

CERTAIN CRITERIA OF ROLE IDENTIFICATION AND TACTICAL MODELLING OF THE PSYCHIATRIST'S BEHAVIOUR WHEN TREATING NEUROSES

A. Gurkova
Odessa State Medical University, Ukraine

The necessity of role identification and tactical modelling of the psychiatrist's behaviour when treating neuroses is substantiated in the report. The author shows that establishment of trust between the doctor and the patient acts as one of the crucial factors of successful treatment. For this purpose the doctor must initially appear in the role partially corresponding to expectations of the patient, but at the same time demonstrating the strength of the doctor's identity and his confidence in effectiveness of the offered treatment.

Keywords: neurosis, psychiatrist, psychotherapist, psychiatry, role identification, behaviour model, treatment, verbal therapy, behaviour, communication, modelling, doctor.

Conference participant,
National championship in scientific analytics


НЕКОТОРЫЕ КРИТЕРИИ РОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ И ТАКТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА-ПСИХИАТРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ

Гуркова А.В.
Одесский государственный медицинский университет,
Украина

В статье обосновывается необходимость ролевой идентификации и тактического моделирования поведения психиатра при лечении неврозов. Обосновывается, что одним из определяющих факторов успешного лечения выступает установление доверия между врачом и пациентом. Для этого врач первоначально должен предстать в образе, который будет частично соответствовать ожиданиям пациента, но в тоже время отразит силу личности врача и его уверенность в успешности предлагаемого лечения.

Ключевые слова: невроз, психиатр, психотерапевт, психиатрия, ролевая идентификация, модель поведения, лечение, вербальная терапия, поведение, общение, моделирование, врач.

Участник конференции,
Национального первенства по научной аналитике

 <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i11.1496>

В современной действительности, отличающейся высокими темпами развития общественных отношений, необходимостью оперативно адаптироваться к быстро изменяющимся условиям и принимать ответственные решения, значительное количество членов общества вынуждены разрешать практические профессиональные и житейские задачи на грани своих психических, интеллектуальных и физических возможностей. Естественно, в подобных условиях, с учетом генетических и психоэмоциональных особенностей и адаптивных способностей отдельных лиц, у многих из них возникают и развиваются невротические расстройства различной симптоматики, которые могут существенно ухудшать качество жизни больных.

Современная психиатрия предлагает достаточно большой выбор подходов и методик лечения неврозов различной этиологии. Однако, следует принять во внимание, что благоприятное течение процесса лечения неврозов во многом предопределяется уже характером первой встречи больного с врачом. От того, насколько правильно психиатр (психотерапевт) оценит внешние признаки поведения больного и произносимые им слова и, исходя из этого, определит ролевую тактику своего общения с собеседником и

влияния на него, во многом будет зависеть установление надлежащего доверия между врачом и пациентом, а также эффективность процесса лечения невроза.

Очевидно, что, избирая ролевую тактику взаимодействия с больным, психиатру (психотерапевту) не следует полагаться исключительно на жалобы пациента и его оценочные суждения, ибо они могут преподноситься больным в несколько искаженном виде, в результате осуществления им адаптивно-оправдательной ревизии соответствующей информации. К сожалению, в советское время и в постсоветскую бытность государств – бывших республик СССР, в результате извращенного идеологического прессинга, психические заболевания и невротические расстройства в сознании населения необоснованно отождествлялись с явлениями постыдными и даже отвратительными. В тоже время, психика человека – это такой же органичный объект заботы здравоохранения, как и тело человека или его внутренние органы. Однако в сознании населения до сих пор бытуют архаичные стереотипы, преодоление которых во многом определяет оперативность и результативность лечения.

Зная указанные обстоятельства, врачу не следует полагаться исключительно на повествование пациента

(многим больным изложение такой информации дается не просто – сродни исповеди), а внимательно относиться к анализу его мимики, жестов и телодвижений.

Подобное исследование поведения больного со стороны врача должно быть проведено очень быстро, дабы пациент, столкнувшись с неопределенностью врача в выборе своей поведенческой позиции, не закрепостился и не отказался от откровенного общения.

Почему все эти обстоятельства важны?

Известно, что ключевым методическим аспектом лечения большинства неврозов, является вербальная терапия – беседа врача с пациентом. Дабы такая беседа была эффективна, врач должен расположить пациента к себе, вызвать у него необходимой доверие. Для достижения такого результата врач должен восприниматься пациентом, как лицо, заслуживающее доверия и, одновременно, способное излечить недуг. Это – весьма непростая задача, ибо поведенческие проявления неврозов у пациентов бывают самые разнообразные.

Вместе с тем, в большинстве случаев поведение лиц с невротическими расстройствами отличается пессимизмом, поникшим взглядом, плаксивостью, нерешительностью, заиканием

и прерывистой речью, тревожностью. Очевидно, что при наличии подобно-го набора поведенческих признаков в разном сочетании, больной будет пытаться увидеть в личности врача не просто сочувствующего человека, а понимающую, но сильную (ибо свою личность больной оценивает, как весьма слабую, и для избавления от разного рода фобий склонен опереться на более сильного индивидуума) личность, которая с вниманием относится к проблемам пациента, но абсолютно уверена в их быстром преодолении. Необходимо ли врачу соответствовать ожиданиям такого пациента? И – да, и – нет. Дело в том, что, если такое соответствие не будет установлено невротиком, хотя бы по ряду ключевых признаков – необходимый контакт с врачом может просто не установиться. С другой стороны, абсолютное угождение чаяниям больного, может привести к ситуации, когда именно последний сочтет необходимым «вести» своё лечение, постоянно «встраивая» врача в свои ожидания. В этом случае, психиатр (психотерапевт) будет иметь недостаточное количество действенных инструментов влияния на пациента. Поэтому оптимальным, при прочих равных условиях, может быть вариант «гибкой силы»: когда врач расположит пациента к себе, например, «одноуровневой параллелью» (как вариант - рассказав больному о том, что «аналогичный случай был с

ним лично или с родственником либо знакомым»), однако при этом не выкажет особого сострадания больному, а вместо этого, - по принципу «поведенческого доминирования» (возможно, даже до конца не дослушав о всех переживаниях пациента) – даст понять, что понимает суть соответствующих проблем и с абсолютной уверенностью понимает как их необходимо преодолеть.

А как же быть в ситуации, когда поведение пациента отличается очевидной раздражительностью или даже агрессией, основывающейся на его завышенной самооценке и обидчивости (такие обстоятельства, например, часто сопровождают визит больного к врачу под воздействием принуждения со стороны родственников)? В подобной ситуации врачу необходимо снять напряжение, основанное на «противодействии амбиций», когда больного раздражает тот факт, что он в качестве «подчиненного лица» пришел с визитом к некоему «авторитету». Дабы преодолеть подобную преграду в общении, врачу необходимо сформировать свою ролевую позицию «на уровне пациента» (например, узнав, кем работает больной, сразу обратиться к нему с определенным вопросом из объема его профессиональной компетенции). И лишь затем, в порядке настоящего дружеского совета перейти к терапевтическому воздействию.

Конечно, с учетом потенциального

неограниченного многообразия возможных поведенческих проявлений пациентов, далеко не всегда ролевая идентификация поведения врача может подлежать адаптации под базовые стереотипы.

Однако ключевым критерием тактического моделирования поведения психиатра должно быть не навязывание пациенту своего естественного (обычного) «исконного образа», а адаптация к состоянию и психотипу больного, с последующим выведением диалога на уровень оптимального и конструктивного вида вербальной терапии.

К сожалению, на практике врачи часто игнорируют необходимость оптимального моделирования своего общения с пациентом, ввиду трудоемкости и широкой вариативности такой процедуры, что часто осложняет процесс лечения неврозов.

References:

1. Oldergnat S. Psychotherapy thoughts. - Bonn, 2003. - 225 p.
2. Peterson A. Modeling the behavior of a psychiatrist. - Paris, 2008 - 310 p.
3. Bivustons K. To vylesit - need to understand! - Philadelphia, 1999. - 280 p.

Information about author:

1. Alexandra Gurkova - Odessa State Medical University; address: Ukraine, Kiev city; e-mail: gurkova_@yandex.ua

