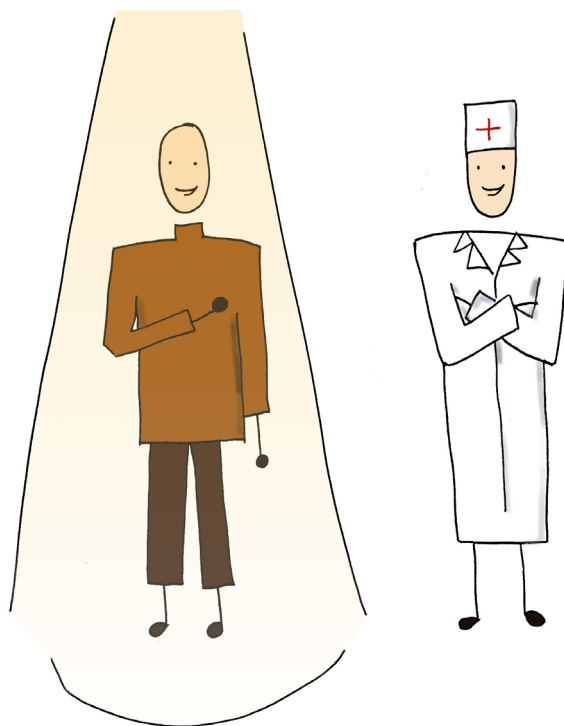
(Barry et al, 2000)

В беседе с такими врачами чаще всего пациенты говорят о том, что прямо касается симптомов, лечения, диагноза. А вот такие вопросы, как беспокойство о будущем, о том, что может пойти не так, о побочных эффектах, о своих потребностях и желаниях, препятствующих лечению, о социальных и психологических контекстах болезни, например, о ведении хозяйства, сада, о сексе и др. – почти всегда остаются невысказанными. Вынужденное неозвучивание всех вопросов, по принципу замкнутого круга, ведёт к дальнейшему недопониманию пациента врачом. А следовательно - к излишним или недостаточным назначениям, к неиспользованию уже сделанных назначений. Часто - к выпадению пациента из лечения вообще.

Почему же развивался именно такой подход? Есть ли в нём плюсы? Было ли это чем-то оправдано? Я думаю, что плюсы есть (были), и долгое время они даже перевешивали минусы. Чем более незрелым было общество, тем больше была нужна строгая родительская фигура, несущая ответственность и управляющая. Медицинские знания в первые столетия развития медицины были скудными, противоречивы и неоднозначны. Они плохо распространялись, назначения не соблюдались пациентами, профилактика не проводилась и т.д. Желающие могут изучить историю медицины. Вероятно, заставить пациента лечиться можно было, только будучи Строгим Родителем. Поэтому врач, соответственно, и был им. Был тем, кто приходит в дом, безапелляционно определяет статус пациента (болен/здоров), и указывает всем членам семьи, что делать.

Что изменилось и меняется сейчас? Очень многое. Набирает очки относительно новый «пациент-центрированный подход» ('patient-centred'). Его приверженцами всё чаще становятся молодые врачи. Не в последнюю очередь потому, что их молодые же пациенты чаще ожидают партнёрства, чем люди более старшего возраста и пожилые. Ещё современные пациенты всё чаще стремятся активно участвовать в консультации: задают вопросы, спрашивают объяснений и прояснений.

Несмотря на исторически сложившиеся в обществе установки, традиции и ограничения, родительские фигуры всё меньше и меньше влияют на нашу жизнь. Как в социальном контексте, так и в других. Современный социум быстро меняется, вместе с ним меняются базовые ролевые модели. Мы быстро переходим от традиционно-семейных подходов к контрактным и партнёрским. Быстрее, чем, возможно, успеваем понять и переварить.



Врачи, работающие в пациент-центрированном подходе, мало формализуют беседу. Они мало контролируют ответы пациентов, они приглашают их к равному общению, создавая атмосферу кооперации (им важен «голос пациента»). Их вопросы открытые - «Расскажите мне о боли», «Как вы себя чувствуете?», «Что усугубило болезнь?». Этот подход подразумевает, что врачи проводят больше времени, слушая пациентов и отбирая из их рассказа нужное. Они поощряют высказывание пациентами своих мыслей и чувств, проясняют и уточняют утверждения пациентов. В целом этот стиль более дружелюбный. Множество опций не решается по умолчанию врачами, а подлежит обязательному обсуждению с пациентом, поскольку речь о его жизни и его здоровье, и окончательное право решения – у него.

Ключевые аспекты пациент-центрированного подхода, к которому постепенно движется современная медицина:

биопсихосоциальная модель болезни (готовность вникать в весь психологический и социальный комплекс, который в жизни пациента связан с болезнью - а не только в конкретные медицинские симптомы и лабораторные показатели)

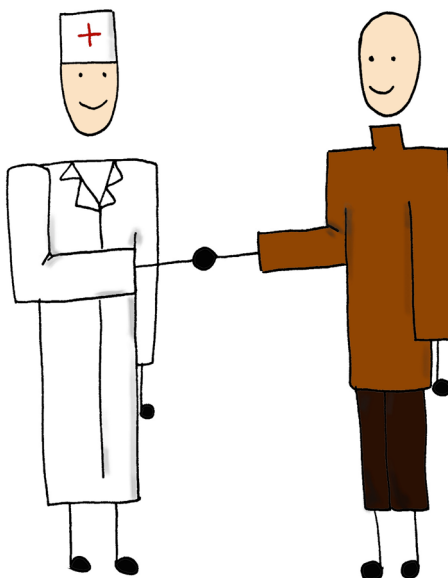
пациент как равный, как Человек (конкретный опыт конкретного пациента, а не «болезнь на ножках»)

разделение решений и ответственности (участие и пациента, и врача)

терапевтический альянс (создание ситуации, в которой пациент чувствует себя в центре принимаемых решений и вовлечен в них)

врач как равный, как Человек (сотрудничество с пациентом, а не «энциклопедия на ножках» и «всёдолжный крайний»).

Я надеюсь, что в будущем отношения «пациент и врач» будут всё менее родительско-детскими, всё менее доктор-центрированными. Они станут более равноправными – не в сфере медицинских знаний, а в сфере прав, обязанностей, вовлечённости и ответственности. Это важно, потому что современные исследования показывают тревожную картину, которая уже давно вносит свой вклад как минимум в 1/3 случаев лекарственной терапии (первые данные получены аж в 1955 году, Beecher).



Например, около 10% рецептов никогда не доходит до аптек. Почему? Потому что консультация и назначения не были релевантны реальной проблеме пациента или были неприемлемы для него. И это осталось неизвестным врачу. Частично это происходит потому, что многие пациенты не сразу показывают своё истинное состояние и его причину. Они используют что-то другое для того, чтобы получить «входной билет» на консультацию. Расскажут ли они об истинной причине обращения или нет - зависит от атмосферы во время консультации. А эта атмосфера бывает разной... И хотя информация, сообщаемая пациентами, критически важна для решений, связанных с диагнозом и лечением - но, к сожалению, до сих пор считается странной идеей, что пациент будет говорить свободно и делиться абсолютно всем, что его беспокоит. Если он это пытается делать, его, скорее всего, не будут слушать или прервут.

Ещё одно известное исследование (среди пациентов, посещавших врача-невролога по поводу мигреней) показало, что для половины пациентов главным, из-за чего уменьшались их симптомы, была удовлетворённость от консультаций и контакта с врачом. То есть, информация и рекомендации, данные врачом, были полностью релевантны жалобам и проблемам пациентов. Это очень важно! Не только для пациентов, но и для врачей. Это позволяет пациентам почувствовать, что их проблемы поняты и есть возможность что-то поменять (Fitzpatrick et al 1983, Kaplan et al 1989). О том, почему это важно для врачей, я буду писать дальше в теоретических главах и в мануале по выживанию.



Выводы



Корни описанного патерналистского подхода очень мощные и крепкие. Потребуется много времени, чтобы вместо них отросли другие. В России – возможно, это займёт ещё больше лет, потому что патернализм встроен не только в медицину, но и в наш государственный строй, и в ментальность. С его помощью очень удобно всё контролировать и распределять, не заботясь о состоянии тех, кто оказался в «детской» позиции. Потому что тот же самый патернализм даёт возможность тех, кто в детской позиции, вообще проигнорировать. Как это происходит на уровне схемы взаимодействия Родителя и Ребёнка в ситуации «пациент и врач»? Об этом – в следующих двух главах.

Вопросы для обсуждения

- 1** Какой из описанных подходов вам, как пациенту(пациентке) был бы удобнее? Почему?
- 2** Случалось ли вам во время консультации у врача озвучить ВСЁ, что вас на тот момент беспокоило? Почему? Что помешало, что помогло?
- 3** В чём вы видите свою ответственность, как пациента, при партнёрском подходе к лечению?



Ответы и впечатления можно присылать на katya@sigitova.ru

Иллюстратор - Екатерина Султанова
Верстка - Владислав Гаус

Проект «Принимайте себя три раза в день»

Авторы: врач-психотерапевт Екатерина Сигитова, и команда волонтеров. Разрешено любое распространение и использование для личных нужд, с указанием авторства.

Другие материалы проекта можно найти на сайте <http://sigitova.ru>

Е-mail для связи: katya@sigitova.ru

(с) 2015, Екатерина Сигитова

