

Специфика отношений «врач — пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога

В. О. Аникина¹, М. Е. Блох^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский государственный университет,
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

² Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д. О. Отта,
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 3

Для цитирования: Аникина В. О., Блох М. Е. Специфика отношений «врач — пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. Т. 10. Вып. 3. С. 289–302.
<https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.306>

Врачи, работающие в системе неонатологического и педиатрического приема, являются первыми специалистами, с которыми встречается ребенок и его родитель/законный представитель и с которыми происходит обсуждение физического, а иногда и психического здоровья и развития ребенка. Рассматривается специфика отношений «врач — пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи, состоящая в их тройственности, так как формально пациентом является ребенок, поскольку именно ему оказывается медицинская услуга, но вся коммуникация врача происходит с родителем/законным представителем ребенка. Отдельное внимание уделяется такому аспекту отношений, как комплаенс. Отмечается опосредованный характер комплаенса, поскольку выполнение назначений врача в интересах ребенка осуществляет его законный представитель, при этом от качества комплаенса зависит успешность лечения и грамотный уход за ребенком. Среди значимых факторов комплаенса выделяется психологическая грамотность врача, его способность устанавливать доверительные отношения, умение преподнести информацию о развитии ребенка и назначениях с учетом индивидуальных характеристик и эмоционального состояния матери. Особое внимание уделяется способности неонатолога и педиатра во время медицинского приема замечать поведенческие проявления, свидетельствующие о риске развития эмоциональных трудностей и нарушений психического здоровья. Это может служить основанием для рекомендации консультации психолога/психотерапевта, что, в свою очередь, является залогом своевременного оказания психологической помощи и профилактики дальнейшего развития эмоциональных нарушений. В заключение мы формулируем основные направления психологической работы с медицинскими специалистами в системе неонатологической и педиатрической помощи и говорим о необходимости создания психологической службы.

Ключевые слова: врач-неонатолог, педиатр, ранний возраст, дети, родители, отношения врача и пациента, комплаенс, психическое здоровье, психологическая помощь.

Введение

В последние десятилетия развитие науки и практики клинической психологии приводит к значительным изменениям в сфере отношений врача и пациента.

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2020

Происходит сдвиг от авторитарной позиции врача к пациент-центрированной медицине. Такие изменения обусловлены результатами наблюдений и клинической работы, показывающие, что активное участие пациента в выборе назначений, метода лечения, доверительный контакт с врачом способствуют более эффективно и быстро выздоровлению. Опубликованные исследования на данную тему выделяют такой важный аспект, как комплаенс, приверженность пациента лечению. Показано, что неследование пациента рекомендациям врача может вести к нарушению выздоровления и даже к ряду осложнений [1]. Комплаенс, приверженность пациента лечению, требует понимания запросов, индивидуально-личностных, психологических особенностей пациентов, а значит — включения работы психологов в общемедицинскую систему. В связи с этим все большее значение приобретает комплексный медико-психологический подход в лечении болезни.

О важности совместной работы психологической и медицинской служб говорят многие российские специалисты [2–4]. Результаты неоднократных исследований потребности в психологических услугах показали высокий запрос в такой помощи со стороны как пациентов, так и врачей [5–8]. При этом врачи оценивают значимость психологической помощи иногда даже выше, чем сами пациенты. В запрос самих врачей входит повышение психологической грамотности, овладение практическими навыками взаимодействия с пациентами, консультирование по профессиональным проблемам, самым актуальным является помощь в снятии профессионального стресса. Изменения в медицинской системе в сторону вовлечения пациента в партнерские отношения с врачом привели к разработке обучающих программ для медицинских работников, направленных на развитие их коммуникативных навыков, толерантности к особенностям пациентов, учет их индивидуальных качеств, а также профилактику эмоционального выгорания специалистов.

Относительно недавним направлением стало сотрудничество психологов с медицинскими специалистами в системе первичного приема пациента, основная цель которого — психологическое сопровождение медицинской помощи на базе поликлиник, больниц, роддомов. В рамках этой работы отдельное внимание уделяется выявлению риска эмоциональных проблем и нарушений психического здоровья с самого раннего возраста [9–12]. Это обусловлено тем, что ранний возраст наиболее важен с точки зрения последующего функционирования взрослого, в этом периоде закладываются основы психического здоровья человека, его психологического благополучия, самооценки, характера отношений с окружающими его людьми в будущем. Нарушения в сфере ранних отношений могут приводить к трудностям во взаимодействии с другими людьми в жизни, а в крайних проявлениях — к нарушениям психического и физического здоровья (тревоги, депрессии, суицидальным попыткам, девиантному поведению, расстройствам пищевого, сексуального поведения, сердечно-сосудистым, легочным заболеваниям, диабету и пр.) [13–16].

В связи с вышесказанным нам представляется важной работа психолога с врачами, которые осуществляют медицинское сопровождение семьи с момента беременности женщины и рождения ребенка, а также обеспечение преемственности в ведении семьи разными специалистами. Эта проблема актуальна, тем не менее нужно признать, что, поскольку практика сотрудничества психологов и медиков

стала появляться только в ряде медицинских учреждений и не так давно, не существует единой теоретической и методологической базы. Только незначительное количество вузов включают в подготовку психологов курсы, сфокусированные на работе в медицинской системе общей практики. В базовую подготовку врачей редко входят аспекты, связанные с психологическими особенностями их маленьких пациентов и членов их семей, с особенностями коммуникации в ситуации болезни. Все вопросы к психологу возникают у врачей в процессе практической деятельности и подлежат совместному обсуждению и поиску решений. Поэтому основная цель статьи — обозначить важность такого сотрудничества и обрисовать специфику медицинской помощи, где пациентом выступает ребенок.

Участие специалистов системы неонатологической и педиатрической помощи в выявлении риска развития нарушений отношений матери и ребенка и психического здоровья

Главным специалистом, сопровождающим женщину с момента беременности, является врач. Именно ему она доверяет наблюдение за своим физическим состоянием, за состоянием здоровья будущего ребенка, к нему обращается за советами и помощью. Основываясь на биопсихосоциальном подходе в оценке функционирования организма, согласно которому психическое состояние неразрывно связано с физическим самочувствием, врач в наблюдении за пациентом не только обращает внимание на соматические симптомы, но и видит особенности психического реагирования, проявления тревоги, беспокойства.

Практика показывает, что некоторые врачи женских консультаций и дородового отделения еще во время беременности женщины замечают признаки ее безразличного или даже негативного отношения к своему будущему ребенку. После рождения ребенка и весь период новорожденности родители взаимодействуют с неонатологом, именно этот врач отвечает на все возникающие у них вопросы по поводу состояния здоровья ребенка, принципов ухода за ним, кормления. Неонатолог также отвечает за курирование недоношенных детей, и в этом случае может продолжать консультирование ребенка и его родителей на протяжении нескольких месяцев после рождения. Наблюдая за особенностями отношения матери к ребенку в первые дни жизни, врач-неонатолог может заметить признаки начинающейся послеродовой депрессии у матери, поддержать и скоординировать действия родителей, при необходимости направить к профильному специалисту (в том числе к психологу или психотерапевту/психиатру).

После выписки из роддома в домашних условиях в течение первых недель жизни ребенка семью посещает патронажная медсестра, в профессиональные задачи которой входит консультирование родителей по поводу правильного ухода и обращения с младенцем. Помимо этого, она видит домашнее окружение младенца, условия его проживания, состав семьи, отношение к ребенку окружающих его взрослых, она может заметить первые признаки физического или психологического неблагополучия ребенка, по возможности обсуждать эти сложности с матерью или семьей и оказывать медико-социальную помощь. По мере взросления ребенка ему назначаются плановые осмотры специалистов: педиатра, невролога, ортопеда, хирурга, окулиста и т. д. В задачи этих специалистов входит оценка соматическо-

го состояния ребенка, раннее выявление и профилактика возможных отклонений развития. Однако основным специалистом, который встречается с ребенком и его семьей на протяжении нескольких лет, а иногда даже поколений, является участковый врач-педиатр. При этом, несмотря на то, что основная его задача — оценка соматического здоровья ребенка, нередко именно врач может наблюдать признаки психологических проблем у ребенка и ухаживающих за ним взрослых. Эти признаки могут свидетельствовать об эмоциональных сложностях семьи, нарушениях психического здоровья ребенка.

Родители и члены семьи также могут высказывать беспокойства, напрямую не относящиеся к проблемам здоровья ребенка. Например, мать может жаловаться врачу на эмоциональное состояние свое или ребенка, задавать вопросы, связанные с состоянием ребенка во время кормления, с адаптацией к детскому саду или школе, говорить о проблемах поведения и т.д. Как показывают современные международные исследования, за последние десятилетия количество социально-эмоциональных проблем, с которыми сталкиваются врачи-педиатры, выросло больше чем в два раза (с 7 до 18 %) [12], от 24 до 50 % визитов к педиатру включают в себя обсуждение беспокойств по поводу поведенческих, эмоциональных, учебных аспектов жизни ребенка [17], около 15–25 % детей, по мнению разных авторов [18; 19], испытывают социально-эмоциональные трудности, которые вызывают беспокойство у их родителей.

Несмотря на то, что вопросы эмоционального характера не входят в сферу компетенции современных медиков, тем не менее на всем протяжении развития медицины врачи отмечали неразрывную связь психического и соматического здоровья и придавали «лечению словом» не меньшую значимость, чем лечению тела. Такие тенденции современной медицины как увеличение количества узких специалистов, ориентированных на лечение болезни только в рамках своего профессионального профиля, сокращение времени приема в условиях большого потока пациентов снижают вероятность индивидуализированного подхода. Однако для пациентов продолжает оставаться важной коммуникативная компетентность медицинского специалиста. Наблюдения врача, связанные с эмоциональными особенностями пациента, вопросы несоматического характера, задаваемые родителями, — все это может стать залогом совместных действий, направленных на обеспечение соматического и психического здоровья ребенка, и в этом для современного врача ценным оказывается сотрудничество с психологом.

Комплаенс как основа для обеспечения соматического и психического здоровья ребенка

В контексте отношений врача и пациента хотелось бы выделить такой аспект, как комплаенс. Под комплаенсом (compliance) понимается «действие в соответствии с запросом или указанием» (Оксфордский словарь). В медицинской практике под комплаенсом понимается следование пациента назначениям и рекомендациям врача. Но есть и иное понимание: комплаенс — это весь процесс лечения от его начала до завершения, который включает в себя три этапа: 1) согласие пациента с назначенным лечением; 2) выполнение плана назначений; 3) завершение лечения [1].

Нередко в литературе можно встретить и такие термины, как «приверженность лечению» (adherence) или «соответствие выполняемых пациентом действий назначениям врача» (concordance), чаще всего эти термины используются как синонимы. Однако между ними есть различия [20]. Комплаенс нередко подразумевает именно следование пациента рекомендациям врача, т. е. врач имеет позицию более авторитетную, а пациент играет пассивную роль. Понятие «приверженность» отражает наличие внутренней мотивации пациента на выздоровление, доверие врачу и его назначениям, пациент самостоятельно принимает решение принимать или перестать принимать назначенные препараты или выполнять процедуры. Именно в данном контексте становится значимым умение врача объяснить пациенту важность сделанных назначений и рекомендаций, встроить необходимое лечение в систему мотивации пациента и его жизненный уклад. Возможно, поэтому появился термин «согласие» (concordance), отражающий активное участие пациента в принятии решения при врачебных назначениях.

В отечественной литературе на настоящий момент чаще всего используется термин «комплаенс», реже, но все равно достаточно часто — «приверженность». В целом комплаенс — важная часть партнерских отношений врача и пациента, их контакт, доверительные отношения, участие пациента в принятии решения о необходимости тех или иных процедур и назначений. Комплаенс означает согласие между врачом и пациентом, в котором предполагается совместная ответственность врача и пациента за результаты лечения.

Как отмечает ВОЗ [1], комплаенс включает в себя ряд факторов: 1) социальные (финансовое положение пациента, уровень образования, возраст, уровень общей культуры, удаленность от системы здравоохранения); 2) системные (система образования медицинского персонала, возможность системы здравоохранения, в том числе длительность консультации, доступ к учреждениям медицинской помощи); 3) связанные с болезнью (тяжесть симптомов, длительность заболевания, стадия болезни, наличие возможностей лечения); 4) особенности лечения (длительность, сложность режима затрудненный подбор лечения, побочные эффекты и пр.); 5) особенности пациента (необоснованные ожидания, информация о заболевании, забывчивость, преждевременное прекращение лечения и пр.). Все эти аспекты, влияя на комплаенс, могут стать областью интервенций клинического психолога в системе неонатологической и педиатрической медицинской помощи с учетом специфики пациента — ребенка и его законного представителя. Тема комплаенса требует более полного раскрытия, и этому может быть посвящена отдельная статья, тем не менее, говоря об отношениях врача и пациента, невозможно этого не коснуться.

Специфичность пациента в неонатологической и педиатрической системе

Выше мы говорили об отношениях врача и пациента и важности партнерских отношений, однако в системе неонатологической и педиатрической помощи есть своя специфичность, которая состоит в том, что формально пациентом выступает ребенок, поскольку именно он получает медицинскую услугу, но по сути коммуникация и обсуждение проблем здоровья происходит со взрослым, законным пред-

ставителем ребенка, чаще всего с матерью, именно от нее зависит, будет ли ребенок получать назначенные ему врачом препараты и процедуры. Об этой специфичности не сказано ни в одной из известных нам статей, такой расклад рассматривается как сам собою разумеющийся, тем не менее хотелось бы обратить на него особое внимание, поскольку триадные отношения (врач — ребенок — родитель/законный представитель) более сложные, чем диадные (врач — пациент). Аналогичная ситуация встречается только в отношении пациентов с психическими расстройствами, нарушающими способность критической оценки реальности, в силу чего пациенты самостоятельно не могут принимать решения, связанные с лечением.

Учет особенностей членов семьи, приходящих на прием, требует от медицинского специалиста совершенно особой компетенции: врач-неонатолог или врач-педиатр, назначая то или иное лечение, процедуры или систему ухода, должен учитывать состояние здоровья и нужды ребенка, а также потребности и особенности взрослого, ухаживающего за ребенком, уметь устанавливать контакт со всеми участниками процесса, слушать и слышать жалобы родителя. В случае отсутствия взаимопонимания между сотрудником медицинского учреждения и родителем, недоверия родителя врачу могут возникать сложности в следовании матерью рекомендациям специалиста, что может нарушать процесс грамотного ухода за ребенком и эффективного лечения. Отдельным умением врача является установление отношений не только с законным представителем, но и с самим пациентом. Даже очень маленький ребенок может демонстрировать протест против медицинского осмотра, осуществления определенных медицинских процедур (например, прививок, массажа и пр.). От врача в таком случае требуется деликатность и терпение, врач и родитель должны сотрудничать, чтобы не нанести вред телу и психике ребенка. Дети более старшего возраста могут принимать активное участие в обсуждении назначений и собственном лечении.

Следует также отметить, что с рождением ребенка родители сталкиваются с трудностями, которые связаны с адаптацией к родительской роли, а также с особенностями развития ребенка, его поведением, темпераментом и физическим состоянием, например недоношенностью, возможными патологическими состояниями, и могут испытывать родительский стресс [21]. Более того, нахождение ребенка в медицинском учреждении, особенно в стационаре, уязвимость ребенка, страхи родителей за его жизнь и здоровье усиливает стресс родителей, что может сказываться на характере отношений родителей с врачами.

Уязвимость ребенка и страх родителей за его здоровье могут способствовать сверхмотивации на выполнение всех назначенных врачом процедур и прием препаратов, это может снижать критичность к назначениям врача, а со стороны врачей приводить к злоупотреблению таким отношением. Вместе с тем, как показывает практика, чрезмерные назначения врачей в некоторых ситуациях способствовали увеличению недоверия со стороны родителей к врачам как к группе специалистов. Повсеместно можно видеть, что родители активно пользуются Интернетом, чтобы соотнести наблюдаемые у ребенка симптомы и назначения врача. В такой ситуации, с одной стороны, информированность родителей может облегчить работу медицинского специалиста, поскольку не нужно долго объяснять, а можно опираться на понимание родителем/законным представителем происходящего с ребенком, т. е. информированность становится инструментом укрепления отношений. С другой

стороны, как отмечают врачи, обращение родителей к интернет-ресурсам крайне затрудняет процесс взаимодействия, родители приходят на прием с определенной, часто критичной установкой или мнением относительно заболевания и/или назначений специалиста либо обращаются к врачу после длительного самолечения в результате самостоятельно поставленного диагноза на основании информации из Интернета или от знакомых. У врачей, в свою очередь, подобное отношение родителей/законных представителей вызывает напряжение и стресс; врачам хотелось бы, чтобы их мнение уважали и принимали во внимание.

Отдельно нужно отметить, что отношения, существующие между матерью и ребенком, вносят вклад в развитие болезни ребенка и характер взаимодействия матери с врачом. Исследования и клинические наблюдения показывают, что в диаде «мать-ребенок» существует взаимная коммуникация, и младенец чувствует отношение матери задолго до того, как может его осмыслить и изложить с помощью речи. Состояние матери, ее страхи и сомнения, тревоги и разочарование, любовь и эмпатия передаются прежде всего на физическом уровне через качество прикосновений, жесты, интонации, тембр голоса, мимику, манеру держать ребенка. Не только осознаваемые эмоциональные состояния, связанные с беспокойством за ребенка, но и бессознательное отношение матери к младенцу, в том числе ее собственный непереработанный и неосознаваемый опыт, воздействуют на ребенка, причем ощутимо сильнее, чем ее сознательное и приобретенное чувство материнства [22]. Трудности вынужденных ограничений материнства, раздражительность, необходимость изменений собственной жизни в пользу удовлетворения потребностей ребенка не всегда осознаются и признаются женщиной, увеличивая ее напряжение. Болезнь ребенка в данном случае может на бессознательном уровне стать выгодным «союзником», смещая акцент с психологического взаимодействия матери с младенцем на его соматическое состояние, помогая женщине почувствовать себя «хорошей матерью» в борьбе за здоровье и жизнь своего ребенка. Есть матери, которые бессознательно, а иногда и вполне осознанно поддерживают болезненное состояние ребенка (так называемый «делегированный синдром Мюнхгаузена») [23]. Уже более половины века назад, М. Балинт писал, что в большинстве случаев, когда детей, особенно младенцев, приводят в кабинет врача, то реальным больным человеком является мать, реже отец, а иногда и оба родителя [24].

Подобная ситуация и в настоящее время не изменилась: больной ребенок зачастую становится лишь «идентифицированным» пациентом, удерживающим семейную систему с помощью болезни в равновесии. Владение врачом информацией о такого рода отношениях, которые он может получить в контакте с психологом, способствует повышению толерантности к такой матери и снятию собственного напряжения, связанного с тем, что врач прикладывает усилия для лечения, а мать не выполняет или искажает назначения и ребенок не выздоравливает.

Также важным аспектом комплаенса как системы доверительных отношений между врачом и пациентом является то, в каких условиях и при каких обстоятельствах происходит взаимодействие родителя и врача. В неонатологической и педиатрической практике, как и во всех медицинских сферах, выделяют плановую помощь, когда течение родов или заболевание ребенка протекают по известным законам и у врача есть четкое представление о том, что необходимо делать, а также экстренную помощь, когда врачу приходится принимать срочные меры, искать не-

достающую информацию, принимать решения, исходя из доступной, иногда крайне скудной, информации о возникшей ситуации.

В ситуации плановой помощи врачу обычно все довольно ясно относительно назначений и лечения, родитель же может впервые сталкиваться с возникшей ситуацией и находиться в состоянии беспокойства или стресса. Такой даже умеренный стресс приводит к обострению личностных особенностей родителя, некоторому «сужению» восприятия, что, в свою очередь, накладывает отпечаток на характер взаимодействия родителя с врачом. Например, в послеродовый период мать новорожденного ребенка обостренно воспринимает все, что выражает отношение к ней или ее ребенку, она улавливает «тонкие сигналы», зачастую через призму своего «искаженного» восприятия на фоне беспокойства. Наибольшую тревогу и раздражение вызывает ситуация отсутствия полной и исчерпывающей информации, чувство беспомощности и непонимания, при которой медицинский персонал не объясняет происходящее и не дает ответов на вопросы. Работа психолога в данном контексте оказывается сфокусированной на сфере отношений врача и родителя/законного представителя, а именно на повышении коммуникативной компетенции врачей, толерантности к состоянию близкого взрослого ребенка, установлению доверительных отношений, развитию навыков аргументации своих назначений, мотивации на лечение и контроля выполнения назначений.

Экстренная ситуация оказания медицинской помощи нередко приводит к состоянию стресса у самого врача, сокращает время на принятие решения, повышает цену ошибки. В такой ситуации у врача может быть крайне мало времени на разговор с родителем. Родитель тоже может находиться в стрессовом состоянии, переживая за жизнь и здоровье ребенка, даже испытывать отчаяние, при этом родителю ничего не остается, как доверять тому врачу, который перед ним, и надеяться на успешный исход экстренных мер. Помощь психолога в такой ситуации может быть крайне важной с точки зрения обучения врачей тому, как кратко и понятно с учетом нехватки времени и особенностей «суженного» восприятия действительности у родителей сообщать им о том, что происходит с ребенком, заручиться их поддержкой, а также психологу важно оказывать врачам психологическую помощь в связи с напряжением, связанным с проведением экстренных медицинских мероприятий. В работе с родителями значимым является психологическое сопровождение в стрессовой ситуации.

Основные направления работы психолога-консультанта в системе неонатологической и педиатрической помощи

Опираясь на вышесказанное, можно выделить два основных направления, по которым, на наш взгляд, может осуществляться работа психолога-консультанта с врачами: 1) консультирование врачей в их непосредственной работе с семьей и 2) психологическое консультирование самих врачей в связи с тем, что их работа относится к категории «помогающих профессий».

Работа психолога с врачами может быть полезной с точки зрения: а) психологической грамотности, предоставления информации о закономерностях развития ребенка в утробе и раннем периоде, характеристиках эмоционального состояния и родительского стресса, психологических особенностях отношений ро-

дителя и ребенка как во время беременности, так и после рождения; б) обучения навыкам скрининговой диагностики нарушений психического здоровья у ребенка и/или его законного представителя; в) обучения навыкам установления контакта с ребенком как пациентом и законным представителем как человеком, от которого зависит жизнь и здоровье ребенка; г) обучения навыкам распределения внимания между всеми участниками врачебного приема, понимания и учета их индивидуально-личностных особенностей; д) повышения толерантности врачей к индивидуально-личностным особенностям пациента и законного представителя с учетом их эмоционального состояния, е) помощи врачам в освоении навыков аргументирования назначений и процедур, а также дополнительной диагностики, консультаций смежных специалистов с учетом лечебной ситуации пациента и индивидуально-личностных особенностей пациента и его законного представителя; ж) обучения врачей способам мотивации на лечение и поддержки во время лечения, использования доступности информации в Интернете как механизма укрепления отношений врача и пациента; з) обеспечения методами координирования лечения в случае его сложности, многокомпонентности, участия нескольких специалистов, обеспечения его завершения.

В рамках статьи невозможно остановиться на всех обозначенных аспектах психологической работы с неонатологами и педиатрами. Мы считаем, что работа психолога должна осуществляться в виде совместного процесса, обсуждения рабочих моментов, выработки оптимальных решений, совместного ведения пациентов (если психолог работает в том же учреждении). В рамках такой работы особенно востребованными являются мини-лекции на темы эмоционального состояния родителя и отношений матери и ребенка и того, как это может проявляться в контексте отношений с врачом, например, посвященные грудному вскармливанию, важности раннего опыта взаимодействия в системе «мать — младенец» для физического развития и психического здоровья ребенка, а также вопросам психического состояния женщины в родах и послеродовом периоде, послеродовой депрессии как в ранний период, так и значительно позже, проявлениям и особенностям родительского стресса.

Немаловажным умением врачей является их способность замечать признаки развития эмоциональных проблем и нарушений психического здоровья как у родителя/законного представителя, так и у ребенка и мотивировать на получение консультации психолога, психотерапевта или психиатра. Как показывают зарубежные исследования, если врач-педиатр направляет на консультацию к психологу, то в 81 % случаев семья посещает как минимум первую консультацию психолога [25]. При этом около 66 % семей обращаются за консультацией к психологу, если он работает в поликлинике, по сравнению с 5 % семей, которые доходят до специалиста, работающего где-то еще; 95 % детей получают необходимую помощь, предоставляемую в поликлинике, по сравнению с 17% детей, направленных во внешние организации, а 78 % детей, получивших помощь психолога на базе поликлиник, завершили курс консультаций по сравнению с 0 % завершивших при направлении во внешние организации. Более того, психологическая помощь, оказанная на базе поликлиники, может быть более краткосрочной: большинству семей достаточно в среднем двух встреч с психологом [17; 19].

Умением замечать признаки риска нарушений психического здоровья ребенка и/или матери многие врачи обладают в силу практического опыта, наблюдательно-

сти, направленности на сострадание и помощь пациенту, иным же врачам нужно этими навыками овладеть. Для осуществления такой задачи психолог может информировать врачей о признаках наблюдаемого поведения, свидетельствующего о нарушениях в эмоциональной сфере ребенка или матери, обеспечить специалистов инструментами скрининговой диагностики (например, шкалы KID/RCDI, Ages & Stages Questionnaire, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии).

В рамках второго направления, т. е. оказания психологической помощи врачам в их профессиональной деятельности, возможно решение следующих задач: а) профилактика эмоционального «выгорания»; б) профилактика конфликтов, расширение репертуара взаимодействия с коллегами в рамках одного учреждения или при межведомственном взаимодействии; в) помощь в обеспечении преемственности работы разных специалистов, оказывающих медицинские услуги ребенку и его семье; г) анализ потребностей врачей в отношении к пациентам; д) помощь в переживании ситуаций ухудшения состояния здоровья и/или смерти ребенка; е) создание информационных брошюр для медиков и родителей о важности ранних отношений, профилактики пренебрежения потребностями и/или насилия в отношении ребенка, о местах получения профессиональной психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи, а также анализ существующих программ помощи ребенку и семье, выбор научно-обоснованных программ.

Важной частью психологического сопровождения врачей в их практической деятельности является регулярное междисциплинарное обсуждение случаев, трудностей взаимодействия с семьей и иных вопросов, возникающих в медицинской деятельности. Такие обсуждения обычно проходят в режиме консилиумов, врачебных конференций, балинтовских и супервизорских групп или индивидуально.

Подводя итоги, мы хотели бы еще раз обратить внимание на значимость и сложность формирования доверительных отношений в неонатологической и педиатрической практике, связанную с трехсторонним взаимодействием «врач — ребенок (пациент) — родитель/законный представитель». Каждая из сторон обладает своими потребностями, ожиданиями, индивидуальными особенностями, влияющими на качество устанавливаемого контакта и качество оказываемой и получаемой помощи со стороны специалиста. Задача психолога — способствовать налаживанию эффективного диалога между всеми участниками лечебного процесса, осуществлять информационную, консультационную, профилактическую и организационную деятельность.

Несомненно, вышеописанные задачи невозможно осуществить разовыми консультациями или краткосрочными обучающими мероприятиями. В систему государственной медицинской помощи ребенку и семье необходимо встраивать работу психологической службы [26], деятельность которой должна быть системной, комплексной, ориентированной на взаимодействие всех участников лечебного процесса, учитывать специфику неонатологического и педиатрического приема, охватывать разные аспекты отношений и способствовать преемственности между специалистами разного профиля.

Литература

1. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. 2013. № 11. С. 6–15.
2. Александровский Ю. А. Инновации в современной психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2008. № 01. С. 4–8.
3. Копцева О. В. Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в российской федерации: дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
4. Гасиловская Т. А. Качество специализированной амбулаторно-поликлинической помощи детям с проблемами в психическом здоровье // Вопросы современной педиатрии. 2012. Т. 11, № 3. С. 94–97.
5. Бронфман С. А., Киященко Л. П., Майленова Ф. Г., Иванова Л. П., Голованова Д. И. Трансфер знаний и практик в системе психотерапия — общество: представления о психотерапии у врачей и пациентов // Международная конференция по консультативной психологии, посвященная памяти Ф. Е. Василюка: сб. мат-лов / под ред. В. В. Архангельской, А. А. Голзицкой, Н. В. Кисельниковой, Е. А. Семеновй. М.: Психологический институт РАО, 2018. С. 34.
6. Великанов А. А., Демченко Е. А., Зеленская И. А., Лубинская Е. И., Протасов Е. А. Организационные основы работы медицинского психолога в кардиологическом стационаре // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 3 (50). С. 9.
7. Филиппова Г. Г. Психологическая помощь в системе охраны здоровья женщины и ребенка // Материалы IX юбилейного всерос. науч.-практ. форума «Мать и дитя». М.: МЕДИ Экспо, 2009. С. 522.
8. Ланцбург М. Е., Арчакова Т. О. Исследование потребности в социально-психологической поддержке у матерей с детьми младенческого и раннего возраста // Ребенок в современном обществе: сб. науч. статей / по ред. Л. Ф. Обуховой, Е. Г. Юдиной. М.: МГППУ, 2007. С. 133–141.
9. Tolan P. H., Dodge K. A. Children's Mental Health as a Primary Care and Concern // American Psychologist. 2005. Vol. 60, no. 6. P. 601–614. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.601>.
10. Briggs R. D., Stettler E. M., Silver E. J., Schrag R. D. A., Nayak M., Chinitz S., Racine A. D. Social-Emotional Screening for Infants and Toddlers in Primary Care // Pediatrics. 2012. Vol. 129, no. 2. P. 377–384.
11. Godoy L., Carter A. S. Identifying and Addressing Mental Health Risks and Problems in Primary Care Pediatric Settings: A Model to Promote Developmental and Cultural Competence // American Journal of Orthopsychiatry. 2013. Vol. 83, no. 1. P. 73–88.
12. Tynan W. D., Woods K. E. Emerging Issues: Psychology's Place in the Primary Care Pediatric Medical Home. Clinical Practice in Pediatric Psychology, 2013, Vol. 1, no. 4. P. 380–385
13. Lyons-Ruth K., Jacobvitz D. Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation From Infancy to Adulthood. Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications / eds J. Cassidy, P. R. Cassidy, P. R. Shaver. New York: Guilford Press, 2008. P. 666–697.
14. Sroufe A. L. Attachment and Development: a Prospective, Longitudinal Study From Birth to Adulthood // Attachment & Human Development. 2005. No. 7(4). P. 349–367.
15. McConnell M. Attachment Across the Life span: Factors that Contribute to Stability and Change // Australian Journal of Educational & Developmental Psychology. 2011. Vol. 11. P. 60–77.
16. Sameroff A. The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other. Washington DC: APA, 2009.
17. Ward-Zimmerman B., Cannata E. Partnering with Pediatric Primary Care: Lessons Learned Through Collaborative Colocation // Professional Psychology: Research and Practice. 2012. Vol. 43, no. 6. P. 596–605.
18. Valleley R. J., Evans J. H., O'Dell S., Allen K. D. Developmental Screening in Rural Primary Care: Real-World Application // Clinical Pediatrics. 2013. No. 53 (9). P. 1–6.
19. Stancin T., Perrin E. C. Psychologists and Pediatricians: Opportunities for Collaboration in Primary Care // American Psychologist. 2014. Vol. 69, no. 4. P. 332–343.
20. Ложкина Л. И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии // Известия Саратовского ун-та. Нов. сер. Сер. «Философия. Психология. Педагогика». 2015. Т. 15, вып. 3. С. 75–80.
21. Савеньишева С. С., Аникина В. О., Мельдо Э. В. Факторы родительского стресса матерей детей раннего и дошкольного возраста: анализ зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8, № 4. С. 38–49.
22. Маац Х-Й. Комплекс Лилит: темная сторона материнства: пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2017.

23. Хириш М. «Это мое тело... и я могу делать с ним что хочу»: психоаналитический взгляд на диссоциацию и инсценировки тела: пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2018.
24. Баллинт М. Врач, его пациент и болезнь. М.: Psyllabus, 2018.
25. Valleley R., Clark B., Lieske J., Gortmaker V., Foster N., Evans J. E. Improving Adherence to Children's Mental Health Services: Integrating Behavioral Health Specialists into Rural Primary Care Settings // Journal of Rural Mental Health. 2008. Vol. 32 (1). P. 18–34.
26. Аринкина И. А., Мухамедрахимов Р. Ж. Особенности работы клинического психолога в детском многопрофильном стационаре // Медицинская психология в России. 2012. № 5 (16). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer14.php (дата обращения: 02.04.2020).

Статья поступила в редакцию 7 мая 2020 г.;
рекомендована к печати 11 июня 2020 г.

Контактная информация:

Аникина Варвара Олеговна — канд. псих. наук, доц.; v.anikina@spbu.ru
Блох Мария Евгеньевна — канд. псих. наук, доц.; blohme@list.ru

The specifics of the doctor-patient relationship in the system of neonatological and pediatric care and the areas of psychological work

V. O. Anikina¹, M. E. Blokh^{1,2}

¹ St. Petersburg State University,
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

² The Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproduction named after D. O. Ott,
3, Mendeleevskaya lin., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

For citation: Anikina V. O., Blokh M. E. The specifics of the doctor-patient relationship in the system of neonatological and pediatric care and the areas of psychological work. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*, 2020, vol. 10, issue 3, pp. 289–302. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.306> (In Russian)

The article is focused on doctor-patient relationships in neonatological and pediatric medicine we want to specify the practice. I feel the term “pediatric medicine” repeats itself, moreover medicine includes theoretical knowledge about treatment but we want to emphasize practice where the child is the patient since he is the one who receives medical care but all communication is conducted with his caregiver/legal representative and this constitutes a specific feature of these relationships. Neonatologists and pediatricians are the first professionals that the mother-child/legal representative see, and they are the ones with whom the caregiver discusses the child's physical and mental health, as well as development. An important aspect of this relationship is compliance. The authors note that compliance is indirect due to the tripartite relationship, where the doctor's recommendations in the interests of the child are carried out by his legal representative; at the same time, the success of the treatment and competent child care depend on the quality of this compliance. Significant aspects of compliance are identified by the authors: the doctor's psychological literacy, the ability to establish trusting relationships with the caregivers relationships should be build BOTH with caregiver AND a child, this is important, and the ability to consider individual characteristics and emotional state of a caregiver while discussing a child's health and providing the necessary prescriptions. This all influences the caregiver's compliance which in turn leads to high quality childcare, treatment, and recovery, as well as a child's physical and mental health. Special attention is given to the ability of a neonatologist/pediatrician to observe, during examination, behavioural manifestations that may indicate a risk of developing emotional

difficulties and mental health disorders, and to refer the child and caregiver here was a misprint to a psychologist or psychotherapist for a consultation. This is an important factor for treating and preventing socio-emotional and mental health problems as early as possible. In the conclusion, the authors describe the main areas of psychological work with medical professionals in neonatological and pediatric care while also discussing the necessity of a systemic approach in psychological services at medical units.

Keywords: neonatologist, pediatrician, early age, children, parents, doctor-patient relationships, compliance, mental health, psychological help.

References

1. Vol'skaya E. A. Parent's Compliance. Tendencies in Research. *Remedium*, 2013, no. 11, pp. 6-15. (In Russian)
2. Alexandrovsky Yu. A. Innovations in Modern Psychiatry. *Psikhiatriia i psikhikofarmakoterapiia im. P. B. Gannushkina*. 2008, no. 01, pp. 4-8. (In Russian)
3. Koptseva O. V. *Mental Disorders as One of the Leading Reasons for Children Disability in Russian Federation*. PhD dissertation. Moscow, 2009. (In Russian)
4. Gasilovskaya T. A. Quality of Specialized Primary Care for Children with Mental Disorders. *Voprosy sovremennoi pediatrii*, 2012, vol. 11, no. 3, pp. 94-97. (In Russian)
5. Bronfman S. A., Kiyashchenko L. P., Maylenova F. G., Ivanova L. P., Golovanova D. I. Transferring Knowledge and Practice in the System Psychotherapy-society: Perceptions of Psychotherapy by Doctors and Patients. *Mezhdunarodnaya konferentsiia po konsultativnoi psikhologii, posvyashchennaia pamiati F. E. Vasyluka*, eds V. V. Arkhangel'skaya, A. A., Golzitskaya, N. V. Kisel'nikova, E. A. Semenova. Moscow, Psychological Institute of Russian Academy of Science Publ., 2018, p. 34. (In Russian)
6. Velikanov A. F., Demchenko E. A., Zelenskaya I. A., Lubinskaya E. I., Protasov E. A. Organizational Fundamentals of Medical Psychologist Work in Cardiological Hospital. *Meditsinskaiia psikhologiya v Rossii*, 2018, vol. 10, no. 3 (50), p. 9. (In Russian)
7. Filippova G. G. Psychological Help in Mother and Child Health Protection System. *Materialy IX iubileinogo vsenos. nauch.-prakt. foruma "Mat' i ditiia"*. Moscow, MEDI Expo Publ., 2009, p. 522. (In Russian)
8. Lanczberg M. E., Archakova T. O. Study of the Need of Social Support in Mothers with Infants and Young Children. *Rebenok v sovremennom obshchestve: sb. nauch. statei*. Eds L. F. Obukhova, E. G. Yudina. Moscow, MSUPE Publ., 2007, pp. 133-141. (In Russian)
9. Tolan P. H., Dodge K. A. Children's Mental Health as a Primary Care and Concern. *American Psychologist*, 2005, vol. 60, no. 6, pp. 601-614. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.601>.
10. Briggs R. D., Stettler E. M., Silver E. J., Schrag R. D. A., Nayak M., Chinitz S., Racine A. D. Social-Emotional Screening for Infants and Toddlers in Primary Care. *Pediatrics*, 2012, vol. 129, no. 2, pp. 377-384.
11. Godoy L., Carter A. S. Identifying and Addressing Mental Health Risks and Problems in Primary Care Pediatric Settings: A Model to Promote Developmental and Cultural Competence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2013, vol. 83, no. 1, pp. 73-88.
12. Tynan W. D., Woods K. E. Emerging Issues: Psychology's Place in the Primary Care Pediatric Medical Home. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2013, vol. 1, no. 4, pp. 380-385.
13. Lyons-Ruth K., Jacobvitz D. Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. Eds Cassidy J., Shaver P. R. New York, Guilford Press, 2008, pp. 666-697.
14. Sroufe A. L. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment Human Development*, 2005, no. 7 (4), pp. 349-367.
15. McConnell M. Attachment Across the Life Span: Factors that Contribute to Stability and Change. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 2011, vol. 11, pp. 60-77.
16. Sameroff A. *The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other*. Washington, DC, APA, 2009.
17. Ward-Zimmerman B., Cannata E. Partnering with Pediatric Primary Care: Lessons Learned Through Collaborative Colocation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012, vol. 43, no. 6, pp. 596-605.
18. Valleley R. J., Evans J. H., O'Dell S., Allen K. D. Developmental Screening in Rural Primary Care: Real-World Application. *Clinical Pediatrics*, 2013, no. 53 (9), pp. 1-6.

19. Stancin T., Perrin E. C. Psychologists and Pediatricians: Opportunities for Collaboration in Primary Care. *American Psychologist*, 2014, vol. 69, no. 4, pp. 332–343.
20. Lozhkina L. I. Compliance as an Acute Problem in Medical Psychology. *Izvestiia Saratovskogo un-ta. Nov. ser. Ser. "Filosofia. Psikhologiya. Pedagogika"*, 2015, vol. 15, no 3, pp. 75–80. (In Russian)
21. Savenysheva S. S., Anikina V. O., Meldo E. V. Factors of Parenting Stress in Mothers of Young and Preschool Children: an Analysis of Foreign studies. *Sovremennaiia zarubezhnaia psikhologiya*, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 38–48. (In Russian)
22. Maats H.-I. *The Lilith Complex: Dark Side of Motherhood*. Rus. ed. Moscow, Kogito-Centr Publ., 2017. (In Russian)
23. Hirsh M. *This is My Body... and I Can Do with It Whatever I Want: Psychoanalytic View of Dissociations and Body Play Out*. Rus. ed. Moscow, Kogito-Centr Publ., 2018. (In Russian)
24. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Moscow, Psyllabus Publ., 2018. (In Russian)
25. Valleley R., Clark B., Lieske J., Gortmaker V., Foster N., Evans J. E. Improving Adherence to Children's Mental Health Services: Integrating Behavioral Health Specialists into Rural Primary Care Settings. *Journal of Rural Mental Health*, 2008, vol. 32 (1), pp. 18–34.
26. Arinsina I. A., Muhamedrakhimov R. J. The Specificity of Clinical Psychologist's Work at Child Multidisciplinary Hospital. *Meditinskaiia psikhologiya v Rossii*, 2012, no. 5 (16). Available at: http://mprj.ru/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer14.php (accessed: 02.04.2020). (In Russian)

Received: May 7, 2020
Accepted: June 11, 2020

Authors' information:

Varvara O. Anikina — PhD in Psychology, Associate Professor; v.anikina@spbu.ru
Maria E. Blokh — PhD in Psychology, Associate Professor; blohme@list.ru