Этика и деонтология

в практической деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, тактика бесконфликтного поведения

Методическое пособие

Москва, 2013

УДК 614.253:
616-036.865

Под редакцией Морозовой Е.В. - кандидата психологических наук, Руководителя Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

Авторский коллектив: **Морозова Е.В., Дымочка М.А.**
Козлов С.И., Жукова Е.В., Сивухина М.В.

Рецензенты:

Хохлов А.Л. - доктор медицинских наук, профессор, Заместитель председателя по этике Минздрава РФ, Главный редактор журнала «Медицинская этика»;

Стрелков В.И. - доктор психологических наук, профессор университета МВД России, Ректор Столичной Академии малого бизнеса;

Урываев В.А. – кандидат психологических наук, доцент, Главный редактор сетевого научного журнала «Медицинская психология в России»;

Захарченко Ю.И. - доктор медицинских наук, руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Краснодарскому краю»;

Домашенко А.А. – кандидат медицинских наук, руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области»;

Струкова О.Г. - кандидат медицинских наук, руководитель-главный эксперт по медико-социальной экспертизе ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Хакасия».

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ТАКТИКА БЕСКОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Методическое пособие – М. 2013.

В данном пособии представлены научно-методические подходы к изучению этики и деонтологии применительно к профессиональной деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, раскрыты основные психосоциальные факторы, влияющие на формирование конфликтной среды в данной области социальных взаимодействий, показана культурно-историческая основа возникновения противоречий, обусловливающих необходимость в институциональной общественной структуре - экспертизе инвалидности.

В прикладных главах пособия проведен подробный феноменологический анализ конфликтной проблематики с описанием конкретных примеров и ситуаций, возникающих в процессе экспертного освидетельствования, сформулированы основные типы сложных конфликтных ситуаций и алгоритмы их распознавания, профилактики и редуцирования, затронуты вопросы влияния личностных особенностей специалистов и освидетельствуемых и их роль в развитии конфликтов, рассмотрены принципы психологически эффективной организации экспертного процесса, с целью создания доступной и качественной экспертной среды.

Методическое пособие адресовано всем специалистам учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, а также студентам медицинских, психологических и социальных Университетов и ВУЗов, выпускающих специалистов для сферы социальной защиты населения, лечебных, реабилитационных учреждений и учреждений медико-социальной экспертизы.

ISBN 978-5-906644-06-0

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПОСОБИЯ

	Введение	
Глава I.	**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ И КОНФЛИКТОЛОГИИ В РАКУРСЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**	8
	1.1.Этика и деонтология как наука.	8
	1.2.Теоретико-методологические основы конфликтологии.	13
	1.3.Культурно-исторические и социально обусловленные факторы формирования конфликтов в медико-социальной экспертизе.	17
Глава II.	**ПСИХОЛОГИЯ ЭКСПЕРТНОГО ПРОЦЕССА И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТОВ**	21
	2.1. Психосоциальная феноменология возникновения конфликтов, связанных со статусом «инвалид».	21
	2.2. Психологические факторы формирования конфликтных ситуаций, возникающих в процессе медико-социальной экспертизы.	31
	2.3. Коммуникативная эффективность специалистов учреждений медико-социальной экспертизы.	34
	2.4. Специфика взаимодействия с инфекционными больными (включая ВИЧ, туберкулез, гепатиты), а также с больными наркологического профиля.	40
Глава III.	**ПРИКЛАДНЫЕ ПРИЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ГРАЖДАНАМИПРИ ОКАЗАНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**	51
	3.1. Техники эффективного общения и коммуникаций для урегулирования конфликтных экспертных ситуаций.	51
	3.2. Психологическая совместимость экспертной команды, этические аспекты соблюдения процедуры и межпрофессиональных взаимоотношений в сложных и спорных случаях при осуществлении медико-социальной экспертизы.	62
	3.3. Практические приемы профилактики, прогнозирования и разрешения типичных экспертных конфликтов, возникающих при оказании государственной услуги по медико-социальной экспертизе.	68
Глава IY.	**ТЕХНОЛОГИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТНОГО ПРОЦЕССА В УЧРЕЖДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**	81
	4.1. Проблема личностной деформации и эмоционального выгорания сотрудников учреждений медико-социальной экспертизы как фактор формирования экспертного конфликтогена.	81
	4.2. Организационная культура деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы как механизм повышения качества предоставляемой услуги.	86
	4.3. Психологические аспекты организационно-бытовых условий создания доступной, эффективной и качественной экспертной среды.	94
	Заключение	115
	Литература	117
	Терминологический словарь	119

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ТАКТИКА БЕСКОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

«… Призрак бродит по медицине. Это — этика!...»

Клаус Дернер

ВВЕДЕНИЕ

Одним из приоритетных направлений развития сферы социальной защиты населения является улучшение качества предоставления гражданам государственных услуг, в том числе услуги по проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Данный факт подразумевает совершенствование деятельности государственных экспертных учреждений, направленной на разрешение комплекса психосоциальных противоречий, проблем и конфликтов, существующих в данной области медико-социальной экспертизы в целом.

Необходимо признать, что вариативность и количество конфликтных ситуаций, возникающих при проведении медико-социальной экспертизы граждан значительны. Решение сложившейся ситуации требует изучения всех составляющих данную проблему факторов, основным из которых является «человеческий» (т.е. личностный фактор участников взаимодействия, возникающего между людьми в рамках оказания услуги по медико-социальной экспертизе).

Помимо воздействия непосредственно личностного фактора, на формирование конфликтной атмосферы, нередко наблюдаемой в учреждениях медико-социальной экспертизы, необходимо учитывать роль психосоциальных факторов и условий, формирующих возникновение недопониманий, конфликтов и спорных случаев между сторонами, взаимодействующими в процессе медико-социальной экспертизы.

Рисунок 1

Факторы, обусловливающие конфликтогенность в медико-социальной экспертизе

Данная ситуация требует повышения уровня профессиональной компетентности, воспитания в специалистах морально-этических и деонтологических основ при выполнении профессиональной деятельности в государственном учреждении медико-социальной

экспертизы и обусловливает высокую ***актуальность темы*** настоящего пособия проблемно-ориентированного на повышение эффективности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы.

Перспектива решения вышеперечисленного круга задач видится в необходимости системного влияния на сложившуюся ситуацию посредством:

- освоения специалистами этических и деонтологических основ профессионального поведения;

- применения стратегий бесконфликтного общения;

-внедренияэффективных форм организации экспертного процесса,рекомендуемых в данном методическомпособии.

Таким образом, изложенные в пособии методические рекомендации, позволят изучить этико-деонтологическую проблематику применительно к сфере медико-социальной экспертизы уже работающим в ней специалистам, а также, будут полезны для целей обучения студентов медицинских и психосоциальных учебных учреждений, в отношении освоения специфики профессиональной деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ И КОНФЛИКТОЛОГИИ В РАКУРСЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1.1. Этика и деонтология как наука

В начале данного пособия необходимо рассмотреть подробнее суть и содержание понятий ***«этика»*** и ***«деонтология»*** и области их приложения к сфере профессиональной деятельности специалистов, обеспечивающих оказание гражданам Российской Федерации государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Возникновение понятия ***«этика»*** как области научного знания исторически обусловлено потребностью человека в структурировании и регулировании социального поведения в соответствии с имеющимися нравственными нормами и канонами, присущими обществу в текущий момент времени.

По определению А.В. Разина (2006), ***этика (****греч. ethiká, от ethikós — касающийся нравственности, выражающий нравственные убеждения, ethos — привычка, обыкновение, нрав)*- философская наука, объектом изучения которой является мораль и нравственность как форма общественного сознания, как одна из важнейших сторон жизнедеятельности человека, специфическое явление общественно-исторической жизни.[1]

Объектом научного исследования этика стала в результате формирования системы философских знаний о морали как сфере общественно-социальной жизни, реализуемой в соответствии с определенными нормами и ценностями, регулирующими поведение людей. Основными категориями, в которых этика как наука раскрывает сущность морали и моральной деятельности человека, традиционно являлись следующие: добро и зло, совесть, честь, ответственность, самопожертвование идолг.

В преломлении к профессиональной деятельности человека принято оперировать термином ***«профессиональная этика»***, который очерчивает совокупность морально-этических и нравственных норм и модель поведения специалиста в соответствующей профессиональной сфере. Профессиональная, или так называемая деловая этика призвана регулировать деятельность специалиста в сфере служебных отношений, в том числе к субъектам своего труда.[2]

Позже, в результате потребности морально-нормативного структурирования профессиональной деятельности в узко специализированных трудовых сферах, родился термин ***«деонтология»***, который впервые был предложен английским философом Бентамом (J. Bentham) в 19 веке, в философском контексте, применительно к теории нравственности.

Термин ***деонтология*** *(греч. - deon, deontos«должное, надлежащее» + logos учение)* означает совокупность нравственных норм и ***«должного профессионального поведения»*** работника (т.е. такого, какое оно должно быть) в соответствии с потребностями отрасли, в которой данный работник трудится [3].

В приложении к медицинской практике современные литературные источники определяют данный термин как наиболее актуальную проблему медицинской этики вообще, и в ее прикладном значении к специализированной деятельности врача в частности, характеризующую и очерчивающую нравственно-моральные координаты и границы специфики его профессиональных действий и поступков.

По мнению Б.В. Петровского (1988) «Медицинская деонтология - это совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных

---

[1] Разин А.В. Этика: учебник для Вузов М.: Академический проспект, 2006 -624с.

[2]Деловая этика/авт.-сост.В.К.Трофимов. –Ижевск :Д 29 ФГОУ ВПО Ижевская ГСХА, 2011. – 352 с.

обязанностей, а также принципов поведенияи профессиональных приемов психологического общения с обратившимися к врачу людьми» [33].

Действительно, невозможно представить себе профессиональную деятельность таких врачей как психиатр, психотерапевт (работающих с тяжелыми психическими патологиями), онколог (взаимодействующий с умирающим больным, а также его родственниками), или хирург, например, трансплантолог (решающий проблему трансплантации органа одного человека другому), без соблюдения деонтологических принципов, нарушающих общечеловеческие морально-этические нормы в угоду личным (не всегда гуманистичным) потребностям и мотивам.

Несмотря на то, что основы медицинской деонтологии возникли задолго до формулировки и точного определения данного термина, и определялись исходя из уровня развития медицинского знания и социально-культурных, морально-этических принципов текущего времени, можно сказать, что общечеловеческие, гуманитарно-этические нормы врачебной деятельности во все исторические эпохи обусловливались самой идеей и основной врачебной функцией - лечением, а именно, ***стремлением облегчить участь страдающего, больного человека*** [13].

Врачебная этика в последнее время стала серьезным объектом для общественного обсуждения в виду участившихся случаев ее низкого уровня (либо отсутствия вообще).

Клаус Дернер, автор замечательной книги «Хороший врач», пишет:*«Призрак бродит по медицине. Это – этика!»*[6].

Далее автор рассуждает о том, что «внезапный взрыв «моды» на медицинскую этику раздражает…», объясняя это тем, что исторически врач в принципе обязан задумываться над этической стороной лечебного процесса. При этом в повседневной жизни, несмотря на обилие литературы и даже специализированных курсов в медицинских университетах, случаи нарушения врачебной этики и неэтичного поведения врачей по-прежнему нередки.

К сожалению, данное явление можно наблюдать и в учреждениях медико-социальной экспертизы, что подтверждают проводимые за последнее время исследования и анализ жалоб граждан в субъектах РФ и в ФГУ ФБ МСЭ Минтруда России.

Анализ жалоб выявил их значительное количество, преимущественно связанное с неудовлетворенностью экспертным решением, а также качеством отношения специалистов учреждений к гражданам, характеризуемое больными (и их родственниками) как «поверхностное», «некомпетентное», «невнимательное», «грубое», «жестокое»и даже как «оскорбительно-хамское»…, что напрямую относится к профессиональной культуре и этике общения и слабо согласуется с вышеозвученной функцией «стремлением облегчить участь страдающего, больного человека…».

Очевидно, что субъективная оценка гражданами качества предоставления услугимедико-социальной экспертизы, свидетельствует о значительных недоработках на местах и необходимости срочной корректировки сложившейся ситуации, влияющей на формирование негативного общественного мнения о службе медико-социальной экспертизы в целом. Однако, также очевидно, что целевая аудитория, которой оказывается государственная услуга по проведению медико-социальной экспертизы, является одной из наиболее сложных в психологическом смысле.

Данная ситуация обусловлена множественной взаимосвязью социально-экономических, социально-бытовых и индивидуально-психологических факторов, формирующих высокий уровень эмоциональной напряженности людей, которые нуждаются в социальной поддержке на государственном уровне. Учитывая сложный в психологическом смысле контингент, обращающийсяв учреждения медико-социальной экспертизы, и требование времени, акцентирующее внимание всей социальной общественности и профессиональных сообществ, на повышении уровня оказываемых гражданам социальных услуг и совершенствовании социальной политики в целом, необходимость освоения данной области знаний и их внедрение в поле практической деятельности специалистов медико-социальной экспертизы очевидны.

Основными «мишенями» коррекции существующей ситуации, порождающей неудовлетворенность граждан, может быть недостаточная компетентность специалистов, как в области медико-социальной экспертизы, так и в области социально-психологических взаимодействий с гражданами, которые обращаются в учреждения МСЭ за установлением инвалидности.

Важным для понимания моментом в определении причины недовольства граждан, является именно тот факт, что разделение этих двух составляющих профессиональной компетентности (и знаний по МСЭ, и психосоциальных знаний) практически невозможно! Объясняется это тем, что в экспертной процедуре ее участники - «специалист» и «освидетельствуемый» взаимодействуют целостно, применяя всю совокупность знаний, умений и навыков, привнося в контакт свои индивидуально-психологические особенности. Необходимо отметить, что обучение всех специалистов на циклах повышения квалификации (что означает повышение уровня профессиональной подготовки помедико-социальной экспертизе) осуществляется непрерывно. И здесь ситуация, что называется «под контролем».

В отношении обучения специалистов основам деонтологической этики в приломлении к узкоспециализированной и достаточно молодой специальности «медико-социальная экспертиза», ситуация не однозначная и пока ограничивается лишь единичными случаями затрагивания данных вопросов в статьях и на отраслевых научно-практических конференциях (Шабалина Н.Б. 2010, Науменко Л.Л., 2011; Морозова Е.В., 2011, 2012, 2013).

Методологические основы деонтологии в профессиональной деятельности, именно такого специалиста как врач (специалист по медико-социальной экспертизе), на данном этапе не достаточно разработаны. Из литературных источников известен ряд работ в области деонтологического знания и принципов врачебной этики, касающихся медицинских специальностей по другим отраслям.[5,7,10,25,26,28,29,33,35]

В приложении к экспертной практике известные разработки, в основном, посвящены профессиональной деятельности судмедэкспертов, специфика деятельности которых (а значит и специфика этических аспектов) лишь отчасти, может быть экстраполирована на медико-социальную экспертизу.

В области медико-социальной экспертизы предприняты попытки анализа данной проблемы (Шабалина Н.Б., Герсамия А.Г.; Морозова Е.В.; Волобоева Т.В.) в ракурсе изучения психосоциальной природы возникновения конфликтов в медико-социальной экспертизе и способов преодоления конфликтных ситуаций в экспертной практике. [14, 15, 27, 37]

Изложенное, обусловливает необходимость создания четких векторов, очерчивающих предмет деонтологической проблематики в практике специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, который по нашему мнению ***должен касаться:***

- морально-этических аспектов взаимоотношений специалистов, участвующих в оказании государственной услуги по медико-социальной экспертизе и граждан, обращающихся в государственные учреждения медико-социальной экспертизы;
- морально-этических аспектов взаимоотношений между специалистами учреждений медико-социальной экспертизы и родственниками граждан, обращающихся в службу медико-социальной экспертизы;
- морально-этических аспектов допущения экспертных ошибок, возникающих в ходе проведения процедуры медико-социальной экспертизы, влекущих за собой ущемление прав больных и инвалидов;
- морально-этических аспектов ятрогений (высказываний и действий специалистов, влекущих за собой эмоционально-разрушающие последствия для человека);
- морально-этических аспектов межпрофессиональных взаимодействий в коллективе специалистов учреждений службы медико-социальной экспертизы.

Выше очерченные области изучения согласуются с общедисциплинарными деонтологическими принципами и кодексами, декларируемыми международным медицинским сообществом, и полностью отвечают современным общественно-политическим тенденциям, направленным на преодоление формального, антигуманного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам.

Исходя из очерченного круга вопросов, для повышения качества предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе, в пособии предусмотрено рассмотрение проблем этики и деонтологии, в их прикладном применении к профессиональной деятельности специалистов с учетом психологии личности больного, личностных и профессиональных факторов специалистов, а также специфических психосоциальных факторов организации и ведения процедуры медико-социальной экспертизы с деонтологических позиций.

Ключевые проблемы, существующей неудовлетворительной ситуации, обусловленной недовольством граждан качеством оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе лежат в плоскости:

- ***сниженного уровня психологической компетентности специалистов,*** включая (знания психосоциальных аспектов инвалидности и психологии личности; знания психологических аспектов экспертной процедуры, правил эффективной коммуникации и бесконфликтного общения, умения эффективного изложения информации и вопросовформирования имиджа специалиста учреждения медико-социальной экспертизы).

-***индивидуально-психологических (личностных) аспектов специалистов*** (включая обладание профессионально значимыми для эффективной деятельности операциональными и личностными характеристиками; высокие интеллектуально-когнитивные способности, осознанность мотивации профессиональной деятельности информированность профессиональной идентичности врача-эксперта /специалиста учреждения медико-социальной экспертизы/, стрессойстойчивость, владение навыками психоэмоциональной саморегуляции, профилактики и коррекции стресса и эмоционального выгорания).

- ***организационно-управленческих аспектов***, включая (знание психологических особенностей организации процедуры, навык подбора специалистов и формирования «экспертной команды»; создание эффективной культуры организации окружающего пространства, влияющегона психоэмоциональное состояние человека, обеспечение мониторинга эффективности деятельности специалистов с учетом соблюдения этико-деонтологических принципов процедуры медико-социальной экспертизы).

Очевидно, что для организации доступной и качественной экспертной среды, необходимы определенные материальные ресурсы и теоретические знания для того чтобы правильно, с деонтологических и психологических позиций организовать процесс (особенно в случае наличия наглядных и вполне достойных примеров уже имеющихся в некоторых регионах). Однако освоить психологическую компетентность и проработать индивидуально-психологические аспекты, в смысле наработки «навыков и умений» в теоретическом формате, невозможно! Данный факт принципиально важен, с точки зрения прогнозирования эффективности от прочтения специалистами настоящего пособия и внедрения полученных из него знаний в экспертную практику. Подобное представление, подразумевающее свершившийся «акт учения» в результате ознакомления с новой, пусть даже интересной информацией, ошибочно, так как не гарантирует применения человеком этих знаний на практике. Жизненный опыт многих людей свидетельствует о том, что услышанные (либо прочитанные) рекомендации «о том как надо…», не всегда приводят к их использованию в реальной жизни. Руководителям учреждений медико-социальной экспертизы необходимо осознать, что освоение и наработка навыков эффективной коммуникации бесконфликтного общения и методов психоэмоциональной регуляции, а также проработка личностных (мотивационных) проблем профессионального становления и самореализации, возможна лишь при организации систематизированной тренинговой

работы (т.е. практически ориентированной на обучение специалистов и их «тренировку»), дающей большую вероятность прикладноговоплощения сформированных умений в последующей профессиональной жизни специалиста.

Таким образом, основной целью данного методического пособия является: ознакомление со спецификой деонтологической проблематики, уже работающих в медико-социальной экспертизе специалистов (врачей экспертов, психологов, специалистов по социальной работе и среднего медицинского персонала), формирование у них высокоморального сознания и профессионального поведения, обеспечивающего качественное оказание государственной услуги по медико-социальной экспертизе, приобщение их к нравственным традициям отечественной медицины и психологического знания в ракурсе целостного рассмотрения нужд и потребностей каждого конкретного человека, в его взаимосвязи с социумом.

Обозначив основные ключевые направления в изучении вопросов этики, деонтологии и тактики бесконфликтного общения и поведения в профессиональной деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, в дальнейших главах и параграфах подробнее остановимся на каждом из них.

1.2. Теоретико-методологическиеосновы конфликтологии

Теоретические истоки зарождения науки конфликтологии основаны на неизбежности возникновения множественных противоречий в обществе, которая очевидна.

В различных областях, сферах социальных взаимодействий и социальных группах встречаются люди с противоположными потребностями, интересами, позициями, взглядами, основаниями, что рано или поздно порождает противоречивые ситуации, характеризуемые как конфликтные.

Попадая в подобные ситуации, участники конфликтующих сторон каким-то образом находят из них выход. При этом, психология феномена конфликта, анализ его причин, механизмов формирования, развития и разрешения по-прежнему привлекает научно-практический интерес специалистов различных областей социальных взаимодействий.

Исторически предметом научного изучения стали конфликтные ситуации между государственной властью и обществом, определенными социальными группами, либо отдельными личностями и властью. Также событийная канва эпохи и специфика времени потребовали от научной общественности сфокусировать свое внимание на изучении социально-экономических, политических, межнациональных, межгрупповых и межличностных конфликтов, изучавшихся в рамках философских, экономических, политологических, психологическихи социальных наук[1].

Системный подход и междисциплинарная потребность в урегулировании различных типов конфликтов и разработке тактики бесконфликтного поведения личности и определенных социальных общностей, во второй половине двадцатого века, оформились в отдельное научное направление – ***конфликтологию***[11]**.**

Различные научные школы и направления трактуют определение ***понятия «конфликт»*** по-разному.

Научные подходы зарубежной социологической школы в лице ученых Аксельдорфа, Дерендорфа предлагают рассматривать конфликт как феномен, включающий особую составляющую в виде разногласий.

Конфликтолог Томас считает возможным квалифицировать ситуацию как конфликтную, когда налицо имеются некие противоречия интересов, при этом устранимые.

Бихевиоральная психологическая школа обосновывает понятие «конфликт» как отражение осознанного противоборства личностей в собственных интересах. Также, традиционно в психологическом смысле под конфликтом принято подразумевать ущербность и деформацию чувств, установок личности и проблемы, возникающие в системе личностных отношений человека в целом.

Заметим, что исторически идеи взглядов в отношении конфликтологии видоизменялись. Так, например, в экономической научной трактовке конфликта заложена идея неэффективного управления и организации труда. Что вплоть до середины 60-х годов прошлого столетия являлось объектом теоретического изучения и практической деятельности специалистов конфликтологов, нацеленных на создание бесконфликтных моделей отношений и труда, в рамках которых люди могли бы жить и работать в ауре полного душевного благополучия и согласия. Далее подобные утопические идеи скорректировались самой жизнью, которая привела тщетные усилия ученых и практиков в данной области к мысли о невозможности всеобщего примирения и единства ввиду «несовершенства мира» и его реального восприятия с наличием разных людей, имеющих разные (исключительно субъективные) потребности, взгляды и позиции по одному и тому же вопросу.

В дальнейшем, исследования данной области учеными и практиками сошлись во мнении о том, что конфликт - явление способное генерировать и функционально обеспечивать не только негатив, но и позитивные смыслы, являясь, как кризис, с одной стороны, отражением неких противоречий сторон (и соответственно всех возникающих и сопутствующих негативу проявлений). При этом с другой стороны, побуждающий к

разрешению конфликтов, что в случае успешного и удовлетворяющего стороны исхода, несет позитивный смысл для личности, либо социальной общности, которая достигает новых для себя горизонтов, находит более эффективные решения, новые прогрессивные идеи, возникновение которых в благоприятной и спокойной обстановке «полного согласия» было бы невозможно из-за отсутствия побудительного «драйва». Таким образом, развитие взглядов в изучении проблемы конфликтов в дальнейшем сфокусировало интерес ученых на нахождении причин и поиск наиболее эффективных форм разрешений конфликтных ситуаций, что, несомненно, привнесло пользу практике урегулирования конфликтных ситуаций в области различных социальных взаимодействий как индивидуального, так и профессионального характера.

Конфликтология, как теоретико-прикладная дисциплина, позволяет не только обратить внимание на изучении ее теоретических основ (причин возникновения конфликтов, их основных типов и динамических особенностей их развития), применительно к различным формам социальных отношений (в семье, коллективе, между различными социальными общностями и др.). Но ипреследует сугубо прагматическую цель – **нахождение способов управления конфликтом**. Таким образом, основная цель конфликтологов заключается в возможности, на основе изучения феномена конфликтологии, разработать действенные механизмы и технологии влияния и управления разными областями социальных отношений с присущими им конфликтными процессами, что для сферы медико-социальной экспертизы является чрезвычайно важным.

Далее рассмотрим ключевые теоретические положения, термины и основы конфликтологии, необходимые для изучения специфичных для медико-социальной экспертизы конфликтных ситуаций и разработки стратегий их преодоления.

Итак, исследователи Гостев А.А., Соснин В.А., Степанов Е.И. считают, что в основе конфликта всегда лежит ***некое противоречие***.[3]

Для анализа и работы с конфликтами необходимо различать ***конфликтную ситуацию*** как противоречивость позиции сторон по одному и тому же вопросу, и ***собственно конфликт*** как осознанное противоречие между взаимодействующими субъектами (личностями, социальными группами и общностями либо государством и др.), при наличии попыток урегулирования имеющихся противоречий, сопровождающееся определенным эмоциональным контекстом.

Противоречия могут быть значимыми, масштабными, либо незначительными и даже ничтожными. Однако, перерастают они в конфликт лишь когда сталкиваются конкретные интересы личности или, например, личности и какой-либо социальной группыили государства.

Пока интересы личности не затронуты, противоречия могут трактоваться как различные мнения по одному и тому же вопросу. Таким образом, ***конфликт категория не только социальная, но и личностная.*** В отсутствии субъекта (личности) не может быть конфликта, что накладывает на взаимодействующие в конфликте стороны необходимость субъективного осознания своих чувств, потребностей, смыслов и интересов, т.е. осознания своего «Я», так и «Я» противоположного субъекта, т.е. интересов противоположной стороны. Отсутствие данного осознания формирует безысходный характер конфликта. Именно личностное содержание и личностно-значимый смысл конфликта обеспечивает ему энергетическую подпитку, т.е. психологическое напряжение.

Субъектами конфликта могут являться не только «физические лица», но и различные коллективы, гендерные, политические, национально-этнические социальные группы, либо учреждения игосударственные организации.

Собственно ***объект конфликта*** – это конкретное противоречие, либо интерес, например, за какой-то ресурс (материальный, духовный или социальный), лежащий в

---

[3]Журавлев А.Л., Соснин В.А., Красников М.А. Социальная психология: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИГФОА – М, 2006. – 416 с.

основе разногласий и притязаний обеих противоборствующих и претендующих на него сторон. Наряду с реальной объективно существующей причиной, предметом конфликта может быть ложный (скрытый) объект, зачастую маскирующий истинную причину конфликта, и формирующий повод ***(инцидент)***, в дальнейшем провоцирующий сам конфликт. Современные конфликтологии предлагают следующую формулу возникновения конфликта:[4]

КОНФЛИКТ = КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ + ИНЦИДЕНТ

Этапно конфликт возникает и начинается с конфликтной ситуации, характеризуемой как первоначальная, предконфликтная стадия. В данной формуле наглядно обозначено, что конфликтная ситуация и непосредственно инцидент независимы друг от друга. Конфликт возникает лишь в том случае, если к ситуации, квалифицированной как конфликтная, присоединяется инцидент.

Применительно к конфликтной проблематике в медико-социальной экспертизе, обусловленной противоречием, которое собственно экспертиза призвана решить, необходимо подчеркнуть, что сама экспертиза изначально является **ситуативно конфликтной**. Однако, это не означает, что каждая конфликтная экспертная ситуация реализуется в конфликт. Лишь тогда, когда к конфликтной ситуации присоединится инцидент, экспертный конфликт реализуется.

Например, при вынесении решения экспертной комиссии, не соответствующего ожиданию гражданина, может сформироваться инцидент, вызванный одной из сторон, либо обеими сторонами. При этом крайне важно отметить, что каждая ситуация имеет объективное содержание (определяется происходящими в действительности событиями) и субъективное значение (зависящее от того, какую интерпретацию событиям придает каждая сторона), в соответствии с которыми субъекты начинают действовать в конфликте определенным образом.

Рисунок 2

Структурно конфликт может быть представлен тремя этапами:

Маркером и внешним проявлением существования конфликтной ситуации является ***состояние психоэмоциональной напряженности*** во взаимоотношениях субъектов конфликтующих сторон.

Общая схема динамики конфликта складывается из следующих периодов:

1) ***предконфликтная ситуация*** (латентный период);

2) ***собственно конфликт:***

- инцидент (старт конфликта),
- эскалация (развитие) конфликта,
- завершение конфликта;

---

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

3***) постконфликтный период.***

В прикладном смысле чрезвычайно важно оценивать риски и возможности предконфликтной ситуации, которая, по сути, не являясь в полной мере конфликтом, фактически является возможностью его реализации, развития, либо урегулирования.

Современные конфликтологи считают, что предконфликтная ситуация важный этап в управлении конфликтами, так как представляет собой гипотетическую возможность реализации, а не действительный факт конфликта. Предконфликтный период характеризуется накоплением факторов и процессов, которые могут привести к конфликту. Поэтому довольно часто и вполне справедливо его называют латентным, предконфликтным периодом или инкубационным состоянием конфликта.[5]

В предконфликтной ситуации конфликтующие стороны еще не осознают в полной мере последствий уже наметившихся в действительности различий и даже противоречий интересов. Предконфликтная ситуация либо создает реальную возможность и предпосылку для реализации конфликта, либо дает возможности его мирного (или относительно мирного) разрешения и урегулирования. Адекватное и своевременное осознание и оценка предконфликтной ситуации является важнейшим условием наиболее оптимального разрешения предконфликтной ситуации и эффективным способом предотвращения возможного конфликта. Правильное осмысление противоречий на этой стадии позволяет предпринять меры по их урегулированию еще до начала стадии открытого конфликта. Если намечающиеся на предконфликтной стадии противоречия интересов разрешить не удается, рано или поздно предконфликтная ситуация переходит в открытый конфликт, когда наличие противоборства становится очевидным всем, что, например, можно наблюдать в случае затяжного конфликта.

Развитие конфликтной ситуации и ее переход к этапу открытого конфликта начинается с ***инцидента,*** повода, провоцирующего старт к конфликту под влиянием ***конфликтогена,*** т.е. провоцирующего конфликт фактора (вербальных, невербальных действий (либо бездействий), сигналов взаимодействующих субъектов и др.) способствующих реализации конфликта. В случае незрелого, неэффективного поведения, субъект конфликта, получающий в свой адрес конфликтоген, пытается возместить свой психологический проигрыш и избавиться от возникшего раздражения еще более сильным вербально-агрессивным, а иногда и поведенчески реализуемым негативом. Подобная цепочка энергетически подпитывает механизм развития конфликта, что обусловливает высокую ответственность незаинтересованной в продолжении и эскалации конфликта стороны к подобающему осознанному управлению возникшей ситуацией посредством применения техник эффективного бесконфликтного общения и поведения.

Таким образом, навык отслеживания ситуаций, в которых формируются и возникают конфликты, а также владение эффективными техниками бесконфликтного общения в процессе взаимодействия конфликтующих сторон, является первоочередным фактором профилактики и управления развитием конфликта. Применительно к нашему методическому пособию, проблемно-ориентированному на деятельность специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, освоение этих навыков специалистами является первоочередной чрезвычайно важной задачей повышения эффективности их профессиональной деятельности.

---

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

1.3. Культурно-исторические и социально обусловленные факторы формирования конфликтов в медико-социальной экспертизе

По мнению современных отечественных ученых в области социальной психологии, конфликтологии и психологии межличностного общения Журавлева А.Л., Соснина В.А., Красникова М.А. (2006), одним из социально обусловленных факторов возникновения конфликтов в обществе являются *«…недостатки в институциональной системе общественного устройства…»*. [6]Анализируя причины возникновения социальных конфликтов, авторы приходят к выводу о том, что *«…Если люди и группы не удовлетворяют своих потребностей существования в рамках действующих социальных институтов, они будут искать их удовлетворения вне этих рамок. Это и есть глобальная причина всех социальных конфликтов и нестабильности в обществе…»*.[7]

Далее авторы предлагают ряд принципов и подходов к управлению конфликтами, основными из которых являются изучение и анализ степени удовлетворения потребностей различными социальными группами, и коррекция недостатков функционирования социальных институтов.

Исходя из данных теоретико-методологических положений о социально-обусловленных причинах возникновения конфликтов, необходимо констатировать потребность рассмотрения специфических аспектов институционального устройства и функционирования службы медико-социальной экспертизы, а также психологических факторов и условий, формирующих конфликтные ситуации в медико-социальной экспертизе.

Исторически, термин ***«экспертиза»*** имеет латинское происхождение *(«expertus» - опытный, сведущий).*[8] В основе институциональной системы медико-социальной экспертизы (как и в любой другой экспертизе, например, судебно-медицинской, психиатрической и др.), ***изначально заложено противоречие*** несогласных друг с другом (либо сомневающихся) сторон, что и обусловливает ***конфликт.*** Разрешение существующего противоречия требует объективного, высокопрофессионального в данной области знаний (экспертного) мнения посредством вынесения компетентного решения, в котором (в той или иной степени) принципиально настроенные на объективную оценку и справедливое разрешение спорного случая, стороны заинтересованы. Данные положения обусловливают смысл и потребность в возникновении экспертизы как таковой.

Со времен зарождения ***проблемы, связанной с нетрудоспособностью человека*** и общественным признанием данного факта, закрепляемого категорией «инвалид» с соответствующим государственным финансово-материальным обеспечением, в обществе возникла потребность объективного решения противоречивых, спорных, а значитконфликтных ситуаций, возникающих в связи с установлением данного социального статуса.

Культурно-исторический и социально-экономический контекст возникновения противоречий, споров и конфликтов в отношении объективной оценки инвалидности, с одной стороны, был вызван необходимостью общественного соблюдения духовных, морально-этических, обязательств по отношению к утратившему здоровье индивиду, с другой стороны, необходимостью, также в общественных интересах, избежания реализации удовлетворения рентно-иждивенческих стратегий жизнеобеспечения за государственный счет. Потребность нахождения механизмов поддержания баланса социальной

---

[6]Журавлев А.Л., Соснин В.А., Красников М.А. Социальная психология: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИГФОА – М, 2006. – 416 с.

[7]Журавлев А.Л., Соснин В.А., Красников М.А. Социальная психология: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИГФОА – М, 2006. – 416 с.

[8] Интернет ресурсы: Большая медицинская энциклопедия :http://bigmeden.ru/

ответственности по отношению к нуждающимся лицам, и профилактика реализации возможных социально-иждивенческих моделей жизнеобеспечения, обусловили необходимость создания компетентного ***государственного института экспертизы инвалидности***, решающего подобные задачи.

Впервые об оценке инвалидности заговорил великий русский хирург Н.И. Пирогов, в 1858 году, обозначив необходимость соотнесения ран и увечий в соответствии с трехразрядной группировкой применительно к «военной инвалидности».

В 1908 году в Екатеринославле, по инициативе медицинской общественности с привлечением частного финансирования, было организовано врачебно-консультационное бюро, послужившее первичной моделью типовых экспертных учреждений, в последствие созданных во многих городах: Москве, Харькове, Баку, Одессе и других крупных торгово-промышленных центрах России на базе городских лечебных учреждений.[9]Основной задачей созданных учреждений являлась оценка трудоспособности граждан, подвергшихся заболеванию либо травме, на основе лишь медицинских факторов, что на долгие годы сформировало концепцию «трудовой экспертизы» в ракурсе «медицинской модели», преобразованную в «медико-социальную модель» лишь в середине 90-х годов XX века. Вопросы финансирования созданных бюро решались за счет частного капитала, при этом рабочим выплачивалась пенсия из фондов, сформированных взносами самих же трудящихся.

Как ***институциональная государственная структура*** экспертиза инвалидности зародилась в нашей стране после Октябрьской революции, когда основные положения страховой программы и врачебно-трудовой экспертизы были закреплены законодательно в декрете «О страховании на случай болезни», тем самым обеспечив право на социальное обеспечение для всех граждан.

Совершенствование и преобразование службы экспертизы инвалидности всегда обусловливалось требованиями времени, объективной ситуацией социального развития общества и его потребностями по отношению к вопросам социального обеспечения инвалидов.

Уже в 30-е годы XX в. возникла очевидная необходимость совершенствования экспертных подходов с учетом возникновения множественных противоречий, порождающих социальное недовольство между представителями профсоюзов, врачами, больными и инвалидами, что отразилось в ряде постановлений ЦК ВКП(б), Наркомздрава и Наркомтруда, отметивших серьезные методологические несовершенствав организации деятельности экспертных комиссий и недооценке экспертами влияния внешней среды и социальных факторов на функционирование человека.

В 1937 году, в связи с остро назревшей необходимостью разработки четких научно-методических основ экспертизы инвалидности, во избежании оценочного субъективизма врачей и необоснованных притязаний представителей соцобеспечения, профсоюзов, а иногда и граждан, порождающих конфликты, в результате организационных преобразований и объединения нескольких научных коллективов, был создан крупнейший Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН), традиции которого бережно соблюдаются по сей день.

Далее исторические события, связанные с последствиями Великой отечественной войны, непосредственно в военные и послевоенные годы, обусловили возросшую потребность развития сети учреждений ВТЭК в два раза при увеличении числа освидетельствований пострадавших людей в военных действиях в несколько раз.

Середина 90-х годов XX века ознаменовалась рождением «новой концепции» инвалидности с кардинальным изменением классификаций и критериев в ее оценке. В 1995

---

[9]Осадчих А.И. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации, 1 том/мед.лит., 1999-198 с.

г. с принятием Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» были определены основные положения социальной защиты инвалидов, введено новое понятие инвалидности и регламентировано создание принципиально новой службы, осуществляющей экспертизу инвалидности - Государственной службы медико-социальной экспертизы, входящей в систему органов социальной защиты населения. В отличие от предыдущей медицинской модели, центрированной на оценке ограничений человека к труду, что собственно и определяло концепцию «трудовой экспертизы», новые экспертные подходы расширились и экспертиза стала медико-социальной с учетом оценки ограничений, возникающих вследствие заболеваний, травм и дефектов, в основных сферах жизнедеятельности человека при обучении, самообслуживании, ориентации, общении, контроле за своим поведением, передвижении и труде.

В 2009 году Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 23 апреля № 210н была утверждена новая практическая специальность «медико-социальная экспертиза», а в данный момент законодательством регламентировано участие в экспертной комиссии не менее одного врача (специалиста по медико-социальной экспертизе).

Необходимо отметить, что за историю своего развития и существования службы экспертизы инвалидности, неоднократно менялись формы ее организационного воплощения и стратегии ее ведомственного подчинения между отраслевыми министерствами здравоохранения и социальной защиты населения.

В настоящий момент медико-социальная экспертиза находится в ведомственном подчинении Минтруда России, а нормативно-правовой основой процедуры оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе на данном этапе являются следующие документы:

1. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», регламентирующий понятие медико-социальная экспертиза как «определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма».

2.Правила признания лица инвалидом, утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации «О порядке и условиях признания лица инвалидом» от 20 февраля 2006 г. N 95 (в ред. Постановления Правительства РФ от 30.12.2009 г. N 1121).

3.Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные приказом Минздравсоцразвития от 23 декабря 2009 г. N 1013н.

4. Перечень заболеваний, дефектов, необратимых морфологических изменений, нарушений функций органов и систем организма, при которых группа инвалидности устанавливается без указания срока переосвидетельствования (в том числе и категория «ребенок-инвалид» до достижения гражданином возраста 18 лет) введен Постановлением Правительства РФ от 07.04.2008 г. N 247 в виде Приложения к Правилам признания лица инвалидом (в ред. 30.12.2009 г. N 1121).

5. «Административный регламент по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы», утвержденный приказом Минздравсоцразвития от 11 апреля 2011 г. N 295н.

6. Приказ Минтруда России от 11.10.2012 г. N 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 21.12.2012 г. N 26297)

Современный этап развития медико-социальной экспертизы можно охарактеризовать как «новейший период», наиболее передовые тенденции которого, заключаются в необходимости оптимизации и совершенствования критериев оценки инвалидности и организации экспертной службы в соответствии с основными международными требованиями к социальному обеспечению граждан и новыми

социальными инициативами: реализацией программы «Доступная среда»[10], адаптацией экспертных подходов к Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)[11], ратифицированной нашей страной Конвенцией о правах инвалидов.[12]

Все вышеназванные социальные инициативы акцентируют и обращают особое внимание социальной общественности и профессиональных сообществ медицинской и социальной сферына реализацию принципов доступности, наибольшей прозрачности и гуманистического личностно-ориентированного отношения к человеку, нуждающемуся в мерах социальной помощи и поддержки на государственном уровне. Реализация данных стратегических инициатив в русле личностно-ориентированного подхода напрямую зависит от уровня этической и деонтологической образованности специалистов, оказывающих гражданам государственную услугу по медико-социальной экспертизе.

Таким образом, для возникновения конфликтной основы в любой экспертизе (в том числе медико-социальной) существует ряд объективных причин. При любом государственной устройстве, в решении вопросов оценки инвалидности, возникает конфликт государственных и индивидуально-личностиных интересов.

Формируется конфликт из-за субъективных представлений больного в отношении своих возможностей, ограничений и ожидаемой степени компенсации от государства, на которую он претендует. Со стороны государства конфликт обусловлен рамками социально-экономических, социально-демографических и социально-политических условий и ресурсов, которые имеются и оно готово предоставить их в качестве компенсации, и субъективными притязаниями больного не редко противоречащих возможностям государства.

Данные противоречия и взаимоисключающие интересы заинтересованных сторон, трудно поддаются влиянию и изменениям (либо неизменны вовсе), при этом, порождают конфликтный контекст в любой области экспертизы (в том числе и медико-социальной).

Однако, также в формировании конфликтного контекста в экспертизе задействован ряд социально-психологических факторов и условий, провоцирующих конфликты на которые можно влиять, редуцируя и сглаживая возникающие проблемные ситуации.

В медико-социальной экспертизе такими психосоциальными факторами являются психосоциальные особенности экспертной процедуры, психологические аспекты инвалидности и специфика личностного реагирования сторон, взаимодействующих между собой в процессе медико-социальной экспертизы, подробному рассмотрению которых посвящается следующая глава.

---

[10] Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 года № 175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы.

[11]Международная классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ): 54 сессия Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения 22 мая 2001 г.// Библиотечная служба ВОЗ. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003 – 228 с.

[12] Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: резолюция 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года URL.http://www/un.org./Russian/disabilities/convention/ disabilitiesconv.pdf.

ГЛАВА П. ПСИХОЛОГИЯ ЭКСПЕРТНОГО ПРОЦЕССА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА

2.1. Психосоциальная феноменология возникновения конфликтов, связанных со статусом «инвалид»

Понятие ***компетентность,*** характеризует знания и опыт в определенной области науки, деятельности и жизни. По мнению исследователя Бермуса А.Г. *«Компетентность представляет собой системное единство, интегрирующее личностные, предметные и инструментальные особенности и компоненты»*.[13]

Необходимо отметить, что данный интегративный личностно-когнитивный механизм не является единожды образованной константой и, также как интеллект, развивается на протяжении жизни. По мнению отечественного ученого Чошанова М.А. *«Компетентность – это не просто обладание знаниями, а постоянное стремление к их обновлению и использованию в конкретных условиях»*.

Применительно к нашей задаче - обучению специалистов способам профилактики конфликтов, возникающих в процессе медико-социальной экспертизы, данный факт имеет принципиальное значение в смысле формирования, повышения, развития уровня компетентности в отношении психологических факторов, формирующих психосоциальную почву экспертных конфликтов.

Начать повышение психологической компетентности всех специалистов учреждений медико-социальной экспертизы необходимо с изучения психосоциальных аспектов ***инвалидности,*** так как именноэти знания обусловливают специфический психоэмоциональный контекст экспертной процедуры и ее субъективного восприятия всеми участниками данного социального процесса.

Наиболее проблемная зона, составляющая типичное поле экспертных конфликтов, в контексте психологии инвалидности, связана с процессом реабилитации а, следовательно, изменением статусной динамики (установлением, изменением тяжести, либо утратой статуса «инвалид»), раскрыть которую необходимо в русле психологических аспектов.

Итак, понятие реабилитация в буквальном смысле касается изменения социального статуса человека и, в случае ее частичной реализации, чаще всего означает снижение группы инвалидности, либо в случае полной реабилтации, ее утрату. В целом данная ситуация представляет собой наиболее сложную социально-психологическую проблему, формирующую специфические феноменологические изменения самосознания, отношений и ряд парадоксов, разворачивающихся в социокультурных рамках «социум - болезнь - человек» [16,17,18,19,20,21,22,23,29].

Рассмотрение основного парадокса, связанного с реабилитацией, необходимо начать с анализа современной ситуации развития и значительного роста научно-технического прогресса, в том числе в области медицинских технологий, достижения в которых бесспорны. Сегодняшний уровень развития реабилитационных технологий позволяет оказывать эффективную помощь при многих неизлечимых ранее заболеваниях, восстанавливая функциональные возможности организма, улучшая качество жизни человека. Однако парадокс состоит в том, что победы, одержанные медициной в области реабилитации человека, запускают социально-психологические механизмы формирования дезадаптивных приспособительных стратегий личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, травмы или дефекта, что формирует одну из важных проблем в области психологии инвалидности.

Актуальность проблемы личностного реагирования на ситуацию инвалидизирующего заболевания обусловлена значительным количеством лиц с ограничениями здоровья, формально не имеющих инвалидности (либо утративших ее), но стремящихся к ее установлению или возврату, вопреки существующим нормативам

---

[13]. Кострова Ю. С // Молодой ученый. — 2011. — №12. Т.2. — С. 102-104.

установления данного статуса в Российской Федерации, что непосредственно формирует ***«объект экспертного конфликта»***.

Для решения данной проблемы специалистам медико-социальной экспертизы необходимо понимать основы формирования и «психосоциальные драйвы», развивающие подобные нежелательные ситуации, превращая их в истинный конфликт. Одной из важнейших причин, создания конфликтных ситуаций в процессе экспертного освидетельствования является интрапсихическая (личностная) уязвимость человека, находящегося в условиях инвалидизирующего заболевания, травмы или дефекта. Личностное реагирование на ситуацию заболевания, закладывает сценарий реабилитации.

Исторически, реабилитация всегда была связана со статусом человека, а значит и с определенной системой отношений (позитивных, конфликтных, разрушительных и др.), складывающихся благодаря (и под влиянием) имеющегося статуса.

Смена статуса всегда психологически отражается на эмоциональном состоянии человека. Проследить это возможно на примере обычных житейских ситуаций, знакомых всем. Например: в ситуации замужества, развода, рождения детей, смерти супругов, потери работы, выхода на пенсию формируются определенные чувства, отражающие отношение человека к происходящим событиям, и к себе, как к непосредственному их участнику (был холост, стал женат; была женой, стала вдовой, разведенной; был бездетным, стал отцом; был сыном, стал сиротой; был подчиненным стал, руководителем, либо безработным, пенсионером и др.).

Таким образом, изменение статуса, ***всегда означает психологическое испытание для личности и по-прежнему остается одной из актуальных проблем в контексте инвалидности,*** в ситуации ее установления, либо утраты и соответствующей статусной динамики, ***нередко провоцирующей конфликт.***

Для понимания ***формирования конфликтной основы*** связанной с различными изменениями социального статуса рассмотрим механизмы их возникновения с позиций социальной психологии.

В социальной психологии под статусом личности понимается занимаемое ею место в структуре какой-либо группы. В любой социальной группе каждый человек занимает свой статус с определенным числом прав и обязанностей, регулирующих взаимоотношения его носителя с другими членами группы. В процессе жизни каждый человек включен в несколько социальных групп, где имеет свой статус, детерминирующий выполнение определенной деятельности.

Осуществление деятельности, связанной с занимаемым статусом происходит через его динамическую реализацию, которую называют ***ролью.*** Принимая роль, личность возлагает на себя определенные права и обязанности. Например, в такой малой социальной группе как семья, традиционная материнская и отцовская роль, подразумевают определенные ролевые ожидания друг от друга: отец «глава семьи, добытчик» должен обеспечивать пропитание, принимать ответственные решения. От матери «хранительницы очага», как правило, ожидается обеспечение уюта, чистоты и эмоциональной атмосферы в доме. Или, например, в коллективе, руководитель имеет право давать поручения, проверять качество работы и дисциплины. Подчиненные обязаны выполнять поручения и ожидают от руководителя соответствующего материального и морального вознаграждения и так далее...

Неоправданные ожидания, в соответствии с имеющимся распределением ролей, как правило, приводят к кризису (если говорить о семье, то это семейный кризис, в коллективе данный кризис квалифицируется как организационный, на уровне государства политический или «кризис власти» и др.). Однако суть возникновения кризиса обусловлена общей причиной, которая в социальной психологии трактуется в рамках ***конфликта ролевых ожиданий.*** А так как социально-психологические законы, как правило, одинаково работают на всех уровнях (макросоциальном, микросоциальном и личностном) конфликт

ролевых ожиданий также разыгрывается и на «подмостках медико-социальной экспертизы».

Из теории социальной психологии мы знаем, что исполнение ролей осуществляется самой личностью в виде индивидуальной ответственности и внешнего социального контроля, в то время как ***неисполнение роли всегда влечет за собой ролевой конфликт*** в рамках «человек-человек» или «человек – социум»**.**

В ситуации инвалидизирующего заболевания проблема смены (динамики) статуса с «инвалида» на «реабилитированного» приобретает ***парадоксальное значение.***

При ряде заболеваний, медицинская реабилитация позволяет улучшить, либо восстановить физиологическое функционирование человека, что по нормативным критериям означает его частичную или полную реабилитацию, а, следовательно, и изменение социального статуса. По современным экспертным подходам человек, вследствие заболеваний или травм, с незначительными нарушениями функций, способен к возврату и интеграции в социум (при условии, что нарушения не ограничивают его в жизнедеятельности). Однако, некоторые лица, имеющие незначительные нарушения и, вследствие этого непризнанные инвалидами, твердо убеждены в своей социальной недостаточности. При этом, как ***единственную возможность адаптации***, они расценивают получение статуса «инвалид», категорически не желая включаться в реабилитационный процесс.

Более значительную проблему представляют лица, у которых группа инвалидности, в результате успешно проведенной медицинской реабилитации, меняется со 2 на 3, либо утрачивается вовсе, лишая человека стабильного статуса подкрепленного соответствующей социально-экономической поддержкой.

Подобная социально-экономическая и психологическая «девальвация» положения человека, является серьезной психосоциальной проблемой в связи с неспособностью человека устроить свою жизнь без привычной структуры социально-экономических льгот, о чем свидетельствуют многочисленные несогласия с экспертными решениями лиц не признанных инвалидами, а также тех, у кого данный статус был снят, т.е. реабилитированных!

Возникает ***сложнейший парадокс***, реабилитированного с медицинской точки зрения больного, так как именно медицинская реабилитация, дезадаптирует его с психологической точки зрения, что в свою очередь, требует психологической реабилитации.

Последствия дезадаптивного состояния человека, утратившего стабильность в виде статуса «инвалид», наглядно проявляются в многочисленных случаях недовольства, жалоб в различные инстанции, агрессивных разбирательств в учреждениях медико-социальной экспертизы, наблюдаемых на местах.

Таким образом, необходимо признать, что медицинская реабилитация, улучшающая физиологическое состояние больного, нередко является «триггером» его социальной дезадаптации, вследствие утраты стабильного социально-экономического положения. При этом, процессы медицинской и психологической реабилитации (с теоретико-методологических позиций представляемые как единый взаимодополняющий комплекс мер) на практике становятся как-бы разнонаправлеными, разрушающими психологическое единство человека теряющего стабильные устоявшиеся ориентиры. В то время как эффективность данных реабилитационных воздействий возможна лишь в случае их комплексного осуществления, начиная с лечебного учреждения, с продолжением в течение всего реабилитационно-восстановительного периода (а в некоторых, наиболее тяжелых случаях и пожизненного психосоциального сопровождения).

Например, в случае онкологического заболевания, по мнению отечественных и зарубежных ученых, приравненного к глубочайшей психотравме, и последующей реабилитации (утрате группы), нередко больные нуждаются в пролонгированном психологическом сопровождении. Получить данное сопровождение они не могут, в виду

отсутствия ИПР или невозможности учреждений социальной защиты предоставить соответствующий вид услуг «не инвалиду», из-за недостаточного количества специалистов, как правило, загруженных реабилитацией лиц с установленной группой инвалидности (и, соответственно, наличием ИПР, гарантирующей возможность получения данного вида услуг), что также (учитывая выраженную потребность у этих больных в психосоциальном сопровождении) является ***парадоксальным.***

Практический опыт ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России и Главных Бюро субъектов РФ свидетельствует о том, что проблема неоправданных ожиданий (а значит и конфликтных ситуаций) у больных в отношении установления инвалидности существует, а количество лиц трудоспособного возраста придает данной проблеме негативное экономическое значение в масштабах всего государства (особенно это касается людей молодого возраста и детей в период пересмотра статуса ребенок-инвалид по достижению 18 лет). Также данная проблема порождает негативный общественно-социальный резонанс в адрес государственных стратегических социальных инициатив в целом, роняя «тень» на службу медико-социальной экспертизы в частности. Избежать подобных нежелательных общественных тенденций возможно лишь при условии изменения истинного отношения специалистов, оказывающих государственную услугу по медико-социальной экспертизе, а также специалистов органов социальной защиты к психологии человека, оказавшегося в трудной жизненной ситуации инвалидизирующего заболевания.

Все специалисты должны учитывать психологию личности больного и уделять данному вопросу не формальное внимание, а прогнозировать возможные ситуации (при оценке реабилитационного потенциала и прогноза) исходя из индивидуального подхода при взаимодействии в процессе экспертного освидетельствования. К сожалению, иногда врачи (специалисты по медико-социальной экспертизе) не учитывают индивидуальных аспектов, подходят к процессу оценки формально с позиций «догматического врачебного мышления», в то время как перед врачом экспертом всегда стоит конкретный человек, со своей индивидуальной историей и судьбой.

С точки зрения оценки реабилитационного прогноза и возможности включения человека в реабилитационный процесс оценка личностной (мотивационной) направленности приобретает особое значение, так как <u>исторически реабилитация всегда апеллирует к личности</u>, которой с этим заболеванием теперь жить и жить… Но! Болезнь изменяет человека, причем в большей степени страдает именно личность.

Исходя из принципов отечественной психологии, функционирование личности можно оценивать через ее мотивационную сферу и установки, либо побуждающие человека к деятельности (т.е. к реабилитации, интеграции, социализации), либо являющиеся преградными к ее реализации.

Субъективное отношение человека к себе как к инвалиду, в виде мотивационно-смысловых установок больных, является одной из наиболее значимых личностных категорий <u>для оценки</u> в медико-социальной экспертизе с точки зрения адекватности их соответствия с мнением экспертов бюро [15,16,17,18,19,20,21,22,29].

Простой вопрос к больному, заданный в процессе экспертного освидетельствования, о цели его нахождения в учреждении МСЭ позволяет специалистам ознакомиться с его установкой к инвалидности, отражающей ожидания и степень притязаний в отношении экспертного решения (повышения группы, установления, либо возврата и др.). Специалистам, работающим в экспертизе, известно что, если больной пришел с определенной установкой, например на 3 группу, то <u>все несовпадающие с его мнением решения</u> экспертов вызовут реакцию конфронтации, непринятия и конфликта, степень эскалации которого будет зависеть от множества факторов (индивидуально-психологических особенностей освидетельствуемого, индивидуально-психологических (личностно-эмоциональных) и профессиональных характеристик врача, а также его психосоциальных знаний и навыков (понимания психологических аспектов экспертной процедуры, знаний основ бесконфликтного общения, психологии инвалидности и др.).

В процессе освидетельствования, особенно в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, врачи часто сталкиваются с ригидной (жесткой, некоррегируемой) установкой больных в отношении убежденности в своей инвалидизации.

В основе данной проблемы лежит ряд социальных и индивидуально-психологических феноменов, очевидность которых, учитывая значительное количество экспертных конфликтов, неоспорима и требует рассмотрения и психологического анализа.

Психологически, одно из наиболее важных феноменологических проявлений при смене социального статуса – перестройка, дезинтеграция, либо разрушение важнейшей личностной структуры самосознания – идентичности, которая является фундаментом адаптации абсолютно для всех людей [22].

Разрушение базисного интегративного личностного образования – идентичность, структура которого формируется в самосознании и отражает весь социальный и индивидуально-личностный опыт человека, является наиболее весомой утратой человека, при смене статуса в связи с динамикой инвалидности.

Одна из базовых функций идентичности – адаптационная, через ориентировку, понимание себя и своего места в окружающем мире, а также возможности и способности самореализации в нем. Также, сформированная устойчивая структура социальной и личностной (персональной) идентичности, обусловливает стабильность социального и межличностного взаимодействия, опосредованного имеющимися социальными статусами, что в виде маркеров можно наблюдать в структуре идентичности социально и психологически адаптированных людей. [16, 18, 22].

Идентичность перестраивается при смене любого статуса. **Конфликт в данном случае формируется из-за того, что у больного, находящегося в переходном периоде смены статуса, при установлении, либо утрате инвалидности личностная и социальная идентичность претерпевает значительные структурные изменения, подчас достигающие степени разрушения. В психологических понятиях это означает *кризис идентичности,* когда человек теряет систему координат не зная, кто он теперь такой *«…был инвалид, а теперь кто я…?»* и чувствует себя недееспособным, ущербным, потерянным и несчастным. Утрачивая систему координат и психологическую идентичность, человек реагирует полной растерянностью. Такое эмоциональное отношение не позволяет начать преодоление сложившегося кризиса, т.е. включиться в реабилитационный процесс, мобилизовав имеющиеся ресурсы, вопреки более очевидному, <u>и в данной ситуации, более простому решению - «отождествиться со статусом инвалид»,</u> что психологически детерминирует определенную ролевую деятельность – добиваться, через последующие оспаривания экспертного решения инвалидности и далее** [14,17,18,20,21,22].

Человек, перед которым стоит задача адаптироваться к своему социальному статусу, имеет определенные установки к себе как участнику этой ситуации, регулирующие его социальное поведение. И поведение на экспертной комиссии, и эффективность реабилитационного процесса, в дальнейшем напрямую зависит от содержания имеющейся личностной установки, характеризуемой принятием реальной ситуации (т.е. готовностью, пересмотреть перепрограммировать деятельность, направив ее в конструктивное русло проблемно-решающего поведения по отношению к сложившейся жизненной ситуации), либо неадаптивным поведением, формирующим дезадаптивные стратегии (уход от задач по адаптации, избегающее социально-пассивное, рентно-иждивенческое поведение) [17,19].

С целью оценки реабилитационного потенциала личности и реабилитационного прогноза необходимо учитывать установки по степени адаптивности, т.е. способствующие эффективному включению в реабилитационный процесс, либо имеющие преградный (часто неосознаваемый, личностно-защитный) смысл.

Исследование социально-психологической адаптации личности, находящейся на различных этапах инвалидизирующего заболевания, т.е. первично обращающихся за инвалидностью, в процессе нахождения в этом социальном статусе (но при снижении степени выраженности) и при его утрате, позволило выявить типы установок в зависимости от уровня адаптации [16].

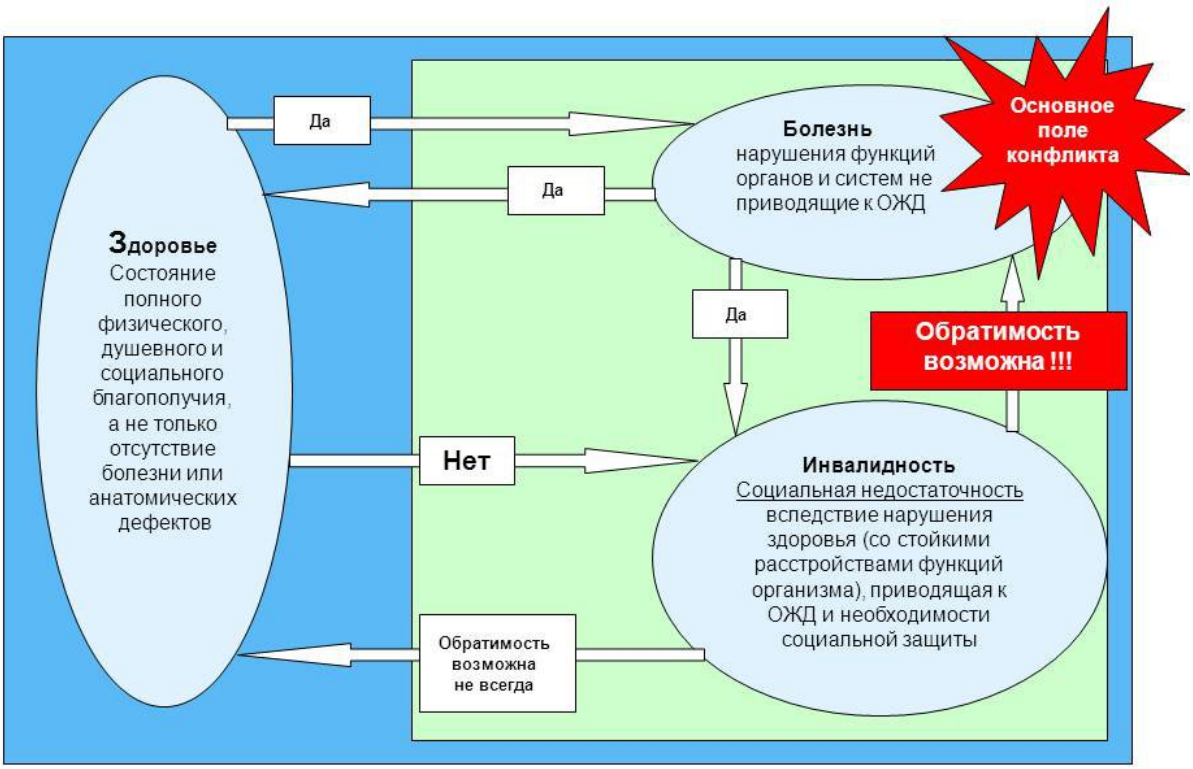
Примерами, которыми можно проиллюстрировать подобные установки, являются следующие хорошо известные врачам экспертам типичные случаи противоречий и конфликтов, характеризующих несогласие с решением экспертной комиссии.

Данные ситуации возникают в результате межролевого конфликта, сценарий которого заключается в неоправданных ожиданиях сторон его участников. А именно, в соответствии со своей укорененной установкой и восприятием себя в роли инвалида, человек ожидает «я инвалид, государство (в лице экспертной комиссии) должно мне дать инвалидность, пенсию, обеспечить льготами…».

Государство, (в лице специалистов по МСЭ), также имеет свои ожидания в отношение лица, получившего реабилитационно-восстановительное лечение, технические средства реабилитации и др. и сообщает ему «Вы реабилитированы, теперь вам льготы не положены…», что особенно в условиях непростой экономической ситуации, (инфляции, слабо развитой средовой доступности и социальной инфраструктуры, нехватки рабочих мест и др.), является благодатной почвой для расцвета социального недовольства и жалоб на службу медико-социальной экспертизы.

Рисунок 3

Динамическое свойство категории инвалидность[17,20, 38]



Решения экспертов, в подобных случаях, воспринимаются людьми как ошибочные, недостаточно компетентные, и даже, как оскорбительно небрежные, на фоне глубокого непонимания ситуации. Больной, услышав, что он не инвалид, теряется *«…как же так…болезнь осталась, а инвалидность сняли?»*, искренне не понимая почему. Отношение, к себе как к инвалиду и к ситуации инвалидности в целом, формируется исходя из

определенного личностного опыта больных, приобретаемого в процессе адаптации к заболеванию.

Личностные установки, возникающие в результате когнитивно-эмоциональной переработки пережитых событий и исходного уровня личностной зрелости человека, регулируют социальную деятельность и дальнейшее социальное поведение, в том числе и оспаривание экспертных решений [17,18,20].

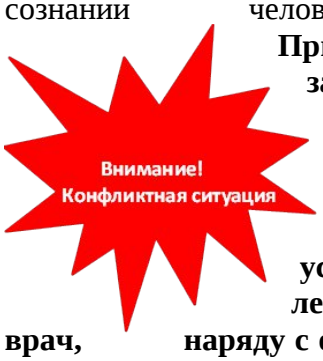
Как говорилось выше, адекватность поведения в ситуации экспертизы и эффективность реабилитации напрямую зависят от содержания имеющейся установки, характеризуемой либо усилиями принять реальную ситуацию (пересмотреть, перепрограммировать деятельность, направив ее в конструктивное русло проблемно-решающего поведения для налаживания жизни, поиска работы, возможностей переобучения, расширения сферы социальных контактов, взаимодействий и интересов,), либо непринятием, протестом (с которым мы часто встречаемся на экспертной комиссии), что обусловливает невозможность выполнения целенаправленной деятельности, уход от задач по адаптации, избегающее социально-иждивенческое приспособление.

Исследования показали, что дезадаптивные установки обусловлены как дефицитом социально-экономических, так и индивидуально-психологических ресурсов.

Иллюстрируют подобное дезадаптивное поведение хорошо известные экспертам типичные случаи, описанные далее.

В начале, рассмотрим механизм формирования у больных установок на инвалидность, щедро индуцированных врачами лечебных учреждений.

Феномен формирования данного вида установок, обусловлен ***различной архетипической значимостью*** роли врача лечебника и врача-эксперта формирующейся в сознании человека.



Пример нижеописанной конфликтной ситуации зарождается задолго до попадания больного в учреждение медико-социальной экспертизы, в лечебном учреждении. Однако, далее ситуация формирует почву для конфликта, именно в контексте будущей экспертизы при оценке инвалидности. Проиллюстрируем формированиеи механизм влияния противоречивой установки, сформированной под влиянием мнения врачей лечебных учреждений: в момент выписки больного, лечащий врач, наряду с общими рекомендациями по поддержанию здоровья, режима и образа жизни в целом, советует человеку обратиться в учреждение медико-социальной экспертизы, при этом нередко называя определенную группу.

Механизм формирования и действия подобной установки следующий. В сознании человека, прошедшего длительное тяжелое лечение у специалиста, который о нем заботился, роль врача приобретает особую индивидуальную значимость и исключительно доверительное отношение к нему. Больные так и говорят*«…мой спаситель…», иногда больные буквально обожествляют врачей и говорят «…доктор, Вы – Бог!».*

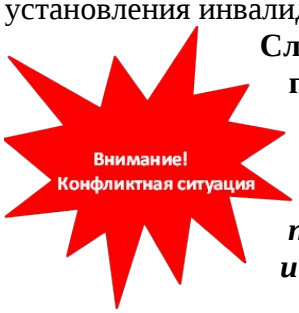
Пациенты, в силу пережитого экзистенциального опыта болезни и длительного лечения, безгранично верят своему врачу, так как этот специалист о них заботился, выхаживал, спасал, чье мнение вступает в конфликтное противоречие с диаметрально противоположным мнением врача-эксперта «Вы инвалидом не признаны!».

Теперь ситуация зеркально изменится! Представим, что перед нами «по другую сторону баррикад» врач – эксперт, образ которого в сознании того же человека, чаще всего формируется со следующей негативной конотацией «оценивающий судья, представитель государства, объявляющий свой вердикт (иногда, больные психологически воспринимают это как приговор)– «инвалид - не инвалид», что в случае отмены или не установления группы серьезно меняет всю экономическую и

психологическую жизненную ситуацию. Здесь механизм формирования установки связан с оценкой на соответствие (соответствует ли больной инвалидности или нет), что психологически всегда непросто для любого человека.

Далее, больной (представитель народа), сталкиваясь с отрицательным решением комиссии в лице руководителя экспертного состава, который является представителем государства, о непризнании его инвалидом, испытывает значительную фрустрацию (т.е. обманутое ожидание), что на эмоциональном уровне выражается в чувстве несправедливости, ущемленности и искреннего непонимания: ***«…Меня лечил врач - профессор, который сказал что у меня 2 группа инвалидности!... А, Вы, эксперты, ничего не понимаете…».*** **Как правило, далее следует целый спектр психоэмоциональных реакций и проявлений агрессии от вербального до поведенческого уровня, накладывающихся на соответствующие реакции специалистов экспертной комиссии в различных вариантах.**

К сожалению, подобная ситуация нередко встречается в экспертизе, и здесь необходимо обозначить важную проблему, лежащую в плоскости нарушения границ профессиональной компетенции. Уважая клинический опыт лечащих врачей, необходимо отметить, что в некоторых случаях они недостаточно ориентируются в критериях установления инвалидности, давая ошибочные рекомендации своим пациентам.



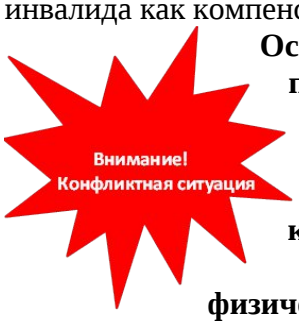
Следующий механизм формирования установки работает «как-бы по аналогии» и отражает типичную ситуацию, когда больной говорит, что знает человека с таким же заболеванием, который является инвалидом и удивленно (иногда возмущенно) заявляет: ***«…я не согласен с тем, что у меня нет инвалидности…мне тоже положено как и Ивану Ивановичу, который со мной рядом лежал, и у него тоже удалили почку и др.».***

Механизм формирования подобных представлений происходит в результате бессознательной проективной идентификации (отождествления) с другим человеком. При этом учет индивидуальных особенностей заболевания, медицинских нюансов к анализу не принимается, мышление действует селективно, выбирая лишь один индивидуально-значимый и выгодный для себя признак, порождающий следующую установку – ***«…он инвалид с такой болезнью, значит и я тоже…».***

Способность и навык рационального разъяснения специалистом учреждения медико-социальной экспертизы освидетельствуемому имеющихся нормативно-правовых и клинико-функциональных критериев в подобной ситуации неоценим, и также зависит от умений бесконфликтного общения и психологической обученности врачей, участвующих в подобных эмоционально-стрессовых и значимо смысловых коммуникациях.

Следующий механизм формирования преградных мотивационно-смысловых установок обусловлен выраженной эмоциональной травматизацией в связи с утратой какого-либо органа, конечности.

Утрата любой части тела крайне трагично воспринимается психологически как разрушение целостного телесного образа, глубоко раня личность, воспринимающую статус инвалида как компенсацию за переживаемую психологическую травму.

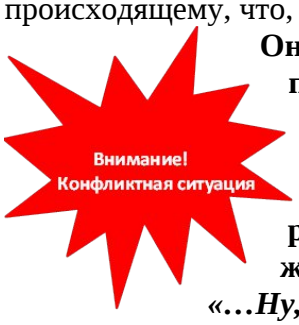


Особенно, подобная травма тяжело переносится людьми, получившими в результате болезни внешний дефект, когда больные говорят ***«у меня нет груди (или какого-то органа) и она уже не вырастет, разве я не инвалид? Мне положена инвалидность!…».*** **Наиболее часто при подобном типе установок крайне выражен их эмоциональный компонент.**

Больные глубоко переживают свою эмоциональную и физическую калечность, ущербность и аргументируют свое намерение стать инвалидом так: ***«это будет справедливо…», «…я ущербный, изуродованный, искалеченный болезнью человек, неужели я недостоин 2 группы...»,*** **что отражает**

потребность дезинтегрированной, психологически травмированной личности (в буквальном смысле утратившей целостность своего организма) восстановиться и адаптироваться к дефекту через идентификацию со статусом «инвалид».

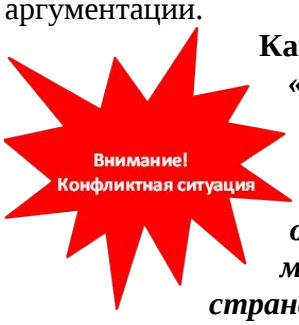
И здесь особенно возрастает роль способности врачей экспертов этично отнестись к происходящему, что, к сожалению, бывает не всегда.



Онкологические больные в процессе беседы неоднократно делились пережитым негативным опытом общения с врачами экспертами. К сожалению фразы и выражения, которые некоторые врачи допускают в общении с пациентами, деонтологически недопустимы. Например, в адрес прооперированных, и реабилитированных через какой-то период, после мастэктомии женщин, врач позволяет себе резкое выражение подобного типа *«…Ну, подумаешь, кусок мяса у тебя отрезали,…ну руки, ноги-то целы… Иди, работай!…»* и др.

Оценить подобное высказывание и с профессионально-этических позиций, и с общечеловеческих, достаточно тяжело. Учитывая тяжесть полученного телесного дефекта, и принимая во внимание, что у женщины удалена грудь, т.е. та часть тела, которая архетипически является одним из значимых телесных половых различий, и делает женщину, женщиной. Необходимо отметить, что для многих женщин мастэктомия (удаление молочной железы) является глубочайшей психотравмой, и до конца дней воспринимается ими как женская несостоятельность. В экзистенциальном смысле, лишь испытавший страдания утраты телесной целостности, способен оценить переживаемую в таких случаях эмоциональную боль.

Далее необходимо отметить, что особый интерес вызывают установки к инвалидности, отражающие неадекватное личностное реагирование и требования в отношении установления данного статуса при отсутствии убедительной и логичной аргументации.



Как правило, данные установки крайне аффективно окрашены: *«…я сорок лет отработал на государство, теперь пусть оно на меня поработает…»* либо « *…так что я так и умру без инвалидности?...»*, или *«… я заслужил инвалидность всю жизнь проработав на производстве…»*, или *«…я всю жизнь врачом отработала, а Вы мне даже инвалидность нормально дать не можете…»*, или *«все здоровье я отдал стране, теперь пусть страна обо мне заботиться…»*, с убежденностью что инвалидность «заслуживаемый» по выслуге лет (либо за работу на государство) статус либо, что жизнь определенно должна заканчиваться инвалидностью.

При этом нередко эксперты сталкиваются с выраженными дезадаптивными реакциями больных, не только вербально выражающих свое недовольство, но иногда проявляющих и физическую агрессию (в виде угроз, физических нападок и др.) в связи с отказом в установлении (снижении или снятии) группы инвалидности.

Исследования адаптации больных, находящихся на различных этапах инвалидизирующего заболевания выявили, что все выше перечисленные реакции и типы поведения обусловливаются тем, что на фоне утраты статуса «инвалид» (либо неоправданных ожиданий в его получении) при отсутствии достаточной социально-экономической поддержки (а значит и дефиците информационной просвещенности на первичном этапе не только в бюро, но уже начиная с учреждений лечебного звена), и сниженного личностного ресурса, у больных ***формируется некий когнитивно-информационный дефицит*** об основных категориях «инвалидность» и «болезнь»[16].

Зачастую, больные неспособны объяснить смысл и значение понятия инвалидность, при этом полностью отождествляя данный статус с болезнью. Также больные не осознают ***динамичность категории «инвалидность»***, которая заключается в возможности ее

обратимости, ошибочно считая что «инвалидность» - раз и навсегда установленный статус на основании факта заболевания, что на когнитивно-информационном уровне рождает ригидную установку «болею – значит, инвалид», «если установили инвалидность – значит снять не должны…», «если у меня инвалидность, значит должен не работать, и государство обязано платить мне пенсию, страховку и др.» [17].

Необходимо отметить что практически, в основе всех установок лиц, оспаривающих экспертные решения, лежит потребность в материальной компенсации, что традиционно трактуется как рентная мотивация. Некоторые больные совершенно рационально объясняют необходимость получения льгот ввиду плачевной экономической жизненной ситуации. И это объективный факт, так как, к сожалению, несмотря на повышенное внимание правительства к внедрению различных социальных инициатив, направленных на формирование доступной среды, их реализация на практике еще далека от достаточной. Особенно это касается сел, деревень и маленьких городов с неразвитой социально-экономической инфраструктурой, найти в которых рабочее место, переобучиться либо получить какие-либо виды реабилитации просто невозможно ввиду их фактического отсутствия.

Значительно реже в экспертной практике встречается отрицательная установка к инвалидности, по сути дела отрицающая сам факт социальной недостаточности, когда человек действительно не признает себя инвалидом и считает себя способным жить, удовлетворяя свои индивидуальные потребности, смыслы и возможности (в том числе и социально-экономические) без социального статуса «инвалид». В данном случае также необходима диагностика степени адекватности и выявление смысла, значения и направленности данной установки.

Таким образом, личностные установки, а также такие индивидуально-психологические особенности человека, как оценка своей самоэффективности, структура идентичности, интернальность (ответственность), активность, эмоциональная устойчивость, мотивационная направленность и особенности социальной ситуации развития, в которых разворачивается жизнь, формируют определенное ***субъективное отношение личности к инвалидности – «Внутреннюю картину инвалидности».*** Данный личностный конструкт целесообразно оценивать по степени адекватности в совокупности вышеперечисленных индивидуально-психологических характеристик, отражающих соотношение субъективных представлений и ожиданий личности о степени выраженности инвалидности с объективной оценкой экспертов [17,20,38].

Диагностика компонентов субъективного отношения человека к инвалидности позволяет оценить его мотивационную направленность, приверженность к реабилитации. Дезадаптивные (преградные) виды установок лиц с ограничениями здоровья, не являющихся инвалидами, но считающих себя таковыми, нуждаются в психологической коррекции на всех этапах инвалидизирующего заболевания, травмы или дефекта, особенно в кризисный период смены социального статуса.

2.2. Психологические факторы, формирующие конфликтные ситуации в процессе медико-социальной экспертизы

В первой главе данного пособия на тему деонтологии в экспертизе уже говорилось об основном объективном факторе формирования конфликтной основы в медико-социальной экспертизе (противоречия, несогласия сторон, сомнения в справедливости решения в отношении установления инвалидности), заложенного в основу экспертизы и обусловливающего потребность в ней, а, следовательно, и необходимость ее существования.

В данном параграфе также необходимо рассмотреть сопутствующие психологические факторы и условия, формирующие конфликтные ситуации, нередко возникающие в процессе медико-социальной экспертизы[27].

Помимо ***основного фактора, противоречия*** в отношении справедливости решения об инвалидности, порождающего смысл экспертизы, возрастание (эскалация) экспертного конфликта может зависеть от так называемого «темпорального» ***(т.е. временного) фактора.***

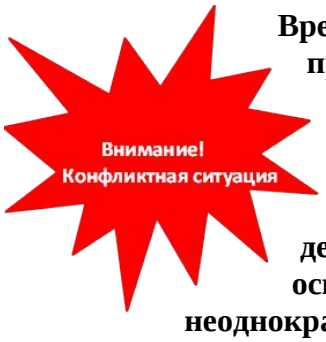
Применительно к процедуре экспертизы (имеется в виду непосредственный процесс освидетельствования, во время которого происходит взаимодействие сторон) объективно можно констатировать ее чрезвычайную ***кратковременность.***

В отношении временного фактора необходимо отметить следующее. Как правило, больной встречается с врачом экспертом на достаточно непродолжительный период (особенно, если речь идет об экспертизе в первичном звене, перегруженном потоком больных), за время которого и происходит взаимодействие сторон, участвующих в процессе освидетельствования.

Рисунок 4

Психосоциальные факторы, усложняющие процедуру МСЭ

Недостаток времени не позволяет взаимодействующим сторонам как-бы освоиться психологически, т.е. наладить фазу безопасности. Ограничительный фактор времени также ставит специалистов в сложнейшие условия реализации отточенного коммуникативного мастерства, при которых у членов экспертной команды практически «нет права на ошибку», так как в психологическом смысле исправить создавшееся «первое впечатление» уже невозможно! Эффект «первого впечатления» при контактировании больного с членами экспертной команды чрезвычайно важен. Далее на реакции больного в процессе взаимодействия со специалистами, влияет весь спектр ощущений, складывающихся у гражданина (именно через призму «первого впечатления») о справедливом, внимательном и компетентном отношении к нему, либо, наоборот, о небрежном, «халатном», формальном отношении.



Временной фактор, также предъявляет и высокие требования к профессиональному мастерству экспертов, так как ни один этап процедуры (например – разъяснительный) недопустимо «смазать», т.е. произвести формально. Множественные случаи свидетельствуют о том, что часто врачи недостаточно уделяют времени на разъяснение больному нормативных тонкостей и деталей. При этом, в случае подробного разъяснения, касающихся освидетельствования и реабилитации вопросов, от больных неоднократно можно услышать *«Вы знаете, если бы мне в «первичке» вот так понятно бы все разъяснили, я бы в Москву не поехал…»*. Подобная ситуация может быть обусловлена не только торопливостью экспертов, но и недостаточной коммуникативной компетентностью из-за которой разъяснения больным даются в форме не доступной для них, что также приводит к недовольству и конфликтам.

Значимым во взаимодействии сторон является и другой психологический ***фактор – неравноправия взаимодействующих в экспертизе сторон,*** также объективно существующий в рамках любой экспертизы и обусловленный ее смыслом и содержанием (см. определение понятия «экспертиза»). По сути, необходимость экспертизы в той или иной области обусловливает наличие потребности в решении спорных вопросов, специалистом, претендующим в данной сфере на звание профессионала высокого уровня. Данная «высокая» позиция профессионала при этом принимается обществом и (или государством) и санкционирует специалиста на реализацию высокой экспертной позиции.

Неравноправность позиций, в случае любой экспертизы, изначально детерминирована потребностью в «особом, более значимом мнении». Психологический смысл данного феномена обозначает то, что экспертное мнение профессионала, обладающего правом решающего голоса, априори более компетентно, так как «эксперт знает лучше». Таким образом, роль «эксперта» всегда определяет неравность позиций, что в случае медико-социальной экспертизы проявляется в психологическом возвышении врача-эксперта как бы «над» освидетельствуемым.

Подобное «неравное» распределение сил в данном социальном взаимодействии накладывает чрезвычайную ответственность на экспертов, в отношении истинного выполнения своего профессионального «экспертного» долга и объективного решения вопросов, связанных с установлением инвалидности. Психологические риски подобного неравноправия могут реализоваться ввиду следующих уязвимостей: бессознательного желания эксперта, во чтобы то ни стало, самоутвердиться, тем самым проявив власть.

Тема власти в психологии врачебной деятельности раскрыта В.В. Соложенкиным, который анализируя типичные мотивации молодых людей к получению врачебной специальности, также отмечает и мотивацию власти.[14]

---

[14]Соложенкин В.В.Психологические основы врачебной деятельности. Учебник для студентов высших учебных заведений. – М., 2003, С. 273-283.

Также тема присутствия «мотива власти» над больным, и власти в контексте профессионального становления специалистов, впоследствии «вершащих судьбы» людей, затрагивается в работах В.А. Урываева.[15]

Подобная «властная мотивация» эксперта может реализоваться в его поведении либо как пренебрежительное отношение, либо как повелительно-назидательное. В то время как со стороны освидетельствуемого, подобное «неравноправие» может бессознательно восприниматься больным в виде заведомой «психологической уязвленности», формируя недовольство и целый спектр негативных чувств, впоследствии реализуемых в жалобах в вышестоящие инстанции.

Также одним из важных факторов успешного завершения экспертной ситуации является ее полноценная «психологическая завершенность». При любом взаимодействии и контактировании сторон наступает фаза так называемого «постконтакта», финальная стадия контактирования, в которой необходимо грамотно завершить все психологические потребности общающихся сторон [16].

Для правильного психологического завершения процесса экспертного освидетельствования данную фазу необходимо полностью «отыграть» в плане всех разъяснительных, объясняющих аспектов, возникших у гражданина (либо его родственников) в процессе коммуникативного взаимодействия. В психологии известен феномен «незаконченной» ситуации, которая будет оставаться актуально сверх значимой и в случае незавершенности, обусловливать бессознательно навязчивое возвращение к ней до ее окончательного логического завершения.

При экспертном освидетельствовании (особенно в случае оспаривания больным предыдущего экспертного решения) достаточно трудно отыграть именно эту финальную часть взаимодействия. В ходе данного пособия мы неоднократно рассматривали, что итог экспертизы и ее конечный результат не всегда совпадает с имеющимся у освидетельствуемого ожиданием, т.е. «психологически ситуация экспертизы как-бы не завершается», компульсивно заставляя человека проигрывать ее вновь и вновь по заранее сформировавшемуся в результате личностной переработке сценарию ***«я буду добиваться инвалидности и справедливости дальше…»,*** что также является потенциально конфликтным.

Таким образом, психологическая специфика экспертного процесса и перечисленные факторы, обусловливающие формирование конфликтной основы в контексте экспертизы, выдвигают высочайший уровень требований к специалистам, участвующим в данном социальном взаимодействии в отношении психологической информированности о значимых факторах риска и обученности навыкам эффективной коммуникации, бесконфликтного общения и поведения с учетом этико-деонтологических принципов.

---

[15] Урываев В.А. «Внутренняя картина лечения»: анализ объяснительных возможностей конструкта // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Москва: МГМСУ, 2011, С. 80-85 **;**
В.А. Урываев О преимущественно «субъективном» характере кризисов профессионального становления (на примере профессиональной деятельности врача) //Вестник Томского государственного педагогического университета. Вып. 3(31) 2002 Серия «Гуманитарные науки (психология)» Спецвыпуск, 2002, С. 71-75)

[16]Перлз Ф. Практика гештальттерапии – М. Институт Общегуманитарных Исследований, 2002 – 480 с.

2.3. Коммуникативная эффективность специалистов учреждений медико-социальной экспертизы

В данном параграфе рассмотрим основные психологические аспекты экспертного процесса с точки зрения коммуникативной эффективности специалистов и возникающих проблем, формирующих конфликтные реакции участвующих в экспертизе сторон.

Часто озвучиваемые освидетельствуемыми гражданами в учреждениях медико-социальной экспертизы дезадаптивные установки: ***«я буду добиваться инвалидности, несмотря на Ваш отказ в вышестоящих учреждениях медико-социальной экспертизы и далее через суд…»,*** в основном, обусловлены дефицитом социально-экономических и индивидуально-психологических ресурсов. А, следовательно, при общей совокупности социально-экономической и личностной дефицитарности, любое неосторожно сказанное человеку слово формирует конфликтоген и становится «триггером» экспертного конфликта. В данной ситуации зарождающегося конфликта деонтологически правильное (должное), профессиональное поведение руководителя экспертного состава (бюро), а также всех членов экспертной комиссии либо сгладит (урегулирует) сложившуюся непростую ситуацию, либо усугубит ее до степени судебного разбирательства.

Наблюдение за работой экспертных комиссий позволило выявить, что конфликты, возникающие в экспертных ситуациях, формируются как из-за эмоциональной неудовлетворенности больных, так и из-за сниженной коммуникативной эффективности сотрудников, влияющей на умение конструктивно общаться с человеком, категорически настроенным на решение вопроса в свою пользу. Учитывая то, что коммуникация сторон происходит в объективно усложняющих взаимодействие условиях, подробно рассмотренных в предыдущих параграфах и главах, нередко именно неквалифицированно организованное общение специалиста с гражданином инициирует эскалацию конфликта.

Основные типы проблемных коммуникаций, неэффективного общения, и нарушения деонтологических принципов в процессе взаимодействия сторон, проиллюстрированы следующими примерами из опыта исследования психологических особенностей процедуры медико-социальной экспертизы в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, проводимого психологической службой учреждения.

В коридоре учреждения много народу, специалисты спешат и, вызывая больного, врач раздраженным отрывистым голосом торопливо зовет: *«Больной! Заходите! Заходите, побыстрей!»*.

Далее врач (снисходительно) в беседе с освидетельствуемым после озвученных им жалоб, произносит: *«…Ой! А чего это таким умирающим голосом?»*.

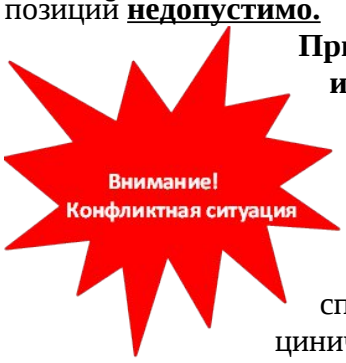
При выяснении социально-средовых статусов (состава семьи, детей, хозяйства и др.) в ответ на сообщение больной о трех детях, врач вполголоса, слегка раздраженно, цинично комментирует (такое впечатление, что не осознавая, произнесение фразы вслух) *«…Когда успела только!…».*

Далее, тот же врач при расспросе о трудовом маршруте (надменно, с сарказмом комментирует: *«Ох! Ох! Ох! Ох!...10 лет стажа всего!...Вы хотите продолжать работать или нет?...*и грубо, раздраженно констатирует: *Ну понятно - не хотите!»*.

Затем больная говорит о том, что ее беспокоят ноги, перечисляя принимаемые препараты: *«Без таблеток не могу…»*. Врач, монотонно продолжая расспрос: *«Что еще беспокоит?»*. Больная сообщает: *«Желудок»*. На что врач (также раздражено и грубо) отвечает: *«Ну, еще бы!... Такое количество таблеток!»*.

Далее, обращаясь к больной, врач приглашает ее на кушетку, директивно указывая *«Проходи туда…»*.

При данном взаимодействии сторон, наблюдается эмоциональная несдержанность: врач тороплив, не эмпатичен, позволяет себе много излишних, вольных, фамильярных обращений и комментариев, способных привести к негативным переживаниям и негативному восприятию процедуры освидетельствуемым, что с этико-деонтологических позиций **недопустимо.**



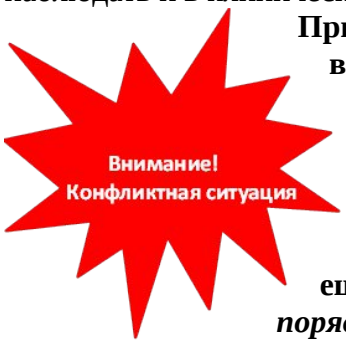
Примеры отдельных высказываний в присутствии больных иногда поражают своей бестактностью:

Врач в ответ на жалобу больного о скачках давления и метеочувствительности раздраженно произносит: *«А что Вы думаете, только у Вас голова болит?... Мы все тут с давлением ходим, и нечего… работаем…».*

К сожалению, следует признать, что в дискуссиях «за спиной больного», некоторые врачи позволяют себе крайне циничные высказывания и умозаключения о природе возникновения их заболеваний (например, рака прямой кишки, гепатитов, ВИЧ инфекций и др.) по понятным причинам, дословное приведение примеров таких высказываний невозможно ввиду ненормативности. Подобное неэтичное поведение врачей и высказывания такого рода характеризуют специалиста как «эмоционально поврежденного», что проявляется в отсутствии элементарной этики, а также через «проективную» сущность подобных суждений, свидетельствует о незрелости «эго» функции и значительной личностной (т.е. человеческой) и профессиональной деформации специалиста, воспринимающего действительность через проекцию собственных нежелательных качеств на других. Эмоционально-оценочные суждения о личности, поведении, внешнем виде, национальности, религии др. в процессе проведения медико-социальной экспертизы недопустимы, так как ни один врач не имеет права и объективного основания на осуждение человека и его «стигматизацию», о какой болезни и жизненной ситуации не шла бы речь. Те же этические правила должны распространяться и на врача эксперта (специалиста по медико-социальной экспертизе).

Отдельно необходимо сказать несколько слов о ***ятрогенных посланиях*** врачей [12].

В общем смысле, ятрогении подразумевают неосторожные действия либо высказывания специалиста, влекущие за собой негативные психоэмоциональные, а иногда и психофизиологические (учитывая целостную природу психики) последствия, ввиду «обостренного и уязвленного» заболеванием и тяжелой жизненной ситуацией восприятия освидетельствуемого. И, несмотря на основной деонтологический принцип в деятельности любого врача ***«Не навреди!»***, к сожалению, случаи ятрогенных высказываний можно часто наблюдать и в клинической практике, и в практике медико-социальной экспертизы.



Примеры таких случаев можно проиллюстрировать следующими высказываниями врачей:

Врач-эксперт, рассматривая рентгеновский снимок больного, недоуменно восклицает: *«Господи!... Да как же Вы еще ходите!...».*

Или врач-эксперт, между делом говорит онкологическому больному, убеждающему комиссию, что он еще как может работать: *«Да что же Вы говорите, что Вы в порядке… Посмотрите!... Вы ведь весь уже желтый!...».*

Последний пример высказываний в адрес онкологического больного свидетельствует о непонимании врачом типичного для онкобольного «спасательного круга» в виде вытесняющих защитно-личностных механизмов и анозогнозического отрицания болезни. Здесь также интересен факт отрицающей установки к инвалидности. При этом именно в случае общения специалистов с онкологическими больными, необходимо крайне бережно относится к подобного рода личностным защитам и желанию человека остаться «на плаву» социальных взаимодействий, – то есть работать. Конечно, в

данном случае это возможно, если его деятельность не связана с угрозой своей жизни и жизни окружающих людей, а в когнитивном и профессиональном смысле он достаточно продуктивен. В вышеупомянутом случае больной занимал руководящую должность и мог позволить себе в обеденный перерыв доехать домой, отдохнуть пару часов и вернуться на рабочее место, тем самым в противовес приближающейся биологической смерти, отдалять «смерть социальную».

Продолжим рассмотрение примеров неэффективной коммуникации в плане неспособности специалиста устанавливать продуктивный контакт с собеседником.

Молодой врач опрашивает больную о жалобах. Больная перечисляет: *«высокое давление, бывает чувство жжения…, стянутось головы».* Врач внимательно слушает, кивает головой и задумчиво произносит: *«…сенестопатии…».* Больная занервничала, ерзает на стуле, пытается разъяснить врачу более понятно (не зная произнесенного врачом термина) *«…да нет же… жжение… и как будто обручем голова стянута…»,* врач также внимательно и задумчиво произносит «ну да, сенестопатии…».

Данный пример неэффективной коммуникации отражает очевидный факт того, что собственно контакт между экспертом и освидетельствуемой так и не произошел ввиду непонимания больной, о чем ей говорил врач. С коммуникативных позиций, «контакт» является таковым лишь тогда, когда происходит «психологическая встреча». В данном случае «встречи» и контактирования так и не произошло. Следовательно, несмотря на старания врача быть внимательным, дальнейшее взаимодействие в подобном стиле может привести к ощущению больной непонятости, равнодушия и далее, в зависимости от ее эмоционального настроя, вылиться в экспертный конфликт. В то время, как в основе подобной ситуации лежит неспособность взаимодействовать с человеком на доступном для него уровне.

Специалистам необходимо усвоить, что все члены «экспертной команды» должны общаться с освидетельствуемыми тактично, вежливо и не «наукообразно», а на доступном для него языке, в противном случае, на эмоциональном уровне больной останется неудовлетворен «непонятостью», на когнитивном уровне не уяснит значимой и необходимой для себя информации, а на «мотивационно-поведенческом» уровне, в связи с неудовлетворенностью качеством общения, у больного сформируется желание пожаловаться о «несправедливо принятом решении, и невнимательности специалистов» и оспорить его.

В отношении тактичного отношения немного хотелось бы уделить внимание роли медрегистраторов, которые, как правило, первые взаимодействуют с больным (созваниваются, приглашая на освидетельствование, встречают перед прохождением экспертной комиссии, забирая документы), а значит и создают первое впечатление о службе в целом. Чрезвычайно важно чтобы этот первый контакт был вежливым и дружелюбным. Изначально неправильно заданный тон в общении с человеком может спровоцировать его защитно-оборонительную реакцию. К сожалению, подобные случаи бывают.

Например: В коридоре сидит мама, приехавшая с дочерью на комиссию. После первичного осмотра экспертом, врач направляет ребенка на дополнительное обследование к окулисту. Медрегистратор выходит с девочкой в коридор и строго сообщает маме: «*Пойдемте со мной!*». Женщина (вполне спокойно) интересуется: *«куда?»*. Медрегистратор, достаточно резко отвечает: *«Куда скажем, туда и пойдете?...»*, и, ворча, добавляет «*нечего тут рассуждать…*». Вполне возможно (и даже, скорее всего), что у медрегистратора в этот день было очень

много больных, что ей нелегко бегать и сопровождать каждого больного по учреждению. Но! Подобный тип отношения, сразу же задает враждебный фон, и любой человек, столкнувшийся с подобным отношением, будет чувствовать себя ущемленным и может начать раздражаться в ответ.

Далее, несколько слов необходимо сказать о том, что уровень коммуникации изначально может быть предопределен предвзятой установкой собеседников. Анализ имеющихся мотивационно-смысловых установок у больных проведен нами в разделе посвященному психологическим аспектам инвалидности и отношению к данному статусу. Однако здесь мне хотелось бы остановиться именно на установках врачей (экспертов) к освидетельствуемым.

В социальной психологии отмечается, что установка определяет и регулирует поведение [9,32,34]. Имеющаяся установка (как состояние психологической преднастройки) сознательно или бессознательно влияет на формирование образа, субъективного портрета собеседника, формируясь под специфическим углом зрения в силу определенного субъективного опыта, имеющегося багажа стереотипов, представлений, мифов и др.

В экспертной практике не редки случаи, когда врачи изначально имеют установку по отношению к освидетельствуемому о том, что он сам является ***«установочным больным»***. В практике встречаются случаи, когда в заключениях из Главных Бюро субъектов РФ констатирована «установочность» больного, что далее, в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России при тщательном обследовании, не подтверждается.

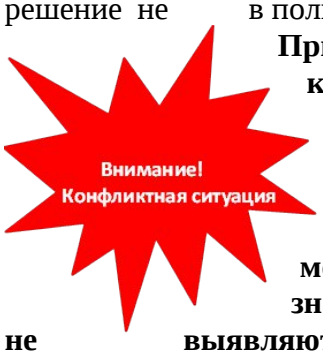
Из беседы с одним врачом-экспертом о результатах диагностики больного, с которыми он был не согласен, настаивая на мнении о том, что больной притворяется, вспоминается фраза: *«Да что Вы так напрягаетесь на его счет?! Здесь, в Федеральном Бюро, все больные установочные!»*.

Имеющаяся семантическая путаница данных понятий обусловливает необходимость определения их смысловых значений именно для экспертизы.

В экспертизе под установочным поведением специалисты понимают желание больного ввести комиссию в заблуждение, что терминологически, скорее всего, означает «аггравацию». *Под «аггравацией» (лат. aggravatio — отягощение)* принято подразумевать преувеличение больным отдельных симптомов и функциональных нарушений, наличие или отсутствие которых как раз и объективизируется при экспертной диагностике (в том числе в психологическом обследовании, в котором имеется масса методических приемов, посвященных этой теме). Однако с позиции социальной психологии необходимо развести два этих понятия об «установке» применительно к экспертизе. И тогда утверждение врача о том, что *«…в Федеральном Бюро все больные установочные…»* действительно справедливо. А также необходимо добавить к этому утверждению, что и в Главных Бюро субъектов РФ тоже все больные «установочные», так как и там они оспаривают экспертное решение на основании имеющейся «установки к инвалидности и к себе как к инвалиду», и в первичном звене также, на основании заявительного характера об установления группы, больные обращаются, имея о себе определенные представления в плане инвалидности (установку, как правило, обусловленную рентной мотивацией), что и определяет, по законам социальной психологии, их социальное поведение. Но утверждать, что все освидетельствуемые имеют «установочное поведение» в плане аггравации – означает заведомо сформированный в интрапсихическом субъективном плане эксперта искаженный (необъективный) образ «притворяющегося, намеренного ввести в заблуждение экспертную комиссию, больного».

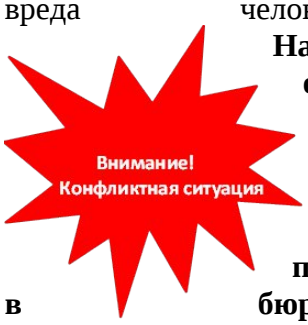
Подобное стереотипное отношение, и изначально имеющаяся у эксперта установка, недопустимы с деонтологических позиций, так как искажают реальное (объективное)

восприятие, и по законам социальной психологии заведомо предопределяют экспертное решение не в пользу больного, опять же порождая конфликт.



При этом, не исключаем, что случаи аггравантного поведения конечно встречаются. Например, больной входит в кабинет, очень медленно двигаясь, так же медленно садиться на стул и в процессе всего обследования выглядит очень слабым. При этом функциональные пробы выполняет в достаточном темпе в пределах нормативных значений, а проективные методы (т.е. методы в которых больному неочевиден объект исследования, а значит он не знает как их выполнить, чтобы ухудшить результат) не выявляют астении, а наоборот объективно свидетельствуют о наличии достаточной силы. В заключение обследования больной отвечая на вопрос о состоянии жалуется на сильную слабость и еле пошатываясь встает со стула. На вопрос специалиста *«Вы сможете сами дойти?»*, отвечает *«Даже не знаю…»*, специалист предлагает проводить больного до экспертного состава, однако больной отказывается и говорит *«спасибо, я сам дойду…»*. Далее специалист провожает больного к выходу из кабинета и показывает в какую сторону ему двигаться, уточняя *«Может все-таки проводить?»*. И, получив отказ, возвращается в кабинет. Для того чтобы больному дойти до экспертного состава (из которого его направили на дополнительное обследование к психологу) ему необходимо пройти расстояние до лифта метров 30, напомним что больной еле-еле двигался и в ритме его движения это заняло бы несколько минут. Далее, буквально сразу же специалист все-таки решает догнать больного и проводить его до места назначения. Однако, вернувшись в коридор буквально через минуту, больного не обнаруживает. Расспросив других специалистов, находящихся в кабинете напротив и наблюдающих за тем, что происходит в коридоре, выяснилось, что действительно больной очень быстро пошел в сторону лестницы, и буквально взлетев на следующий этаж, уже через 2 минуты оказался у нужного ему кабинета. В данном случае врачи эксперты также обозначили тенденцию к аггравации больного, и здесь мнение врачей и психологов было единым. Но, самое важное, что специалист, обозначивший возможность аггравантного поведения должен аргументировано и доказательно обосновать, что дает ему право сомневаться в истинности состояния больного. При этом выявляя достоверную аггравацию и /или симуляцию эксперту недопустимо сообщать об этом освидетельствуемому ни жестами, ни мимикой, ни намеками.

Вопросы установочного поведения являются с одной стороны естественными для любой экспертизы. С другой стороны каждому эксперту необходимо соблюдать деонтологию и самому не стать установочным экспертом в отношении больного. Опытные специалисты ЦИЭТИновской школы, рассказывают, что Дмитрий Евгеньевич Мелихов, стоявший у истоков разработки экспертных подходов к оценке инвалидности больных, всегда говорил своим ученикам, «мало увидеть установку больного, ты разберись, что под этой установкой находится…». Безусловно, что «замыленный взгляд» эксперта изначально предполагающего, что все больные притворяются, неспособен к объективной оценке ситуации, что в экспертном отношении влечет за собой возможность нанесения морального вреда человеку.



Например: Освидетельствование проводится в летний период в один из очень жарких дней, когда температура превышает 33 градуса по Цельсию, а в коридорах учреждения отсутствуют кондиционеры и невероятно душно. Одна из пациенток, сидящая в очереди на комиссию, чувствует головокружение и буквально падает в обморок. Сидящие рядом посетители успеют подхватить ее, в коридоре происходит оживление, кто-то забегает в бюро, в которое данная больная ожидала очередь и сообщает о

случившемся. Врачи выходят, как-то неуверенно начинают суетиться, кто-то командует вызвать скорую и т.д. При этом, один из специалистов говорит: *«Да она установочная…»*. Далее больной была оказана первая помощь, при этом диагноз освидетельствуемой (пульмэктомия левого легкого по поводу гиперплазии, т.е. одно легкое у больной отсутствует) свидетельствует о том, что объективное состояние больной может обусловить потерю сознания от нехватки воздуха, когда и здоровым людям дышать тяжело.

Таким образом, рассмотренные примеры неэффективного общения специалистов учреждений медико-социальной экспертизы позволяют сделать вывод об объективно существующей проблеме низкой коммуникативной эффективности, косвенно формирующей неудовлетворенность граждан качеством оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе и риски возникновения экспертных конфликтов.

2.4. Специфика взаимодействия с инфекционными больными (включая ВИЧ, туберкулез, гепатиты), а также с больными наркологического профиля

Динамические процессы глобализации привели к тому, что ряд инфекций, в частности ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатиты стали приобретать характер пандемий, оказывая негативное влияние на здоровье населения во всем мире, а также на межличностные взаимоотношения в рамках социальных взаимодействий «больной – окружающий его социум».

Лечебное сопровождение больных имеющих инфекционные заболевания является одной из наиболее сложных сфер в медицине с точки зрения соблюдения этико-деонтологических норм, так как напрямую связано с взаимными психосоциальными установками окружения, врачей и самих пациентов.

Вопросы этики и деонтологии взаимодействия с такими больными являются мало разработанными, особенно в контексте медико-социальной экспертизы. При этом, очевидно, что данная проблема существует и может быть рассмотрена с точки зрения необходимости соблюдения этических норм в отношении больного, а также в контексте психологии инвалидности и адекватности восприятия больным своего заболевания, социального статуса и реального реабилитационного прогноза.

Проблема синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) (AIDS –Acquired Immune Deficiency Syndrome) стала основной проблемой медицины двадцать первого века из-за эпидемического характера распространения и высокой смертности и возрастающей реакцией общества на распространение СПИДа.

Многообразие морально-этических вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, по мнению А.Я. Иванюшкина, определяется следующими факторами[17]:

СПИД является заболеванием с чрезвычайно высокой смертностью;

ВИЧ-инфекция имеет ранг пандемии, а следовательно, ее распространение не сдерживается ни географическими, ни государственными, ни культурными границами;

этиология СПИДа в большинстве случаев связана с частными, как правило, интимными сторонами жизни людей, (межличностными отношениями, сексуальной жизнью, различными формами девиантного поведения людей, употреблением наркотиков и др.);

базовая потребность в безопасности и естественный страх перед неизлечимой болезнью часто становится источником неадекватного поведения многих людей в отношении человека, имеющего СПИД, а также другие инфекционные заболевания, что, в свою очередь, порождает своеобразный психосоциальные феномены массового сознания – стигматизацию этих больных, «спидофобию», а также множественные социальные стереотипы в отношении мифических способов инфицирования данными заболеваниями.

высокая стоимость лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в сочетании с неуклонным ростом числа лиц, нуждающихся в таком лечении, побуждает к спорам на темы социальной справедливости, оптимального распределения ресурсов здравоохранения, которые даже в наиболее развитых странах всегда ограничены.

На наш взгляд, данные проблемы актуальны и в сфере оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе, так как нередко больные имеющие инфекционные заболевания неадекватно претендуют на инвалидность, полагая факт наличия инфекции достаточным основанием для установления данного статуса.

С психологической точки зрения эти больные специфичны в смысле субъективной убежденности в том, что инвалидность, тем более с таким диагнозом, безусловно, должна быть установлена. Определенные трудности возникают и при взаимодействии

---

[17]Введение в биоэтику: Учебное пособие / А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. –М.: Прогресс-Традиция, 1998. -381с.

специалистов учреждений медико-социальной экспертизы с контингентом лиц, имеющих различные инфекционные заболевания.

Исторически, подобное отношение сформировалось в связи с тем, что поначалу стремительная распространенность СПИДа отмечалась в основном среди так называемых «маргинальных групп населения» - наркоманов, гомосексуалистов, проституток. Данное стереотипное отношение общества к представителям маргинальных групп в последствиепо инерции было перенесено на всех ВИЧ- инфицированных лиц.

Следовательно, практически все важнейшие вопросы современной медицинской этики (сохранение врачебной тайны, уважение автономии личности пациента, предупреждение дискриминации пациентов в связи с характером их заболевания, право больного на лечение, социальную защиту и т.д.) требуют конкретизации, углубленного анализа применительно к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в практике медико-социальной экспертизы. Те же принципы можно экстраполировать и на психических больных, больных с заболеваниями туберкулез, гепатиты, инфекции передающиеся половым путем и на наркологических пациентов.

Запрет на какую-либо дискриминацию (в том числе и больных СПИДом) является нормой международного права и закреплено в «Женевской декларации» Всемирной медицинской ассоциации (ВМА):

«Я не позволю соображениям пола или возраста, болезни или недееспособности, вероисповедания, этнической, национальной или расовой принадлежности, политической идеологии, сексуальной ориентации или социального положения встать между исполнением моего долгаи моим пациентом»[18]

В сфере коммуникативных отношений специалистов МСЭ к ВИЧ-инфицированным лицам, особенно важным является соблюдение деонтологического принципа уважения личности больного, в соответствии с которым, моральным долгом каждого специалиста является проведение качественной оценки ограничения жизнедеятельности, проявление заботы и сострадания к таким лицам, а неоценка их образа жизни с последующим (нередко открыто транслируемым) осуждением.

Пример: В процессе изучения жалоб больного и медико-экспертных документов, врач увидела в одной из выписок из стационара диагноз «ВИЧ», *после чего, изменив тон, с возмущением спросила:* ***«Тааак!!! Ничего себе!!!! Жалуемся, значит на боли в коленях, а про СПИД молчим!!!! А, позвольте узнать, любезнейший, где это Вы его подцепили? Что, наркоман??? или любитель женщин???*** *Далее врач продолжает раздраженно рассуждать вслух:* ***гуляют себе, живут в свое удовольствие…, а потом топают за инвалидностью…».***

В данном случае, восприятие врача «сработало» в рамках защитной реакции переноса имеющихся представлений о данном заболевании на конкретного больного, история инфицирования которого может быть совершенно иной, несвязанной с «разгульной жизнью».

К сожалению, истории многих пациентов свидетельствуют о том, что несовершенство организации медицинской помощи как по вине медперсонала и «человеческого фактора», так и в силу низкой технологической оснащенности послужило причиной множественных случаев заражения неповинных людей. Одной из серьезных проблем является проблема «недобросовестных доноров», в результате чего пациенты при переливании крови в клиниках, роженицы в роддомах инфицировались, не подозревая о

---

[18]ЖЕНЕВСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ, Принятая 2-й Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), Женева, Швейцария, сентябрь 1948 г., внесены поправки 22-й Всемирной медицинской ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 г., 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г., 46-й Генеральной ассамблеей ВМА, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994г.

дальнейших последствиях и качестве полученной крови (которая ранее, в советское время, не тестировалась на многие вирусы и инфекции). Также известны печальные случаи инфицирования детей в роддомах ВИЧ в результате халатности персонала, не утруждающего себя дезинфекцией шприцов, заражений пациентов стоматологических кабинетов, в результате развития стихийного роста коммерческих медицинских центров, основной миссией которых являлась коммерциализация и получение прибыли, а не медицинская помощь населению и др.

Подобное отношение является результатом стереотипных общественных установок. Однако в данном случае носитель установки по специальности «врач», специалист, посвятивший себя служению людям для которого данное отношение к больному является недопустимым.

Таким поведением врач-эксперт дала оценку образу жизни, показала свое негативное отношение к таким больным, не изучив всего анамнеза - отнесла экспертного больного к представителю маргинальных групп. Подобного рода высказывания оскорбляют больных, унижают чувство их собственного достоинства, которое на фоне общей личностной и психологической уязвленности, обусловленной заболеванием, может спровоцировать выраженные психогенные изменения. Известны случаи девиантного поведения больных, уязвленных и страдающих от негативного интолерантного отношения в обществе, в последствие спровоцированных на стратегию мести и злостного преднамеренного распространения инфекции.

Немаловажным требованием к этике и деонтологии в медико-социальной экспертизе является недопустимость со стороны врача, медсестры, медицинского психолога и других специалистов навязывания своего мировоззрения, ценностей, религиозных и философских взглядов и убеждений экспертному больному. Подобные высказывания врачей становятся фактором морального осуждения. В процессе такой «беседы» у больного либо возникнет чувство вины, усугубляемое общественным остракизмом, либо агрессия как защитная реакция на психологическое нападение, что является инцидентом и фактором конфликта.

Врачам необходимо помнить, что уважение личности и автономии пациента - это и уважительное отношение к его системе ценностей, особенностям его индивидуальности и к жизненной ситуации, в которой оказался человек, чтобы не произошло.

Например, в процессе экспертно-реабилитационной диагностики из беседы установлено, что молодой человек – наркоман «со стажем» и также является носителем ВИЧ –инфекции. Тут же в срочном порядке с экспертным больным была проведена «задушевная» беседа: ***«Да как так можно-то? А Вы о родителях-то подумали? А им-то каково? Как нехорошо! Вот инфекция Вам «Божья кара»… нужно в церковь идти… просить прощения…»***

Негативное отношение врачей - экспертов при предоставлении государственной услуги по медико-социальной экспертизе ВИЧ-инфицированным - являются нередкими в практике деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, что обусловлено в основном следующими причинами: «недостаточной специальной подготовки», «страха перед инфицированием», «отвращением к наркоманам или другим представителям «групп повышенного риска» и т.д.

Между тем, Закон РФ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»[19]и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

---

[19]Федеральный закон «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ инфекции)» от 30 марта 1995 года N 38-ФЗ

Федерации»[20]предусматривает право человека на необходимую ему помощь и поддержку.

Наряду с отказом в помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом грубейшим нарушением профессиональной медицинской этики при проведении процедуры МСЭ является разглашение соответствующего диагноза.

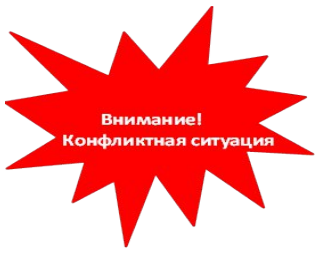
Примеры: В процессе ожидания освидетельствования дети играют в коридоре в машинки, проходивший мимо врач-эксперт, увидев эту картину, бесцеремонно обращается к маме одного из игравших детей *«Вы что, мамаша, куда смотрите? Мало вам, что у ребенка ДЦП? Вы еще СПИД хотите получить?»* На недоуменный взгляд матери, врач продолжает некорректно комментировать: *«Вот именно, играют они вместе, а у Иванова ВИЧ!!!!»*. После услышанного, мама инфицированного ребенка хватает малыша на руки и со слезами убегает. Уход этой семьи с процедуры освидетельствования сопровождается грязными и возмущенными криками других матерей в адрес инфицированного ребенка и его семьи.

К сожалению, в нашем обществе отношение к проблемам больных людей в принципе далеко от толерантного. Примером могут служить случаи осуждающего родительского отношения и проявлений агрессии, например, в адрес больных диабетом.

Изучая проблему адаптации в рамках социальных отношений «диабетик – общество» исследователи столкнулись с тем, что уровень искаженных стереотипов и социальных представлений существует не только в отношении инфекционных, но и неинфекционных заболевании, а высказывания людей иногда поражают своей «дремучестью» что демонстрирует следующий пример [16, 25].

В процессе группового психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с диабетом первого типа и обсуждения существующих проблем недопонимания между здоровыми людьми и семьями диабетиков, одна мама рассказала историю о том, как однажды в крупном торговом центре была подвергнута буквальным образом «обструкции» со стороны родителей, находящихся в игровой комнате. Родители увидев, что мама проделывает манипуляции и замеряет уровень сахара в крови ребенка, в резкой манере потребовали увести девочку со словами *«Еще не известно заразно это или нет... у нас тут дети здоровые, без диабета...»*.

Данный случай отражает общую картину низкой толерантности к проблемам других людей, что в случае такого «громкого» и мифологизированного заболевания как ВИЧ, еще больше приумножается и подпитывается чувством страха, презрения и осуждения.



Пример: ВИЧ- инфицированному больному разработана программа дополнительного обследования (снятие кардиограммы), медрегистратор, провожая больного, входя в кабинет, обращается к коллеге при еще незакрытой двери и сообщает: *«Маш, ты смотри аккуратней, у больного СПИД!!!»* При этом кроме самого больного, в коридоре находятся другие экспертные пациенты, которые хорошо слышали разговор медицинского регистратора и моментально отреагировали: кто-то отсел, кто-то начал тревожно перешептываться и пугливо рассматривать больного, входящего в кабинет.

Такого рода не этичное и противозаконное поведение врача-эксперта инициировало дискриминацию, остракизм, а в данном случае вербальное «психологическое нападение» по отношению к вирусоносителю (молодому человеку, который заразился, будучи ребенком ВИЧ-инфекцией в процессе переливания ВИЧ-инфицированной крови).

---

[20]Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Разглашение врачебной тайны врачом-экспертом было проявлением все той же «спидофобии» в обществе сформировавшей в сознании людей отношение к данной болезни как к «чуме XX – века». При этом работники здравоохранения не только нередко нарушали законныеправа своих пациентов, но и сами становились проводниками настроений страха перед СПИДом.

Следующий пример практически аналогичен предыдущему в части неэтичного отношения, когда ожидающей в очереди больной женщине средних лет, заботливый медрегистратор советует сходить пообедать в столовую. Услышавший рекомендацию медрегистратора врач (также, при еще не до конца закрывшейся двери) грозно высказал недовольство *«Ты что??? Мы в эту столовую тоже ходим есть! А у нее гепатит все-таки…»*

Соблюдение врачебной тайны является основным принципом охраны здоровья (Статья 4, 13)[21] «Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением отдельных случаев, установленных настоящим законом».

Также проблема этичного отношения возникает при освидетельствовании одной из наиболее сложных в психологическом смысле категорий освидетельствуемых - ***больных туберкулезом.*** Специфика самого заболевания и лечения (длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья) практически у всех вызывает комплекс различных психогенных реакций. В результате психогений усложняется течение основного соматического заболевания, что в свою очередь ухудшает психическое состояние больных, в том числе и находящихся в ситуации смены социального статуса (на медико-социальной экспертизе), на фоне ограничений социального функционирования и психологической уязвленности человека.

Больные туберкулезом при его многолетнем хроническом течении становятся несдержанными, склонными к конфликтам, либо заторможенными, чрезвычайно ранимыми, робкими и застенчивыми.

Особенностью этики и деонтологии в общении с туберкулезными больными является психотерапевтическая направленность коммуникативного процесса, что также необходимо учитывать в контексте медико-социальной экспертизы при общении с данными категориями больных и требует психологической «просвещенности» специалистов.[22].

Коммуникативная компетентность специалиста медико-социальной экспертизы заключается в гармоничном сочетании творческого подхода, навыков эффективного общения и знаний особенностей личности данной категории больных в сочетании с профессиональными аспектами (знаний нормативно-правовой базы, регламентирующей установление статуса инвалид, специализированных медицинских знаний, умения защитить экспертного больного от его негативных мыслей и чувств, которые, как известно, существенно затягивают выздоровление).

---

[21]Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

[22]Горбунова Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом [Текст] / Н. В. Горбунова // Молодой ученый. — 2012. — №11. — С. 350-353.

Особое значение для эффективного взаимодействия и общения с подобного рода больными имеет личностная сохранность специалиста, устойчивость (истинность, а не ложность) его профессиональной мотивации, способность к эмпатии (сопереживанию).

Психотерапевтическая направленность в общении каждого специалиста МСЭ должна быть сфокусирована на полимодальный комплекс субъективного переживания освидетельствуемого к болезни и инвалидности, в смысле коррекции уровня их адекватности.

Специалисты должны знать, что субъективное отношение больного к своей болезни, может носить гипернозогнозический (преувеличивающий характер) или анозогнозический (отрицающий сам факт наличия заболевания) характер; кроме того, возможно множество переходных состояний, непосредственно влияющих на качество взаимодействий больного с окружением и на его приверженность к реабилитации, либо «уход в болезнь» и психологическую стигматизацию.

Гипернозогнозия - это субъективная переоценка тяжести болезни, ее возможных осложнений, вероятности неблагоприятного исхода. Формируется и развивается данное отношение, как правило, при острых соматических болезнях у личностей с тревожно-мнительными, демонстративными (истерическими), реже - с авторитарно-напряженными (эпилептоидными) чертами характера.

Данное явление часто можно наблюдать у больных, излеченных от туберкулеза. У таких больных нередко наблюдается повышенная мнительность, чувство тревоги, подавленности, всякое нарушение самочувствия трактуется ими как рецидив заболевания.[23]

В процессе медико-социальной экспертизы врач обязан внимательно отнестись к предъявляемым жалобам, произвести тщательный осмотр, при необходимости использовать дополнительные инструментальные методы исследования (в рамках программы дополнительного обследования), чтобы не пропустить рецидив заболевания и успокоить больного.

Людям с тревожно-мнительными чертами характера свойственна постоянная готовность к тревоге по любым поводам, опасения за свое здоровье и здоровье своих близких. Естественно, что имеющееся заболевание для них - почти катастрофа. Иногда больные думают: *«может, врач ошибся или скрывает от меня истинное положение дел, и все гораздо серьезнее? А вдруг это закончится летальным исходом?» и т.д*. Такие пациенты иногда, «на всякий случай» или специально могут преувеличивать свои жалобы, чтобы к ним «отнеслись повнимательнее». Они склонны тревожно прислушиваться к себе, к своим самым незначительным ощущениям, нуждаются в успокоении, от них нельзя «отмахиваться» - это только усилит их страхи и осложнит течение заболевания.

При проведении медико-социальной экспертизы необходимо учитывать, что у больных с туберкулезом, как правило, лабильная вегето-сосудистая система, которая легко отвечает на нервные перегрузки колебаниями артериального давления, частотой сердечных сокращений, появлением экстрасистол.[24] Измерять артериальное давление у этих больных следует не сразу по приходу больного в кабинет, а хотя бы после короткой успокаивающей беседы, по возможности не фиксируя их внимание на этой процедуре. Нервный, взвинченный больной может «дать» психосоматическую реакцию, давление повыситься, что будет отражать лишь тревожное состояние пациента, а не являться симптомом, характеризующим объективное соматическое состояние человека.

Иногда больные в силу проявлений «защитных механизмов психики» и других личностных особенностей склонны к позерству, театральной рисовке, стремлению «не быть, а казаться»; они требуют к себе особого отношения, стремятся к нарочитым

---

[23]Горбунова Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом [Текст] / Н. В. Горбунова // Молодой ученый. — 2012. — №11. — С. 350-353.

[24]Там же.

преувеличениям, эгоцентризму, ярким, бурным во внешних проявлениях, но непостоянным и неглубоким эмоциям. Часто гипернозогнозия формируется по механизмам «вторичной выгоды», «бегства в болезнь» - больной с помощью болезни решает свои внутренние или межличностные проблемы.

Пример: на комиссии больной драматично объясняется с врачом: ***«Вы же знаете что я не просто больной…, у меня же туберкулез был, а вы меня инвалидом не считаете… Да, я вообще может завтра умру!!!»***

Пример: Тихим голосом… ***«Да, я самый больной человек!!! Вот видите…у меня какое давление*** **(реактивная реакция на «белый халат),** ***мне жить осталось совсем ничего… Вы себе и представить не можете, какие муки терпит больной туберкулезом…»*** **(запрокидывает глаза, показывает, как падает в «обморок»).**

Гипернозогнозия у личностей с обстоятельным, тугоподвижным, вязким, авторитарным мышлением может формироваться и по механизмам так называемых «сверхценных образований». Такие больные проявляют повышенную требовательность к окружающим, нежелание считаться с их мнением, эгоизм, обидчивость, подозрительность. Разубедить в общении людей с подобным настроем нелегко, здесь надо пользоваться четкими указаниями и аргументами.

Примеры: Больной спрашивает: ***«А почему не у меня первого взяли документы?».*** **Далее больной раздраженно высказывает** ***«Как у вас здесь душно… хоть бы проветрили, знали, что придет пациент со смертельным заболеванием….».***

Несмотря на эмоционально-личностные проявления больных, специалист обязан относится к больному с учетом этико-деонтологических принципов, корректно, терпеливо, не допуская ятрогений и раздражительных высказываний.

Врачу необходимо умение слушать и слышать, улавливая настроение больного, мягко направлять разговор в нужное русло, отвечать на сложные вопросы (об истинном диагнозе и прогнозе заболевания), давая информацию, адекватную психологическому состоянию пациента. При этом недопустима необдуманная откровенность, проявления чувства брезгливости в общении с инфекционными больными, в общем, и туберкулезными больными в частности.

Например, при проведении медико-социальной экспертизы, врач надела не только повязку, но и обмотала шею шарфом, прикрывая рот, при проведении беседы села вдали от экспертного больного (при этом нарушая принципы эффективного общения), всячески демонстрировала свою брезгливость, боязнь заражения: не произвела взвешивания больного, не измерила температуру, артериальное давление. Вся процедура МСЭ свелась к изучению документов и опроса жалоб. По окончании экспертизы, когда больной еще не вышел из кабинета – побежала открывать окна, громко охая, ахая и возмущаясь.

Такое поведение врача демонстрирует нарушение принципов этики и деонтологии, так как врач-эксперт демонстрирует явную брезгливость. А учитывая, что у большинства пациентов с диагнозом «туберкулез легких» наблюдается ипохондрическое отношение к болезни, данный тип коммуницирования специалиста является ятрогенным, стигматизирующим и способствует усугублению негативного психоэмоционального состояния.

В поведении с такими больными врачам и другим специалистам не следует поддаваться истерическим проявлениям и окружать такого экспертного больного особым вниманием (это приводит обычно лишь к усилению демонстративности). В то же время ни в коем случае не стоит игнорировать жалобы, так как мотивы подобного поведения бессознательны и «вторичной выгоды» пациент не осознает. Специалисту необходимо

знать, что, наличие истерических черт характера и истерических преувеличений само по себе совершенно не исключает существования действительно серьезной соматической патологии.

При выраженной гипернозогнозии у больных (ВИЧ-инфицированных, больных туберкулезом, гепатитом и др.) в случае невозможности разубеждения в отношении наличия заболевания и несмотря на отсутствие объективных признаков болезни (на основе данных клинических исследований), может потребоваться консультация психолога, психотерапевта и даже психиатра. При направлении больного на такую консультацию специалисты МСЭ должны быть крайне тактичны. У пациента ни в коем случае не должно создаться впечатления, что его принимают за притворщика-симулянта, не оценивают тяжести его состояния или считают «сумасшедшим».

Анозогнозия - наоборот, активное отрицание болезни, недооценка очевидного, приписывание имеющихся симптомов случайным обстоятельствам или другим, не серьезным, заболеваниям. Анозогнозия наблюдается при постепенном, медленном развитии болезни, без ярких, пугающих проявлений (например, при хроническом туберкулезе легких, «носительстве» без явных симптоматических проявлений инфекциях), также подобная реакция характерна и для наркологических больных.

Анозогнозическая внутренняя картина болезни формируется у личностей стеничных (сверх уверенных в себе), гипертимных (склонных к приподнятому, эйфорическому настроению), а также у легкомысленных людей. В процессе общения с такими пациентами при проведении МСЭ необходимо настаивать на обязательном, регулярном посещении лечебных процедур, подчеркивая их важность, объяснять возможность различных осложнений при недобросовестном отношении к лечению, делая акцент на том, что неблагоприятное течение заболевания или появление осложнений существенно снизит способность пациентов к социальному функционированию.

Также проблема соблюдения этических норм и правил актуальна и в отношении ***больных наркологического профиля.*** Проблемы медицинской этики и ее составной части деонтологии в сфере наркологии в России остается мало изученной. Причинами этого явления, на наш взгляд, является тот факт, что в обществе и в профессиональной среде прямо или чаще завуалировано ставится под сомнение сам факт возможности существования медицинских этических принципов и норм в отношениях с больными наркологического профиля. Последним фактически отказывают в праве быть субъектами этических отношений. По-видимому, потому, что для «алкоголиков», «наркоманов» и «токсикоманов» статус медицинского больного, хотя формально и признается, но в действительности при этом предполагаются такие многочисленные оговорки и мнения, которые ставят наркологических больных по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в неравное двойственное и противоречивое положение.

Алкоголизм и наркомания – это психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая зависимость и синдром отмены в Международной классификации болезней (МКБ-10) описываются в блоке F11-F19 класса V (психических расстройств). В то же время, в социальном понимании данные заболевания как бы и не болезни, а больше воспринимаются в обществе как «жизненные обстоятельства». Типичное мнение обывателя, в отношении наркологических больных связано с обвиняющим характером установок и осуждением. Более того, распространено мнение, что они чуть ли не получают удовольствие от своей болезни, так как несмотря на очевидные негативные ее последствия продолжают алкоголизироваться (принимать наркотики), тем самым постоянно усугубляя болезнь, а следовательно должны отвечать за свою вину, одни нести на себе весь груз последствий своего поведения.

Логика такого рода рассуждений характерна и для некоторых специалистов МСЭ, что в деятельности пагубно приводит к нарастанию конфликтогенного фона и проявлению

агрессии, провоцируя конфликты. Проявляя негатив, врач всячески транслирует больному, что если он «алкоголик» или «наркоман» и все-таки признается больным и инвалидом, то уж, по крайней мере, не таким, как другие больные на законных основаниях, а условно в качестве одолжения и «второго сорта». Исходя из подобной логики, специалист рассуждает в русле необязательного применения к этим больным общемедицинских этических норм, которые в данном случае выглядят неадекватными, ненужным, нецелесообразными, по крайней мере, в полном объеме.

В связи с вышесказанным вопросы этики и деонтологии при проведении процедуры медико-социальной экспертизы с наркоманами и алкоголиками остаются одной из самых сложных неразработанных проблем.

Деонтологическая тактика общения специалистов МСЭ с наркоманами, алкоголиками должна отличаться исключительной гибкостью и психологической устойчивостью специалиста в отношении «провокации» на прочность в силу социального неодобрения и осуждения данной проблемы и больных в частности. Следует учитывать, что у алкоголиков и наркоманов большое распространение и значительную выраженность имеет **анозогнозия** — отрицание факта болезни и ее вытеснение. При бытовом пьянстве, в I стадии алкоголизма ведущую роль играет традиционно сложившееся общественное мнение о безвредности и даже пользе употребления алкоголя время от времени. Больные будучи, тем не менее, «продуктом» исторически и социокультурно сложившихся традиций, оправдывают свое отношение к спиртному ссылками на художественную литературу, опыт родственников и знакомых, существующие обычаи. Иногда некритическое отношение к употреблению спиртного и токсических средств на ранних стадиях заболевания связано с интеллектуальной неразвитостью и неспособностью противопоставить негативным влияниям собственное мнение. Нередко отрицание факта заболевания значительно выражено у родственников больного, что является своего рода защитной, охранительной психологической реакцией.

На отношение к алкоголикам и наркоманам по-прежнему влияет страх перед непредсказуемыми и, возможно, опасными действиями данных лиц. Данный феномен получил название **стигматизации.**

Стигматизация — негативное выделение обществом социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальныхреакций на данного индивида или представителей социальной группы.

Стигматизация представляет собой процесс, при котором отдельные черты превращаются в глобальную характеристику человека, и эта оценка носит, как правило, негативный характер. Поколебать сложившееся представление чрезвычайно сложно, так как в сознании многих людей предубежденная установка присутствует как данность.

Пример: «Во время изучения медико-экспертных документов выясняется, что у больного алкоголизм. Врач-эксперт сообщает всем специалистам, участвующим в освидетельствовании больного: «К нам опять алкоголика направили, тем самым давая установку «да чего с ним церемониться –он алкоголик».

Пример: «Больной, длительное время находившейся в местах лишения свободы, употребляющий наркотики более 10 лет, обратился для оказания услуги медико-социальной экспертизы в бюро медико-социальной экспертизы. На этапе изучения медико-социальной документации, врачи – эксперты с пренебрежением отнеслись к рассмотрению заключений, осмотр больного не проводили, а только довольствовались несколькими вопросами по телефону «Вы ходите?, А что вас там, на руках носят? Нет? – значит можете передвигаться –ограничений к передвижению нет». При проверке акта по контролю, в главном бюро специалисты усмотрели данные для установления группы инвалидности. На что специалисты бюро ответили: «Ну да, у нас тут тысячи, а мы с наркоманами и уголовниками будем возиться…»

Конечно, объективно врачам достаточно сложно абстрагироваться от существующих стигм в отношении наркологических больных и лиц, находящихся в местах лишения свободы. Однако, несмотря на нестандартность и особый социально-психологический контекст, формально квалифицирующий пьянство и наркоманию как «зло», деонтологически врач обязан оказать больному необходимое внимание в рамках оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе.

В отношении наркологических больных часто формируется **этический нигилизм**, когда любая этическая норма берется под сомнение, приобретает относительный характер в зависимости от контекста ситуации, когда вместо профессиональной этической нормы руководствуются понятием целесообразности в произвольной, субъективной трактовке. При этом обычно игнорируется, что большинство болезней, за исключением, может быть, сугубо наследственных или врожденных, являются в значительной мере результатом патогенного поведения человека, будь то его неосторожность или рискованность, легкомыслие или сознательный отказ следовать рекомендациям о здоровом образе жизни.

Поддержке такого мнения врачами МСЭ способствует и тот факт, что для больных алкоголизмом и наркоманией характерно аггравационное поведение, часто наблюдаемое у наркологических больных, когда с целью реализации рентных тенденций пациенты сознательно преувеличивают имеющееся соматическое неблагополучие, чтобы получить инвалидность, обеспечивая таким способом себе возможность добывать деньги для продолжения пьянства. Подобное поведение может наблюдаться и у наркомана.

При симулятивном поведении объективное содержание клинической картины практически отсутствует. Характер действий больных определяется установками, за которыми обычно усматривается корыстная заинтересованность.

Специалист медико-социальной экспертизы должен хорошо разбираться в поведении таких больных, строить свои отношения с ними, руководствуясь медико-психологическими знаниями на основе деонтологических принципов.

Деонтологическая направленность психотерапевтического подхода, как правило, не должна сводиться исключительно к соблюдению норм обычной этики, хотя в повседневности, как известно, и эти нормы часто нарушаются. Требование терпеливого, внимательного, доброжелательного тактичного отношения к любому человеку вообще является скорее требованием морали, чем специфической особенностью медицинской этики.

Обеспечение бесконфликтного коммуникативного пространства специалистами учреждения медико-социальной экспертизы возможно если каждый участвующий в предоставлении данной услуги будет соблюдать **следующие правила**:

- акцентировать внимание на ограничениях жизнедеятельности, а не на оценке образа жизни экспертного больного, и возможно приведшего к заболеванию;
- не навязывать своего мировоззрения, своего образа жизни;
- избегать морального осуждения;
- не демонстрировать своего отношения к представителям маргинальных групп;
- не допускать необоснованных заявлений, в том числе по проведению медико-социальной экспертизы, вследствие собственных негативных установок, сформированных под влиянием социальных мифов, стигматизации и чувств брезгливости, осуждения и неприятия;
- строго соблюдать законодательство в области сохранения врачебной тайны о заболевании пациента независимо от имеющегося диагноза.

Подводя итог вышесказанному, можно отметить, что соблюдение этики и деонтологии с вышеперечисленными категориями больных является необходимым условием осуществления медико-социальной экспертизы.

При оказании государственной услуги по медико-социальной экспертизе необходимо придерживаться следующих важных принципов общения, которые помогут

достичь цели эффективной коммуникации, не травмируя ни собственной психики, ни психики освидетельствуемого.

1. Учитывайте особенности лиц психологически пострадавших от заболеваний. Помните, что легко ранить тяжелобольного грубостью и невниманием. Не усугубляйте неэтичными, ятрогенными высказываниями эмоциональную травму пациента, нанесенную болезнью.

2. Проявляйте личностно-ориентированный подход к каждому экспертному больному, так как перед Вами, прежде всего, человек, личность. Не подавляйте его, не возвышайтесь над ним, будьте тоньше, интеллигентнее, устойчивее. Помните, что индивидуально-психологические особенности (уровень интеллекта, характер и жизненный опыт пациентов) разный как, впрочем, у всех людей. Больной может иметь свое мнение. Его видение ситуации, скорее всего, отличается от вашего. Старайтесь понять, выразить уважение к точке зрения больного, деликатно поправить, не унизив чувство его достоинства. Умейте общаться с каждым.

3. Не забывайте, что такие заболевания, как рак, ВИЧ, гепатиты, воспринимаются в сознании каждого больного как угроза жизни. Старайтесь доводить сведения до больного тактично без драматической окраски, рационально взвесив каждое слово. Все негативные симптомы в отношении развития заболевания могут резко и внезапно менять представление человека о его будущем, вызывают разнообразные психические реакции - от «отрицания» до агрессии. Воспринимайте это как реакцию защиты, постарайтесь мягко перевести разговор в позитивное русло.

4. Старайтесь понять и осознать чувства и мысли больного, находящегося в сложных условиях адаптации и жизни с тяжелым инфекционным (либо наркологическим) заболеванием. Не осуждайте его, не стройте догматических суждений о природе возникновения данных заболеваний, старайтесь абстрагироваться, мыслите позитивно, действуйте в рамках отведенных Вам компетенций.

Таким образом, соблюдение правил этики и деонтологии в значительной степени зависит не только от профессиональной подготовки врача - эксперта, но и от его воспитания, способности к сопереживанию, степени культуры, образованности, деликатности, интеллигентности, устойчивой профессиональной мотивации (в том числе в отношении выполнения своего ***профессионального долга***) даже в отношении таких экспертных ситуаций как освидетельствование инфекционных, туберкулезных, онкологических и наркологических больных.

ГЛАВА III. ПРИКЛАДНЫЕ ПРИЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ГРАЖДАНАМИ ПРИ ОКАЗАНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

«…Думай что говоришь, думай, зачем говоришь, думай как поймут тебя…».

Академик Б.С. Преображенский

3.1. Техники эффективного общения и коммуникаций для урегулирования конфликтных экспертных ситуаций

Для целей оптимизации профессионального взаимодействия специалистов учреждений медико-социальной экспертизы с освидетельствуемыми, рассмотрим ***принципы эффективного общения и коммуникаций*** с психологических позиций.

Рисунок 5

Функции общения

В социальной психологии ***общение*** определяется как процесс, обеспечивающий обмен информацией между людьми при их взаимодействии друг с другом. Общение, является одной из основных форм социальной активности человека. Как процесс общение имеет несколько функций: информационную, перцептивную и интерактивную[34].

Информационная функция общения реализуется при передаче или получении различной информации. Информация подразделяется на несколько видов и может быть побудительной (выражать рекомендации, советы, просьбы, приказы, стимулировать и побуждать к каким-либо действиям). Также информация может быть констатирующей (излагаться в форме сообщения, не подразумевающего непосредственного изменения поведения, а диктовать необходимость принятия факта «как такового»). В процессе межличностного общения информация не только передается, но и формируется, разъясняется, уточняется и развивается.

Осуществляется процесс передачи информации в виде следующей модели:

КОММУНИКАТОР - СООБЩЕНИЕ (ТЕКСТ) - КАНАЛ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ - РЕЦИПИЕНТ (АУДИТОРИЯ) - ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Также необходимо учитывать то, что при передаче, информации она проходит через специфический «фильтр доверия-недоверия», формирующийся на основании коммуникативных качеств участников процесса общения, их установок и специфики коммуникативной ситуации, что закладывает определенные способы сознательного и бессознательного манипулирования и возможных вариантов принятия ложной информации и непринятия истиной.

Рисунок 6

Схема реализации процесса общения

Для участников коммуникативного процесса при проведении процедуры освидетельствования основная задача заключается в том, чтобы в процессе общения добиться полного и адекватного восприятия получаемой больным информации, минимизировав риски возникновения конфликтов.

Исходя из этого, специалистам учреждений медико-социальной экспертизы особенно важно учитывать, что адекватное понимание и усвоение информации зависит и от формы ее подачи и от личностных особенностей собеседников.

В психологии общения принято выделять несколько коммуникативных стилей, применяемых в зависимости от ситуаций и целей общения [4,11].

Для эффективной коммуникации **рекомендовано** пользоваться следующими стилями (в зависимости от ситуации), на основе которых специалисту необходимо строить диалог и общение с человеком: ***точный, внимательный, дружелюбно-открытый, успокаивающий, воодушевленный.***

Данные стили следует использовать внимательно «тестируя ситуацию» и чувствуя в каждый конкретный момент, каким образом следует общаться с человеком, в зависимости от актуальной потребности (успокоить человека, вселить в него уверенность, заинтересовать в общении, снизить накал эмоционального напряжения, донести до человека нужную информацию и др.).

Реализуются данные стили в следующих характеристиках общения и поведении:

- «точный» - стиль, нацеленный на точность и аккуратность передаваемой и считываемой информации;
- «внимательный» - стиль, демонстрирующий истинный интерес к тому, что говорит собеседник;
- «дружелюбно-открытый» - стиль, поощряющий вклад собеседника в общение при котором человек может выражать свои чувства;
- «успокаивающий» - расслабляющая стратегия, направленная на снижение тревожности человека;
- «воодушевленный» - эмоционально-позитивный с частым использованием невербального поведения (зрительный контакт, доброжелательность в лице, доброжелательная интонация и др.)[25]

Рисунок 7

Механизм общения между коммуникатором и реципиентом

Не рекомендовано в процессе коммуникативного общения при проведении медико-социальной экспертизы использовать следующие стили: (рис.8)

- ***доминантный, спорный, категоричный, раздражительный, драматически-впечатляющий, избегающий, равнодушный, навязчивый.***

Реализуются данные стили в следующих характеристиках общения и поведении:

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

- «доминантный» - уничижительно доминирующий стиль, направленный и подчеркивающий доминирующую позицию и снижение роли собеседника в общении, проявляющийся в грубом, снисходительном отношении;

- «спорный» - упрямо и настойчиво доказывающий правоту, не допуская каких-либо других мнений собеседника, с проявлением категоричных безапеляционных высказываний;

- «категоричный» - с проявлением безапеляционных высказываний, обобщений и выводов;

- «раздражительный» - ворчание, выплеск накопившегося раздражения на окружающих, откровенная грубость, нападки и агрессия;

- «драматически-впечатляющий» - стиль, связанный с преувеличением эмоциональной окраски при общении, а также направленный на желание произвести впечатление.

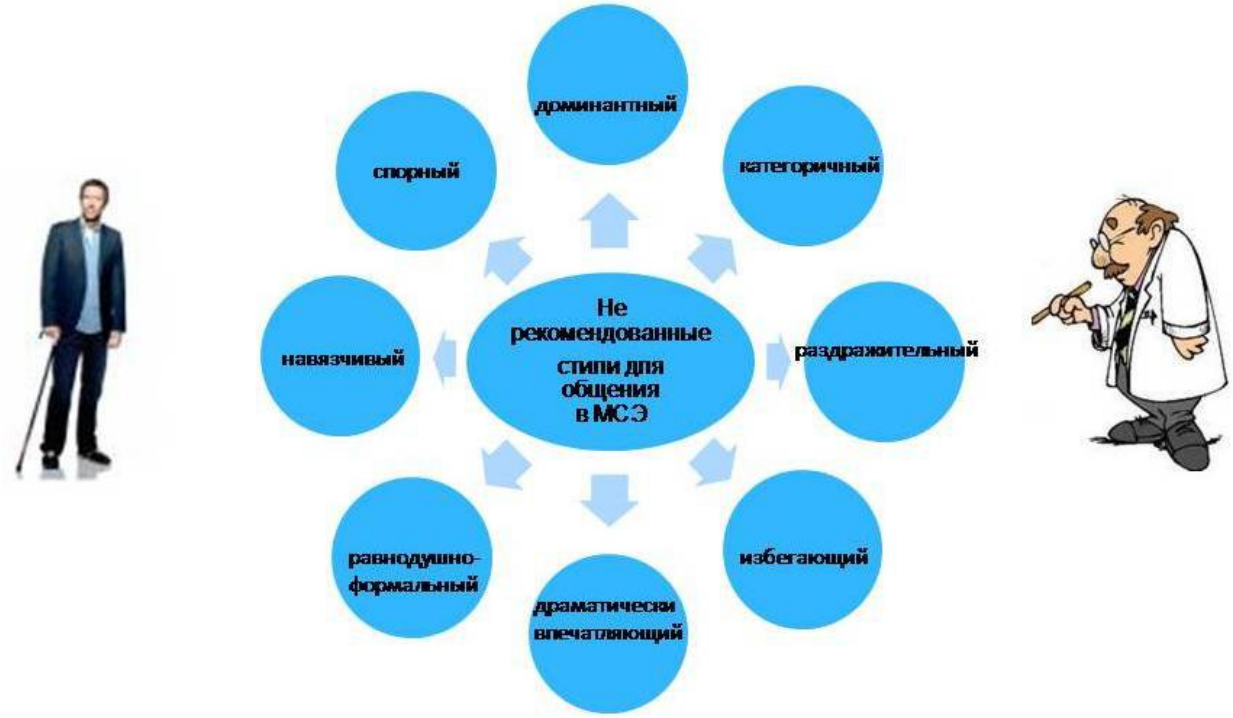
- «равнодушный» - полное безразличие к человеку, обвинение в притворстве, формальное контактирование;

- «избегающий» - стиль, связанный с нежеланием контактирования с собеседником, в результате которого максимально избегаются все виды контактирования (вербальное, невербальное), происходит перебивание и игнорирование собеседника.

- «навязчивый» - стиль, связанный с настоятельным желанием навязать свое мнение.

Рисунок 8

Неэффективные, противопоказанные для использования при общении с освидетельствуемыми стили общения



Очевидно, что реализуемые в общении стили коммуникации обусловлены личностными качествами собеседников.

К сожалению, коммуникативная неграмотность, либо личностно-эмоциональные черты специалистов нередко служат психологической основой формирования индивидуального неэффективного стиля общения с людьми.

Результатом подобного «индивидуального стиля», либо постоянно реализующегося в профессиональной коммуникации, либо реактивно, в зависимости от ситуации,

порождают формирование конфликтогенов, провоцирующих инцидент в дальнейшем реализующийся в экспертный конфликт.

Врачам, в ситуации взаимодействия с освидетельствуемыми и их родственниками, **недопустимо нижеописанное поведение и употребление следующих фраз и выражений**

Таблица 1

Неэффективный стиль общения	**Примеры конфликтогенов, провоцирующих инцидент**
«Доминантный»	- «Ну и что там у Вас? Давайте сюда свои снимки? Ну и где вы тут что увидели?» - «Почему Вы решили, что с Вашим заболеванием Вам положена инвалидность? Врач, который вам рекомендовал инвалидность не эксперт». Мы здесь эксперты, а не там у Вас в больнице!». - «Ну?...Я слушаю Вас…. И что? Это все жалобы?»
«Спорный»	- «Да что Вы мне тут говорите? Ваши врачи ничего не понимают. Учишь, их учишь…» - «Ну и что, что Вам сказал кандидат наук! Я тоже, между прочим, кандидат, и так не считаю…Знаете сколько публикаций у меня по этой проблеме…» - «Мы тут каждый день с этим сталкиваемся…а Вы что в этом понимаете». -«Не «Кондор», а «Конкор», знать нужно названия лекарств, которые вы принимаете…»
«Категоричный»	- «Слушайте, что я Вам говорю. Я не считаю, что вы инвалид». - «Если бы слушали врачей, проходили бы лечение и обследование во время -не сидели бы тут передо мной. Документов никаких нет – как я могу поверить, что у вас приступы. Лучше надо документы собирать для экспертизы…». - «Чего вы все тут придумываете? Нет у вас данных на вторую группу». -«Ничего не говорите, я документы изучаю и все равно не слышу». -«Что Вы мне тут говорите, по документам у Вас совсем другие данные». -«Не перечисляйте мне заболевания… конкретизируйте жалобы быстрее».
«Навязчивый»	- «Вы, чем приходить за инвалидностью, мамочка, лучше бы занимались воспитанием своего ребенка…» - «Учить ребенка нужно всему, вон он у вас лоб здоровый, а ничего не умеет». - «Ну чего Вы сидите дома, не работаете, давайте ищите работу…» - «Мамочка, вы раскормили своего сына как поросенка, ему худеть нужно, тогда и проблем таких не будет, слушайте, что Вам врачи говорят…».
«Драматически впечатляющий»	- «О господи!!! Да что Вы говорите, неужели так Вам и сказали…» - «Боже упаси Вас так поступать!!!». - «Даже не вздумайте так поступать».
«Избегающий»	-«Все, достаточно, Вы бы еще со времен Царя Гороха начали». -«Так, все ясно –идите, раздевайтесь –будем Вас смотреть» -«Я сказал Вам раздеваться, так чего стоим… Быстрее, быстрее!!»

«Равнодушный»	-«Одевайтесь быстрее, у нас обед». -«Нет, мы не будем смотреть эти документы, они за прошлый год». -«Я не знаю, где вы будете работать – в мою компетенцию это не входит, идите в центр занятости населения…» -«А я считаю, что у Вас мало данных для усиления группы» -«Это не я должен помнить, а Вы… Вас тут каждый день толпы ходят». -«Мне может быть тоже нужно быстрее домой, а я Вас тут слушаю… Ждите своей очереди!» -«Ну хватит тут претворяться, у всех болит – Вы же сами сюда пришли». -«Да не нажимаю я уж так сильно, чтобы так громко охать». -«Ну, что не можете, что ли ноги как следует согнуть… всем больно..»
«Раздражительный»	Выплескивают накопившееся раздражение на других: -«Ну что вы копаетесь, доставайте документы, вы же на экспертизу пришли, а не в гости!» -«Не надо мне здесь ныть…»; -«Сам болеешь, и ничего – ходишь на работу, а эти больные – инвалидность им подавай!». - «Мамочка, это не к нам, а к врачам нужно! Раньше нужно было думать, чем инвалидов рожать…» -«Если ничего не понимаете - сидите и молчите, а то кругом одни специалисты..» -«А не много ли Вы хотите от государства? Что еще Вам в ИПР вписать?…». -«Идите, жалуйтесь куда хотите, но данных за инвалидность у Вас нет». -«Вы еще президенту напишите!!! Все равно мы последняя инстанция и суд нас слушать будет…» -«Работаешь, работаешь, а тут никакой благодарности». -«Сколько не делай Вам добра – все равно хорошими не будем». -«Чем Вы не довольны! Сами-то ничего не делаете: в стационаре не лечитесь, лекарственную терапию не меняли…». -«Да Вы на себя сначала посмотрите!!! Сидите на шее у государства…».

Одной из основных целей коммуникации при освидетельствовании граждан в учреждении медико-социальной экспертизы (особенно в случае оспаривания экспертного решения) является недопущение экспертных конфликтов.

Специалисты в области социальной психологии установили, что одним из основных факторов развития конфликта является ***необъективное ошибочное и искаженное восприятие*** друг друга в результате быстротечной коммуникации, и в следствии этого, недостаточной рефлексии и информированности контактирующих сторон друг о друге [1,4,11,37].

Как было отмечено ранее, процесс освидетельствования, особенно в первичном звене, является быстротечным. А значит, в силу недостатка времени, торопливости и поверхностности, существует риск необъективного (субъективного) поверхностного восприятия сторонами и возникновения обоюдной «непонятости». При этом адекватное, объективное восприятие людьми друг друга в процессе контактирования, является основой успешного взаимодействия [11,37]. Проблему объективного межличностного восприятия, возникающего в экспертном процессе, возможно рассматривать сквозь призму теоретической концепции о ***«социальной перцепции»*** [1,11].

Вообще, перцептивная функция в арсенале человека, отвечает за взаимопонимание и успешное развитие межличностного общения. Впервые термин «социальная перцепция» ввел Дж. Брунер в 1947 году в ходе исследований восприятия в новой интерпретации. В последнее время ученые обозначают суть данного процесса как восприятие «социальных объектов», подразумевая и других людей, и других социальных групп, и различных социальных общностей. Именно в этом качестве, данный термин закрепился в социально-психологической области знания и вполне соответствует проблеме изучения взаимодействия участников экспертного процесса в рамках «человек – человек».

По мнению Регуш Л.А. (1991), в системе коммуникации «человек-человек», развитие перцептивной наблюдательности за поведением и взаимодействием собеседника является основным и неотъемлемым условием эффективного общения. Также основным условием эффективной коммуникации, является способность к эмпатическому чувствованию людей, которое означает искреннее сопереживание и сочувствие к другому человеку. Вообще, личностное качество – способность к **эмпатии** это неотъемлемое профессиональное качество специалиста помогающих профессий, к которым по праву необходимо причислить и всех врачей и остальных специалистов учреждений медико-социальной экспертизы. Из литературных источников известно, что именно способность человека к эмпатическому слушанию является необходимым условием эффективного разрешения конфликтов в сфере межличностного общения [1,4,34].

В то время как, отсутствие способности к эмпатии в целом, и навыка эмпатического слушания в частности, способствует наращиванию искажающих деталей восприятия, которые могут возрастать по мере их развития вплоть до выраженного негативизма, отторжения и агрессивных проявлений у общающихся сторон. Данная личностная специфика означает, что даже при относительно благожелательном общении с освидетельствуемым неэмпатичный (черствый, формальный, равнодушно отрешенный) специалист, скорее всего, усилит агрессивность негативно и конфликтно настроенного больного.

Не менее важной составляющей социальной перцепции «восприятия» другого, является процесс рефлексии (навыка осознания у субъекта взаимодействия того, как он воспринимается партнером по общению). Обычно, в конфликтных ситуациях люди недооценивают свой вклад в степень их развития, перекладывая (чаще всего бессознательно) ответственность за сложившуюся ситуацию на собеседника.

Учитывая данный факт, и опыт наблюдения за поведением врачей и других специалистов в процессе экспертного освидетельствования, необходимо констатировать, что часто, не осознавая последствия своих действий, общаясь «менторским» тоном, иногда не замечая перехода на «повышенные тона» они создают прочную конфликтную основу, последующего взаимодействия, провоцируя негатив граждан, перерастающий в большинстве случаев в открытую фазу конфликта – ругань, письменные и очные жалобы, протесты.

Рекомендуем специалистам учитывать следующие принципы эффективного общения и бесконфликтного поведения и придерживаться их в контексте профессиональных и личностных отношений.

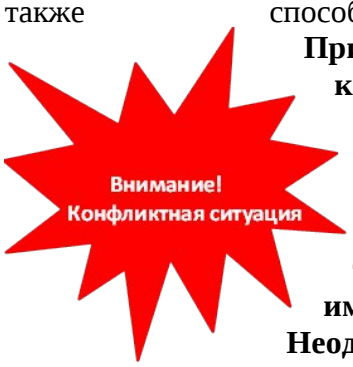
Для эффективного общения
при взаимодействии с освидетельствуемым специалисту следует избегать:

1) **Доминирующей позиции.**
2) **Споров, настойчивых, упрямых, категоричных высказываний.**
3) **Раздражительных реакций, проявления грубости, эмоциональных высказываний и агрессивных действий, как в отношении освидетельствуемых граждан и их родственников, так и в межпрофессиональных взаимодействиях.**

Для эффективного общения и профилактики конфликтных ситуаций при взаимодействии с освидетельствуемым специалисту следует придерживаться следующих правил:

1) **Проявлять терпимость и участие.**
2) **Быть спокойным, вежливым, уверенным (но не самоуверенным).**
3) **В беседе быть точным, конкретным.**
4) **Не переходить «на личности» и не давать оценок человеку.**
5) **Аргументировать факты обоснованно, объяснять доступно и понятно.**
6) **Не давать советы (либо давать с осторожностью), напрасно не обнадеживать больного в отношении возможности положительного решения об установлении инвалидности.**
7) **Не быть назидательно навязчивым.**
8) **Ни в коем случае не обвинять человека, даже если он не прав.**
9) **Не проявлять грубость к человеку даже если Вас провоцируют.**
10) **Проявлять выдержку и достоинство в любой ситуации.**

Также в разделе посвященному эффективным техникам общения необходимо уделить внимание ***этикету деловой переписки***. Данный вид общения в медико-социальной экспертизе представлен в широком формате, а случаи некорректного составления писем также способны спровоцировать недовольство граждан.



Пример: Гражданин, оспаривающий решение экспертной комиссии получает ответ от учреждения медико-социальной экспертизы, в котором множественные факты изложены недостоверно, именно по небрежности автора, составляющего письмо, в том числе искажены все три части имени Имя Отчество, которые автор письма перепутал, также с искажением написана фамилия. Для любого человека имя является важной опознавательной составляющей. Неоднократно искаженное в письме имя позволило данному больному почувствовать небрежность службы, что также может трактоваться как безответственное отношение специалиста, наспех составляющего переписку с гражданином и развиться в негатив, вплоть до жалоб в вышестоящие инстанции.

Важной задачей при ведении деловой переписки является грамотное составление писем в деловом стиле и их информационное насыщение, т.е. включение в него целесообразного количества информации, при этом соблюдения канонов делового общения.

Деловые письма бывают одноаспектные и многоаспектные. Нередко один аспект может составить содержание всего письма, и чаще всего такими являются письма, не требующие ответа. Для многоаспектных писем уже сложились определенные устойчивые синтаксические конструкции для выражения того или иного аспекта содержания. Текст многоаспектного письма обычно состоит из разделов, подразделов, пунктов, подпунктов.

Изложение каждого аспекта необходимо начинать с абзаца. Однако для современной деловой переписки характерна тенденция составления преимущественно одноаспектных писем.

Наиболее простая структура письма - это две части. В первой излагаются факты и события. Например: «*по результатам медико-социальной экспертизы, проведенной по представленным медико-экспертным документам, данным осмотра специалистов, комплексной оценке объективных показателей установлено, что имеющееся у Вас заболевание в настоящий момент сопровождается стойкими незначительными нарушениями функций (указать каких), которые не приводят к ограничению основных категорий жизнедеятельности, что не является основанием для установления группы инвалидности*». *В*о второй части письма обосновываются выводы, излагаются просьбы, либо предложения.

При составлении любого письма сначала нужно наметить логическую схему его содержания. Приведем примеры структуры писем, состоящих из двух-трех частей.

Таблица 2

Виды и структура письма

Вид делового письма	**Структура делового письма**
Служебное письмо-запрос:	1) обоснование актуальности запроса; 2) содержание запроса; 3) ожидаемый результат, если просьба будет выполнена.
Сопроводительное письмо:	1) сообщение о высылаемом материале; 2) уточняющие сведения.
Письмо-просьба:	1) изложение причины, побудившей обратиться с просьбой; 2) изложение просьбы; 3) ожидаемый результат, если просьба будет удовлетворена, выражение готовности к дальнейшему сотрудничеству.
Письмо-ответ (отказ в просьбе или отклонение предложения):	1) повторение изложения просьбы; 2) обоснование причины неудовлетворения просьбы; 3) констатация отказа или отклонения предложения.

Каждое деловое письмо является «лицом» отправителя, характеризуя не только его компетентность, но и уровень культуры учреждения в целом.

Именно, в экспертизе с учетом повышенной конфликтогенности данной сферы социальных взаимодействий, необходимо соблюдать этику деловой переписки, однако избегая при этом формального отношения. Любое письмо к гражданину должно быть строго индивидуальным, с соблюдением следующих общих правил деловой переписки, обозначенных далее.

Правила делового письма

Таблица 3

Правило первое	Письмо должно быть недлинным. Старайтесь уложиться на одной, либо полутора страничках листа формата А 4.
Второе правило	Письмо должно быть четким и ясным.
Третье правило	Необходимо избегать в деловом письме многосложных, непонятных (иностранных, сугубо специальных) слов и выражений. Лаконичные письма, написанные односложными словами, характеризуют пишущих как хороших специалистов, владеющих искусством общения.
Четвертое правило	В письмах не должно быть лишних прилагательных, наречий, что часто делает стиль излишне «бытовым».
Пятое правило	Письмо должно отражать единый стиль учреждения.

Таким образом, при организации переписки в службе м е д и к о - с о ц и а л ь н о й экспертизы необходимо придерживаться официально-делового стиля, реализующего функцию сообщения. Стилевые особенности данного стиля – это официальность, точность, беспристрастность, отсутствие эмоционально-оценочных слов.

Стандартные фразы и выражения, используемые в деловой переписке

Составитель деловых писем должен знать и использовать набор следующих стандартных фраз[26]

Таблица 4

Для объяснения мотивов того или иного действия, той или иной реакции используются следующие выражения:	- В порядке проведения совместной работы..., - В соответствии с Вашим письмом...; - В ответ на Ваше обращение...; - В подтверждение нашей договоренности...; - В целях усиления ответственности...; - На Ваше обращение...
Если составляется письмо-просьба, то используются такие выражения:	- Просим оказать содействие...; - Просим выслать в наш адрес...; - Просим принять участие...; - Прошу принять меры...; - Прошу принять к сведению...; - Прошу довести до сведения...;
Сопроводительные письма обычно начинаются со слов:	- Направляем информацию...; - Возвращаем материалы...; - Высылаем подписанный с нашей стороны договор...; - Посылаем справочную литературу...
Письма-подтверждения начинаются так:	- Подтверждаем… - С благодарностью подтверждаем....
В письмах-напоминаниях используются такие модели:	- Напоминаем, что..., - Напоминаем Вам, что ...
В письмах-извещениях используются следующие модели	- Сообщаем, что...; - Ставим Вас в известность, что…

[26]Кирсанова М.В. Деловая переписка. - Москва: ИНФРА-М, 2008-136с

Также в данном параграфе необходимо уделить внимание и ***речевому телефонному этикету,*** которое является необходимым условием профилактики возникновения недовольства граждан, взаимодействующих со специалистами учреждения медико-социальной экспертизы, в том числе и по телефону.[27]

Специалистам необходимо знать, что профессиональный навык умения общаться и вести беседу по телефону, также является его рабочим инструментом. Основное положение, которое следует осознать специалистам, взаимодействующим с гражданами по телефону, это важность создания эффективной коммуникации.

Уровень телефонной коммуникации, формирует впечатление об учреждении и о службе в целом, что необходимо учитывать при организации процесса ведения телефонных переговоров и общения с гражданами посредством телефонной связи.

Также как и при очном общении с человеком, в разговоре по телефону очень важно первое впечатление от контакта. И то, как специалисты представляются в начале разговора, и то, как отвечают на входящие звонки и то, как завершают беседу. Важно все: тембр голоса, тон, доброжелательность, учтивость. Особенно важна способность четко и последовательно излагать свои мысли, так чтобы на другом конце линии человек (часто пожилого возраста, имеющий тяжелое инвалидизирующее заболевание, иногда эмоционально подавленный, взвинченный или даже сверх-агрессивный) услышал и понял то, что требовалось донести до него специалисту.

Для эффективной коммуникации посредством телефонной связи специалистам следует придерживаться **следующих правил**:

- стараться сразу отвечать на входящий звонок (долгое ожидание нервирует оппонента);
- доброжелательно и вежливо отвечать на входящий звонок официальным приветствием («Добрый день, Бюро МСЭ»);
- излагать свои мысли следует лаконично, четко, отчетливо проговаривая слова (особенно числа, фамилии, адреса, номера документов и другую значимую информацию);
- фразы должны быть не многословные, но логически завершенные, без множественных повторов и длиннот;
- просьбы, требования, обращения и рекомендации, которые специалист излагает по телефону, должны быть логичны и последовательны;
- темп речи должен быть равномерный, средний (не скороговоркой), старайтесь также подстроиться под темп собеседника;
- громкость голоса достаточная (слишком тихая речь может сложно восприниматься);
- в случае звонка гражданину, следует представляться, назвав фамилию, учреждение и должность специалиста;
- завершая телефонное общение необходимо попрощаться с собеседником;
- в случае отсутствия адресата специалисту следует поинтересоваться, с кем он беседовал, попросить передать гражданину о своем звонке и спросить, когда с ним можно связаться в ближайшее время (либо попросить его перезвонить самому). [28]

Подводя итог, данного параграфа об эффективных коммуникативных техниках необходимо отметить, что соблюдение предложенных стратегий эффективного общения позволит специалистам формировать как индивидуальный «позитивный» имидж специалиста медико-социальный экспертизы, так и влиять на изменение отношения граждан к службе медико-социальной экспертизы в целом.

---

[27]Кава Р. Как работать с трудными людьми – М.: АСТ: Астрель, 2007 – 300 с.

[28]Павлова, Л.Г. Основы делового общения : учебное пособие / Л.Г. Павлова ; под ред. Л.А. Введенской. –2-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2009. – С. 295–302.

3.2. Психологическая совместимость экспертной команды, этические аспекты соблюдения процедуры и межпрофессиональных взаимоотношений в сложных и спорных случаях при осуществлении медико-социальной экспертизы

В любой социальной группе наличие конфликтов между людьми естественный процесс. Неизбежны конфликты и в коллективах специалистов учреждений медико-социальной экспертизы по различным (социально-психологическим, социально-бытовым, социально-экономическим и профессиональным вопросам).

В данном параграфе рассмотрим аспекты эффективного межпрофессионального взаимодействия и проблемных ситуаций, наиболее часто возникающих внутри коллектива, которые с точки зрения психологии квалифицируются как внутриличностные и межличностные конфликты, а также этические аспекты соблюдения процедуры и межпрофессиональных взаимоотношений в сложных и спорных случаях при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Внутриличностный конфликт - это трудно разрешимое противоречие, которое вызвано столкновением практически равных по силе, но противоположно направленных потребностей, мотивов или интересов человека.

Внутриличностный конфликт может принимать различные формы. Одна из самых распространенных форм - ролевой конфликт. Чаще всего он возникает, когда к работнику предъявляются противоречивые или взаимоисключающие требования. Также внутриличностный конфликт может возникнуть из-за того, что личностные потребности не согласуются с производственными требованиями и потребностями (например, необходимость оставаться после работы или работать в выходные дни, когда запланировано семейное мероприятие и т.п.).

Межличностные конфликты – это конфликты между отдельными индивидами в процессе их социального (в том числе профессионального) взаимодействия. Причины таких конфликтов – как социально-психологические, так и личностные. К ним относятся: потери и искажения информации в процессе межличностной коммуникации, несбалансированное ролевое взаимодействие двух людей, различия в способах оценки деятельности и личности друг друга, напряженные межличностные отношения, стремление к власти, психологическая несовместимость, а также различные профессиональные позиции коллег.

Межличностные конфликты с коллегами и руководством также существуют и в экспертной среде: при обсуждении требований трудовой дисциплины, из-за неравномерного распределения нагрузки (особенно в тех случаях, когда предоставляется возможность дополнительного заработка) либо из-за психологической несовместимости людей, обусловленных внутриличностными проблемами (конкуренцией, завистью, различными ценностными ориентациями) и др**.** Сложные конфликтные ситуации и противоречия могут возникать и при вынесении решений по вопросам медико-социальной экспертизы.

В создании «здоровой психологической» атмосферы в коллективе многое зависит как от отдельных членов команды, так и от руководителя экспертного бюро и учреждения в целом. Руководителю учреждения и каждого экспертного бюро необходимо знать основы конфликтологии, учитывать принцип психологической совместимости членов коллектива, что подразумевает владение знаниями в области организационной психологии и определенными управленческими навыками по формированию эффективного межпрофессионального взаимодействия и урегулированию конфликтных ситуаций.

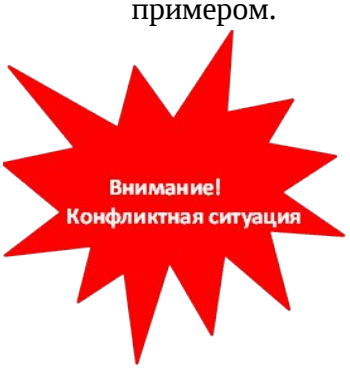
Предупреждение конфликтных ситуаций в рамках социального взаимодействия «сотрудник – сотрудник» и «сотрудник – руководитель» зависит от многих факторов, в том числе и от следующих:

- компетенции руководителя и его искусства управления групповыми процессами и межличностным взаимодействием специалистов в коллективе (предоставления возможностей для реализации творческого потенциала каждому специалисту, равномерного распределения рабочей нагрузки на специалистов и справедливого финансового вознаграждения за работу; использования нематериальных мотивационных рычагов в управлении и навыков формирования единой «сплоченной» экспертной команды) и др.;

- уровня личностного развития и мотивации к профессиональной деятельности каждого специалиста в коллективе;

Также как и в любом профессиональном коллективе, среди сотрудников учреждений медико-социальной экспертизы периодически возникают различные конфликтные ситуации. Особенно необходимо остановиться на тех конфликтных ситуациях, которые формируются в результате неэтичного межпрофессионального поведения непосредственно в процессе экспертной деятельности.

Причины, обусловливающие возникновения подобных ситуаций различны. Одной из распространенных причин возникновения конфликтных ситуаций является так называемая «экспертная неопытность» специалистов, которую можно проиллюстрировать следующим примером.



При осмотре экспертного больного молодой (недостаточно опытный) врач-ортопед «проговаривается» о том, что на его взгляд имеются ограничения жизнедеятельности, позволяющие установить инвалидность. В то время как после осмотра больного всеми специалистами ограничения жизнедеятельности объективизированы как незначительные и категория «инвалид» не установлена, что естественно послужило поводом к развитию конфликта и желанию освидетельствуемого добиться правоты от руководства учреждения, в виде обращения *«…сами разберитесь между собой, есть у меня инвалидность или нет…»*.

При «разборе полетов» в коллективе возник острый конфликт между «молодым» специалистом и руководителем, который в резкой манере отругал специалиста за необдуманные высказывания в присутствии больного и необоснованную констатацию факта инвалидизации.

Также возникновение конфликта в межпрофессиональной коммуникации возможно в результате жесткого, единоличного профессионального мнения эксперта. Подобный тип конфликтных ситуаций не всегда обусловливается, очевидной на первый взгляд причиной «длительным стажем экспертной деятельности». Естественно, длительная профессиональная деятельность обогащает опыт любого профессионала, формируя так называемую роль «гуру», наделяющую неоспоримостью профессионального мнения. К сожалению, иногда жесткая неоспоримая экспертная позиция «я сказал, что это так…» формируется в результате личностных искажений.

В экспертной практике нередко встречаются врачи, которые открыто проявляют агрессивность и враждебность по отношению к коллегам, так как считают, что их статус (например, руководитель бюро, или заслуженный врач, либо научная степень и звание – д.м.н., профессор и др.), а также большой профессиональный и жизненный опыт позволяет им настаивать на единственно правильной с их точки зрения экспертной позиции. Наслаиваясь на «личность» подобное догматическое мышление формирует конфликтный стиль межпрофессионального взаимодействия, когда эксперт буквально не слышит никого, оспаривая каждое слово, полагаясь лишь на свое мнение (не всегда объективное), считая его единственно правильным. При этом, ввиду личностных особенностей (авторитарной позиции и профессиональной самооценки), позволяя себе обсуждать, имеет или не имеет экспертный больной ограничения жизнедеятельности в присутствии больного.

Как правило, такая личностная позиция исключает мнение остальных коллег, и зачастую, решение об установлении группы инвалидности, принимается единолично используя стратегию авторитарного мнения ***«… я сказал, что здесь нет группы, ее и не будет…».*** Неэффективность такого поведения заключается в том, что специалист подавляет инициативу коллег, создавая большую вероятность того, что будут учтены не все важные факторы при оценке инвалидности в угоду единоличному мнению «наиболее опытного, либо обладающего властью» эксперта. Подобная ситуация конфликтна, и в случае если такую стратегию занимает руководитель, и в случае если подобной стратегии придерживается сотрудник коллектива (как правило являющийся неформальным лидером). Данная ситуация может вызвать естественные групповые процессы «отторжения» и «непринятия», подавленной групповой агрессии, а следовательно формировать потенциальные конфликтные ситуации в межпрофессиональной коммуникации не способствующие общей эффективности экспертной деятельности и формированию сплоченной экспертной команды.

Руководителям структурных подразделений учреждений медико-социальной экспертизы и всем специалистам необходимо строго придерживаться ее основного принципа – комиссионного обсуждения решения при установлении инвалидности, регламентированного и утвержденного Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 04.09.2012) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

В п. 28. Вышеуказанного постановления говорится о том, «что решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается ***простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе <u>обсуждения</u> результатов его медико-социальной экспертизы.*** Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу (его законному представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения».

В случае наличия «особого мнения», отличного от мнения большинства и профессионально (а не эмоционально) аргументированного, специалист медико-социальной экспертизы может его оформить записью в п. 74. «Особое мнение специалистов по вынесенному решению» протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы[29].

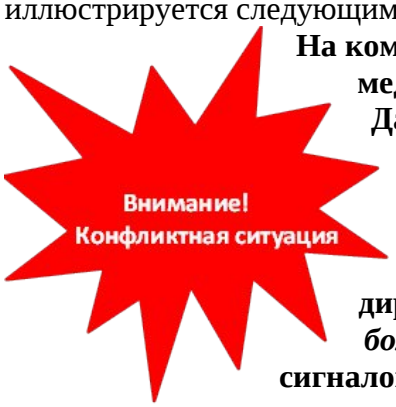
Очевидно, что для эффективного ведения экспертной процедуры руководителям необходимо учитывать такие психологические аспекты, как оптимальный (с точки зрения психологической совместимости) подбор специалистов в состав экспертной комиссии для обеспечения психологической совместимости – т.е. психологической ***«сыгранности» экспертной команды***.

Опыт наблюдения за поведением и межпрофессиональной коммуникацией в процессе освидетельствования больных показал, что наличие негатива хотя бы у одного специалиста способно воздействовать на невербальном уровне на общий психоэмоциональный фон экспертной процедуры. Психологи в таких случаях говорят «поле работает»… А там где есть два взаимораздраженных, не принимающих друг друга человека, вынужденных в силу профессиональной необходимости находится в одном пространстве, общей «благостной и дружелюбной атмосферы» не получится. Транслируемое раздражение специалистов в адрес друг друга (даже если они очень сильно стараются это скрыть) не останется незамеченным и в случае так называемой «фасилитации», из-за дополнительных

---

[29] *Приказ Минтруда России от 17.10.2012 N 322н «Об утверждении формы протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.11.2012 N 25914)*

раздражающих факторов, способно спровоцировать экспертный конфликт, что иллюстрируется следующим примером.



На комиссии больного осматривает руководитель (специалист по медико-социальной экспертизе), ведет беседу, делает записи. Далее, врач объявляет больному, чтобы он прошел за ширму и разделся для осмотра хирурга, и передает экспертные документы, положив их на стол хирургу. Больной проходит, раздевается и ждет…Хирург, не двигается, игнорируя указание к осмотру… Эксперт еще раз директивно обращается к хирургу со словами *«Смотрите больного!»*. Хирург, проявляя все богатство невербальных сигналов характеризующих недовольство (багровеет, учащенно дышит, что-то ворчит), демонстративно встает, берет экспертные документы, швыряет их обратно на стол «оппоненту», словесно добавляя *«Сами сначала смотрите…»* и демонстративно выходит из кабинета. «Оппонент», вместо того чтобы сгладить ситуацию и все внимание уделить больному, начинает бурно обсуждать поведение несдержанного коллеги с медицинским регистратором, сам «заводясь» еще больше, в то время как больной в полной растерянности сидит и ждет… Данная конфликтная ситуация иллюстрирует актуальность проблемы обеспечения эффективного взаимодействия членов экспертной команды с целью профилактики риска возникновения конфликтов, в том числе и по вине агрессивно настроенных друг к другу специалистов.

В случае конфликтов в коллективе, открытых проявлений конфронтации, противоборства сотрудника (либо нескольких сотрудников), руководитель обязан решать создавшуюся проблему посредством управленческих решений (замечаний, выговоров, материального взыскания, ротации должностей, перевода специалиста в другое структурное подразделение и т.д.).

Наличие конфликтов в коллективе требует от руководителя умения работать с психологическими и профессиональными границами сотрудников, проясняя причины, влияющие на создание групповых и межличностных конфликтов. Подобная работа непрерывна, а на любого руководителя помимо основной производственной функции «обеспечения экспертной деятельности» также возлагается функция эффективного управления специалистами.

Конфликтные ситуации, формирующиеся в результате межпрофессиональных взаимодействий в коллективе, неизбежно влияют на окружение (освидетельствуемых, родственников), а также находящихся в «поле» профессионального взаимодействия специалистов.

Управление специалистами и формирование экспертной команды необходимо осуществлять с учетом индивидуально-психологических и профессиональных качеств сотрудников. Необходимо учитывать схожесть (либо взаимодополняемость) характерологических качеств, морально-нравственных ценностей.

При этом подбор специалистов в одну команду следует осуществлять, ориентируясь на позитивные качества и ресурсы сотрудников. Подбор в один коллектив конфликтных людей, людей с чертами пессимизма, надменности и профессиональной небрежности возможно и позволит создать командный «альянс» между ними. Однако, подобранная таким образом команда для руководителя будет представлять определенный риск, который рано или поздно, в силу повышенной конфликтогенной среды, преобразуется в экспертный конфликт.

Руководитель обязан разрешать конфликтные ситуации по мере их возникновения, как в индивидуальном, так и в групповом режиме, так как неразрешенная ситуация, является потенциально опасной и накапливает негативный психоэмоциональный заряд между сотрудниками, который рано или поздно «психологически рванет».

Психологическая совместимость, сработанность всех специалистов экспертного состава (бюро), должна реализовываться в деятельности, гармонично и слаженно. Каждый специалист экспертной команды обязан качественно выполнять отведенную ему роль, не мешая реализации профессиональных действий другого специалиста, а как-бы подхватывая и подстраховывая действия друг друга.

Обычно, специалисты, проработавшие в одном коллективе, какое-то время приспосабливаются друг к другу, вырабатывают слаженно-гармоничный профессионально-поведенческий стиль ведения экспертной процедуры.

Чем выше уровень взаимодействия между специалистами экспертной команды, тем слаженнее проходят освидетельствования больных и тем, меньше возникновение риска развития конфликтов, вызванных разлаженностью профессиональных и личностных взаимодействий. Выраженной ситуацией конфликта, вследствие разлаженных действий специалистов, является недопустимость споров и пререканий, а также конкурентных действий, конфликтующих между собой сотрудников в присутствии освидетельствуемых.

А признаками ***эффективно и слаженно функционирующей экспертной команды*** являются:

- сплоченность коллег;
- согласованность коллегиальных действий;
- функциональное коллегиальное взаимодействие;
- личностная совместимость специалистов;
- взаимное принятие друг друга и руководителя как профессионалов.

Каждый специалист обязан придерживаться следующих принципов и правил командного взаимодействия для достижения объединяющего эффекта в команде:
- Знать, что от собственного эмоционального настроения зависит благоприятный микроклимат в коллективе; **- Владеть навыком эффективного установления межличностных взаимоотношений;** **- Владеть навыками сотрудничества, развивать «профессиональное партнерство»;** **- Проявлять взаимное уважение к членам коллектива;** **- Проявлять ответственность, обязательность и добросовестность при выполнении профессиональных обязанностей;** **- Проявлять готовность к оказанию взаимной помощи и поддержке при выполнении профессиональных обязанностей.**

Таким образом, во избежание конфликтных ситуаций в межпрофессиональных взаимодействиях при оказании государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы всем специалистам необходимо, в первую очередь, руководствоваться нормативно-правовыми документами, регламентирующими деятельность федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы и соблюдать «психологию» межпрофессионального группового взаимодействия **в виде следующих правил:**

- **не спорить и не обсуждать с коллегами в присутствии экспертного больного его состояние здоровья, наличие или отсутствие ограничений жизнедеятельности;**
- **внимательно прислушиваться к мнению всех специалистов медико-социальной экспертизы, принимать экспертное решение коллегиально;**
- **не позволять себе неэтичных, унижающих профессиональную позицию высказываний в адрес коллег, обсуждать разногласия аргументировано, доказательно, контролировать свое эмоциональное состояние (в том числе в отношении невербальных коммуникаций).**

3.3. Практические приемы профилактики и разрешения типичных экспертных конфликтов, возникающих при оказании государственной услуги по медико-социальной экспертизе

В прикладном отношении к медико-социальной экспертизе в данном параграфе будут рассмотрены ***методы оптимизации коммуникации в рамках «специалист учреждения МСЭ – освидетельствуемый»*** с целью профилактики и снижения конфликтов.

Важнейшим стратегическим моментом недопущения риска конфликтных ситуаций является тактика ведения диалога при освидетельствовании граждан. С методологических позиций данное социальное взаимодействие может рассматриваться ***как переговоры***.

Ведение переговоров требует от участников данного взаимодействия элементарных знаний «психологического лавирования» в возникающих непростых ситуациях, владения механизмами влияния и управления процессом в выгодном для себя ключе. При этом взаимодействие экспертов с освидетельствуемым (особенно на этапе оспаривания предыдущего решения экспертной комиссии в Главном бюро и в Федеральном Бюро) заранее можно охарактеризовать как ведение конфликтных переговоров.

Для минимизации возрастания конфликта при освидетельствовании экспертам, осуществляющим данный вид переговоров, необходимо учитывать следующую специфику.

Важным моментом, способным привести логику больного не «в нужное русло» является излишнее рассуждательство врача и углубление в обсуждение диагноза, перспективу развития заболевания, в вопросы дальнейшей тактики лечения и «коммуникативный уход» в рекомендации и советы больным. Врачу-эксперту категорически нельзя акцентировать внимание на предыдущем временном этапе заболевания и будущем гражданина. Например, специалисту необходимо избегать фраз: *«смотрите, раньше у Вас было хуже…, стало лучше…, дальше будет плохо…»* и др. Данные рассуждения вселяют излишнюю тревогу в освидетельствуемого, вызывают реактивные депрессивные состояния, влекущие определенное поведение и действия.

Врачам необходимо придерживаться важного психологического принципа ***«здесь и сейчас»***, когда прошлого уже нет, а будущее еще не наступило и никто не может знать и гарантировать, как оно сложится…

Данный принцип «здесь и сейчас» может стать негласным девизом медико-социальной экспертизы, что основано на методологической экспертной позиции объективной оценки существующих нарушений функций и ограничений жизнедеятельности данный конкретный момент.

Опираясь на принцип «здесь и сейчас», врачи должны акцентировать внимание освидетельствуемого на том, как его настоящее состояние влияет на способность к функционированию в ведущих жизненных сферах именно на сегодняшний момент.

Углубление в прогнозы дальнейшего развития заболевания (например *«..да Вы что? Если не будете лечиться, через несколько лет Вас может ожидать повторный инсульт…»* или *«…срочно сбавляйте вес или Ваши суставы через некоторое время окончательно разрушаться…» и др.*) нарушают деонтологию, по сути, являясь ятрогенными посланиями, способными усугубить психологическое состояние лиц, и так находящихся в непростой психологической ситуации.

Во избежании коррупционной составляющей, врачи не должны давать конкретных рекомендаций и советов по обращению в какие-то определенные лечебные и реабилитационные учреждения (особенно на платной основе) и носящие скрытый, а иногда и явно рекламный характер давать рекомендации в отношении конкретных лекарственных препаратов и биологически активных добавок и использования различных не сертифицированных устройств (например, тренажеров, массажеров и др.).

Врач должен знать, что залогом эффективного взаимодействия и коммуникации (переговоров) с больным является его способность доходчиво, используя вышеуказанные

стили общения (точный, внимательный, дружелюбно-открытый и воодушевленный) выражать свои мысли, убеждения, давать рекомендации и уметь слушать (и главное понимать и слышать) собеседника.

В плане умения слушать и слышать, то что говорит собеседник, мы уже коснулись этого вопроса в отношении способности человека проявлять эмпатическое (сопереживающее) слушание. Также нам хотелось бы остановиться на еще одной классификации этого процесса, которая делит виды слушания на активное (рефлексивное) и пассивное (нерефлексивное) слушание.

Пассивное слушание дает возможность больному высказаться о всех наболевших проблемах и предполагает способность врача-эксперта к терпеливому (но внимательному) выслушиванию, при минимальном вмешательстве в процесс общения. У такого вида взаимодействия есть определенная функция - снижение психического напряжения больного. Торопливость, перебивание врачом освидетельствуемого может сформировать у него раздражение и чувство неудовлетворенности, что часто отражают жалобы больных на формальность в общении *«меня даже не выслушали…»*. Недопустимым является разговор между специалистами об освидетельствуемом в третьем лице в его присутствии. Подобное игнорирование человека и обсуждение различных деталей и специфики его соматического состояния порождают ощущение ничтожности «пустого места» и крайне не этичны. В то время, как человеку важно дать понимание того, что он небезразличен для врачей, им искренне интересуются, что он «не один», с помощью «угу-реакций», кивков головы и заинтересованного, участливого взгляда. Если не вмешиваться в процесс, как правило, получив такую возможность, даже агрессивно настроенные больные, выговорившись успокаиваются, что позволяет далее простроить более эффективный диалог.

Активное (рефлексивное) слушание следует применять для установления активной обратной связи с говорящим. Данный вид коммуницирования необходим с целью прояснения искажающих фактов, деталей и разногласий при контактировании. При стратегии активного слушания и ведения диалога врачу-эксперту необходимо пользоваться следующими приемом уточнения – прояснения смысла сказанного освидетельствуемым посредством следующих выражений «*Правильно ли я Вас понял…?», «Таким образом, Вы хотите сказать….?» «Другими словами Вы имели ввиду….»* и др. Применение этого приема позволит достичь уверенности в правильном понимании транслируемых друг другу сообщений, и сформировавшейся адекватной обратной связи. Также у освидетельствуемого возникнет ощущение того, что перед ним не «автомат» машинально записывающий жалобы, а внимательный интересующийся им человек (равный партнер по общению), что психологически очень важно из-за бессознательного ощущения «неравноправия» участвующих в экспертизе сторон. При данном стиле общения врач может отметить те чувства, которые испытывает больной *«Мне кажется вы расстроены…»* или подбодрить больного *«Вы молодец, что не сложили руки….»* и др. Такая включенность врача позволит человеку почувствовать, что специалист понимает его состояние, что также снижает эмоциональную напряженность и позволяет проникнуться больному доверием к врачу. Противоположное отношение врача-эксперта непринятие и игнорирование индивидуально-значимых чувств и переживаний больного, а также указание на то, что они неуместны *«Что это Вы таким умирающим голосом говорите?»* несет для больного эмоциональную угрозу своей самости и как ответную защитную реакцию – стремление к самозащите (в той степени агрессивности, на которую больной способен).

Недопустимым является затрагивание врачом-экспертом личности освидетельствуемого. При том, что объективно индивидуальные черты собеседника могут действительно вызывать неприязнь, неосторожно сказанное слово и критика в адрес личностных качеств послужит поводом к развязыванию конфликта.

Иногда на комиссии можно увидеть следующую картину: специалисты, еще не дождавшись когда за больным закроется дверь, бурно начинают обсуждать детали и впечатления о больном, при этом, не стесняясь в выражениях и оценках.
Специалистам необходимо учитывать, что ситуация оценки, которой они подвергаются в экспертизе, обостряет у больных все воспринимающие каналы. Больные ловят каждое слово в свой адрес, каждый жест и движение мимики. Конечно, нелицеприятные высказывания экспертов в адрес больных являются провоцирующим фактором, способным вызвать оборонительный рефлекс и агрессию уязвленного человека.

Отдельно хотелось бы сказать о существующей манере врачей панибратского обращения к больному на «ты», которая особенно недопустима при процедуре освидетельствования. Культурно-исторически дистанция коммуникативных границ «ты – вы» в нашем обществе не однозначна, в отличие от западной культуры, где отчества отсутствуют и обращение к человеку по имени норма. Действительно замечено, что врачи, медицинские сестры частенько переходят эту границу «вы-ты», желая подчеркнуть сострадание и участие к человеку, испытывающему физический дискомфорт *«ну, потерпи немножко, сейчас будет легче…»*. Подобный стиль бессознательно вырабатывается у многих специалистов, непосредственно взаимодействующих с больными на телесном уровне (хирургов, стоматологов, гинекологов и др.).

Однако, экспертная процедура и весь ее психологический контекст (неравноправность ролевых позиций, когда эксперт всегда находится как-бы «над» больным; кратковременность, а значит сокращенный период формирования «психологической фазы безопасности» и моральная уязвимость больного), категорически не подразумевают возможность взаимодействия с человеком на «ты», которое, скорее всего, будет истолковано привратно, как неуважение, в отличие от другой ситуации, где возможно подобное обращение воспримится человеком как дружеское и неравнодушное, воспринимаемое больным как поддержка.

Также при взаимодействии большую роль играет ***вся система невербального поведения,*** которая на бессознательном уровне может, как в корне поменять ситуацию на благоприятную, так и сформировать агрессию.

Все невербальные сигналы (взгляды, мимика, пантомимика), транслируемые собеседниками друг другу, а также речевые особенности собеседников (тон, тембр и громкость голоса, плавность, темп и др.), формируют эмоциональный фон общения. Поджатые губы, невольные выражения лица, отражающие усталость или раздражение (например, взгляд вверх, когда больной долго и без остановки говорит…), закрытые позы (скрещенные руки, ноги) или агрессивные телесные проявления (руки, упертые в бока) или сжатые челюсти и кулаки, безусловно, считаются человеком также на бессознательном уровне и спровоцируют негатив. А. Пиз, австралийский писатель и психотерапевт (ведущий специалист по изучению невербалики), выявил, что 70% информации друг о друге, люди считывают из невербального поведения, т.е не принимая во внимание слова.

Следовательно, специалистам, которые непосредственно общаются с освидетельствуемыми, просто необходимо контролировать всю телесную невербалику как в плане недопущения в поле общения негативных невербальных сигналов, так и наоборот, максимально использовать методы «подстройки», открытости, доброжелательности и участия. Во время беседы следует смотреть в сторону освидетельствуемого, с периодичностью установления зрительного контакта (не более 3 сек.). Слишком пристальный, длительный зрительный контакт также некомфортен и вызывает у людей тревогу и может быть истолкован как агрессия со стороны собеседника. При общении следует держать «раскрытость позы», можно немного наклонить туловище и склонить голову «вправо» (что бессознательно будет восприниматься как участие и включенность),

не следует слишком далеко отодвигаться от собеседника и откидываться на стуле, так как такой сигнал бессознательно будет воспринят как отстранение. Резкая, возбужденная, быстрая, громкая, надменно-официозная речь врача может быть воспринята как проявление агрессии или формализма. Также следует контролировать, чтобы речь не была монотонной (утомляющей) собеседника и стараться установить доверительную атмосферу подстраиваясь и изменяя собственные голосовые характеристики, приноравливаясь к речи больного по скорости при сохранении ее адекватной громкости.

Иногда для специалистов характерен как-бы «невидящий» взгляд, который формально обращен на пациента, однако фактически смотрит мимо, либо сквозь человека. Подобный взгляд также будет воспринят освидетельствуемым как равнодушное, безучастное отношение, формирующее барьеры в общении. Причиной такого «потухшего, невидящего» взгляда врача, как правило, является эмоциональная усталость, потребность отгородиться от непосредственного контакта с субъектом своей профессиональной деятельности, которая впрочем, реализуется бессознательно и осознается специалистом не всегда.

Как и невербальное поведение, наименее подвержено сознательному контролю восприятие человеком внешности собеседника, что делает необходимым тщательно продумывать внешний облик специалиста и /имидж/ врача-эксперта. Наиболее общие правила, которые, распространяются на все врачебные специальности – ***это аккуратный внешний вид.***

Врачам экспертам необходимо помнить, что люди бессознательно придерживаются следующего известного «народного правила» при взаимодействии со специалистами врачебных специальностей «Осмотрите врача, прежде чем он осмотрит Вас!». Таким образом, все детали имиджа (опрятный или неряшливый внешний вид, приятный, либо отталкивающий запах) комплексно воздействуют на восприятие субъектов общения и формируют желание (либо нежелание) его продолжать. Даже такие, на первый взгляд несущественные мелочи, как детали одежды (например, расстегнутый халат) бессознательно могут повлиять на освидетельствуемого в плане формирования образа «небрежного врача». Корни подобного восприятия имеют глубокую культурно-историческую почву, отражаемую в поговорке «халатное отношение» (легкое, легкомысленное отношение). Специалист должен иметь «бейдж» с ФИО, должностью и регалиями. Излишне вычурный стиль в прическе, макияже и аксессуарах, также может спровоцировать реакцию раздражения и недовольства больного, субъективно воспринимающего подобные детали как внешние атрибуты благополучия на фоне собственной материально-экономической несостоятельности, либо телесной калечности.

Все детали общения (внешний вид (имидж), невербальное поведение, уровень коммуникативной компетентности) крайне важны и упущение какой-либо, особенно в такой сложной ситуации взаимодействия как освидетельствование в учреждении медико-социальной экспертизы, может спровоцировать недовольство, проявление агрессии и конфликт.

Для специалистов, участвующих в данном процессе необходим четкий ***навык отслеживания предконфликтной стадии общения.*** Правильно оценить и заметить данный момент необходимо ***для прогнозирования и «психологического купирования» конфликта,*** не допуская его развития и перехода в реализующийся конфликт.

Опознать такие моменты можно развивая навык и умение «наблюдения». Основными «маркерами» реализующегося конфликта должны стать невербальные телесные признаки и проявления, а также различные речевые сигналы. Больной может начать суетиться, покраснеть, в позе появятся агрессивность зажатость и напряжение, дыхание может стать либо прерывистым, либо учащенным, также усилится или выражено замедлиться «в виде ступора» темп речи, измениться тембр голоса и интонация.

Именно на этом этапе «предконфликта» еще можно повлиять на ситуацию, вернув ее в нормальное русло взаимодействия ***через коррекцию собственного поведения и влияние на поведение собеседника, т.е. начать «управлять конфликтом».***

Общими рекомендациями в отношении управления конфликтной ситуацией для ее редуцирования могут быть следующие действия.

В подобных случаях, когда «конфликтная ситуация» начинает реализовываться в конфликт первое что нужно сделать специалисту это «психологически включиться», т.е. необходимо оценить самого себя, в основном того, что с данного мгновения он контролирует себя и всю ситуацию в целом.

Недооценка ситуации и бессознательное поведение специалиста «на авось» может привести к инциденту (а значит и реализации ситуации в открытый конфликт) в результате обмена освидетельствуемого и специалиста взаимными конфликтогенами.

После того, как специалист психологически оценил возможность развития конфликта и его дальнейшей реализации, следует применить все вышеописанные техники и стратегии эффективного коммуницирования: поддерживать устойчивый контакт, однако, лишь в спокойном тоне, с использованием эффективных стилей взаимодействия, ни в коем случае не поддаваясь на создавшийся негативный психоэмоциональный фон, без подчеркивания авторитарности и реагирования агрессией на агрессию.

В случае перехода освидетельствуемого «на повышенные тона», специалисту следует спокойно, уверенно (именно уверенно, а не демонстративно) начать говорить тише и медленнее, обозначив, что врач понимает всю сложность ситуации больного (и возможно, на его месте чувствовал бы тоже самое). Демонстрация подобной мягкости и соучастия позволяет компенсировать жесткость экспертной позиции.

Рекомендации специалистов, анализирующих конфликтные ситуации, заключаются в том, чтобы быть устойчивым по отношении к своей позиции и в этом проявлять твердость. Однако, стараться мягко и терпимо (толерантно) относиться к человеку [37].

С учетом специфики экспертной ситуации, и трудной жизненной ситуации освидетельствуемых лиц, иногда они просто нуждаются в сочувствии и понимании.

Момент ***вынесения решения является своего рода «пиком» экспертного конфликта,*** когда любой провоцирующий фактор способен психологически его усугубить. Особенно в данном случае опасны бессознательные реакции со стороны специалистов, которые в сложившейся изначально конфликтной ситуации экспертизы, ее развития и перехода в конфликт «не подтверждение ожидаемого результата» позволят освидетельствуемому «психологически сорваться», тем самым реализуя открытую стадию конфликта.

Несмотря на драматичность ситуации, когда обе стороны осознают предстоящее объявление решения не в пользу больного, специалист также обязан психологически сконцентрироваться на безупречном «отыгрывании своей роли». Находясь на «пике конфликтной ситуации» объявляя решение, специалисту необходимо контролировать тон изложения, который должен быть доброжелательно устойчивым, не формальным, также необходимо следить за своими телесными реакциями (дыханием, которое должно быть ровным и глубоким, голосовыми характеристиками, не допускающими повышения тона, мимическими реакциями и выражением лица, а также пантомимикой в целом без угрожающих телесных поз и знаков (сжатых кулаков, рук упертых в бока, широких размахиваний руками и соблюдения психологически комфортной дистанции).

При объявлении экспертного решения руководитель должен обратиться к освидетельствуемому лицу по имени отчеству. Важность этого, с первого взгляда несущественного момента, была обозначена еще Дейлом Карнеги, популярным в 50 годах XX века американским психологом, который эмпирически установил значительное улучшение качества коммуникации между субъектами возникающее бессознательно, если они называют друг друга по имени.

Таким образом, эксперт, обратившись по имени отчеству должен сообщить о принятом решении примерно следующее: *«Иван Иванович. Вы были осмотрены в нашем составе всеми специалистами (перечислить). Мы внимательно изучили медико-экспертные и медицинские документы, и по результатам медико-социальной экспертизы установили, что имеющиеся нарушения не приводят к ограничению жизнедеятельности ни в одной из категорий».*

При этом эксперт должен индивидуально подойти к объявлению решения в каждом конкретном случае. Например: если у ребенка стойкая ремиссия онкологического процесса, то при объявлении решения «о не установлении инвалидности» допустимо и даже правильно употребить такую смягчающую речевую форму как: *«**к счастью,** у Вашего ребенка, оснований для установления категории «ребенок инвалид» на сегодняшний день нет».*

В случае активных, бурных эмоциональных нападок освидетельствуемых и реакций на вынесение отрицательного решения (первичное не установление группы, не усиление, либо снятие) целесообразно сохраняя спокойный тон, ссылаясь на нормативно-правовое поле медико-социальной экспертизы, разъяснить освидетельствуемому возможности его дальнейших действий, прав по обжалованию.

Например: лицу первично не установлена группа инвалидности. Освидетельствуемый заявляет: *«Ну и что мне теперь, куда идти, к президенту, как жить то…???»* К сожалению, нередко, эксперты в результате утраты эмоционального контроля, срываются, позволяя себе необдуманны выражения (конфликтогены) подобного рода: *«…А мы тут причем? Обращайтесь к себе в больницу по месту жительства!»* или *«…Мы здесь деньги не выдаем…»* и так далее.

Оптимальным будет следующее высказывание эксперта, обязательно с обращением по имени отчеству и титулом «уважаемый», в примерно следующей речевой форме: *«Уважаемый Иван Иванович! В соответствии с существующей нормативно-правовой базой, вопросы конкретной тактики лечения, и показаний к санаторно-курортному обеспечению медико-социальная экспертиза не рассматривает».*

Однако, повторим что содержание этого сообщения, тем не менее, будет вторичным. В соответствии с установленной И.П. Павловым иерархией психофизиологических процессов, эмоциональная подача события задает будущий «тон», определяющий либо спад конфликта, либо провоцирует драйв его возрастания, что с психологической точки зрения, объяснимо наибольшей значимостью восприятия собеседником эмоционального посыла первичной сигнальной системой человека над его вербальной составляющей.

Исследователи считают, что «крайне нерациональным в ситуации МСЭ является стратегия ухода «от прояснения конфликтной ситуации» и прямое указание больному «об обжаловании», которое, к сожалению часто можно услышать на этапе объявления экспертного решения и реакций гражданина неудовлетворенного им [37].

Часто врачи императивно указывают: *«Ради бога…,хотите?... Жалуйтесь в суд!».* Подобное указание в большинстве случаев будет реализовано и гарантирует судебное разбирательство, которого при более обходительном, этико-деонтологическом отношении к освидетельствуемому могло бы и не быть.

Обобщим наиболее эффективные коммуникативные техники оптимизации взаимодействия специалистов с освидетельствуемыми, рекомендуемые к применению в процессе экспертизы.

Оптимизации взаимодействий специалистов с освидетельствуемыми способствует следующее коммуникативное поведение:

- Знайте, что важным является способ обращения к гражданам:

Обычно, люди очень привязаны к своему имени. Старайтесь, как можно чаще обращаться к собеседнику по имени: это вызывает аттракцию (взаимное расположение). Например, «Иван Иванович, расскажите нам о своих жалобах», «Иван Иванович, пожалуйста проходите на кушетку», «Мария Васильевна, давайте пройдем к столу, необходимо измерить давление…».

- Пользуйтесь техникой обобщения и переформулирования:

Воспроизводите высказывания собеседника в сокращенном, обобщенном виде, кратко формулируя самое существенное. Начинайте с вводных фраз: «По вашему мнению, Вам необходимо установить вторую группу инвалидности, «Вы считаете, что приступы повторяются очень часто». «Другими словами, вы считаете, что в ИПР Вам внесены не все технические средства реабилитации» и т.п. Таким способом вы обеспечиваете обратную связь и занимаете **равную партнерскую позицию** общающихся сторон**.**

- Задавайте уточняющие вопросы:

Если вы хотите что-то уточнить, делайте это сразу: «Правильно ли я вас понимаю, что, за текущий год вы не наблюдались в поликлинике?» «Я правильно поняла, что ребенок сам не может считать хлебные единицы?» Внимательно выслушайте ответ, прежде чем развивать аргументы в пользу собственной точки зрения.

- Проявляйте активное слушание:

Поддерживайте обратную связь - слушая собеседника, реагируйте: «Да, да, я понимаю...». «Конечно...», «Уточните, пожалуйста…». Дайте возможность партнеру выразить свою позицию.

- Поддерживайте беседу рассуждениями

Выводите логическое следствие из высказывания собеседника или выдвигайте предположение относительно причин его высказывания: "Если исходить из того, что вы сказали, то выходит, что у Вас давление совсем не снижается?", "Вы так считаете, видимо, потому что…" и т.п. Придерживайтесь вопросительного тона, но не утверждающего.

- Пользуйтесь невербальными средствами общения:

Устанавливайте зрительный контакт с собеседником – периодически смотрите ему прямо в глаза, не пристально, но внимательно, следите за выражением своего лица, будьте доброжелательны.

Контролируйте свои невербальные проявления: примите «открытую» позу, развернитесь к собеседнику, слегка подайтесь вперед, не скрещивайте руки, поддерживайте собеседника кивками головы.

- Используйте метод подстройки и отзеркаливания.

Используйте повторение (но не явное копирование) некоторых характерных поз и жестов, мимики партнера с небольшим сдвигом во времени. Используйте в своей речи такие же темп, громкость, интонации, тембр. Так бессознательно вы создадите у собеседника чувства безопасности и доверия.

Для того чтобы улучшить взаимопонимание с партнером, применяйте «эхо-реакцию» - повторяйте последние слова реплики собеседника, прежде чем на нее ответить: «...я хотел бы уточнить» - «Вы хотели бы уточнить...».

- Используйте технику подведения итогов.

Кратко резюмируйте результаты обсуждения вопросов на каждом этапе переговоров: «Итак, основными Вашими доводами, являются...однако…», «Итак, мы договорились по следующим пунктам...». Используя данную технику Вы позволяете собеседнику больше осознать и усвоить происходящее.

Далее рассмотрим стратегии управления конфликтом в наиболее типичных конфликтных ситуациях, которые в результате множественных конфликтогенов влияют на эскалацию конфликта.

Стратегии управления конфликтом в типичных конфликтных ситуациях

Таблица 5

Психологические «маркеры», характеризующие конфликтогены и проблемность, возникающих ситуаций	Алгоритм техники оптимального поведения специалиста МСЭ
Ситуации, возникающие при осмотре освидетельствуемых, обусловленные взаимодействием со сложным, специфическим в социально-психологическом плане контингентом (наличие мнестико-интеллектуальных (в том числе возрастных) и эмоциональных нарушений)	
При предъявлении жалоб освидетельствуемый выражено замедлен, неконкретен, многословен, обстоятелен, останавливается подробно на несущественных деталях, излишне детализирован (изобилует множественными подробностями истории заболевания). Врач начинает нервничать, повышенным голосом поторапливает освидетельствуемого *«Говорите по существу! Вы не один сегодня на комиссии, у меня кроме Вас еще полно народу…»*, переживая о том, что в коридоре скопилось большая очередь. Психологическая нервозность передается от врача к освидетельствуемому, который начинает, тревожиться, раздражаться, чувствует беспокойство и негатив от специалиста, а далее либо в субъективном плане формирует недовольство, либо, выражая его поведенчески, больной срывается на обвинения *«Ну конечно, Вам тут не до меня…»*. Данный вид коммуникации **неэффективен, провоцирует инцидент и риск возникновения конфликта.**	**В данной ситуации специалисту следует:** Несмотря на обстоятельность, медлительность и детализацию больного, сохраняя спокойствие и ровный тон голоса, необходимо выбрать стратегию «***переключения»*** (стараться переключать освидетельствуемого в нужное русло беседы для выяснения необходимых анамнестических данных) с помощью следующих фраз /обязательно обращаясь к человеку по имени отчеству/, фокусируя его рассеянное внимание и коррегируя его мыслительную обстоятельность следует обращаться примерно так: *«Иван Иванович, пожалуйста, расскажите мне подробнее как сейчас Вы себя чувствуете…»*, *«Что Вас беспокоит в данный момент…»*. Если беседа опять становится «рыхлой» и цикл неоптимального взаимодействия повторяется, врачу необходимо перейти на приемы ***«активного слушания»***. Вежливо прервав обследуемого уточняйте, переспрашивайте человека /например: «*Иван Иванович, правильно ли я Вас понял?*», *«Вы сказали, что….?»*. В ходе подобного взаимодействия, когда врач уточняет и проясняет с человеком все подробности его состояния, у освидетельствуемого возникает ощущение персонального, неравнодушного и неформального отношения врача. ***Предложенные техники общения снижают нервозность больного, позволяют структурировать его речь и изложениеболее четко, что оптимизирует коммуникацию, снижает и риск разгорания конфликта, и позволяет психологически более конструктивно и оптимальнозавершить взаимодействие.***
Ситуации, возникающие при осмотре освидетельствуемых, обусловленные личностными проблемами или недостаточной коммуникативной компетентностью врачей /специалистов (ятрогенные высказывания, подозрения в симуляции, аггравации)	
При осмотре врач дает некорректные	**В данной ситуации специалисту следует:**

комментарии различного рода, например, в отношении веса больного «…*чего себя так распустила, молодая еще…»* или при подозрении на аггравацию, комментируя функциональные возможности человека, врач обращается с фразой *«Не можете ходить? Трудно наклоняться? Ну-ка давайте, давайте, не претворяйтесь!…»*. Подобные обращения воспринимаются человеком как унижение, больные чувствуют ущербность, растерянность и обиду, что может спровоцировать эмоционально реактивные состояния (слезы), либо агрессивные вербальные (оскорбления, угрозы) и даже поведенческие реакции (нападки и др.). Данный вид коммуникации **неэффективен, провоцирует инцидент и риск возникновения конфликта.**	в процессе осмотра ***соблюдать такт, сохранять самообладание*** (отслеживать ритм собственного дыхания, тон голоса и темп речи) занять стратегию ***«спокойной уверенности»*** (быть спокойным и уверенным, однако, при этом, ни в коем случае, не высокомерно-надменным), полностью контролировать свои эмоциональные реакции (брезгливость, недовольство), исключить возможностьнеэтичных высказываний подобного типа. При подозрении на симуляцию и аггравацию специалист должен использовать специализированные экспертные приемы, объективизирующие наличие нарушений, и в заключении подробно и аргументировано /доказательно/ изложить, имеющуюся точку зрения в отношении объективизации аггравационных моментов, не обсуждая свои догадки с освидетельствуемым. ***Данные техники и приемы эффективного общения позволят специалисту снизить накал конфликтной ситуации за счет построения эффективной коммуникации в конструктивном ключе, выполнив экспертные задачи, при этом, не нарушив этики взаимодействия***
Ситуации, возникающие при «объявлении экспертного решения не соответствующего ожиданиям освидетельствуемого»	
При объявлении экспертного решения, не соответствующего ожиданиям освидетельствуемого, больной угрожает обращением в судебные инстанции, Президенту, обвиняет в несправедливости, предвзятости *«Да Вам дали указание снимать с нас инвалидность!»*, либо даже высказывает обвинения во взяточничестве *«Вы только за взятки даете группу! Сколько Вам нужно чтобы меня признали инвалидом???...»* ,или риторически спрашивают о своих дальнейших действиях, что характеризует отчаянье человека «*Что же мне теперь делать, куда мне идти и как жить???»* Подобные конфликтные ситуации чрезвычайно тяжело преодолеваются специалистами, многие из которых оказываются в «психологической ловушке» манипуляций, либо в силу собственных эмоционально-личностных проблем начинают продуцировать ответный	**В данной ситуации специалисту следует:** тщательно следить за манерой изложения и за своим эмоциональным состоянием. Излагать свою позицию и взаимодействовать в подобной ситуации необходимо следующим образом. Одной из действующих, и психологически работающих техник, снижения конфликтогенного фона является «***тактика молчания»***. В ситуации выраженного проявления агрессии освидетельствуемым возможен вариант предоставления собеседнику возможности «выпустить пар». В данный момент, недопустимо прерывать собеседника и доказывать свою точку зрения, приняв тактику молчаливого ожидания момента, когда оппонент полностью выговорится. Психологически, отреагированная собеседником агрессия, автоматически снизит «градус» недовольства. Задача специалиста сохранять в момент ожидания

конфликтоген. Врач, эмоционально «клюет» на предложенный собеседником стимульный «раздражитель», реактивно утрачивает эмоционально-поведенческий контроль, срывается, позволяя себе необдуманные выражения, переходит на повышенные интонации *«Как хотите, так и думайте, мы тут не причем?! Обращайтесь по месту жительству, Хотите? Жалуйтесь в суд, Президенту!!!...»* Данная ситуация и подобный стиль коммуникации **неэффективен, характеризуется как острый конфликт, который в дальнейшем спровоцирует судебные иски и жалобы** в различные вышестоящие инстанции.	истинное психологическое спокойствие, контролировать невербальное поведение и реакции, (не терять зрительный контакт, контролировать мимику, позу, дыхание), не допуская возможность провокации дальнейших агрессивных выпадов, используя позицию ***«спокойной уверенности»***, выжидая подходящий момент для конструктивного продолжения разговора. При активных обвинительных выпадах собеседника, не смотря на высказанные обвинения, врач также обязан контролировать собственные эмоционально-поведенческие реакции и удерживая спокойное дыхание, ровный тон голосаиспользовать стратегию ***«аргументированной позиции»*** (четко и грамотно аргументировать свою позицию). В качестве аргументов, подтверждающих объективность принятого экспертного решения, могут быть: законы, уставы, нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность МСЭ. Также врачу необходимо в доступной для человека форме изложить результаты медико-социальной экспертизы и выводы экспертов (обязательно перечислив всех специалистов, подчеркнув комиссионную суть экспертного решения) Например: *«Уважаемый Иван Иванович! Мы осмотрели Вас в нашем составе всеми специалистами (перечислить) и внимательно изучили медико-экспертные и медицинские документы (в которых указано…). По результатам экспертно-реабилитационной диагностики установлено, что имеющиеся нарушения не приводят к ограничению жизнедеятельности ни в одной из категорий».* При этом эксперт должен индивидуально подойти к объявлению решения в каждом конкретном случае и, например, в случае стойкой ремиссии заболевания, возможно следует переключить внимание больного на то, что «к счастью» у Вас не обнаруживается развитие онкологического процесса и др. Или, например, в диалоге с родителями ребенка, у которого достигнута компенсация ОЖД обратиться со словами: *«Благодаря Вашим стараниям, реабилитационные мероприятия оказались эффективными для*

	сына…». Данный комментарий, обращенный к родителям, смягчает конфликтную ситуацию, обусловленную изменением социально-экономического статуса семьи и подчеркивает оценку родительского вклада в процесс реабилитации ребенка. Также, на пике проявления агрессии, иногда срабатывает ***«прием выражения сочувствия»*** к человеку, при сохранении стойкой позиции в отношении вынесенного экспертного решения. Например, сказав собеседнику: *«По-человечески, я Вас прекрасно понимаю…, но существующее законодательство, в рамках которого осуществляется МСЭ….»* и т.д. Тем самым, психологически, Вы «сохраняете человеческое лицо» и гуманистическое отношение к собеседнику (искренне высказав сочувствие), однако остаетесь <u>твердыми по отношению к проблеме</u>, при этом обозначив незыблемость своей экспертной позиции. ***Данные техники и приемы эффективного общения позволят редуцировать конфликтный фон, снижая риск развития конфликта.***
Ситуации, возникающие при противоправных действиях освидетельствуемых, попытки подкупа, шантажного поведения	
На освидетельствовании больной кладет на стол врачу конверт со словами *«Вот возьмите, я знаю, сколько стоит мой вопрос…».* Врач, резко на повышенных тонах начинает возмущаться. Больной продолжает настаивать, при этом включая шантажное поведение *«Да, что я не знаю, что все Вы берете, у нас пол двора инвалидность купили…».* Врач срывается, грубо указывая гражданину на дверь *«Выйдите вон! Я не намерен терпеть от Вас оскорбления».* **По содержанию данный вид реакции специалиста возможно и верный (выслушивать необоснованные обвинения Вы не должны). Но, способ его подачи категорически неправильный, формирующий инцидент. А дважды неудовлетворенный больной (по поводу отказа в инвалидности и по поводу отказа от его вознаграждения) скорее всего, спровоцирует жалобы в вышестоящие инстанции.**	**<u>В данной ситуации специалисту следует:</u>** Особенно следить за манерой подачи информации и строго (но не хамски, исключив надменные, агрессивные невербальные и вербальные проявления) четко, твердо и уверенно известить гражданина о том, <u>что дача взятки и клевета уголовно наказуемы, что данное поведение оскорбительно для Вас, и что в случае дальнейших обвиненийподобного рода в адрес специалиста, вы примите соответствующие меры.</u> Также можно попросить собеседника привести обоснованные и аргументированные факты, либо спокойно обозначить, что <u>данная дискуссия выходит за рамки экспертного диалога и ее следует немедленно прекратить</u>. ***Данная стратегия диалога позволяет четко обозначить психологические границы оппонентов, заходить за которые не следует, тем самым передавая ответственность за дальнейшее***

	нарушение границ агрессору.
Ситуации, возникающие при противоправных действиях освидетельствуемых в связи с явными хулиганскими действиями и проявлением физической агрессии	
Изначально воинственно настроенный больной, при объявлении отрицательного решения экспертной комиссии, нецензурно выражаясь, ломает об бедро палку со словами «Так что не нужна мне теперь помощь, здоров я» и кидает трость в сторону эксперта». **Даная стадия конфликта, является пиковой и требует активного вмешательства со стороны. Терпеть подобные угрозы и поведение специалисты не должны.** **В данном случае речь идет о нарушении оппонентом физических границ пространства с угрозой тяжких телесных повреждений.**	**<u>В данной ситуации специалисту следует:</u>** Жестко противостоять физической угрозе, вывести человека из помещения (желательно иметь возможность подключить к этому охрану учреждения). Однако, даже в этот чрезвычайно стрессогенный момент, необходимо <u>не сорваться на уровень выяснения отношений в подобном тоне.</u> ***Безусловно, именно такие ситуации, являются наиболее «токсичными» и вредоносными факторами, запускающими эмоциональное выгорание специалистов, в результате взаимодействия со сложным контингентом.*** ***Но, даже в этой ситуации необходимо «сохранить лицо» достойно завершив конфликт.***

Особо следует обратить внимание специалистов
на недопущение следующих фраз и выражений при коммуникации с
освидетельствуемыми и их родственниками,
а именно:

1) **<u>Обнадеживать больного:</u> «Надо подумать, как Вам можно помочь получить инвалидность…»** (подобная фраза может быть истолкована как призыв к тому, чтобы как-то заинтересовать врача).
2) **<u>Сомневаться и транслировать это в коммуникации</u> «Ну да, вроде есть все данные для усиления группы, а по документам вроде и нет»… (**подобная фраза позволит освидетельствуемому в случае отрицательного решения оспаривать его для подтверждения такого «неуверенного мнения эксперта».
3) **<u>Не обдуманно шутить</u>** - В ответ на словесную благодарность больного **«Спасибо!»,** шутливо произносить **«Спасибо на хлеб не намажешь…»** (подобная фраза может создать у больного впечатление «намека на вознаграждение»).
4) **<u>Не контролировать свои эмоции, связанные с неудовлетворенностью</u>**. **«Работаешь, работаешь, и никакой благодарности в ответ…»** (что может трактоваться освидетельствуемым как призыв к взятке)
5) **<u>Допускать при взаимодействии неопределенность и растерянность.</u>** В сложной экспертной ситуации **«Ну что-же мне с Вами делать?» (**в результате неопределенности больной также может подумать о намеке на вознаграждение).

Изложенные алгоритмы эффективной коммуникации определяют ***необходимые условия*** для создания максимально успешного взаимодействия в процессе экспертного освидетельствования между участвующими в ней сторонами.

Повторимся, что наиболее важным в управлении конфликтом именно в процессе экспертизы (где вряд ли можно достичь эффективной стратегии разрешения конфликта – сотрудничества) главным профилактическим принципом является соблюдение специалистом деонтологических подходов и правил эффективной коммуникации. При этом

одним из важных правил является – контроль своего собственного эмоционального состояния и человеческое отношение к людям.

Больной с самого начала процедуры освидетельствования, должен почувствовать со стороны специалистов ***заинтересованность, внимательное и вежливое эмоционально-личностное отношение.*** В обратном случае (формальности, безразличия, грубости, торопливости и невнимания) вероятность неудовлетворенности больного, и вследствие, этого обращений с жалобами к Руководству учреждения, либо в вышестоящие инстанции значительно возрастает, даже при отсутствии объективных к тому поводов.

Вершиной эффективности экспертного взаимодействия специалистов с освидетельствуемым должно стать чувство благодарности от последнего. Для скептиков, необходимо сказать, что такие случаи в практике есть даже при отрицательном, для обращающегося в учреждение медико-социальной экспертизы, решении об установлении статуса «инвалид».

Приведенный далее пример из практики иллюстрирует подобный случай, когда больная, услышав отрицательное решение, вынесенное экспертной комиссией, поблагодарила руководителя экспертного состава со словами *«спасибо доктор, что Вы так внимательно меня выслушали…»*.

Справедливым было бы отметить, что после психологического обследования больные очень часто уходят со словами благодарности. В структуре психодиагностики один из важнейших этапов - клинико-психологическая беседа, обеспечивающая сбор анамнестических данных и сведений о преморбидных особенностях личности и текущей жизненной ситуации, удовлетворяет одну из базовых потребностей человека, оказавшегося в трудной, кризисной жизненной ситуации связанной со статусной динамикой инвалидности, в том, чтобы его внимательно выслушали, просто поговорили и «по-человечески» отнеслись к его беде.

Как правило, больные, прочувствовавшие от специалиста профессиональную заинтересованность, не равнодушное участие и желание разобраться в существующей у человека проблеме, спокойнее воспринимают решение не в свою пользу, доверяя компетентности и профессиональному мнению эксперта. А навыки эффективного коммуникативного взаимодействия, освоенные врачами-экспертами и всеми специалистами, учреждения МСЭ могут значительно снизить негативный контекст экспертизы и количество жалоб граждан.

Таким образом, специалисту необходимо всегда помнить, что именно его поведение непосредственно влияет и настраивает собеседника на эффективный, либо не эффективный уровень взаимодействия.

Глава IY. ТЕХНОЛОГИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТНОГО ПРОЦЕССА В УЧРЕЖДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

4.1. Проблема личностной деформации и эмоционального выгорания сотрудников учреждений медико-социальной экспертизы как фактор формирования экспертного конфликтогена

Наряду, с очерченным кругом психосоциальных проблем, объективно влияющих на качество оказания гражданам государственной услуги по медико-социальной экспертизе, необходимо уделить внимание непосредственно ***личности специалиста*** учреждения медико-социальной экспертизы.

Данная проблематика затрагивалась и обсуждалась на отраслевых конференциях (Шабалина Н.Б. 2010, Морозова Е.В. 2011, 2012), касательно аспектов личностной стрессоустойчивости врачей-экспертов и проблемы эмоционального выгорания специалистов в учреждениях медико-социальной экспертизы.

Затрагивая вопросы индивидуально-психологических качеств, специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, необходимо сказать о высокой степени их подверженности стрессовой нагрузке, обусловленной психосоциальными особенностями самой экспертной процедуры (априори квалифицируемой как конфликтная) и личностной специфики освидетельствуемых граждан и их родственников.

Именно, проблема стресса и эмоционального выгорания специалиста, является основой их личностно-профессиональной деформации.

Проблематика адаптации к стрессу человека в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов различных направлений.

В классических исследованиях Г. Селье, а позднее А.Лазаруса, показано, что длительное воздействие стресса приводит неблагоприятным последствиям в виде снижения общей психической устойчивости организма, появления чувства неудовлетворенности результатами своей деятельности, тенденций к отказу от выполнения профессиональных поручений в ситуациях повышенных социальных требований, а также череде возникновения неудач, провалов и профессиональных поражений.

В настоящее время достаточно много внимания уделено изучению профессиональных вредностей, в том числе, в работе медицинского персонала. Однако, традиционно вредные факторы учитываются в отношении химической, физической или биологической природы, т.е. ядов, различных видов излучений, инфекций и др. А вот, эмоциональные вредности, или стрессогенные факторы, вероятно, ввиду их «очевидности» не принято учитывать и принимать во внимание.

Общеизвестно, что работа у врачей нервная. Однако, именно стрессогенные факторы, особенно - профессиональные, то есть действующие преимущественно при исполнении основных обязанностей специалиста, способны приводить к развитию самых различных расстройств - от невротических до психосоматических, которые в свою очередь, могут осложняться «соматическими катастрофами» (инсульты, инфаркты и т.п.), быть причиной смерти или инвалидизации. И это тоже «как бы всем известно». По всей видимости, именно иллюзия простоты и очевидности, до сих пор, является одним из препятствий к поиску эффективных средств профилактики и коррекции профессиональных стрессовых расстройств, в том числе - у специалистов учреждений медико-социальной экспертизы.

Анализ факторов, вызывающих подобные симптомы в различных видах деятельности, показал, что существует ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности, вследствие необходимости постоянных контактов с другими, тяжелыми в психоэмоциональном отношении, людьми. «Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как тяжело больной человек». Данный тезис можно положить

в основу исследований психологического феномена — ***синдрома профессионального выгорания,*** специалистов врачебных специальностей, а также специалистов учреждений медико-социальной экспертизы.

В последнее время ситуация меняется и профессиональные сообщества достаточно озабочены, сохранностью своего кадрового ресурса. Последние исследования и научные разработки, позволяют получить информацию о важности профилактики состояний эмоциональной перегрузки сотрудников, а также о возможных способах коррекции данной проблемы.[30]

Исторически, термин эмоциональное выгорание возник в начале 70-х гг. прошлого столетия, когда американский психолог Х. Фрейденбергер впервые употребил словосочетание *«психическое выгорание»* в связи с анализом требований, предъявляемых к социальным профессиям, основное содержание которых составляет межличностное взаимодействие.[31]

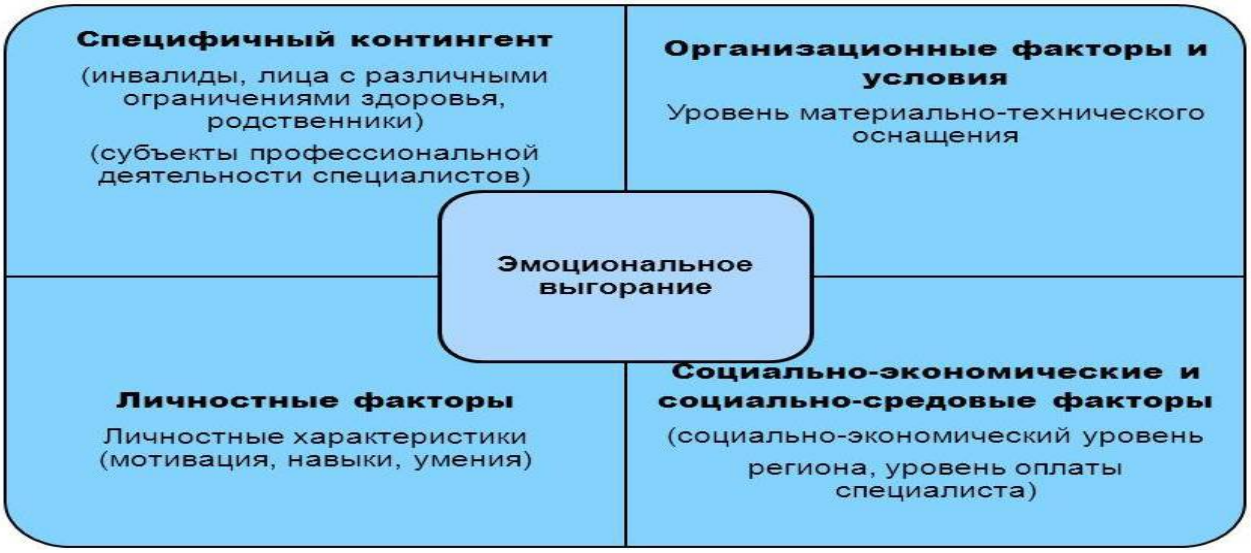
Первоначально автор описал это явление как ухудшение психического и физического самочувствия у представителей подобных профессий.

Как известно, специалисты учреждений медико-социальной экспертизы тесно взаимодействует с гражданами и их родственниками, в буквальном смысле слова, включаясь в экспертную ситуацию всем своим душевным аппаратом.

А значит, профилактика и коррекция данной проблематики является актуальнейшей проблемой, особенно для специалистов в такой сложной и конфликтной области как работа с тяжело больными и инвалидами!

Таблица 6

Факторы формирования синдрома эмоционального выгорания в МСЭ



[30]Лотова И.П. Профессиональный кризисы и деформации в социальной работе, их профилактика и коррекция: Методическое пособие. – М., 201-204 с.

[31]Орел В.Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии// Проблемы общей и организационной психологии.

В литературных источниках дается следующее определение Синдрому эмоционального выгорания (СЭВ), который определяется как ***специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с другими людьми.***

Обусловливает формирование данного феномена наличие в профессиональной деятельности напряженности, связанной с интенсивностью общения с субъектами своего труда (пациентами, клиентами, освидетельствуемыми), которое подкрепляется необходимостью переживать эмоции, находится в напряжении, а также интенсивностью восприятия, переработки и интерпретации получаемой информации и необходимостью принятия решений.

Теоретически синдром эмоционального выгорания можно представить в виде **модели**, которая представляет собой трехмерный конструкт, включающий в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений.

Причем, эмоциональное истощение рассматривается как основная база:

Первая составляющая проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии, эмоциональном пресыщении, чувстве безразличия, эмоциональном истощении, изнеможении (редукции энергетического потенциала) (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде), а также признаками психической дисфункции:

- потеря ясности мышления;
- трудности концентрации внимания- «маленькие», но важные вещи постоянно забываются или теряются;
- ухудшение кратковременной памяти;
- постоянные опоздания, несмотря на огромные усилия быть вовремя; увеличение числа ошибок и оговорок;
- увеличение недоразумений на работе и дома; несчастные случаи и ситуации, близкие к ним.

Вторая составляющая (деперсонализация), сказывается на формировании деформации в отношении с другими людьми: дегуманизации (развитие негативного отношения к своим коллегам и субъектам своей профессиональной деятельности (пациентам, освидетельствуемым), усиление негативизма, циничности установок и чувств по отношению к окружающим (что как мы рассматривали выше нередко проявляется при освидетельствованиях больных). Также следует отметить, что люди, испытывающие выгорание, имеют негативное влияние на своих коллег, так как способствуют большему количеству межличностных конфликтов, а также срывают рабочие задания. Таким образом, выгорание может быть «контагиозно» и, распространяться через неофициальные взаимодействия на работе. Сюда же следует отнести такой социальный аспект, как ухудшение в целом уровня социальных взаимодействий, в том числе с ближайшим окружением. СЭВ имеет негативное влияние на личную жизнь людей. Это может возникать из-за того, что после эмоционально насыщенного дня, проведенного с пациентами, человек испытывает потребность уйти на некоторое время от всех людей, что обычно реализуется за счет семьи и друзей.

Третья составляющая СЭВ (редукция личностных достижений) – может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи (формирует негативное самовосприятие в профессиональном плане – недостаток чувства профессионального мастерства), и стойкое ощущение утраты эффективности (достижений), или чувство некомпетентности в процессе развития СЭВ становится доминирующим мотивом в оценке специалистом своей работы. Люди не видят перспектив для своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой, утрачивается вера в свои профессиональные возможности, а также формируется снижение самооценки в целом.

Исследователи выделяют ***пять ключевых групп симптомов,*** характерных для СЭВ:

Индивидуально психологический уровень симптомов:

1. Физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение, расстройства сна и специфические соматические проблемы).

2. Эмоциональные симптомы (раздражительность, тревога, депрессия, чувство вины, ощущение безнадежности).

3. Поведенческие симптомы (агрессивность, черствость, пессимизм, цинизм, зависимости от психоактивных веществ).

Социальный уровень симптомов:

4. Симптомы, связанные с работой (прогулы, плохое качество работы, опоздания, злоупотребление рабочими перерывами, экспертные ошибки).

5. Симптомы в межличностных отношениях (формальность отношений, отстраненность от пациентов, коллег, дегуманизация, цинизм, конфликтность, вербальная, невербальная и поведенческая агрессия).

Очевидно, что для повышения уровня профессионализма необходимо учитывать феномен эмоционального выгорания специалистов, так как, проводимое тестирование на обучающих циклах повышения квалификации, позволило выявить практически у всех специалистов, работающих в медико-социальной экспертизе проявления выгорания по выше перечисленным позициям в среднем в умеренной степени.

Вообще, тема эмоционального выгорания всегда вызывает у специалистов учреждений медико-социальной экспертизы живой интерес, и в основном сводится к вопросу «А как же его преодолеть?». В формате лекционного курса, как правило, возможно, лишь в теоретическом смысле раскрыть основные ориентиры для выявления и коррекции данных **«токсичных»** состояний.

Рисунок 9

Стадии развития синдрома эмоционального выгорания

В целях практической проработки возможных проявлений эмоционального выгорания эффективным является тренинг диагностики и коррекции «Жизненного

баланса». Проведение тренинга направлено на ознакомление специалистов с особенностями данного феномена и основных маркеров, характеризующих наличие эмоционального выгорания, причин их возникновения и специфики возможных негативных последствий, непосредственно влияющих на здоровье и все сферы жизни человека. В процессе тренинга специалисты могут освоить эффективную психотехнологию диагностики собственного жизненного баланса, исследовать персональный уровень эмоционального выгорания, выявить «зоны риска», способы профилактики и коррекции дефицитарных жизненных сфер через осознание имеющихся и недостающих ресурсов, и тем самым, научиться управлять собственной жизнью.

К сожалению, уровень конфликтогенности в сфере деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы крайне высок. А значит, для эффективной профилактики и проработки существующих проблем необходимо проводить непрерывную практическую коррекцию и профилактику эмоционального выгорания специалистов, так как именно эмоциональный надлом (циничность, раздражительность, а порой и несдерживаемое хамство) могут являться прямым следствием наличия у специалиста данного синдрома.

4.2. Организационная культура деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы как механизм повышения качества предоставляемой услуги

Профессиональная деятельность специалистов любой сферы подразумевает определенную корпоративную культуру, как при организации самого профессионального процесса, так и в межпрофессиональных отношениях между специалистами. Именно люди создают профессиональную атмосферу в отрасли, а значит, в данном параграфе необходимо затронуть проблему «личности».

Исследования, посвященные изучению личностных особенностей врачей, различных направлений являются достаточно проработанным направлением и в отечественной и в зарубежной науке (Дернер К.; Бехтерев В.М.; Грандо А.А., Матвеев В.С. Соложенкин В.В., Харди И. и др.).

Однако, исследований в области изучения личностных качеств и особенностей врачей-экспертов, осуществляющих именно медико-социальную экспертизу практически нет.

На данную тему имеется лишь работа Нижегородских исследователей (кафедра медицинской экспертизы факультета повышения квалификации врачей Института последипломного образования ГОУ ВПО «Нижегородская академия Росздрава»).[32]

В исследовании нижегородских специалистов изучены профессионально важные психологические качества и личностные свойства специалистов, осуществляющих различные виды медицинской экспертизы (в том числе и медико-социальной)[2].

В данной исследовательской работе эмпирически (n=300 специалистов экспертов) установлено, ***для эффективной деятельности медицинскому эксперту*** необходимо обладать следующими операциональными и эмоционально-личностными характеристиками:

- способностью к аналитическому мышлению (способность к анализу, синтезу, сопоставлению фактов, логике);
- иметь высокий уровень мнестических процессов (сохранность кратковременной и долговременной памяти);
- обладать высоким уровнем развития аттентивных процессов (хорошая способность к концентрации внимания, способность длительное время сосредоточиваться на объекте внимания, быстрой способностью к переключению и совмещению нескольких признаков);
-иметь высоко развитые вербальные способности и литературные навыки письменного изложения мысли;
-иметь склонность к исследовательско-аналитической деятельности;
-иметь устойчивую эмоционально-волевую сферу (высокая помехоустойчивость, психоэмоциональная стабильность, способность длительное время работать на достаточно высоком уровне умственной работоспособности).
-обладать личностной зрелостью (внутренняя мотивация, рациональность, методичность, высокий уровень познавательной активности, развитый уровень интеллекта и эрудированность, устойчивая самооценка, организованность, аккуратность, объективность, ответственность, собранность, упорство).

Качества, ***препятствующие эффективному осуществлению профессиональной деятельности медицинского эксперта,*** также были определены:

- неспособность анализировать, сопоставлять факты;
- невнимательность, рассеянность;

---

[32]Бертрудин В.А. и соавт. Психологический портрет медицинского эксперта с позиции соционического подхода//«Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2011. - № 2. – С. 29-33.

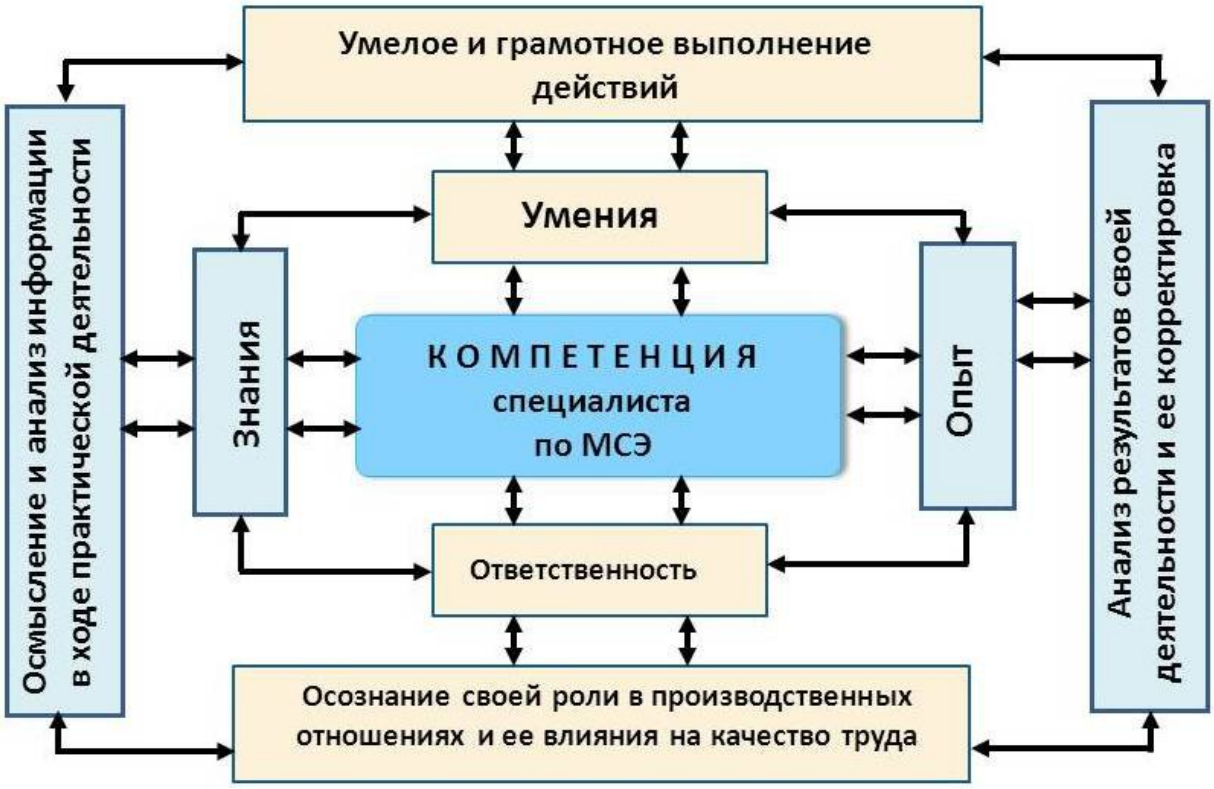
- отсутствие любознательности, склонности к исследовательской деятельности;
- неспособность к глубокому осмыслению происходящего (поверхностность);
- эмоциональная неустойчивость;
-безответственность, неаккуратность;
- отсутствие интереса (мотивации) к выполняемой работе.

Подводя итоги, нижегородские ученые констатируют, что отбор для специфической профессиональной экспертной деятельности в основном производится по формальным признакам (образование, стаж, категория и др.) без учета индивидуально-психологических особенностей, влияющих на оказание экспертных услуг на высоком профессиональном уровне [4].

Полученные в исследовании данные позволяют аргументировано обосновать необходимость более пристального отбора специалистов, нацеленных на работу в учреждения медико-социальной экспертизы и обучение уже имеющихся кадров по развитию, совершенствованию и коррекции выявленных индивидуально-психологических аспектов. Также при подборе и обучении специалистов в учреждения медико-социальной экспертизы необходимо учитывать не только устоявшиеся личностно-эмоциональные качества, но и профессиональный потенциал человека в отношении способности повышать уровень своей ***профессиональной компетентности***.

Рисунок 10

Структура компетенции специалиста учреждения МСЭ



Основные идеи подхода к уровню компетентности специалистов, сформулированные Л.О. Филатовой в области образования, можно, на наш взгляд, рассматривать и в медико-социальной экспертизе следующим образом:

- компетентность объединяет в себе интеллектуальную и навыковую составляющую медико-социальной экспертизы;

- понятие компетентности включает не только когнитивную и операционально-технологическую составляющие, но и мотивационную, этическую, социальную и поведенческую;
- компетентность означает способность мобилизовать полученные знания, умения, опыт и способы поведения в условиях конкретной ситуации, конкретной деятельности, (в медико-социальной экспертизе);
- компетентностный подход включает в себя идентификацию основных умений;
- компетентность является процессуальным механизмом (т.е. компетенции как проявляются, так и формируются в деятельности на протяжении всей жизни, что обусловлено потребностью в адаптации человека к часто меняющимся условиям и технологиям).
- компетенция характеризует профессиональный потенциал, который проявляется ситуативно.
- В условиях необходимости быстрого освоения множества нормативно-правовых документов, а также новых подходов к медико-социальной экспертизе с учетом международных прогрессивных подходов, специалисту просто необходимо обладать и постоянно совершенствовать все составляющие профессиональной компетентности.

Далее, хотелось бы сказать о личностном параметре (мотивации), определяющем эффективность любой деятельности человека, в том числе в профессии. Адекватная внутренняя (личностная) мотивация врача традиционных специальностей исторически обусловлена потребностью облегчить страдания больного человека и его близких. Мотивация врачей-экспертов, работающих (либо желающих попасть на работу) в учреждения медико-социальной экспертизы, вещь практически не изученная. Изучение мотивационно-личностных установок и потребностей врачей, посвящающих себя медико-социальной экспертизе может стать важным прорывом, в том числе в прикладном смысле, для коррекции возникающих психоэмоциональных ситуаций (экспертных конфликтов, оптимизации межпрофессиональных взаимодействий) и др.

Вышеизложенное, делает очевидным необходимость учета уровня компетентности специалистов, при формировании кадровой стратегии учреждения, а значит и необходимость профотбора и мониторинга качества профессиональной деятельности специалистов медико-социальной экспертизы.

Одной из важнейших составляющих обеспечения качественного оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе является высокий уровенькадрового потенциала учреждения, осуществляющего данный вид деятельности.

С целью обеспечения укомплектованности учреждения высоко профессиональным кадровым ресурсом, необходима четкая система управления персоналом, включая направленный профессиональный отбор кандидатов (на основании оценки профессионально важных качеств), обеспечения «системы наставничества» молодых специалистов, создания в учреждении «кадрового резерва» специалистов, потенциально способных в последствии «не провалить направление», достойно продолжая дело профессионалов высокого уровня в будущем. Также необходимо создание мониторинга эффективности профессиональной деятельности специалистов учреждения всех уровней.

Методологически ***профессиональный отбор*** - это комплекс мероприятий, направленных на выявление лиц, в наибольшей степени соответствующих требованиям конкретной специальности по своим индивидуальным качествам. Профессиональный отбор включает в себя изучение социальных характеристик человека и уровня его общеобразовательной и специальной подготовленности, а также медицинское и психологическое обследование. По сути, профессиональный отбор представляет собой систему средств и методов, обеспечивающих прогностическую оценку взаимосоответствия человека и профессии в тех видах деятельности, которые осуществляются в нормативно заданных условиях (гигиенических, микроклиматических, технических, социально-

психологических), требующих повышенной ответственности, определенных характеристик здоровья, высокой работоспособности и точности исполнения задания, а также устойчивой эмоционально-волевой регуляции.

В профессиональном отборе большое значение имеет оценка кандидата с психологических позиций. Данная оценка формируется в результате комплекса мероприятий, позволяющих «принять решение о зачислении кандидата, которыйобладает профессионально важными качествами и по результатам психологических испытаний наиболее соответствует квалификационному уровню специалиста для последующей профессиональной деятельности, осуществляемой Учреждением. Комплекс мероприятий, составляющих профессиональный психологический отбор, направлен на организацию процедуры по подбору персонала (в соответствии с имеющейся потребностью организации в тех или иных специалистах) на основе оценки соответствия уровня развития необходимых психофизиологических (индивидных) качеств и свойств личности требованиям определенной профессиональной деятельности. Основной задачей профессионального отбора является оценка необходимых для успешного обучения и деятельности индивидуально-психологических качеств и свойств личности кандидата, а также вынесение итогового заключения о пригодности к практической деятельности по соответствующей специальности. Также профессиональный отбор направлен на выявление и оценку задатков и профессиональных способностей человека, его ценностных ориентации, профессиональной направленности, определения ведущих мотивов, интересов и предпочтений и реализуется при помощи целого арсенала методических средств: вербальных тестов и опросников, аппаратурных методик, проективных тестов, собеседования (неструктурированного интервьюирования кандидата).

Профессиональный отбор целесообразен и эффективен при выполнении следующих условий:

1) наличия объективной социально-экономической реальности (например, наличия большого количества свободных работников на определенные профессиональные вакансии, имеющиеся в учреждении);

2) наличие определенного круга профессий, в которых профессиональная пригодность (соответствие уровня знаний, навыков и умений) работника имеет большое значение для достижения им высокой эффективности труда[33], профилактики создания конфликтов в учреждениитребует специального психологического отбора работников по фактору стрессоустойчивости, обладания развитыми коммуникативными навыками и аналитическим складом мышления;

3) наличия разработанной и апробированной системы отбора (комплекса диагностических методик, составленных в соответствии с принципами валидности, надежности, взаимодополняемости и взаимозаменяемости);

4) наличия специалистов, подготовленных к проведению профессионального отбора и имеющих практический опыт в организации и реализации процедур профессионального отбора.

Основой профессионального отбора являются конкретные нормативные характеристики профессии:

-социальные (функции, задачи, цели);

-операциональные (интеллектуально-когнитивные);

- эмоционально-личностные (мотивационные);

-организационные (санитарно-гигиенические, социально-психологические, психофизиологические условия труда).

---

[33] например, труд врача-эксперта, медицинского регистратора, психолога и всех специалистов учреждения медико-социальной экспертизы (как напряженная и стрессовая умственная деятельность (прим. авторов)

Выявление различных параметров индивидуально-психологических (в том числе эмоционально-личностных), характеризующих мотивационные и операциональные возможности соискателя, ценностные ориентации личности, мотивационную стабильность выбора профессии, особенности жизненного опыта, существенно расширяет возможности структурно-динамического анализа всей совокупности полученной информации, позволяя повысить степень вероятности и надежности прогнозов в отношении профессиональной адаптации (и рисков дезадаптивного профессионального поведения) для каждого конкретного специалиста.

Деятельность специалистов медико-социальной экспертизы (врача специалиста по медико-социальной экспертизе), специалистов по реабилитации, психологов, специалистов по социальной работе, и среднего медицинского персонала принадлежит к профессиям субъект-субъектного типа (т.е. сферы профессиональных отношение в рамках «человек-человек»).

Как правило,подобные сферы профессиональной деятельности реализуются в условиях повышенных социально-психологических требований, так как связаны с высоким умственным и психоэмоциональным напряжением, что в отношении сферы медико-социальной экспертизы очевидно.

Специалисту, работающему в учреждении медико-социальной экспертизы, для успешного выполнения своих обязанностей необходим следующий набор психологических качеств:

1. ***Операциональные и эмоционально-волевые способности:***
   - Аналитическое мышление (способность анализировать, синтезировать, сопоставлять факты, делать логические выводы);
   - Высокий уровень развития концентрации и устойчивости внимания (способность к совмещению в умственном плане несколько признаков, способность длительное время сосредоточиваться на одном предмете, не отвлекаясь на другие объекты и не ослабляя внимания);
   - Навыки письменного логического изложения мысли;
   - Склонность к исследовательской, аналитической деятельности;
   - Высокий уровень развития кратковременной и долговременной памяти;
   - Высокая психоэмоциональная стабильность и стрессоустройчивость;
   - Способность заниматься длительное время монотонной кропотливой умственной работой;
   - Высокий уровень коммуникативной компетентности;

2. ***Личностные качества (мотивационная направленность, личностная зрелось)***
   - Самостоятельность, самомотивация;
   - Склонность к анализу, рациональность, методичность, любознательность, интеллектуальность, эрудированность, уверенность в себе (критичность);
   - Организованность;
   - Аккуратность;
   - Объективность;
   - Ответственность;
   - Четкость, собранность;
   - Упорство;
   - Самоконтроль, уравновешенность, сдержанность;
   - Стремление к саморазвитию, обучаемость;

Противопоказаниями к профессиональной деятельности в учреждении медико-социальной экспертизы, во избежании рисков создания конфликтов, ***являются следующие качества***:

- неспособность анализировать, сопоставлять, обобщать факты и делать логические выводы и глубоко осмысливать происходящее;

- невнимательность, рассеянность;
- отсутствие способности к исследовательской деятельности;
- эмоциональная неуравновешенность, конфликтность;
- безответственность, неаккуратность, лживость, нечистоплотность;
- отсутствие любознательности, профессионального интереса к выполняемой работе.

Далее необходимо затронуть ***вопросы оценки эффективности профессиональной деятельности специалистов,*** которую возможно производить на основе определенных (целевых) показателей. Создание мониторинга целевых оценочных характеристик, может стать надежным объективным механизмом для руководителей при рассмотрении стимулирующих выплат, тем самым способствуя мотивации повышения качества профессиональной деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы.[34]

Основными критериями оценки деятельности специалистов выступают ***результативность труда, продуктивность, эффективность, оптимальность***.

Результативность труда – это наличие результатов, итогов труда, которые могут быть позитивными (запланированными) и негативными (неожиданными).

Продуктивность – наличие продукта труда, соответствующего необходимым стандартам в профессии.

Эффективность – соответствие полученного результата поставленным целям и задачам; эффективность – более узкое понятие, чем результативность, так как охватывает как правило позитивные результаты.

Оптимальность – достижение наилучшего результата в данных условиях при минимальных затратах времени и усилий участников.

Помимо вышеуказанных предметных показателей, характеризующих трудовую деятельность, важными показателями, обеспечивающими как процесс, так и результат труда являются психологические (эмоционально-личностные) особенности сотрудника, отражающие мотивационную, психологическую цену усилий человека при достижении производственных результатов.

Для интегральной оценки результативности профессиональной деятельности специалистов, необходимо учитывать следующие качественно-количественные характеристики труда.

---

[34]Морозова Е.В., Жукова Е.В. «Оценка эффективности профессиональной деятельности специалистов психосоциальной сферы» //Информационно-методический сборник научно-практической конференции «О ходе реализации апробации новых подходов, нормативных документов, методик и технологий в практической деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ», Геленджик 2012, С. 133-136.

Таблица 7

Количественно-качественные характеристики труда, обеспечивающие организационную культуру деятельности специалистов

Показатель	Содержательная характеристика оцениваемого показателя
ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА ТРУДА (создание качественной экспертно-реабилитационной среды)	
Соблюдение внутреннего трудового распорядка	Своевременный приход и уход с работы, (своевременное начало работы, трудовая включенность в течение всего рабочего дня)
	Соблюдение порядка на рабочем месте
Соблюдение принципов этики и деонтологии	Соблюдение этики при взаимодействии с освидетельствуемыми, их родственниками и законными представителями, коллегами.
	Соблюдение надлежащего внешнего вида (опрятность, наличие белого халата, бейджа с ФИО и должностью)
Психологические (эмоционально-личностные) качества специалиста	Инициативность (способность к генерированию новых идей, предложений по развитию экспертно-реабилитационной деятельности),
	Собранность (способность сконцентрироваться и выполнить порученное задание)
	Коммуникативные качества (умение находить общий язык с больными, коллегами, умение работать в команде)
	Обучаемость, профессиональное совершенствование (в том числе самообучаемость)
Эстетичное ведение отчетной документации	Эстетика и своевременность заполнения документации
	Выполнение сроков сдачи экспертно-реабилитационных заключений
	Выполнение сроков сдачи ответов на письма и консультативных заключений
	Выполнение сроков сдачи заключений о предоставлении реабилитационных мероприятий
	Выполнение сроков сдачи отчетов по итогам работы за неделю, месяц
Владение современными информационными технологиями	Владение компьютером не ниже уровня «уверенный пользователь» (программы Microsoft Excel, Microsoft Power Point, Microsoft Word, Microsoft Access, Microsoft Publisher) Владение интернет технологиями (работа с электронной почтой, поисковыми системами, электронными библиотеками и т.д.). Владение программами электронного документооборота учреждения
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ И УМЕНИЯ (уровень теоретической и практической подготовки)	
Владение теоретическими и практическими знаниями в области медико-социальной экспертизы	Владение и свободная ориентировка в нормативно-правовой базе медико-социальной экспертизы
	Наличие категорий по специальности, научной степени, звания.
	Владение широким спектром диагностического инструментария, применение современных диагностических средств и пособий, умение сформулировать рекомендации в Индивидуальную программу реабилитации
	Подготовка типовых ответов на письма, запросы граждан
	Подготовка ответов по сложным нетипичным случаям, требующих использования дополнительной информации от межведомственных

	организаций
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ТРУДА	
Выполнение объема нагрузки экспертно-реабилитационной диагностики за месяц	Выполнение нормы нагрузки за месяц
	Превышение нормы нагрузки
Выполнение дополнительной нагрузки	Курация и наставничество «молодых специалистов»
	Разработка и подготовка различных научно-методических материалов (методических пособий, руководств, статистических материалов)
	Научные публикации (монографии, статьи, тезисы, аналитические обзоры)
	Участие в работе конференций (выступление с докладом, участие и подготовка круглых столов)
	Выполнение более сложных и ответственных работ (Например: участие во внутриведомственных региональных проверках, командирование в региональные учреждения для передачи практического опыта и др.).
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРУДА	
Качество выполняемой работы	Умение компетентно сформулировать и обосновать заключение по результатам проведенной экспертно-реабилитационной диагностики с оценкой: -степени выраженности имеющихся функциональных нарушений с учетом синдромального анализа; - определением степени выраженности ОЖД; -формулировкой рекомендаций в ИПР
	Умение компетентно и обоснованно, с учетом действующей нормативно-правовой базы, подготовить ответы на письма, консультативные заключения
Наличие наградного материала	Наличие благодарностей от освидетельствуемых
	Наличие благодарностей от коллег (в том числе внутри ведомственных и межведомственных структур)
	Наградные документы: благодарности, грамоты, дипломы и т.д.

В таблице предложены и сформулированы оценочные показатели с описанием их содержательной (качественной) характеристики. Для мотивационного стимулирования сотрудников, руководитель структурного подразделения (руководитель экспертного состава, руководитель Центра, отдела), на основании полученных результатов, ежемесячно формулирует предложения с обоснованием объема стимулирования, которые предоставляет на рассмотрение Руководству учреждения.

Соблюдение вышеизложенных принципов кадровой политики в отношении профессионального отбора специалистов для учреждений медико-социальной экспертизы, а также организация мониторинга эффективности профессиональной деятельности специалистов с учетом не только количественных, но и ее качественных параметров позволит повысить эффективность качества оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе.

4.3. Психологические аспекты организационно-бытовых условий создания доступной, эффективной и качественной экспертной среды

В теме, посвященной этике и деонтологии экспертного процесса, нельзя обойти вниманием ***организационно-психологические аспекты*** рациональной организации процедуры экспертизы с учетом психологических принципов и механизмов**,** обеспечивающих эффективность, доступность и качественность экспертной среды. Наряду с очевидной необходимостью применения современных технических средств, обеспечивающих доступность пространства для категорий лиц, передвигающихся на инвалидных колясках, слабослышаших, слабовидящих, незрячих, глухих с нарушениями функции речи, поговорим о психологических принципах организации доступной и качественной экспертной среды в целом. Скептики, могут удивиться, сказав «ну вот…, и здесь не обошлось без психологии…». Однако, широко известно, что окружающий мир, отраженный в сознании человека непосредственно влияет на его психоэмоциональное состояние, а значит и на всю психологию человека. Исходя из этого положения, очевидным становится, что при организации процесса медико-социальной экспертизы важно все!

Как известно, ***«театр начинается с вешалки…»***. Таким образом, все с чем сталкивается человек, обратившийся в службу медико-социальной экспертизы, (письменно, по телефону, через интернет каналы или непосредственно, оказавшись в учреждении) влияет на его ощущения, чувства, а, следовательно, формирует потребности и определенные, их удовлетворяющие, мотивы дальнейшего социального поведения.

Учитывая изложенное, для оптимизации процедуры, принципиально важно предоставить гражданам доступный уровень ***грамотно, этично и дружелюбно, подаваемой информации,*** а также обеспечить высокий уровень комфорта и для лиц, обращающихся в учреждения медико-социальной экспертизы и для специалистов, оказывающих данный вид государственных услуг.

С организационных позиций необходимо продумать различные способы взаимодействия с гражданами наличие дружелюбного персонала, способного проинформировать человека и подсказать ему необходимые, требующиеся сведения. При общении на интернет портале необходимо обеспечить удобство сайта с интерактивной системой обмена информацией, постоянной функцией обновления сведений, наличием всего спектра информационно-справочного материала в отношении учреждения, вопросов касающихся государственной услуги по медико-социальной экспертизе, а также персоналий, осуществляющих данный процесс. Также учреждению необходимо создатьконсультативно-справочную телефонную службу(call-центр) и обеспечить ее специалистами, способными доступно и компетентно проконсультировать граждан по возникающим вопросам, касательно предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе.

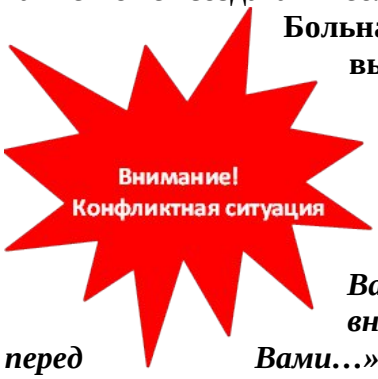
Также необходимо тщательно продумать и спланировать ***весь интерьер***: цветовое решение, удобство расположений помещений, в которых проводится экспертиза, обеспечить качество и удобство мебели, возможность произвести необходимые санитарно-гигиенические процедуры. Другими словами, организовать доступность для всех субъектов медико-социальной экспертизы с точки зрения имеющихся у больных ограничений здоровья, необходимости и возможностей питания и др.. Вопросы организации процесса освидетельствования с учетом принципов доступности и создания качественнойэкспертной среды нуждаются в глубокой психологической продуманности, с точки зрения минимизации рисков возникновения различных эксцессов.

Случаи конфликтных ситуаций и недовольства освидетельствуемых, возникающих именно из-за организационных недостатков нередки, в том числе от отсутствия дружелюбия окружающих и сотрудников учреждения.

Следующие примеры, показывают важность «личностного фактора» в формировании недовольства граждан.

Больной сахарным диабетом, приехав в учреждение медико-социальной экспертизы, в результате гипогликемического состояния почувствовал слабость, головокружение и общее недомогание. Прислонившись к стене человек, пытается сориентироваться в какую сторону ему идти и очень тихо произносит, *«А где здесь ВТЭК?...., я на ВТЭК приехал….».* Однако, окружающие его люди, посетители учреждения, сотрудники пожимают плечами и равнодушно спеша проходят мимо, так и не оказав помощи плохо чувствующему себя человеку. Возможно, данный случай «социального равнодушия» обусловлен социо-культурными стереотипами. Ведь в данном случае, растерявшийся больной формально как-бы не производит впечатление немощного. Работа стереотипа такова, что если бы больной был в возрастной категории «за семьдесят», либо незрячим, или, например глухим, или испытывал бы ограничения к передвижению, вот тут-то пробегающие мимо люди, человеку конечно бы помогли. Однако, видя перед собой «относительно здорового с виду» мужчину мысль о необходимости срочного оказания помощи не пришла в голову ни одному встречному человеку.

И еще один пример, свидетельствующий о формальном отношении персонала, что также может создавать неблагоприятное впечатление о службе в целом.

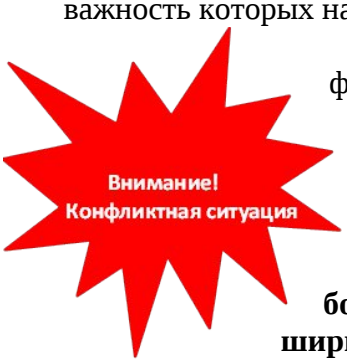


Больная, ожидающая в очереди почувствовав себя плохо, (далее выяснилось, что у нее гипертонический криз), улучшив момент, когда в коридор вышла медрегистратор обратилась к ней с просьбой: *«Скажите, пожалуйста, а Вы можете мне померить давление, а то я что-то неважно себя чувствую…».* На что, медрегистратор (вполне вежливо и даже нарочито назидательно) отвечает: *«Вот дойдет до Вас очередь, Вам и давление померяют, и посмотрят Вас внимательно, а сейчас ждите,…видите, сколько еще народу перед Вами…».* Формально специалист не нагрубил человеку, но подобное равнодушие, транслируемое в адрес больных, влияет на формирование у них негативного отношения и к экспертам и к службе в целом.

С организационной точки зрения, лишь на первый взгляд кажется, что экспертное освидетельствование – это ординарный осмотр больных и «поточная процедура», по результатам которой устанавливается экспертное решение.

При более глубоком рассмотрении того, как именно организована процедура, становится понятным, что из-за нерационально организованного процесса освидетельствования и неэффективной экспертной среды возникают множественные психологические «риски», вследствие недовольства больных, в дальнейшем запускающее экспертный конфликт.

Однако здесь, также как и в предыдущих главах пособия, посвященных психологическим аспектам экспертизы, восприятию инвалидности, личности специалистов, необходимо обозначить ***весомую роль бессознательных процессов психики*** в формировании упомянутых психологических рисков, обусловленных неочевидной переработкой, усвоением и защитными феноменами «психологического переноса», важность которых напрасно отвергается скептиками.



Для понимания работы бессознательных механизмов, влияющих на формирование недовольства, рассмотрим несколько примеров.

Во время освидетельствования больную просят пройти на кушетку и раздеться (в данный момент мы не рассматриваем качество коммуникативного взаимодействия, как именно и в какой форме обращения это делается, а оцениваем происходящее с точки зрения человека, находящегося в данной ситуации). Итак, больная проходит, раздевается, садится на кушетку (при этом ширма не загораживает ее от остальной комнаты и находящихся в ней

людей) и почти обнаженная ждет... Врач, не торопится к осмотру больной, а продолжая писать, далее расспрашивает больную о вопросах быта и о том, как она справляется с выполнением повседневных обязанностей…. В то время как женщина съежившись, сидит на кушетке раздетая и ждет….Только после прояснения всех интересующих врача вопросов специалист встает и подходит к уже озябшей и разнервничавшейся больной. Далее врач, (справедливо было бы заметить, обращаясь к больной «на ты»), начинает осмотр, давая следующие врачебные указания *«Встань, закрой глаза, наклонись…и др.».*

В дискуссии о типичных экспертных ситуациях, уже говорилось о том, что сама экспертиза психологически воспринимаетсялюдьми как некое некомфортное испытание, что обусловливается многими объективными и субъективными факторами. Психологически, во время освидетельствования человек испытывает растерянность, переживания «о будущей судьбе» и, в ситуации неопределенности, ощущает свою уязвимость, зависимость от «судьбоносного» экспертного решения, порождающую тревожность и психоэмоциональный дисбаланс в целом. Конкретно описанная ситуация ожидания врачебного осмотра «под прицелом оценивающих взглядов», непродуманность действий врача об указании раздеться до непосредственного осмотра и нахождение больной в беззащитном и в прямом смысле слова обнаженном состоянии, является некорректной по отношению к человеку, итак испытывающему неловкость. В совокупности с недопустимым фамильярным обращением, непродуманной обстановкой (неправильно установленной ширмой, хождением посторонних и др.) такой стиль ведения процедуры освидетельствования может квалифицироваться как недопустимый, нарушающий этику и деонтологию по отношению к освидетельствуемой, ***бессознательно воспринимающей*** все происходящее как унижение. В ситуации «телесной обнаженности и беззащитности», бессознательно человек еще более фрустрируется в одной из основных базовых потребностей в психологической безопасности и чувствует себя слабым, немощным, зависимым, неуверенным. В данном случае у психологически уязвленного человека, сформируется недовольство, что с большей вероятностью может вылиться в риск проявления защитно-оборонительных вербальных реакций, спровоцированных непродуманной организацией экспертной процедуры и некорректными действиями врача.

Врачам необходимо знать, что тело, как культурно исторический феномен и физическая оболочка является чрезвычайно значимым индикатором отношений, чувств и переживаний для всех людей. ***Все аспекты телесности*** (отношения к своему телу, телесных проявлений,функций, внешних свойств и качеств тела) для человека имеют высокую значимость и определенный смысл, сформировавшийся в культурно-историческом контексте. Примером может служить эмоционально-личностная сверх фиксация подростков на своей внешности (в связи с внезапными изменениями пропорций фигуры, проблемами с кожей). Также значимость телесного благополучия характеризуют уже упомянутые нами эмоционально-личностные реакции людей, пострадавших от заболевания имеющих внешний телесный дефект.

Однако необходимо рассмотреть важностьтелесного участияв межличностном взаимодействии и коммуникации (в том числе невербальной: через мимику, жесты, позы), непосредственно осуществляемых телом. Множество жестов сформировавшихся в процессе культурно-исторического развития (например: рукопожатия и объятия), впоследствии ставшие ритуалами, имели особый для окружающих смысл и значение «проверки отсутствия оружия в руке и за спиной», а значит и демонстрацию физической и психологической безопасности, по сути, выполняя функцию эмоционально-поведенческой саморегуляции.

Тот же смысл несет в себе одежда, украшающая, либо укрывающая тело (например, «защищающая и отпугивающая» одежда воинов: шлемы, плащи, кольчуги; одежда королей в виде «возвеличивающих» корон, необъятных размеров мантий, психологически обслуживающих величие королевской особы. Более жизненный пример, позволяющий

понять имеющиеся мотивы в зависимости от эмоционального состояния, которым с успехом пользуются люди, характеризует все виды телесного «украшательства» (макияж, татуировки, различные вариации длины платья от «мини» до «макси», возможность «возвыситься» с помощью каблуков, что является популярным «психологически приемом» у женщин). Способы подобного самовыражения, конечно со временем видоизменились. Однако по-прежнему такая возможность самовыразиться популярна и всегда несет определенный психологический посыл, посредством так или иначе расставленных акцентов на теле человека.

Говоря о телесности, очевидно, что отсутствие одежды обнажает не только в буквальном смысле - телесно, но и в психологическом, что также культурно обусловлено социально сформированным чувством стыда. Там где обнажение не связано с безопасностью, всегда возникает риск уязвимости, диктуемой беззащитностью. На экзистенциальном уровне это проявлено в следующей очевидности - при рождениичеловек обнажен и чрезвычайно беззащитен… Таким образом, довербальный уровень памяти формирует глубокую бессознательную чувственную основу, контролировать и рационально рассуждать о которой бесполезно.

Скептики могут возразить, полагая, что освидетельствуемый добровольно обратился за установлением инвалидности и, следовательно, обязан раздеться так же как и у любого другого врача. Однако, именно в этом и кроется механизм формирования психологической уязвленности, для понимания которой необходимо вернуться к тому, что процедура освидетельствованияв психологическом смысле не эквивалентна лечебному взаимодействию и ***гораздо травматичнее лечебного контекста***, когда больные готовы терпеть физически болезненные манипуляции от врача с целью будущего излечения, но не готовы морально (психологически, и в большинстве случаев социально-экономически) пострадать от несовпадающего с их мнением экспертного решения. А, следовательно, все, что связано с психологической безопасностью человека требует высокого уровня продуманности и организации экспертной процедуры, культуры и этики специалистов, взаимодействующих с гражданами в процессе освидетельствования во избежание усиления психологической уязвимости лиц, находящихся в ситуации экспертного освидетельствования.

Немаловажной является продуманность организации пространства, позволяющего сформировать атмосферу «открытости», комфорта и в целях оптимизации взаимодействия специалистов с обследуемым и обеспечения удобства для лиц, находящихся на освидетельствовании. Расстановка «позиций специалистов»также имеет смысл, в котором должен прослеживаться определенный алгоритм процедуры, через последовательное подключение того или иного специалиста. Как правило, взаимодействие с освидетельствуемым начинается с медрегистратора. Идеальный вариант архитектурного решения организации пространства подразумевает его планирование таким образом, чтобы в начале освидетельствуемый попадал в кабинет, в котором медрегистратор проводит первичный этап процедуры, соблюдая нужные документальные формальности.

Далее, пространство необходимо организовать так, чтобы из комнаты, в которой располагается медрегистратор, освидетельствуемый попадал в кабинет с врачами, специалистами по медико-социальной экспертизе, специалистами по реабилитации и выходил из помещения, после окончания процедуры освидетельствования, из другой двери, не встречаясь с людьми, ожидающими своей очередидля прохождения экспертной комиссии.

Особенно хотелось бы сказать о специально выделенном помещении для осуществления психодиагностики, которое однозначно должно проводиться в отдельном кабинете и подразумевает приватное общение специалиста с освидетельствуемым. Цель предоставления психологу отдельного кабинета обусловлена самой методологией психологического обследования, в котором одним из ***первых*** этапов является клиническая беседа, функция которой заключается в налаживании контакта с освидетельствуемым,

сборе анамнестических данных, выявлении базовых установок человека, отражающих приверженность к реабилитации, либо к пассивно-иждивенческим стратегиям социального приспособления. Также этап беседы носит психотерапевтический характер, который особенно важен на последующих этапах освидетельствования, в связи с аккумулируемым психоэмоциональным напряжением лиц принципиально не согласных с решениями предыдущих экспертных комиссий. ***Во-первых,*** по понятным причинам, выполнение данных функций (налаживание контакта, создание доверительно-психологической атмосферы, психотерапевтического альянса и формирования мотивационной готовности обследуемого к выполнению патопсихологических (функциональных) проб в общей комнате, с множественными отвлекающими факторами, где присутствуют все специалисты невозможно. ***Во-вторых***, отвлечение на посторонние звуки, объекты и явления искажает получение достоверной информации о когнитивных процессах освидетельствуемого за счет возможных трудностей сосредоточения, отвлекаемости и ошибок внимания, что, ***в-третьих*** ставит объективность полученных в результате психодиагностического исследования результатов под сомнение и дискредитирует саму его суть.

Далее остановимся на специфике расстановки позиций врача и освидетельствуемого в процессе экспертной процедуры, которая также не всегда психологически верна и продумана. Расстановка позиций «врач – больной» при беседе и осмотре, когда человек присаживается на стул рядом с врачом, на расстоянии примерно 0,5 – 1 метр, сбоку от стола, как правило, является традиционной. В данном случае человек находится в «шаговой доступности» удобной и для диалога и для возможности осуществления различных медицинских манипуляций (пощупать пульс, измерить давление и др.).

Однако наблюдение за «стилем» проведения экспертных комиссий выявило недостаточно удачные формы расположения диспозиций «врач-освидетельствуемый», когда на значительном расстоянии от стола, где заседает несколько человек, ставится стул, на который предлагается присесть освидетельствуемому. Психологически такая диспозиции воспринимается человеком следующим образом – «специалисты в белых халатах «вместе, заодно…», а я один… «беззащитен», нахожусь под их пристальным наблюдением…». Данное месторасположение в удаленности от стола врача-эксперта может способствовать (в зависимости от ситуации и психоэмоциональной устойчивости больного) нарастанию тревожности, формированию чувства незащищенности и даже отвержения.

Особенно подобная ситуация недопустима при осмотре детей, что будет проиллюстрировано в следующем примере. **На одной из комиссий, мама сидит рядом с врачом, в то время как специалист, ставит в центре комнаты стул и говорит пятилетнему ребенку *«давай-ка, иди сюда!»*. Ребенок испуганно вцепился в маму, оглядывается по сторонам и не собирается подходить к стулу достаточно удаленному от мамы. При этом для экспертов стоит задача оценить ходьбу ребенка, имеющего ортопедическую патологию. Врач не уловив перепуганное состояние мальчика, настаивает *«Ну что ты испугался?! Иди сюда!», что впрочем, не производит впечатление на мальчика, вцепившегося в мать еще сильнее…Мать также начинает нервничать, приговаривая, что он плохо ходит и недовольно ворчит: «Не видите что-ли…? Дитя задергали совсем…».***

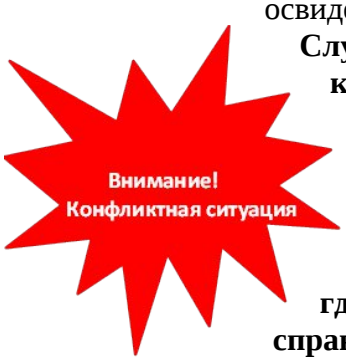
Спасла ситуацию ортопед, молодая задорная доктор, которая с находчивостью и выдумкой выманивает ребенка на середину комнаты с помощью игрушечных пумпонов, на своей обуви в виде зверюшек, непринужденно предложив заинтересовавшемуся необычными тапками малышу, следующий вариант: *«Давай ты пойдешь за мной! И я разрешу тебе рассмотреть мишек, которые на моих тапках!»*. Два предыдущих примера отражают психологическое восприятие

нерациональных диспозиций пространства в виде барьеров. Физические барьеры и в плане дистанции и в плане находящихся между собеседниками предметов (стола, стульев) бессознательно воспринимаются как преграды, способные повлиять на эмоциональный фон общения. Данные особенности всегда учитываются в современной модели организации переговоров, а также в консультировании, тренинговой работе, когда между собеседниками и участниками общения исключается наличие барьеров и препятствий, а люди располагаются напротив друг друга, либо садятся в круг. Таким образом, фраза «давайте обсудим это за круглым столом…» не случайна и транслирует бессознательный смысл готовности к безбарьерному, дружелюбному и конструктивному диалогу для достижения консенсуса, что по возможности необходимо учитывать при организации процедуры освидетельствования.

В отношении организации пространства для освидетельствования детей необходимо учитывать следующие моменты. Избежать создания тревожной для ребенка обстановки необходимо с помощью специализированного оснащения бюро педиатрического профиля. Для экспертной оценки имеющихся у детей нарушений необходимо создать специальные условия и предметно-адаптивную диагностическую среду, позволяющую оценить степень выраженности статодинамических нарушений, сформированности навыков основных движений, моторики и психофизических качеств (быстрота, ловкость, гибкость и др.). Обычно для этих целей кабинет оснащается специализированными мягкими модулями, игровым спортивным оборудованием (сухой бассейн, горки, гимнастические лестницы и др. Ребенок попадает в привычную игровую среду, как бы «провоцирующую» на осуществление привычных игровых действий и снимающую коммуникативные барьеры (тревожность, растерянность, страх) перед незнакомой ситуацией, людьми, позволяя выполнить специалистам поставленные экспертные задачи. Также в детском бюро необходимо предусмотреть комнату для «матери и дитя», с наличием пеленального столика и возможностью осуществить гигиенические процедуры и процедуру кормления. Случаи, когда мама с грудным ребенком на руках не знает где приткнуться чтобы его покормить к сожалению еще встречаются на местах. Также, безусловно, важно по возможности продумать территориальную сепарацию детского бюро от остальных экспертных составов. Тот же принцип, по понятным причинам, необходимо соблюдать и в отношении бюро психиатрического профиля, целевой аудиторией которого является наиболее психологически сложный контингент.

Таким образом, при организации экспертной процедуры важно все! Даже, такой казалось бы несущественный, на первый взгляд, фактор, как продуманность процесса ***навигации (сопровождения) больных по учреждению и рациональное планирование освидетельствований***, с точки зрения информационной доступности, указателей, помогающих сориентироваться в пространстве, а также недопущения скопления большого количества людей, совместно ожидающих своей очереди. Смысл этих простых рекомендаций очевиден. Попадая в незнакомое учреждение, люди теряются, возникает ощущение тревоги, беспокойства, что наслаиваясь на «предвкушение» от общения с экспертной комиссией, еще больше невротизирует человека, повышая его «конфликтогенную» готовность. При этом, человек, попадая в комфортные условия, в дружелюбную среду, где каждый относится к посетителям с вниманием, меньше раздражается, чувствует себя более расслабленным. В чистом и достойно представленном учреждении, возникает состояние «основательности», вызывающей больше уважения, доверия и др. С другой стороны, принципиально важно недопущение накапливания освидетельствуемых лиц в ожидающих очередях по простой причине. Сходные по проблематике жизненные трудности всегда сближают, даже совершенно незнакомых людей. Часто, можно наблюдать картину общения граждан ожидающих вызова на освидетельствование, которые обмениваются впечатлениями, опытом и деталями личных историй. В результате чего, не редко, больные в силу «реакции самовзвинчивания» и

«взаимного накручивания друг друга» развивают агрессивность, проявляют ее и в процессе освидетельствования и далее в жалобах в вышестоящие инстанции.



Случаются и курьезные истории, тем не менее, создающие конфликтный контекст в будущем, когда ожидающий в очереди инвалид, оспаривающий экспертное решение предыдущей комиссии, знакомится с другим инвалидом, по профессии адвокатом, в такой же ситуации. С учетом общих интересов и схожей на первый взгляд жизненной истории, нетрудно догадаться о предмете их дальнейшего разговора, где один человек (адвокат) полностью подготовил к «борьбе за справедливость» другого недовольного решением экспертной комиссии больного.

Все вышеперечисленные примеры обусловливают необходимость организации экспертного с учетом личностно-ориентированного подхода. В центре экспертного процесса должен находиться человек, а всем специалистам необходимо ответственно выполнять свой профессиональный долг с учетом потребностей больных (доброжелательно контактировать, обеспечить информационную, средовую и бытовую доступность, уделять больному столько времени сколько это необходимо).

Обозначая личностно-ориентированный подход как один из основных, при организации и проведении медико-социальной экспертизы, необходимо вернуться к пониманию личностной роли в реализации реабилитационного процесса, которая является ведущей [21]. К сожалению, в экспертизе, личностный фактор нередко остается «за бортом» профессиональной оценки. В то время как, влияние личности, особенно в сферах жизнедеятельности связанных с самообслуживанием, трудоустройством, да и обучением очевидно. Из практики известно, что при формально сохранном интеллекте, отсутствие целенаправленности и мотивации не позволит человеку применить имеющиеся знания в жизни, что означает дезадаптацию. При диагностике, врачам необходимо учитывать такие особенности личности, которые обусловливают ее дезадаптированность, за счет снижения способности осуществлять деятельность на личностном (мотивационном) уровне, при формально сохранных операциональных характеристиках. Таким образом, в экспертизе чрезвычайно важно учитывать оценку значимых личностных параметров.

Научно подтверждено, что лица, у которых смена статуса, в результате утраты (либо снижения) инвалидности затрудняет адаптацию, имеют низкую реабилитационную активность. «Внутренняя картина инвалидности» этих людей, отражает их негативное эмоциональное самоощущение, сниженный мотивационный потенциал, и соответствующий жизненный сценарий человека, направленный не на принятие изменившихся возможностей и включение в активные социальные взаимодействия, а на доказательство своей правоты в отношении принадлежности к статусу «инвалид» [16,17,20,38].

Мотивационный потенциал, к осуществлению жизнедеятельности, смысловая целенаправленность являются определяющими для включения личности в реабилитационный процесс, в то время как одновершинная мотивация «дайте мне инвалидность», формирует социально-иждивенческое поведение, реализуемое в борьбе за справедливость гражданами в учреждениях медико-социальной экспертизы.

Дезадаптивные (преградные) стратегии лиц с ограничениями здоровья, не являющихся инвалидами, но считающих себя таковыми, нуждаются в психологической коррекции через сопровождение на всех этапах заболевания, особенно в кризисный период смены социального статуса, и должны стать пристальным объектом специалистов для осуществления подобной работы.

Если мы говорим об инвалидах, то через ИПР психологам необходимо прописывать четкие (адекватные) рекомендации в отношении психосоциального восстановления

человека для структур, которые будут ее осуществлять, если конечно такие реабилитационные учреждения доступны и существуют в пределах его досигаемости.

Если мы говорим о людях с ограниченными возможностями здоровья «не инвалидах», которые на этапе лечения неоправданно идентифицировались со статусом инвалид, и все-таки оказались на освидетельствовании в бюро МСЭ не получив инвалидности, то они остро нуждаются в переадресации в учреждения здравоохранения и социальной защиты именно для коррекции этой неадекватной «Внутренней картины инвалидности», и возрождения смыслов и перспектив к дальнейшей жизни. Здесь же барьером может оказаться неготовность учреждений (в том числе в силу своей загруженности) брать на реабилитацию лиц с ограничениями здоровья, но без инвалидности, у которых регулирующий реабилитацию документ ИПР отсутствует. А это крайне необходимо! Во-первых, именно эти люди находятся в остром кризисном состоянии, во-вторых, именно они составляют основной контингент лиц оспаривающих экспертные решения в Главных Бюро субъектов РФ и в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда РФ, а также на более высоком уровне в суде.

Учитывая психоэмоциональный настрой лиц, несогласных с экспертными решениями, действительно необходимо принятие профилактических мер в виде разъяснительной работы (как в отношении всех нормативно-правовых аспектов), так и для краткосрочного психологического (мотивационного) консультирования непосредственно в бюро, которое при его эффективном воздействии предотвратит дальнейшие оспаривания решений и жалобы больного. В Главных бюро субъектов РФ подобная деятельность может быть организована через консультативные центры, где психологами, социальными работниками и врачами велась бы первичная разъяснительная, консультативно-информационная работа, в том числе с приглашенными специалистами из здравоохранения и соцзащиты. Такая форма консультативной деятельностимогла бы стать надежным связующим звеном межведомственного взаимодействия с системой социальной защиты через налаживание контактов, причем не формально, а на уровне конкретных специалистов, для того, что бы в психологическом смысле учреждения МСЭ «передавали», а реабилитационные учреждения соцзащиты и здравоохранения «подхватывали» больных, которым на данном этапе просто необходима «реабилитация души» для воссоздания смысла к дальнейшей жизни, а не хождения по инстанциям.

Информация из отчетов психологов, свидетельствует о том, что такое мотивационное консультирование на местах проводится. В некоторых регионах психологи оснащают больных информационными брошюрами с данными центров социальной защиты для обращения к ним за психологической помощью и стараются отслеживать их в процессе подобного личностного становления в новом статусе, однако это единичные примеры. В ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда РФ подобная консультативно-коррекционная деятельность проводится в рамках ресурсно-развивающей концепции **«Школа социальной жизни»** на базе Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации, где больному независимо от статуса предоставлен весь спектр психосоциальной помощи и по психологической (психолого-педагогической) реабилтации и по профессиональной и по социально-бытовой и социально-средовой в рамках разработанной и апробированной концепции[24].

Изложенные с деонтологических позиций организационные подходы неравнодушного, неформального отношения к судьбам граждан, обращающихся в МСЭ позволят снизить психоэмоциональный накал и разрешить конфликтогенную атмосферу, существующую в экспертизе, являясь залогом действительной адаптации людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации инвалидизирующего заболевания.

В завершении методического пособия приводим ***сводную таблицу, обобщенно характеризующую типичные конфликтные ситуации, факторы, влияющие на динамику конфликта и необходимые меры для их профилактики.***

Таблица 8

Типология конфликтных ситуаций, факторов, влияющих на их динамику и необходимых профилактических мер

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
1. Психологическими аспектами освидетельствуемых, их родственников и законных представителей	1. Конфликтного поведения освидетельствуемого. 2.Неэффективного коммуникативного взаимодействия и конфликтного поведения специалистов учреждения МСЭ, спровоцированного (психологически сложным, конфликтным) поведением освидетельствуемого.	1. Эффективного коммуникативного мастерства специалистов учреждения, обладающих высокой профессиональной и психосоциальной компетентностью. 2. Наличия в учреждении эффективно организованной качественной экспертной среды	1. Если освидетельствуемый удовлетворен предоставленными специалистами учреждения МСЭ разъяснениями, аргументами, выводами и заключениями, в отношении освидетельствования гражданина.	1. В случае недовольства гражданина и последующих жалоб в вышестоящие организации, а также в случае неоднократных оспариваний экспертных решений	1. Повышение профессиональной и психологической компетентности специалистов, в т.ч. в вопросах этики, деонтологии и эффективных коммуникативных технологий общения и бесконфликтного поведения при оказании гражданам государственной услуги по медико-социальной экспертизе. 2. Создание в учреждении доступной, качественной и эффективной экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональный комфорт человека.

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
2. Психологическими аспектами специалистов учреждения МСЭ	1.Неэффективного коммуникативного взаимодействия и конфликтного поведения специалистов с освидетельствуемыми. 2. Конфликтного поведения освидетельствуемого, спровоцированного (негативизмом, неэтичным поведением) специалистов.	1. Деонтологически продуманного поведения специалистов, обладающих высоким уровнем коммуникативной эффективности, психосоциальной и профессиональной компетентности. 2.Наличия в учреждении эффективно организованной качественной экспертной среды.	1. Если освидетельствуемый удовлетворен качеством взаимодействия со специалистами учреждения МСЭ (этичным неформальным отношением), а также предоставленными специалистами учреждения МСЭ разъяснениями, аргументами, выводами и заключениями, в отношении освидетельствования гражданина.	1. В случае недовольства гражданина и последующих жалоб в вышестоящие организации (в том числе на неэтичное, грубое отношение специалистов), а также в случае неоднократных оспариваний экспертных решений.	**1.** Повышение профессиональной и психологической компетентности специалистов, в т.ч. в вопросах этики, деонтологии и эффективных коммуникативных технологий общения и бесконфликтного поведения при оказании гражданам государственной услуги по медико-социальной экспертизе. 2. Мониторинг и профилактика эмоционального выгорания специалистов. 3. Создание в учреждении доступной, качественной и эффективной экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональный комфорт человека.

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
3.Некомпетентностью врачей ЛПУ и специалистов соц.защиты (направляющих граждан в учреждения МСЭ)	1.Конфликтного поведения освидетельствуемого, обусловленного ригидной установкой на группу, рекомендуемую врачами ЛПУ. 2.Неэффективного коммуникативного взаимодействия и конфликтного поведения специалистов учреждения МСЭ, спровоцированного (ригидной установкой больного в отношении, полагающейся ему группы инвалидности).	1.Высокой коммуникативной эффективности специалистов, способных этично, грамотно и убедительно разъяснить сложившееся противоречие между мнениями специалистов ЛПУ и специалистами учреждения МСЭ.	1.Если освидетельствуемый удовлетворен качеством взаимодействия со специалистами учреждения МСЭ (этичным неформальным отношением), а также предоставленными специалистами учреждения МСЭ разъяснениями, аргументами, выводами и заключениями, в отношении освидетельствования гражданина.	1. Если гражданин продолжает ориентироваться на установку, полученную от врача ЛПУ в отношении степени инвалидизации, не удовлетворен разъяснениями специалистов учреждения МСЭ, считая их решение некомпетентным, оспаривает его далее в вышестоящем учреждении и выражает жалобы не недовольство работой учреждения МСЭ.	**1.**Налаживание межведомственного взаимодействия с лечебными учреждениями и учреждениями социальной защиты по вопросам направления больных на МСЭ и разъяснительная работа в отношении соблюдения границ профессиональной компетентности и недопустимости формирования у больных «ложных» ожиданий в отношении установления инвалидности.

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
4.Спецификой психологии инвалидности (динамическими изменениями статуса)	1.Конфликтного поведения освидетельствуемого, обусловленного незнанием динамического свойства категории инвалидность, наличием когнитивных ошибочных установок в отношении данного статуса, формирующего неадекватную «Внутреннюю картину инвалидности» и в связи с этим нежелание реабилитироваться. 2. Неэффективного коммуникативного взаимодействия, конфликтного и неэтичного поведения специалистов учреждения МСЭ, спровоцированного неадекватным субъективным отношением больного к инвалидности и к себе как к инвалиду, несмотря на отсутствие объективных причин к установлению данного статуса).	1.Высокой коммуникативной эффективности специалистов, способных этично, грамотно, понятно и убедительно разъяснить недопонимание сложившееся в интрапсихическом плане больного в отношении критериев установления инвалидности, с нормативно-правовым обоснованием и личностно-ориентированным подходом к индивидуально-психологическим качествам и жизненной ситуации больного. 2.Наличия в учреждении эффективно организованной качественной экспертной среды	1.Если освидетельствуемый удовлетворен качеством взаимодействия со специалистами учреждения МСЭ (этичным неформальным отношением), а также предоставленными специалистами учреждения МСЭ разъяснениями, аргументами, выводами и заключениями, в отношении критериев установления статуса инвалид в РФ и вопросов, касающихся реабилитации.	1. Если гражданин продолжает ориентироваться на свои субъективные представления в отношении статуса инвалид, оспаривает решения в вышестоящих инстанциях и выражает жалобы на недовольство работы учреждением МСЭ.	1. Информационно-просветительская работа на уровне межведомственного взаимодействия, организация конференций, издание методических пособий и рекомендаций, публикации научных статей в специализированных медицинских журналах и научно-популярных изданиях, а также для учреждений оказывающих лечебно-профилактическую помощь и учреждений социальной защиты) (разъяснение критериев установления инвалидности, изменение массовых ложных стереотипов в отношении статуса «инвалид»). 2. Повышение профессиональной и психологической компетентности специалистов, в т.ч. в вопросах этики, деонтологии и эффективных коммуникативных технологий общения и бесконфликтного поведения при оказании гражданам государственной услуги по

					медико-социальной экспертизе. 3. Мониторинг и профилактика эмоционального выгорания специалистов. 4. Создание в учреждении доступной, качественной и эффективной экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональный комфорт человека.

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
5.Психосоциальными особенностями процедуры освидетельствования (ограничительный фактор времени, доминирующая позиция эксперта)	1.Неудовлетворенности и конфликтного поведения освидетельствуемого, возникшего в результате «спешки», формального, либо грубого, неэтичного отношения специалистов. 2.Конфликтного поведения специалистов, спровоцированного недовольством граждан качеством взаимодействия (спешкой, грубостью, формальным отношением). 3. Неэффективно-организованного средового пространства экспертного учреждения (отсутствия указателей, отсутствие мест для отдыха, большое скопление людей, грубое отношение охраны, медрегистраторов и др.)	1. Соблюдения принципов эффективного ведения экспертной процедуры, знания экспертами психосоциальных причин, обостряющих недовольство граждан, знания и умения применять навыки эффективного общения и бесконфликтного поведения при общении с освидетельствуемыми их родственниками и законными представителями. 2. Организации качественной доступной и эффективной экспертной среды (наличие информационных стикеров, доступность для лиц с ограничениями передвижения (проемы, пандусы, лифты), продуманность мест ожидания, инструктаж охранников в отношении распределения граждан по экспертным составам, наличие мест для кормления ребенка и питания граждан и др).	1. Если гражданин удовлетворен качеством проведения медико-социальной экспертизы, качеством взаимодействия со специалистами учреждения МСЭ (этичным неформальным отношением), а также предоставленными специалистами учреждения МСЭ разъяснениями, аргументами, выводами и заключениями, в отношении критериев установления статуса инвалид в РФ и вопросов, касающихся реабилитации.	1.В случае недовольства гражданина качеством проведения услуги по медико-социальной экспертизе, в том числе из-за формального, грубого и неэтичного отношения и неэффективно организованной работы учреждения (наличием информационных и физических барьеров), с последующим обжалованием решения экспертной комиссии и жалоб в вышестоящие организации.	**1.** Повышение профессиональной и психологической компетентности специалистов, в т.ч. в вопросах этики, деонтологии и эффективных коммуникативных технологий общения и бесконфликтного поведения при оказании гражданам государственной услуги по медико-социальной экспертизе. 2. Мониторинг и профилактика эмоционального выгорания специалистов. 3. Создание в учреждении доступной, качественной и эффективной (безбарьерной) экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональный комфорт человека.
Конфликтные	**Динамика конфликта**		**Исход конфликта возможен как**		**Профилактические**

ситуации обусловленные	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	Конфликт не реализуется в случае:	Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный	Негативный, острый	мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
6.Неэффективностью организации доступной, качественной экспертной среды	1.Конфликтного поведения освидетельствуемого, обусловленного недовольством существующих барьеров и неэффективной организацией экспертной среды (отсутствием информационных стикеров, нежеланием персонала доступно и дружелюбно ответить на вопросы граждан, отсутствие проемов, пандусов и лифтов, звуковых оповещений, мест для питания и отдыха, комнаты матери и ребенка, изолированных помещений для экспертной диагностики детей и больных психоневрологических нозологических категорий и др.). 2.Неэффективного коммуникативного взаимодействия, конфликтного и неэтичного поведения специалистов учреждения МСЭ, спровоцированного недовольством граждан качеством организации экспертного пространства).	**1.**Эффективно организованной качественной экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональное состояние человека(информационной доступности, безбарьерности, этичного и дружелюбного отношения)	**1.**Если освидетельствуемый удовлетворен качеством оказания услуги по медико-социальной экспертизе и условиями нахождения в экспертном учреждении в соответствии с принципами доступности, безбарьерности, достаточной информированности и дружелюбного отношения персонала.	**1.** Если освидетельствуемый не удовлетворен качеством оказания услуги по медико-социальной экспертизе, в части имеющихся средовых барьеров в экспертном учреждении, а также в результате недостаточно дружелюбной коммуникативной обстановки при нахождении в учреждении (грубой охраны, младшего медперсонала и др.).	**1.** Создание в учреждении доступной, качественной и эффективной (безбарьерной) экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональный комфорт человека. **2.** Информирование всех специалистов (в .ч. охраны, медрегистраторов о необходимости предоставлять всем гражданам разъяснительную и справочную информацию касательно интересующих их средовых факторов (мест нахождения туалетных комнат, столовой регистратуры и др.) 3.Повышение профессиональной и психологической компетентности специалистов, в т.ч. в вопросах этики, деонтологии и эффективных коммуникативных технологий общения и бесконфликтного поведения при оказании гражданам государственной услуги по медико-социальной

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
7.Аггравантным поведением граждан	1.Конфликтного поведения специалиста, вызванного предположением в отношении аггравантного поведения освидетельствуемого.	1. Соблюдение этики и профессионального такта, использование более детального, объективного диагностического инструментария для объективизации предъявляемых симптомов и аргументации выявленных фактов в заключении. 2. .Высокая коммуникативная и профессиональная компетентность специалистов, тактичное, сдержанное взаимодействие с освидетельствуемым, владение нормативно-правовым обоснованием и личностно-ориентированным подходом к индивидуально-психологическим качествам и жизненной ситуации больного.	1. Если освидетельствуемый будет удовлетворен внимательным отношением, доскональным изучением его жалоб и претензий, объективными объяснениями и разъяснениями относительно его здоровья и вопросов, касающихся инвалидности и реабилитации.	1. Если освидетельствуемый не удовлетворён качеством оказания медико-социальной экспертизы (грубость со стороны сотрудников медико-социальной экспертизы, обвинение в установочном поведении и аггравации, невнимательное, формальное обследовании, игнорирование истинных жалоб больного и т.д.)	1.Повышение профессиональной и социально-психологической компетенции специалистов медико-социальной экспертизы, в том числе по объективизации аггравантного поведения. 2. Использование в процедуре МСЭ эффективных приемов конструктивного общения с различными категориями граждан с учетом индивидуально-типологических особенностей, внутренней картины болезни и т.д.). 3.Мониторинг и профилактика эмоционального выгорания специалистов.

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
	Конфликт реализуется, если присоединится инцидент в виде:	**Конфликт не реализуется в случае:**	**Относительно урегулированный, либо полностью урегулированный**	**Негативный, острый**	
8.Несоблюдением письменного этикета	1. Неэффективностью ведения письменного делопроизводства: небрежность в написании домашнего адреса, фамилии, имени, отчества, года рождения, формализм в подготовке ответов.	1. Соблюдение письменного этикета и правил ведения делопроизводства при оказании услуги медико-социальной экспертизы	1. Если освидетельствуемый будет удовлетворен адресной направленностью письменного сообщения, получит убедительные разъяснения, которые подкреплены нормативно-правовыми документами.	1. Если в процессе письменного сообщения допущены ошибки в написании анкетных данных, не принесены извинения за допущенные ошибки, ответ носит формальный характер, отсутствуют ссылки на нормативно-правовые документы, разъяснения представлены недоступным языком.	1. Повышение профессиональной компетентности специалистов МСЭ в области делового этикета. 2. Информатизация деловой переписки

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
9.Несоблюдением телефонного этикета	1. Несоблюдения этикета ведения деловых телефонных переговоров, неэффективности взаимодействия: грубости, небрежности в разговоре, нечеткости, непоследовательность в изложении, а также отсутствия личностно-ориентированного подхода в беседе с гражданином, родственниками, организациями и др.	1. Соблюдения делового этикета переговоров (доходчивого разъяснения экспертному больному схемы проезда, разъяснения необходимого перечня документов, обследований и т.д), разъяснения ответов на вопросы больного (законных представителей) в рамках своей компетентности.	1. Если освидетельствуемый (законный представитель) будет удовлетворен уровнем общения, компетентностью говорящего, его аргументированностью.	1. Если в процессе общения с экспертным больным (законным представителем) допущена грубость, резкость, разговор шел на повышенных тонах, допускались оскорбительные или унижающие достоинство высказывания, разъяснения были невнятными, не объективизированными; специалист вел беседу не в рамках своей компетентности.	1. Повышение профессиональной компетентности специалистов МСЭ в области делового этикета (ведение телефонных переговоров). 2. Использование в процессе общения приемов конструктивного взаимодействия

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
10.Противоправными действиями граждан (обвинения, попытка подкупа, хулиганские действия)	1. Противоправного поведения освидетельствуемого лица (хулиганства, оскорблений, нецензурных выражений, попыток подкупа и т.д.) 2.Конфликтного поведения специалистов, спровоцированного противоправными действиями освидетельствуемого (взаимные оскорбления, нецензурные выражения и др.)	1. Соблюдения административного регламента к проведению процедуры медико-социальной экспертизы, создания эффективной экспертной среды, профессиональной компетентности, использование практики эффективного взаимодействия с освидетельствуемым лицом (законным представителем), предупреждение конфликтных ситуаций, уменьшение действия конфликтогена, владение техникой общения в конфликтной ситуации, действие строго в нормативно-правовом поле.	1. Если освидетельствуемому лицу понятно, что процедура медико-социальной экспертизы проходит строго в нормативно-правовом поле. 2. Если специалист медико-социальной экспертизы не вступает в открытый конфликт, пресекает хулиганские действия (возможно с привлечением охраны, службы безопасности и юристов учреждения). 3. Если специалист медико-социальной экспертизы владеет способами взаимодействия в конфликте и умеет его регулировать.	1. Если освидетельствуемый (законный представитель) чувствует, что нарушена процедура проведения медико-социальной экспертизы. 2. Если специалист медико-социальной экспертизы открыто провоцирует экспертного больного, усиливает конфликтоген своим действием или бездействием. 3. Если специалист медико-социальной экспертизы не владеет способами взаимодействия в конфликтной ситуации, вступает с больным в конфронтацию, активно поддерживает разгоревшийся конфликт, что приводит к его эскалации и переходу в открытую фазу.	1. Соблюдение нормативно-правовой составляющей процедуры медико-социальной экспертизы. 2. Повышение профессиональной и психологической компетентности специалистов медико-социальной экспертизы, обучение их навыкам поведения в конфликтной ситуации. 3. Мониторинг и профилактика эмоционального выгорания специалистов. 4. Создание в учреждении доступной, качественной и эффективной (безбарьерной) экспертной среды с учетом психологических факторов, влияющих на психоэмоциональный комфорт человека.

Конфликтные ситуации обусловленные	Динамика конфликта		Исход конфликта возможен как		Профилактические мероприятия, которые позволят снизить динамику развития конфликтных ситуаций
11.Психологической несовместимостью специалистов в коллективе	1. Конфликтного поведения специалистов друг с другом, их противостояния, препятствующего принятию объективного экспертного решения и эффективному ведению процедуры экспертизы.	1. Соблюдения этики делового общения, административного регламента проведения процедуры МСЭ, эффективность, продуктивность, результативность профессиональной деятельности	1. Если соблюдается этика делового общения и межличностного взаимодействия и экспертная команда функционирует слаженно и эффективно. 2. Если обеспечивается результативность, эффективность, продуктивность и оптимальность труда.	1. Если специалистами индуцируется и провоцируется межличностный и межпрофессиональный конфликт. 2. Если специалисты игнорируют этику делового общения межличностного и межпрофессионального взаимодействия не владеют навыками эффективного общения	1. Повышение профессиональной компетентности, организационной культуры и результативности труда, сплочение профессионального коллектива, обучение способам межличностного взаимодействия. 4. Направленный профотбор специалистов учреждения МСЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день проблема этики, деонтологии и бесконфликтного поведенияспециалистов при оказании гражданам услуги по медико-социальной экспертизе является сверхзначимой. Само экспертное освидетельствование потенциально конфликтно и в большинстве случаев, может квалифицироваться как предвестник конфликта – т.е. конфликтная ситуация, провоцирующая взаимодействующие между собой сторонына инцидент. В зависимости от уровня учреждения (первичное бюро – Главное бюро – Федеральное бюро МСЭ) степень конфликтности возрастает, а реализация конфликта возможна в результате формирования инцидента как «силами» освидетельствуемых и их родственников, так и «стараниями» экспертов. В реализации конфликтов поимо личностных, могут быть задействованы и организационные факторы, либо способствующие эффективной профессиональной деятельности специалистов учреждений и «сглаживающие» конфликтную атмосферу, либо обостряющие и так не радостное настроение больных, решающих в учреждении МСЭ свои социальные интересы.

Вспоминая любимый в России аналитический вопрос «Кто виноват?», можно констатировать, что институциональная система экспертизы инвалидности еще далека от совершенства, что конечно требует средств и механизмов для ее оптимизации, в том числе посредством повышения уровня профессиональной компетенции специалистов, участвующих в медико-социальной экспертизе. Также неоднозначна и сложна проблема личности, перед которой стоит задача реабилитации. Рефлексируя, и отвечая на поставленный вопрос очевидно, что виноваты здесь и экономическая ситуация в стране, и низкий уровень заработной платы специалистов и выраженная степень их эмоционального выгорания (по вышеперечисленным причинам) и нехватка рабочих мест для реабилитированных больных и недостаточность реабилитационной базы, и межведомственная разобщенность, а также личностная пассивность, незрелость либо душевная сломленность человека, возникшая в результате болезни и недостатка ресурсов общества для преодоления этих трудностей). Однако, дальше для изменения ситуации, необходимо переходить к стратегическому и более продуктивному вопросу «Что делать?», как правило, мотивирующего на изменения, а значит подталкивающего к конкретным действиям.

Повысить качество оказания предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе возможно через планомерное обучение специалистов основным деонтологическим принципам этического отношения к больному, чему и посвящено данное пособие.Также отметим, что наряду с теоретической подготовкой и обучением специалистов руководителям учреждений необходимо уделять внимание вопросам актуального психоэмоционального состояния сотрудников и проработке возникающих и текущих конфликтных ситуаций на местах. Данный вид деятельности может быть реализован в виде практических семинаров по профилактике и коррекции эмоционального выгорания специалистов МСЭ, либо в виде «групп психологической поддержки» в которых специалисты, непосредственно участвующие в процедуре медико-социальной экспертизы, обучатся навыкам эффективного общения, проработают индивидуальные психоэмоциональные проблемы, освоят методы психоэмоциональной саморегуляции.

И, наконец, обращаем внимание всех специалистов на самый главный принцип, который необходимо соблюдать в профессиональной деятельности в учреждении медико-социальной экспертизы:

КАЖДЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ОБЯЗАН НЕСТИ СОБСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ НЕ ТОЛЬКО ЗА УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТОМ, НО И ЗА УПРАВЛЕНИЕ СОБОЙ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ

Освоение изложенных в пособии рекомендаций позволит интегрировать деонтологические принципы в деятельность специалистов, изменить ***«психологию профессиональных взаимодействий»*** в целом и расширить ракурс восприятия специалистов учреждений и врачей-экспертов в частности, сориентировав их мышление в гуманистическом направлении, то есть в направлении, нуждающегося в социальной помощи и поддержке человека.

Литература

1. **Анцупов А.Я., Шепилов А.И.** Конфликтология. – М.: Юнити, 2002.
2. **Бертрудин В.А.** и соавт. Психологический портрет медицинского эксперта с позиции соционического подхода//«Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2011. - № 2. – С. 29-33.
3. **Билибин Д.Ф.** Горизонты деонтологии// Вести. АМН СССР, 1979., № 5, - 35 с.
4. **Бодалев А.А.**Восприятие и понимание человека человеком. – М., 1982. – 50 с.
5. **Грандо А.А.** Врачебная этика и медицинская деонтология, Киев, 1988;
6. **Дернер К.** Хороший врач. Учебник основной позиции врача., Алетейа., М. 2006. – 541 с.
7. **Иванюшкин А.Я.** Профессиональная этика в медицине. М., 1990.
8. Интернет ресурсы: Большая медицинская энциклопедия: http://bigmeden.ru/
9. **Кондратьев М. Ю., Ильин В. А.** Азбука социального психолога-практика. — М.: ПЕР СЭ, 2007. — 464 с.
10. **Концевич И.А.** Долг и ответственность врача. Киев, 1983.
11. **Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б.** Психология профессионального взаимодействия: Учебное пособие к практическим занятиям – М.:ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008 – 112 с.
12. **Лурия Р.А.** Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. – М., 1977. – 112 с.
13. **Матвеев В.С.** Основы медицинской психологии, этики и деонтологии //М.: Медицина, 1984.
14. **Морозова Е.В.** Кризис инвалидности и его социально-психологические последствия // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии 2006 г. № 3-4, С. 148-151.
15. **Морозова Е.В., Шабалина Н.Б.** Субъективное отношение к инвалидности у пациентов в процессе прохождения медико-социальной экспертизы//Сборник научных статей. Выпуск 3. Ярославль-Минск: МАПН-ЯрГУ 2007. С.143-153.
16. **Морозова Е.В.** Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания – Дисс. канд. психол. наук. – Ярославль, 2008. – 248 с.
17. **Морозова Е.В.** Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства). // «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2008, № 1, с. 42-46.
18. **Морозова Е.В.** Субъективное отношение к инвалидности как основной фактор социально-психологической адаптации личности//Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии - 2009 г. № 2 с. 144-150 .
19. **Морозова Е.В.** Роль и значение психологической реабилитации личности в экспертно-реабилитационном процессе. // «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2010, № 1, с. 54-57.
20. **Морозова Е.В.** Внутренняя картина инвалидности. Психология инвалидности: хрестоматия// под ред. Д.И. Фильдштейна, сост. О.В. Краснова. – М.: МПСИ, Воронеж: МОДЭК, 2011. – С. 133-146.
21. **Морозова Е.В.** Роль личности в реализации реабилитационного процесса//Медико-социальные проблемы инвалидности, М. – 2011, № 4. С. 24-27
22. **Морозова Е.В.** Структура идентичности, как фактор реабилитации личности// Медико-социальные проблемы инвалидности, М.- 2011, № 3 С. 67-72.
23. **Морозова Е.В.** Какова внутренняя картина инвалидности?// Медицинская газета – 2012. - № 44. С.10-11.
24. **Морозова Е.В.** Школа социальной жизни, как перспективная психосоциальная реабилитационная технология// Вестник Всероссийского общества специалистов по

медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии 2012 г. № 3, С. 19-27.
25. **Морозова Е.В.** Психологические и деонтологические аспекты в лечении больных сахарных диабетом // Актуальные вопросы МСЭ и реабилитации, Барнаул, 2013. – С. 217-221.
26. **Морозова Е.В.** Психология лечебного сопровождения диабетических больных.// Медико-социальные проблемы инвалидности. Сборник статей региональной научно-практической конференции, проводимой 27 февраля 2013 г., г. Краснодар., С. 60-67
27. **Морозова Е.В.** Проблема этики и деонтологии в практической деятельности специалистов государственных учреждений медико-социальной экспертизы//Медико-социальные проблемы инвалидности, М. – 2013, № 3. С. 63-68
28. **Морозова Е.В.** Парадоксы и факторы детерминации социальных и личностных конфликтов, связанных со статусом «инвалид» [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 1 (1). – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 10.09.2013).
29. **Макшанов И.Я.** Врачебная деонтология: Учеб. пособие для медицинских институтов. М., 1998.
30. **Орлов А.Н.** Милосердие: Избранные лекции по деонтологии. Красноярск, 1993.
31. **Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И.** и др. Основы медико-социальной экспертизы – М.: Медицина, 2005. – 448 с.
32. **Петровская Л.А.** О понятийной схеме социально-психологического анализа конфликта// Конфликтология/ Сост. Н.И. Леонов – М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: НПО «Модэк», 2002. – С. 78-90.
33. **Петровский Б.В.** Деонтология в медицине в 2-х т., М. 1988.
34. **Рогов Е.И.** Психология общения// Владос., М. – 2003., - 336 с.
35. **Соложенкин В.В.** Психологические основы врачебной деятельности. Учебник для студентов высших учебных заведений. – М., 2003, С. 273-283
36. **Харди И.** Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. AKADEMIAIKIADO, BUDAPEST, 1973.
37. **Шабалина Н.Б., Герсамия А.Г.** Психологические особенности взаимодействия «Врач – больной» и способы профилактики конфликтных ситуаций в практике МСЭ // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2005 г. № 2, с. 18-21.
38. **Шмелева С.В.** Медико-социальная реабилитация: учебник. – М.: Издательство РГСУ, 2013. – 208 с.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ[35]

Авторитет – влияние индивида, основанное на занимаемом им положении, должности, статусе и т.д.; признание за индивидом права на принятие ответственного решения в условиях совместной деятельности.

Адаптация – процесс адекватного приспособления функциональных, структурных и социальных функций к окружающей среде.

Агрессия – индивидуальное или коллективное поведение, действие, направленное на нанесение физического или психологического вреда, ущерба либо на уничтожение другого человека или группы людей.

Агграва́ция (лат. aggravate отягощать) - преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания

Анозогнозия — отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания (паралича, снижения зрения, слуха и т.д.).

Архетип — (собирательный прообраз, образец) универсальная модель бессознательной психической активности, спонтанно определяющая человеческое мышление и поведение.

Барьер смысловой – взаимонепонимание между людьми, являющееся следствием того, что одно и то же имеет для них разный смысл.

Барьеры психологические – психическое состояние, проявляющееся в неадекватной пассивности субъекта, что препятствует выполнению им тех или иных действий.

Взаимодействие межличностное – в широком смысле – случайный или преднамеренный, частный или публичный, длительный или кратковременный, вербальный или невербальный личностный контакт двух или более человек, имеющие следствием взаимные изменения из поведения, деятельности, отношений, установок; в узком смысле – система взаимно обусловленных индивидуальных действий, связанных циклической причинной зависимостью, при которой поведение каждого из участников выступает одновременно и стимулом, и реакцией на поведение остальных.

Взаимодействие социальное – форма социальной коммуникации или общения, по крайней мере, двух лиц или общностей, в которой систематически осуществляется их воздействие друг на друга, реализуется социальное действие каждого из партнеров, достигаются приспособление действий одного к действиям другого, общность в понимание ситуации, смысла действий и определенная степень солидарности или согласия между ними.

Влияние – процесс и результат изменения индивидом поведения другого человека, его установок, намерений, представлений, оценок и т.п. в ходе взаимодействия с ним.

Внутренняя картина болезни – отражение в психике больного своей болезни; совокупность переживаний, возникающая в связи с заболеванием.

Внутренняя картина инвалидности – субъективное отношение к инвалидности и к себе как к инвалиду в форме чувств, представлений и установок, сформировавшихся в условиях инвалидизирующего заболевания, на основании которых у человека трансформируется самосознание, планируется социальное поведение и дальнейшая перспектива существования в соответствии с возникшими изменениями.

Врачебная этика – вид профессиональной этики, касающийся деятельности и поведения представителей врачебной профессии.

Гипернозогнозия - субъективная переоценка тяжести болезни, ее возможных осложнений, вероятности неблагоприятного исхода.

Деонтология (от греч.δέον — должное) — учение о проблемах морали и нравственности, раздел этики.

Деонтология медицинская (греч. deon, deontos должное, надлежащее + logos учение) совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

---

[35] При составлении терминологического словаря использовались следующие источники (в том числе из информационных интернет-ресурсов), указанных в списке литературы [8,30,33]

Диспозиция личности – система или комплекс предрасположенностей к определенному восприятию условий деятельности и определенному поведению в этих условиях.
Дистанция социальная – степень близости или отчуждения классов, социальных групп и лиц по их положению в обществе.
Защита психологическая – специальная регулятивная система стабилизации личности, направленная на устранение или сведение до минимума чувства тревоги, связанного с осознанием конфликта.
Идентичность – сознание личностью своей принадлежности к той или иной социально-личностной позиции в рамках социальных ролей и эго состояний.
Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.
Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.
Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) – разработанные на основе решения государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.
Институт социальный – исторически сложившиеся, устойчивые формы организации совместной деятельности людей.
Индуцировать – способствовать появлению, усилению чего-либо, побуждать кого-либо к действию, к жизни.
Интернальность — личностное образование, присущее людям, которые принимают ответственность за то, что происходит с ними, за свои поступки на себя
Канал коммуникации – способ, которым передается сообщение лицом к лицу, на кинопленке или каким-либо другим способом.
Коммуникация – смысловой аспект социального взаимодействия.
Конфликт – столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений, взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия.
Конфликт внутриличностный - это трудно разрешимое противоречие, которое вызвано столкновением практически равных по силе, но противоположно направленных потребностей, мотивов или интересов человека.
Конфликт межличностный – это конфликт между отдельными индивидами в процессе их социального и психологического взаимодействия.
Конфликтоген– действие или бездействие, порождающее деструктивный конфликт.
Конфликтоген-элементы общения,действия, поступки: неаккуратность, необязательность, нарушение правил приличия.
Конфликтная ситуация – предельный случай обострения противоречия в коллективе.
Конфронтация – противопоставление, столкновение, противостояние мнений, людей или группировок.
Конформность– психологическая характеристика поведения человека, выражающаяся в его податливости «давлению» группы, т.е. в ситуации конфликта между своим мнением и мнением группы он формирует мнение, совпадающее с мнением большинства.
Личность – совокупность устойчивых психологических качеств человека, составляющих его индивидуальность; устойчивый комплекс социально значимых черт, присущих индивиду и общественно обусловленных.

Личностный смысл – индивидуализированное отражение действительного отношения личности к тем объектам, ради которых развертывается ее деятельность, осознаваемое как «значение -для -меня» понимаемых субъектом безличных знаний о мире, включающих понятия, умения, действия и поступки, совершаемые людьми, социальные нормы, роли, ценности и идеалы.

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медицинская реабилитация – все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья больного (инвалида); комплекс лечебных, функционально-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление здоровья, нарушенных функций организма больных и инвалидов, восстановление их трудоспособности.

Методология — учение о методах, методиках, способах и средствах познания.

Общение – сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями в совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека; осуществляемое знакомыми средствами взаимодействия субъектов, вызванное потребностями совместной деятельности и направленное на значимое изменение в состоянии, поведении и личностно-смысловых образованиях партнера.

Общение фактическое – бессодержательное общение, использующее коммуникативные средства исключительно с целью поддержания самого процесса общения.

Ожидания ролевые – требования, закрепленные в системе социальных норм, предъявляемые к поведению индивида в связи с выполнением им той или иной социальной роли.

Перцепция социальная — восприятие, оценка и понимание социальными субъектами (отдельными личностями, группами разного типа) социальных объектов (самих себя, других личностей, групп разного типа, социальных явлений и т. д.).

Психокоррекция – комплексное лечение психических, нервных и психосоматических расстройств, патопсихологических и психопатологических изменений, решающее задачи по смягчению или ликвидации имеющейся симптоматики и изменению отношений субъекта к социальному окружению и собственной личности.

Психологическая травма или психотравма — вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику.

Проективная идентификация — психический процесс, который заключается в бессознательной попытке одного человека влиять на другого таким образом, чтобы этот другой вел себя в соответствии с бессознательной фантазией данного человека о внутреннем мире другого.

Профессиональная деформация -профессиональная деформация (от лат. deformatio) — когнитивное искажение, психологическая дезориентация личности, формирующаяся из-за постоянного давления внешних и внутренних факторов профессиональной деятельности и приводящая к формированию специфически-профессионального типа личности.

Реабилитационный потенциал – степень способности инвалида к взаимодействию в социальной среде; комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности.

Реабилитационный прогноз – предполагаемая вероятность реализации реабилитационного прогноза; предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество, обусловленный содержанием реабилитационного потенциала и воздействием внешних

факторов, влияющих на его реализацию в процессе проведения реабилитационных мероприятий.

Реактивное состояние – это временное, обратимое нарушениепсихической деятельности, которое возникает под влиянием внешних, психогенных расстройств, субъективно тяжело психически переживаемое, но носящее функциональный характер.

Рентная установка — поведение больного, подчеркивающего несостоятельность функций его организма или симулирующего их нарушение, направленное на получение группы инвалидности

Речь – исторически сложившиеся в процессе материальной преобразующей деятельности людей форма общения посредствам языка.

Речь устная – вербальное (словесное) общение при помощи языковых средств, воспринимаемых на слух.

Речь жестовая – способ межличностного общения людей, лишенных слуха, при помощи системы жестов, характеризующееся своеобразными лексическими и грамматическими закономерностями.

Рефлексия – внутренняя психическая деятельность человека, направленная на осмысление своих собственных действий и состояний.

Реципиент — это объект, получающий (принимающий) что-либо от другого объекта.

Роль (в социальной психологии) – социальная функция личности; соответствующий принятым нормам способ поведения людей в зависимости от их статуса или позиции в обществе, в системе межличностных отношений.

Самосознание – сознание субъектом самого себя в отличие от иного — других субъектов и мира вообще; это осознание человеком своего общественного статуса и своих жизненно важных потребностей, мыслей, чувств, мотивов, инстинктов, переживаний, действий.

Самооценка – оценка человеком собственных качеств, достоинств и недостатков.

Симпатия – устойчивое одобрительное эмоциональное отношение человека к другим людям, группам или социальным явлениям, выражающееся в приветливости, доброжелательности, восхищении, побуждающее к общению, оказанию внимания, помощи и т.д.

Синдром эмоционального выгорания – специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с другими людьми.

Социальная дезадаптация — это частичная или полная утрата человеком способности приспосабливаться к условиям социальной среды; нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

Социальная психология – раздел психологии, занимающийся изучением закономерностей поведения и деятельности людей, обусловленных включением их в социальные группы, а также психологических характеристик самих групп; наука, которая изучает, как люди думают друг о друге, как они влияют друг на друга и как они относятся друг к другу; наука, изучающая закономерности возникновения, функционирования и проявления психических явлений, которые представляют собой результат взаимодействия людей (и их групп) как представителей различных общностей.

Социально-психологическая компетентность – способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений.

Статус – правовое положение гражданина, юридического лица.

Стигматизация – приписывание окружающими кому-либо определённых, чаще всего негативных характеристик по формальным обстоятельствам в силу культурных традиций, культурной политики или собственных психологических комплексов. Навешивание социальных ярлыков.

Установка – готовность, предрасположенность субъекта к действию, возникающая при предвосхищении им появления определенного объекта и обеспечивающая устойчивый, целенаправленный характер протекания деятельности по отношению к данному объекту.
Фасилитация — это профессиональная организация процесса групповой работы, направленная на прояснение и достижение группой поставленных целей; процесс оказания помощи группе в выполнении задачи, решении проблемы или достижении соглашения квзаимному удовлетворению участников.
Феномен – явление, (нем. Phänomen - явление)
Феноменология (нем. ***Phänomenologie*** — учение о феноменах) — направление в философииXX века, определявшее свою задачу как беспредпосылочное описание опыта познающего сознания и выделение в нем сущностных, идеальных черт.
Фрустрация – психологическое состояние гнетущего напряжения, тревожности, чувства безысходности и отчаяния, возникает в ситуации, которая воспринимается личностью как неотвратимая угроза достижению значимой для нее цели, реализации той или иной ее потребности.
Экспертиза – исследование и разрешение сложных (либо спорных) вопросов лицами, обладающими специальными знаниями в этой области.
Эмпатия – постижение эмоционального состояния, способность к проникновению в переживания другого человека.
Эмоции – элементарные переживания, возникающие у человека под влиянием общего состояния организма и хода процесса удовлетворения актуальных потребностей.
Эмоциональная устойчивость – динамические свойства эмоций и чувств человека, т.е. легкость возникновения и участие эмоциональных реакций. Их интенсивность, инертность, модальность возникающих эмоций (гнев, страх, радость и т.д.), насколько эмоциональные реакции оказывают деструктивное влияние на деятельность, насколько его эмоции поддаются контролю.
Этика (греч. ethiká, от ethikós — касающийся нравственности, выражающий нравственные убеждения, ethos — привычка, обыкновение, нрав), философская наука, объектом изучения которой является мораль, нравственность как форма общественного сознания, как одна из важнейших сторон жизнедеятельности человека, специфическое явление общественно-исторической жизни.
Ятрогения - отрицательное воздействие врача на больного, когда вместо терапевтического эффекта у больного создаются представления, усугубляющие его болезненное состояние, или образуется психологический комплекс новой болезни.

Источник: https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/10f479d4-1500963582.doc