

# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Предисловие . . . . .	5
Введение . . . . .	7
<b>Глава 1. Можно ли не попадать в конфликтные ситуации . . . . .</b>	<b>10</b>
1.1. Потенциально конфликтные стили общения . . . . .	10
1.2. Как общаться с учетом психотипа пациента (его родственников) . . . . .	13
1.3. Где медработнику брать ресурс для общения . . . . .	16
1.4. Что такое настрой на общение . . . . .	21
1.5. Как понять, чего хотят пациент и его родственники. . . . .	24
1.6. Как управлять конфликтом. . . . .	31
<b>Глава 2. Трудные навыки в разрешении конфликтов. . . . .</b>	<b>38</b>
2.1. Проактивное решение конфликтных ситуаций . . . . .	39
2.2. Как правильно отказывать . . . . .	41
2.3. Как сдержаться и не сорваться на пациента?. . . . .	44
2.4. Стратегия «Вопрос» как профилактика конфликтов и жалоб. . . . .	48
2.5. Как определить и защитить личные границы. . . . .	53
2.6. Примеры ответа на жалобу (с комментариями) . . . . .	53
<b>Глава 3. Как защитить себя от вербальной агрессии . . . . .</b>	<b>57</b>
3.1. Как ответить и не спровоцировать конфликт . . . . .	57
3.2. Как реагировать на вербальную агрессию . . . . .	64
3.3. Как противостоять вербальной агрессии. . . . .	67
3.4. Как управлять вербальной агрессией пациента (его родственников) . . . . .	73
<b>Глава 4. Как защитить себя от физической агрессии. . . . .</b>	<b>77</b>
4.1. Как предугадать поведение пациента (его родственников) . . . . .	77
4.2. Поза и взгляд медработника как провокаторы агрессии . . . . .	78
4.3. Как противостоять физической агрессии . . . . .	83
4.4. Как остановить физическую агрессию . . . . .	85
<b>Глава 5. Действия специалиста при угрозе здоровью и жизни. . . . .</b>	<b>89</b>
5.1. Какое действие пациента является угрозой. . . . .	89
5.2. Правила поведения медработника при угрозе . . . . .	94



<b>Глава 6. Как повышать коммуникативную компетентность сотрудников. Рекомендации руководителю и специалистам кадровых служб.</b> . . . . .	99
6.1. Как руководителю организовать работу по совершенствованию навыков общения . . . . .	100
6.2. Условия повышения эффективности мероприятий по обучению навыкам общения. . . . .	101
Заключение . . . . .	104
Приложения. . . . .	106
Деловая игра «В кабинете участкового терапевта». Сценарий. . . . .	106
Тест «Насколько вы конфликтны» . . . . .	109
Экспресс-опросник «Индекс толерантности» . . . . .	111
Коммуникативная игра «Как избежать жалобы пациента» . . . . .	113
Чек-лист «Как защищать личные границы?» . . . . .	117
Четырехшаговый алгоритм разрешения конфликтов . . . . .	119
Ролевая игра «Волк и ягненок». Сценарий . . . . .	122
Список литературы . . . . .	124

# ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Почему я взял на себя смелость написать данное руководство?

Первое основание: **я работаю в медицине 25 лет**. Моя карьера началась в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (сегодня — Сеченовский Университет) и по настоящее время продолжается в Пироговском Университете.

По образованию я — психолог и педагог. И с самого начала я понимал, что мой успех в преподавании напрямую зависит от опыта «на передовой». Я занимался реабилитацией пациентов с сахарным диабетом (ЦСО «Донской», отделение эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова<sup>1</sup>), детей с онкологическими заболеваниями (НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, ЦДТ «На Вадковском»), студентов с ограниченными возможностями здоровья (Московский государственный психолого-педагогический университет).

Все это придало мне уверенности в работе со студентами, ординаторами, аспирантами, позже — с преподавателями медицинских вузов и колледжей, непосредственно с врачами и медсестрами, руководителями медорганизаций (Пироговский Университет, НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, Институт отраслевого менеджмента РАНХиГС при Президенте РФ).

Второе основание: **я — ведущий эксперт в области профессиональной коммуникации**, управления стрессом и выгоранием. Знаковыми для меня проектами последних 5 лет стали следующие.

1. Программа повышения квалификации «Эффективная коммуникация: с коллегами, руководством, пациентами и их родственниками» для сестринского персонала» (36 академических часов, Акцион-МЦФЭР, 2021).
2. Коммуникативный диалоговый тренажер для блока «Психологические основы общения с беременной в период репродуктивного выбора» (программа ДПО «Доабортное консультирование: полный практический курс», НОЧУ ОДПО «Акцион», 2024).

---

<sup>1</sup> Здесь и далее приведены названия организаций на момент моего сотрудничества с ними.



3. Программа повышения квалификации «Пациентоцентричность и коммуникации в работе специалиста системы здравоохранения» для врачей, фельдшеров и диспетчеров Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, 2024).
4. Разработка контента и коммуникативного тренажера для модуля «Работа врача в чрезвычайных и экстренных ситуациях» (медицинская образовательная платформа NeuroDoc, ООО «С.К.А.Т.», 2024).
5. Образовательная программа «Пациентоцентричность как конкурентное преимущество в условиях практического здравоохранения» для врачей и сестринского персонала» (кафедра производственной медицины, «Газпром корпоративный институт», филиал в Москве, 2024–2025).
6. Лекции и практические занятия для модуля «Конфликтология» (программа ПП «Организация здравоохранения и общественное здоровье», НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ, 2025).
7. Тренинг «Коммуникативные навыки профессионального общения врачей» («Газпром корпоративный институт», Санкт-Петербург, 2025).
8. Лекции и практические занятия для образовательной программы «Психология конфликта в стоматологии: от триггеров до лояльности пациента» (образовательная платформа ОНИ-S, ООО «ОХИС СМАРТ», 2025).

И третье основание: **моя экспертность — итог многолетней работы по совершенствованию личной коммуникации.** Сегодня у меня комфортное окружение и на работе, и дома. У меня получилось свести количество конфликтов к минимуму. Я научился их эффективно разрешать. Я готов делиться опытом.

# ВВЕДЕНИЕ

---

Почему мы говорим о разрешении конфликтов и акцентируем внимание на слове «разрешение»?

Первое — мы **РАЗРЕШАЕМ** конфликтам быть. Они — неотъемлемая часть нашей жизни. Бояться конфликтов — значит постоянно находиться в стрессе.

Сегодня медработники говорят о двух основных страхах: жалоба<sup>1</sup> от пациента и санкции руководителя. Эти страхи приводят к эмоциональному напряжению и выгоранию. Однако сотруднику страшна не сама жалоба, а как руководитель отнесется к ней. Часто медработник не чувствует поддержки с его стороны. Полезно, если лидер рассматривает жалобу как случай, разбирает его индивидуально с сотрудником или на рабочем совещании, использует для обучения персонала эффективному общению.

В связи с этим утопичны призывы к «бесконфликтной модели взаимодействия» медработника с пациентом [5]. Они формируют у специалиста ложные ожидания относительно профессионального общения и комплексы, когда исключить рабочие конфликты не получается.

Факт, что определенные категории пациентов (люди предпенсионного и пенсионного возраста, с невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, низким качеством и уровнем жизни) предрасположены к конфликтному поведению [20].

Второе — мы успешно **РАЗРЕШАЕМ** конфликты, то есть имеем навыки уверенного вхождения в стрессовое событие, его сопровождения и разрешения с минимальными потерями для себя и организации. Именно отсутствие алгоритмов «Как действовать?» приводит специалиста к потере контроля над ситуацией общения, растерянности и эмоциональной напряженности.

Данное руководство заполняет эти пробелы в коммуникациях медработника с пациентом и его родственниками.

Мастерство в общении можно образно представить как боксерский поединок с партнером. Оно имеет четыре ступени и шесть уровней возможностей по защите своих интересов (**табл. 1**).

«Дилетант» — это новичок в конфликтах. Он эмоционально не выдерживает даже слабого давления (см. шкала активации), быстро пропускает «удар» и оказывается в нокауте — «падает и не встает».

---

<sup>1</sup> Здесь жалоба от пациента рассматривается как итог конфликта между ним и медработником.

**Таблица 1.** Ступени мастерства в общении и потенциальные возможности

Уровни	Шкала активации	Степень мастерства в общении
<b>4-й уровень:</b> «Доминирую»		<b>Псевдомастер</b>
<b>5-й уровень:</b> «Веду»		<b>Мастер</b>
<b>3-й уровень:</b> «Отбиваюсь»		<b>Ученик</b>
<b>2-й уровень:</b> «Защищаюсь, как умею»		
<b>1-й уровень:</b> «Падаю и встаю»		
<b>0-й уровень:</b> «Падаю, не встаю»		<b>Дилетант</b>

Специалист может долго оставаться «мишенью для битья». Когда у него возникает потребность добиваться большего и лучшего для себя, он становится «учеником» и совершенствует общение с людьми. На 1-м уровне он накапливает психологические ресурсы, достаточные для сопротивления. Теперь специалист проявляет упорство и держит удар — «падает и встает».

На 2-м уровне ученичества человек имеет некоторый опыт эмоциональной устойчивости и задействует стереотипные способы защиты своих интересов. Они малоэффективны, но он «защищается, как умеет».

На 3-м уровне специалист расширяет поведенческий репертуар в конфликте, успешно «отбивается» и получает первые результаты.

Успех придает уверенности. Он быстро растет в навыках общения. Уже его оппоненты теряют самоконтроль. Специалист верит в себя. У него есть для этого основания, поскольку он набрал опыт и эмоциональную стабильность. Он полон решимости «отыграться» за прежние страдания и показательно «доминирует» в отношениях с партнерами. Специалисту кажется, что он на вершине мастерства. Однако это только 4-й уровень и степень «псевдомастера». И практика общения преподносит ему ситуации, когда он проваливается в возможностях на предыдущие уровни, 3-й и даже 2-й.



Человек постепенно накапливает коммуникативный опыт, находит баланс между ступенями «псевдомастер»–«ученик», научается эффективно расходовать психологические ресурсы. Так он утверждает себя в статусе «мастера». Теперь он уверенно «ведет» даже сложную ситуацию общения к намеченной цели.

На рис. 1 представлена «дорожная карта» для освоения каждого уровня мастерства в разрешении конфликтов с пациентами и их родственниками на основе материалов данного руководства.



**0-й уровень:** «Падаю, не встаю»

Глава 1; задания 1–8; тренажер 1; приложения 1, 2



**1-й уровень:** «Падаю и встаю»

Глава 2; задания 9–12; приложения 3–5



**2-й уровень:** «Защищаюсь, как умею»

Глава 3; задания 13–14; тренажеры 2–11, приложения 6, 7



**3-й уровень:** «Отбиваюсь»

Глава 4; задание 15; тренажеры 12–16



**4-й уровень:** «Доминирую»

Глава 5; задания 16–18; тренажеры 17–20



**5-й уровень:** «Веду»

Глава 6; заключение; задание 19; приложения 1, 4, 7

**Рис. 1.** Материалы Руководства для освоения каждого уровня мастерства в общении (автор рисунков — Лара Спивак)

## ГЛАВА 1

# МОЖНО ЛИ НЕ ПОПАДАТЬ В КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ

---

Может ли человек жить и работать без конфликтов? А если этот человек — профессионал в области общения?

Для ответа на эти вопросы важно вспомнить определение конфликта. Понятие исходит от латинского слова *conflictus* — «столкновение» и указывает на наличие у субъектов взаимодействия противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов [7].

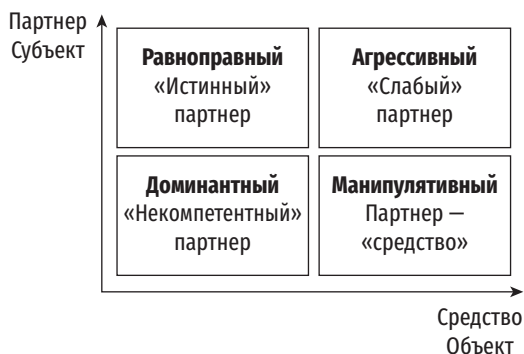
Таким образом, любой **конфликт имеет структуру**. Субъекты являются ее первым элементом. В нашем случае это — медработник и пациент (его родственники).

Пациентоориентированная модель здравоохранения предполагает субъект-субъектные отношения. В первую очередь подчеркивается субъектность самого пациента. И она во многом зависит от готовности специалиста поддерживать эффективный стиль общения.

### 1.1. ПОТЕНЦИАЛЬНО КОНФЛИКТНЫЕ СТИЛИ ОБЩЕНИЯ

По отношению к личности пациента выделяют **четыре стиля общения**: равноправный, доминантный, агрессивный, манипулятивный. Они образуются на пересечении линий восприятия собеседника как «средства (объекта)» или как «партнера (субъекта)» (**рис. 1.1**).

Если медицинский работник учитывает личностные (психологические) особенности пациента и рассматривает его как истинного партнера, то он реализует **равноправный** стиль отношений. Когда он сомневается или не доверяет компетенции пациента, он склонен **доминировать**, предьявляя свою позицию. В ситуации своего статусного или психологического превосходства специалист может произвольно прибегать к **агрессивному** стилю отношений. Сильная его заинтересованность в достижении своей цели провоцирует **манипуляции** партнером. Развернутая характеристика стилей приведена в **табл. 1.1**.



**Рис. 1.1.** Четыре стили общения в координатах «средство» — «партнер»

**Таблица 1.1.** Характеристика стилей общения

Стили	Равноправный	Доминантный	Агрессивный	Манипулятивный
<b>Партнер</b>	«Истинный»	«Некомпетентный»	«Слабый»	«Средство»
<b>Цели</b>	«Что ты хочешь?»	«Я лучше знаю, чего ты хочешь!»	«Делай, как я хочу!»	«Ты хочешь того, чего и я?»
<b>Чувства</b>	Комфорт	Дискомфорт	Дискомфорт	Сомнение
<b>Поведение</b>	Принятие	Протест	Избегание	Напряжение

Предпочтительным является равноправный стиль общения, поскольку коммуникация сторон предполагает уважение взаимных интересов, является комфортной, создает психологические условия для высокой приверженности пациента, снижает риски конфликтных ситуаций.

Доминантная позиция медработника — «я лучше знаю, что вы хотите!» — часто ассоциируется у пациента с образом «родителя», может вызывать в его памяти детские комплексы, переживание дискомфорта и протестные реакции. Сам доминантный стиль убеждения базируется на изначальном недоверии опыту пациента, ставит его в позицию «ребенка» и создает условия для отказа от ответственности за ход лечения.



*Важно избежать догматизма при выборе стиля общения. Пациенты с невысоким образовательным и культурным уровнем могут быть не готовы к равноправному взаимодействию. В подобных случаях более эффективным является доминантный (авторитетный) стиль.*



Агрессивный стиль отношений в связи с высокими требованиями к общению медперсонала сегодня встречается редко. Он возможен в случае острого стресса, переживаемого медработником, или профессиональной деформации. Высокая эмоциональная напряженность и агрессия специалиста как следствие психологического неблагополучия может перемещаться на пациента, который в его восприятии является физически и психологически «слабым», то есть не может, неспособен по причине болезни или социального статуса (примеры: пациент пожилого возраста, ребенок, инвалид) защитить себя. Позиция «делай(-те), как я хочу!» не оставляет места для открытых протестных реакций пациента. Однако связанные с такой коммуникацией негативные эмоции (раздражение, обида, злость) приводят его к психологическому дискомфорту и отсюда к избеганию. Оно будет в скрытых формах: игнорирование, саботаж, прокрастинация и др.

Нежелание медработника в принципе рассматривать пациента как партнера, скорее всего, также связано с его психологическим и социальным неблагополучием. Если он прибегает к манипуляции осознанно, то это говорит о его ценностном, нравственном нездоровье. Полное игнорирование интересов, апелляция к чувству вины заставляют пациента сомневаться не только в себе, но и в предложениях, исходящих от специалиста. Манипулятивное воздействие не дает пациенту выбора и времени на осмысленное принятие решения. Это создает психологическое напряжение, в результате которого он теряет контроль над ситуацией общения. Выигрыш медработника носит разовый характер, некоторое время спустя пациент осознает факт манипуляции и прервет общение.

Таким образом, стили общения доминантный, агрессивный и манипулятивный являются потенциально конфликтными. Только равноправный и, в некоторых ситуациях, доминантный стили поддерживают субъектность пациента.

### ЗАДАНИЕ 1

А. Отметьте, какой стиль общения вы обычно используете в своей практике



Равноправный      Доминантный      Агрессивный      Манипулятивный



Б. Оцените в баллах от 1 до 10 риски вашего стиля общения в возникновении конфликта и жалобы



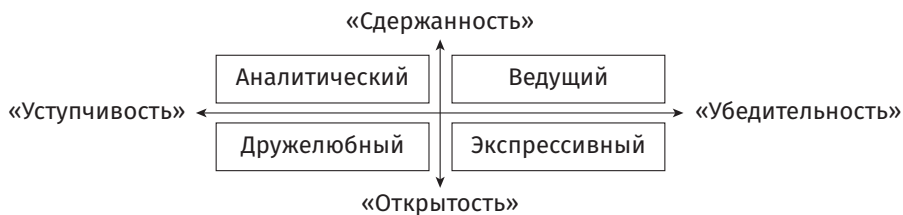
В. Оцените в баллах от 1 до 10 вашу готовность к равноправному стилю общения



## 1.2. КАК ОБЩАТЬСЯ С УЧЕТОМ ПСИХОТИПА ПАЦИЕНТА (ЕГО РОДСТВЕННИКОВ)

Медработник помогает пациенту реализовать субъектность, когда: 1) использует эффективный стиль общения; 2) учитывает характер и поведение партнера по общению. Эксперты выделяют **четыре основных психотипа** пациентов: директивный (15%), дружелюбный (35%), экспрессивный (15%) и аналитический (35%) [9].

Классификация изначально создана английскими психологами Дэвидом Мерриллом, Роджером Рейдом и Джеймсом Тейлором для выявления одного из четырех социальных стилей поведения человека в его повседневной жизнедеятельности. В ее основе лежат две шкалы: уверенность и эмоциональность. Первая характеризует убедительность и инициативу в изложении, отстаивании и навязывании своих взглядов, вторая — открытость в проявлении эмоций и чувств при взаимодействии (**рис. 1.2**).



**Рис. 1.2.** Социальные стили поведения человека



При комбинации этих двух шкал авторы получили четыре паттерна поведения:

- ведущий (driving style) — сильный, волевой, контролирующий свои эмоции;
- экспрессивный (expressive style) — коммуникабельный и склонный к драматизму;
- дружелюбный (amiable style) — комфортный в общении и соперничающий;
- аналитический (analytical style) — серьезный и требовательный.



*В русскоязычном информационном пространстве driving style называется директивным, что, скорее, подменяет исходный смысл и характеристики данного типа людей как энергичных и проактивных лидеров.*

Ниже приведена подробная характеристика каждого психотипа пациентов с рекомендацией по тактике общения врача и примером информирования о приеме лекарственного препарата [3, 9].

## **ДИРЕКТИВНЫЙ**

*Поведение:* речь громкая, быстрая, убедительная. Мимика нейтральная. Движения и походка уверенные.

*Характер:* независимость, активная жизненная позиция, твердость. Ценит время и результат.

*Общение:* в кабинете врача директивный пациент обеспечивает себе удобство (отодвигает стул, освобождает место на столе для записи). Сохраняет большую дистанцию с собеседником. Поддерживает зрительный контакт и включен в разговор, пока интересно.

*Тактика врача:* рекомендации врача должны быть коротки, аргументированны, опираться на факты, произнесены убедительно и без эмоций.

*Пример:* *Чтобы контролировать заболевание, я вам рекомендую препарат N. По сравнению с аналогами его прием не мешает вашей работе, поскольку не вызывает сонливости.*

## **ЭКСПРЕССИВНЫЙ**

*Поведение:* речь громкая, темпераментная. Мимика живая и разнообразная. Движения размашистые, походка свободная.

*Характер:* экстравагантность, уверенность в своей неповторимости, неординарность, рассеянность. Ожидает восхищения от окружающих. Ценит неординарные взгляды и идеи.



*Общение:* в кабинете врача экспрессивный пациент может что-то зацепить или уронить. Часто меняет дистанцию, ловит взгляд собеседника. Желает произвести впечатление и вызвать эмоции. Не стесняется резких и негативных оценок.

*Тактика врача:* врач кратко и без подробностей обсуждает назначения с пациентом, для убеждения использует эмоции и тонкий юмор. Уважает неповторимость пациента, показывает в работе новаторство и творческий подход («новый метод», «инновационная технология», «для вас исключительным вариантом может быть...»).

*Пример.* *Чтобы контролировать заболевание, я вам предложу препарат N. Это новая форма, которая недавно появилась в аптеках. Она удобна для применения и учитывает ваш образ жизни — активного и увлеченного человека.*

## **ДРУЖЕЛЮБНЫЙ**

*Поведение:* речь тихая, неторопливая. Избегает резких слов и выражений. Постоянно улыбается, держит зрительный контакт. Жесты сдержанные. Движения мягкие, походка плавная и застенчивая.

*Характер:* неуверенность, зависимость, желание нравиться и оправдывать ожидания других. Перед принятием решения советуется со значимыми людьми, ориентируется на стоимость и безопасность.

*Общение:* в кабинете врача дружелюбный пациент ведет себя скромно. Больше слушает, чем говорит. Подкрепляет слова врача междометиями «угу», «да», кивает головой.

*Тактика врача:* в беседе врач обращает внимание на большой личный опыт в решении проблемы пациента, приводит факты и положительные примеры других пациентов, открыто говорит об эффекте назначенной терапии и возможных побочных явлениях. Объясняет терпеливо и подробно. Разговаривает мягко, тактично и заботливо.

*Пример.* *Чтобы контролировать заболевание, я вам назначу лекарственную терапию. Она включает прием препарата N. Мы с вами быстро увидим эффект от его применения. Препарат доступен по цене, и многие мои пациенты отмечают, что он не вызывает сонливости. Принимайте по полтаблетки два раза в день, утром и вечером, после еды. Какие вопросы у вас остались? Мне важно убедиться, что вы запомнили правильную дозировку... Какую часть таблетки вы будете принимать утром и вечером?*

## **АНАЛИТИЧЕСКИЙ**

*Поведение:* речь структурированная, монотонная. Мимика сдержанная, улыбается редко. Движения и походка неторопливые, уверенные.



**Характер:** педантичность, скрупулезность, порядок в делах, продуманность и взвешенность решений, рациональность, следование правилам и нормам.

**Общение:** в кабинете врача пациент аналитического типа обращает внимание на порядок. Сохраняет большую дистанцию с собеседником. В разговоре задает много вопросов. Редко поддерживает зрительный контакт.

**Тактика врача:** врач дает точные рекомендации с опорой на факты и цифры, для убеждения использует логику.

**Пример.** *Чтобы контролировать заболевание, важно придерживаться лекарственной терапии. Она позволит на 15% сохранить привычный образ жизни. Я назначу вам препарат N. По сравнению с аналогами его прием не вызывает сонливости. Принимайте по полтаблетки два раза в день, утром и вечером, после еды. Какие у вас есть вопросы?*

## ЗАДАНИЕ 2

А. Какие психотипы пациентов (его родственников) обычно встречаются в вашей практике



Директивный      Дружелюбный      Экспрессивный      Аналитический

Б. Согласны ли вы с наблюдением, что к медработнику преимущественно обращается определенный психотип пациентов?

«Да»                          «Нет»                          «Обращу внимание»   

## 1.3. ГДЕ МЕДРАБОТНИКУ БРАТЬ РЕСУРС ДЛЯ ОБЩЕНИЯ

При обсуждении субъект-субъектных отношений и внимании к субъектности пациента по умолчанию предполагается, что медработник субъектен. Если это так, то почему остаются актуальными в медицине темы пациентоориентированного общения, конфликтов и выгорания?



Я провожу обучение врачей общей практики в рамках проекта Департамента здравоохранения города Москвы. Наша тема — разрешение конфликтов с пациентами. Предлагаю коллегам не просто обсудить вопрос, но также разобрать персональный случай.