

DOI: 10.17238/issn2223-2427.2019.1.48-57

УДК 614.253:159.9

© Новикова С.Г., 2019

КОНФЛИКТНЫЙ БОЛЬНОЙ НА ВРАЧЕБНОМ ПРИЕМЕ. КАК РЕШИТЬ ВОЗНИКШИЕ ПРОБЛЕМЫ?

С.Г. НОВИКОВА^а

Городская поликлиника № 175 Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, 105568, Россия

Резюме: В последнее время значительно участились случаи конфликтных ситуаций на врачебном поликлиническом приеме. Анализируются причины развития взаимосвязанных конфликтов на этапе врач – пациент – система здравоохранения. Цель данной публикации – показать необходимость применения адаптивных методов коммуникации с пациентом при работе в конфликтной ситуации на врачебном приеме. Определена роль личностных особенностей и болевого поведения в формировании конфликта, влияния биопсихосоциальных факторов на формирование конфликтной личности. Рассматриваются техники речевой коммуникации при столкновении интересов и развитии конфликтных ситуаций. Обзор может быть полезен для изучения стандартизированных ситуаций в медицинской конфликтологии.

Ключевые слова: коммуникация, конфликт, болевое поведение, болевая личность, коммуникативные техники, коммуникативная культура, речевая коммуникация.

CONFLICT PATIENT AT A MEDICAL RECEPTION. HOW TO SOLVE THE PROBLEMS?

NOVIKOVA S.G.^а

City Polyclinic № 175 of the Moscow Health Department, Moscow, 105568, Russia

Summary: Recently, cases of conflict situations at a polyclinic reception have become much more frequent. Analyzed the causes of the development of interrelated conflicts at the stage doctor-patient-health system. The purpose of this publication is to show the need for adaptive methods of communication with the patient when working in a conflict situation at a medical reception. The role of personality traits and painful behavior in the formation of a conflict, the influence of biopsychosocial factors on the formation of a conflict personality has been determined. We consider the technology of speech communication in the collision of interests and the development of conflict situations. The review may be useful for studying standardized situations in medical conflict management.

Key words: communication, conflict, painful behavior, painful personality, communicative techniques, communicative culture, speech communication.

Актуальность

Участившиеся случаи конфликтных ситуаций на врачебном приеме заставляют структурировать проблемы медицинской конфликтологии [10], вести поиск причин их возникновения и способов устранения [6].

Владение большим объемом профессиональных знаний, знание этических норм и принципов деонтологии не дают четких представлений об основах бесконфликтного общения и способов решения конфликтных ситуаций. Что необходимо предпринять при общении с конфликтным пациентом, как выйти из сложной конфликтной ситуации? Повышение знаний врача о коммуникации и ее задачах, знакомство с методами и тактиками коммуникативной коррекции в том или ином случае для исправления сложной ситуации с развитием конфликта – необходимость сегодняшнего дня. Знание границ столкновения интересов и началом развития конфликта и его исходов, учет психологических особенностей болевой личности и ее поведения в общении дает возможность во-

время применить адаптивные методы коррекции, защитить честь и достоинство врача при прямом оскорблении и враждебном поведении пациента [25]. Нужно учитывать и то обстоятельство, что бесконфликтный контакт с пациентом — это еще и плацебо- эффект в решении задач лечения.

Причины конфликтных ситуаций

Причины развития конфликтных ситуаций нужно рассматривать во взаимосвязи «система здравоохранения- пациент и его родственники -врач» [26].

1. Система здравоохранения

Первое место при изучении причин развития конфликтов ставят проходящую реформу здравоохранения. Проводимая реформа позволила решить многие вопросы, но и породила новые проблемы [6]. Оптимизация здравоохранения позволила обеспечить электронную запись к врачам поликлинического звена и контроль за доступностью обслуживания, создала систему паллиативной помощи в поликлиниках.

^а E-mail: actoveqe@yandex.ru

Однако сокращение количества медицинских учреждений и врачебных ставок привело к тому, что пациенту зачастую негде и не у кого получить специализированную медицинскую помощь. Сокращение времени врачебного приема до 50 % от рекомендованного Минздравом с целью обеспечения врачебной доступности и сокращение врачебных ставок для решения вопросов финансирования, привело к повышению загруженности врача. Врачебный прием зачастую сводится к констатации факта заболевания, ограничивается возможность полноценного сбора жалоб, анамнеза, осмотра больного, оценки причинно-следственных связей, беседы с пациентом, что вызывает негативную реакцию пациента, порождает жалобы и грозит другими процессуальными последствиями [6]. Нагрузку на врача увеличивает и сокращение ставок среднего медперсонала на врачебном приеме, недоработанная система автоматизированных электронных программ по заполнению и регистрации направлений на госпитализацию и консультации, отсутствие автоматизированных программ по диспансеризации. Необходима разработка механизмов внедрения проводимой реорганизации, разработка и юридическая защита прав врача в конфликтной ситуации [25,26].

2. Пациент и его родственники

Пациент и его родственники рассматривают контакт с медицинскими представителями только с позиции права. С этой позиции формируется и поведенческий фактор (право на уважительное и гуманное отношение персонала, выбор врача по желанию пациента, право на обследование и лечение и др.) [6]. Игнорирование понятия «обязанность» как круга действий, обязательных к выполнению, является возможной причиной конфликтных ситуаций. Эти обязанности пациент возлагает на себя при подписании договора обслуживания в поликлинике. К перечню таких обязанностей пациента относятся: А. *Соблюдать и выполнение правил внутреннего распорядка медицинского учреждения.* Неявка на прием, несвоевременная явка и др. невыполнение изменений в работе учреждения - ответственность пациента Б. *Информировать лечащего врача о состоянии своего здоровья.* Сообщать врачу о любых изменениях в состоянии своего здоровья. Иногда, в случаях обращения пациента только за назначением того или иного метода обследования, лечения или выписки справки, пациент отказывается давать сведения о своем заболевании, что мешает сбору анамнеза и не дает обоснованности сделать то или иное назначение. Только желание пациента для назначений не является основанием для его исполнения. Нужны показания и обоснованность. В. *Выполнять все назначения, сделанные лечащим врачом.* Часто имеет место самостоятельный выбор пациента выполнять или не выполнять то или иное назначение. В результате осложнения или отсутствие результатов лечения возникает по вине пациента [6].

Сбор информации о своём заболевании в СМИ и интернете

Причиной конфликта может быть полученная информация о своем заболевании из интернета, телевидения и по-

пулярной литературы. Отсутствие клинического мышления создают неправильное представление о заболевании. При этом пациент агрессивно полемизирует с врачом на приеме на тему методов лечения и течения своего заболевания [25].

Отношение к медперсоналу как к услугодателю

Средствами массовой информации, играющими роль катализатора социальных процессов, создается негативное отношение к медицинским работникам. Материал часто передается или с недооценкой, или с искажением фактов. Формируется сознание, соответствующее поведение и коммуникативная среда вокруг медицинских работников и самой системы здравоохранения. Эффект, нагнетаемый журналистами, автоматически переносится из сферы преступной и социальной сферы, где нужен резонанс, в систему здравоохранения. Неправильная трактовка фактов этой сфере наносит ущерб в квадрате [12]. В таких условиях медицинский персонал рассматривается как услугодотель и социальный работник, обязанный беспрекословно выдавать медицинские услуги по первому требованию пациента [25], что также может быть причиной возникновения конфликта.

Нарушение этики и морали. Сформированное отношение к системе здравоохранения СМИ сопровождается демонстрацией нарушений норм и правил поведения, отражающие этические нормы обращения – грубость и хамство [25].

Болевое поведение, манипуляции, эмоциональная лабильность, склонность к агрессии и депрессии. Болевая личность и болевое поведение, сформированные при хроническом течении заболевания, стремятся к излишней социальной защите и возлагает обязанности за свое состояние на окружение. Негативное отношение к медицинским работникам у такой личности, основанное на подозрительности и мнительности, создает условия для конфликтной ситуации, формирует в поведении больного манипулятивные техники и техники шантажа, имеющие далеко не лечебные цели (финансовые претензии, социальная выгода и др.). Давление и форма такого поведения бывает таково, что врач становится совершенно безоружным перед их натиском. Такое психологическое состояние пациента само по себе является основой для развития соматоформных проявлений заболевания [25].

3. Врач

Вопросы коммуникации врача и пациента на врачебном приеме связаны с поведенческой психологией, медицинской конфликтологией, этикой, социологией, имеют юридические аспекты и требуют разработки алгоритмов поведения, способных удовлетворить как пациента, так и врача.

Нарушение этики и деонтологии при коммуникации врача и пациента возможно, как ответная реакция на неуважительное отношение к труду врача со стороны пациента, при бюрократическом отношении со стороны организаторов здравоохранения. В этих условиях также повышается риск профессионального выгорания, что может быть причиной конфликтной ситуации [26].

Отсутствие знаний о техниках коммуникации и медицинском праве. Вопросы коммуникации врача и пациента рассматриваются в настоящее время только с позиций этики и деонтологии. Современный врач совершенно не знаком со стратегиями и тактиками коммуникации при общении с конфликтным или манипулирующим пациентом при развитии конфликта интересов. Что необходимо предпринять, чтобы вернуть диалог в конструктивное русло и не остаться без вины виноватым? Изучение навыков бесконфликтного общения с основами конфликтологии в пределах определенной специальности – необходимость сегодняшнего времени [26].

Профессиональное выгорание. Бесконечные жалобы пациентов, бюрократическое отношение к врачебному труду приводит к утрате интереса и снижению мотиваций в профессии, являются причиной низкой стрессоустойчивости, риском развития или обострения заболеваний у врача, приводят к возникновению конфликтов между врачом и пациентом, могут иметь серьезные социальные и юридические последствия для врача [26].

Врачебные ошибки. Врачебные ошибки, несоблюдения алгоритмов ведения заболевания, отсутствие свободного доступа к обследованиям и консультациям, связанные с ошибками оптимизации здравоохранения, могут быть причиной конфликтов. В рамках недобросовестного и некачественного оказания медицинских услуг, пациентами указываются: неуважительное и негуманное отношение; неполное и несвоевременное предоставление информации о состоянии здоровья, несоблюдение врачебной тайны, ограниченное обсуждение тактики лечения, прогнозов заболевания и др. [6].

Задержка времени приема. Задержка времени приема является чуть ли не основной причиной жалоб пациента. Сложный пациент, пациент с больничным листом, пациент, пришедший из стационара, оценка массы обследований, которые нужно оценить, время на сбор анамнеза, осмотр пациента, выписка различных направлений, разработка лечения требует времени. За отведенные 12 минут приема врач, без наличия медицинской сестры (заслуги оптимизации здравоохранения), не в состоянии качественно не только оценить состояние больного, но и оформить документацию.

Коммуникация при работе с конфликтным пациентом

При развитии конфликта врач скорее всего является жертвой конфликтной ситуации, чем ее инициатором, часто в случаях изначально негативного настроения пациента. Нередко встречаются пациенты, которые далеко не всегда имеют целью коррекцию своего здоровья. Желание получить социальную или психологическую выгоду, демонстрация амбициозности, личностные особенности в сочетании с мотивациями и болевым поведением заставляют применять врача адаптивное поведение. Знания грамотного применения тактик и методов коммуникации, направленных на смягчение или предотвращение развития конфликта, помогают решить многие вопросы поведенческого плана. Кодексы хороши только тогда, когда есть механизм их реализации [36].

Мы стремимся к пациенту – ориентированному здравоохранению. Основное требование к бесконфликтному общению с пациентом – быть хорошим диалоговым партнёром, соблюдать правила коммуникации, владеть коммуникативными техниками общения для управления возникшей конфликтной ситуацией с достижением мирного диалога [9]. Общение с потенциально конфликтным пациентом нельзя оценивать с позиции «нравится-не нравится». «Коммуникация» с пациентом предполагает диалог с получением определенного результата, поиск совпадающих точек зрения, обмен информацией для решения определенных задач приема, а не перевоспитание пациента.

Врачу необходимо знать, какие тактики и методы применить для вывода ситуации в нейтральное положение при появлении конфликта интересов. Адаптивная стратегия и тактика ведения разговора с попыткой изменения точки зрения на возникшую проблему, может помочь разрешению противоречий. Набор речевых тактик, их стандартизация, направлен на получение определенного результата [24,8, 1,10, 16]. Основой должен принцип «толерантности» к чужим взглядам, а не на отказ от своих убеждений [10,16,26,11]. Категория ответственности в диалоге является наименее изученной [8,13]. Зерно конфликта заключено в слове, пробуждающего картину конкретного состояния [10].

У врача сегодняшнего дня, при наличии глубоких профессиональных знаний, отсутствуют знания бесконфликтной коммуникации. Соблюдение норм этики и деонтологии в конфликте требует от врача психологической выдержки. Знания техник и методов коммуникации дают возможность получить обратную связь, скорректировать свое поведение в конфликте и найти альтернативные способы решения проблем. Врач должен быть «катализатором», ролевой моделью, уметь активно вмешиваться или, наоборот, уметь молчать. Во многих ситуациях невмешательство поможет больше, чем вмешательство, независимо от того, каким блестящим могло бы быть это вмешательство [17]. Формирование профессионально-коммуникативных качеств, умений у врача приводит к формированию эмоциональной устойчивости, тактичности, способности ясно излагать свои мысли, формирует способность находить выход из конфликтных ситуаций. Разрабатывается тактика коммуникаций, применение вариантов уступок и приспособлений, определяется тактика ведения спора. игнорирование конфликта [33]. Необходимо, чтобы получение этих знаний вместе со знаниями о медицинском праве было гарантировано в системе непрерывного медицинского образования [25,20].

Диалоговая культура

Построение и достижение цели диалога «врач-пациент», взаимного понимания будет зависеть от диалоговой культуры сторон. Диалоговая культура включает серию вербальных и невербальных средств [37]. Освоить чужую позицию помогает учет точки зрения (отражение жизненной позиции

стороны и ее отношения к цели); речевое поведение (этикетная рамка, тактика речи, тональность, жесты), набор средств коммуникации.[8], [16], [5]. Цель применения диалоговой культуры и стратегий речевой коммуникации – получение определенной речевой реакции в достижении цели [12].

Развитие конфликта. Если все же единый взгляд на ситуацию не найден и определены противоположные направления целей, интересов, позиций, развивается предконфликтная ситуация в виде столкновения интересов, грозящая развитием открытого противостояния и противодействия. С появлением защитных моментов конфликт можно считать начавшимся. В зависимости от применяемых методов диалоговой культуры, конфликт может разрешиться следующим образом: А Стать постоянным; Б Позиция одной из сторон становится лидирующей; В. Принимаются решение о взаимных уступках и формируется нейтральная позиция; Г. Формируется новый взгляд на ситуацию у обеих сторон [17].

Круг коммуникативной совместимости по типу личности

Для правильного построения диалога необходимо распознать ключевые характеристики личности пациента по социальным ролевым играм (применяется в психологии) [21]. Личность можно представить как совокупность субличностей, каждая из которых что-то хочет и к чему-то стремиться. Если их намерения противоположны, то человека буквально распирает на части, что приводит к хроническому стрессу [23]. Каждая субличность имеет неподавляемое стремление к актуализации, проверяя пределы этого потенциала против в подходящих условиях [17,21]. Для бесконфликтного общения с пациентом необходимо дать возможность запуска его основного психологического сценария субличности, проявляемого в данный момент общения, при этом пациент будет уверен, что вы будете разговаривать с ним на одном языке. Такая тактика уменьшит его состояние социального непонимания и изолированности, предоставит частичную психологическую реализацию, что одновременно является и психологической помощью [17]. Дальнейшее общение планируется в зависимости от личности коммуниканта с набором определенных тактик для достижения определенных целей [1,17]. Для «артиста» – это самолюбование, обращение внимания на себя; для «социолога» важно общение; для «участника» – признание его позиции; для «интеллектуала» – истина, для «прагматика» – порядок и законность; для «контролера» – контроль за ситуацией. [16] Если этот сценарий прерван, развиваются негативные эмоции на прерывании с развитие конфликта [21].

Социальная модель личностных особенностей конфликтного пациента

В социальной модели конфликтного пациента присоединяются мотивации, как выбор тактики социальной защиты своей личности и стремление обратить внимание на себя. К социальным мотивациям относятся: желание иметь доступ к врачу в любое время; желание обрести стопроцентное

здоровье в случаях с хроническим заболеванием; интернетовское образование, когда пациент сам создает себе картину болезни и вступает в споры с врачом по данному поводу; различная интерпретация данных обследований в различных медицинских центрах врачами с различным квалификационным уровнем; несоблюдение режима рекомендованного лечения и обследования, получение соответствующего результата от обращения; установка на создание образа врача в СМИ (взяточник и лентяй; безграмотный врач, стремящийся уйти от ответственности); полная убежденность, что “пациент всегда прав” с отсутствием представления об обоюдной ответственности.

К личностным особенностям и социальным мотивациям присоединяется болевое поведение, основанное на дезадаптации регуляторных механизмов, снижающие защитные психологические механизмы и усиливающие дезадаптацию. *Формируется болевая личность* – личность, не удовлетворенная биосоциальными потребностями, для которой хроническое заболевание представляет хроническую выгоду (получение более легкой работы, инвалидности, стремление избежать рабочей нагрузки. *Ядром болевой личности* является болевое поведение (обычно не осознанно). Ориентировано на реакцию окружения с получением поддержки и позволяющие реализовать потребности *болевой личности* [27]. Формированию болевого поведения способствует отчасти и сама система медицинского страхования, обеспечивающая денежную компенсацию в связи с болезнью.

Формируется биопсихосоциальная модель личности с выработкой манипуляционных техник общения для получения заинтересованного результата. Такая личность готова к конфликту при неудовлетворении своих интересов. Такой личности нужно дать возможность реализовать всю программу, а затем при помощи адаптивных техник постараться достигнуть цели приема. Для этого и нужно изучать особенности коммуникации.

Формирование болевого поведения

Длительная патологическая импульсация при хроническом заболевании приводит к перестройке нейрональной сети с захватом взаимосвязанных структур лимбической системы, что приводит к нарушению регуляции поступающих сигналов. В процесс постепенно вовлекаются корковые отделы с нарушением взаимодействия корково-подкорковых взаимодействий. Закрепляется форма поведенческого реагирования на патологическое регулирование, что начинает проявляться в болевом поведении. Начинает проявляться четкая взаимосвязь: болезнь-болевое реагирование-болевое поведение-болевая личность, а состояние начинает характеризоваться как дизрегуляторное. Поведенческая и личностная реакция носит характер защитной и все больше отлична от клинической картины анатомического повреждения на периферии. Защитные поведенческие реакции имеют большое количество манипуляционных компонентов с целью получить

заинтересованный результат, что приводит к конфликту интересов, а само стремление продемонстрировать психологическое страдание всегда является доказательством провалов в личном росте с нарушением самоактуализации [17]. Ранее перенесенный такими пациентами психологический стресс оставляет стойкий функциональный след на уровне глубоких структур головного мозга, приобретающих повышенную ранимость к новым возбуждающим факторам. Пациенты с пессимистическими ожиданиями убеждены в собственной беспомощности, а психологические проблемы, усугубляя боль, становятся причиной тяжелой психологической дезадаптации пациента. Тревожно-депрессивные нарушения считаются характерной особенностью хронического заболевания [34]. При таком состоянии любой, даже слабый периферический сигнал может привести к генерализации возбуждения и гиперактивной реакции [34,28,29,35].

Особенности болевой личности

Для болевой личности характерны: слабая выраженность установки на выздоровление; перенос ответственности за результаты лечения с себя на медицинских работников; обвинение общества в целом за свою несостоятельность; рассмотрение врача и медорганизации как услугодателей; постоянное требование дообследований, добиваясь «справедливости»; критика назначенного лечения и самостоятельное его прерывание или вовсе игнорирование

Чем больше внимания получает такая личность с поддержкой, тем чаще она использует свое болевое поведение с попыткой убедить окружающих в своем тяжелом состоянии [3]. Личность, не способная справляться со своими базовыми потребностями, переносит эти обязанности на окружение в поиске «справедливости» [17].

Особенности болевого поведения

Для болевого поведения характерно несовпадение описываемой жалоб и объективных данных, миграция объективных данных при отвлекающих маневрах, эффективность психотропных и психотерапевтических коррекций, стремление приобрести вторичную привилегию от боли, вызвать к себе жалость, добиться выигрыша в сложившейся ситуации, приобрести инвалидность, изменить условия труда, избежать ответственности. Эти стремления часто прикрываются демонстративностью, драматичностью, агрессивностью, манипулятивностью и шантажом.

Личности применяющие такие техники болевого поведения имеют истероидные и тревожно-мнительные черты. Они наводят порядок в любом лечебном учреждении и здравоохранении в целом, развивают дискуссии по любому поводу, пишут массу жалоб, стремясь обратить на себя внимание, сутяжничают и затевают разбирательства по любому поводу. В результате забывают о цели обращения. Действительная цель их поведения – обратить внимание на себя, как на страдающее лицо, которому не уделено должного внимания. Успокоение такая личность получает только при получении

одобрения окружения и наказания объекта его атаки. При этом они получают свой социальный бонус – его и его сигнал заметили и отреагировали [19,3, 27].

Влияние поведения в близком окружении на формирование болевого поведения пациента

Базовое поведение родственников влияют на психологические и функциональное состояние пациента, приводят к развитию функциональной инвалидности с развитием генерализованной тревоги, депрессии и состоянию социального избегания. Стереотип реагирования на определенные обстоятельства закрепляется и усиливается своим болевым опытом [32,30,14,18].

Манипулятивные аспекты болевого поведения пациента

Конфликтным пациентом часто применяются формы и приемы психологического воздействия на врача с целью изменения его позиции помимо его воли (манипуляции). Данная позиция указывает на отношение к партнеру по общению как к «вещи», где игнорируются его интересы и намерения, обесцениваются его аргументы. Манипуляцией достигается переход обсуждения в эмоциональное русло с целью вывести оппонента из равновесия и сместить его с занимаемой позиции, нарушить логику его видения решения, усиливая свою позицию. Манипуляции проводятся с целью получения выгоды или желаемого результата, и проводится как махинация, обман, жульничество [15].

Пациент с болевым поведением, доказывая свое тяжелое состояние, требует бесконечных дообследований для поиска причины заболевания. При отсутствии объективных признаков заболевания требует выдачу или продление больничного листа. Для решения потребительских задач поведенчески усиливается состояние «страдания», вызывая чувство жалости. Применяется вокализация, мимические жесты, позные проявления, демонстративное поведение, провокация, интрига, обман, намек. [19,18].

Био- психо- социальная модель формирования болевой личности и болевого поведения

Современная медицинская практика основывается на биопсихосоциальной модели здоровья пациента, которая учитывает взаимосвязь физического здоровья пациента, его психологического состояния и социального окружения. Психологические механизмы, стратегии и тактики образа жизни не являются присущими пациенту. Они формируются, складываются и закрепляются в процессе жизнедеятельности в определенных условиях [17].

Биопсихосоциальные факторы способствуют поддержанию и обострению симптомов, создают перспективную базу для ответа на лечебные мероприятия. Состояние формирования болевой личности и ее поведения зависит от различных физических, патологических, психологических, социальных и экологических факторов, являющимися как факторами риска хронизации состояния. так и факторами коррекции этих состояний. Поэтапно усиливается взаимное влияния этих фак-

торов и их подсистем с их усилением или ослаблением [17]. Это системы качества знаний, жизненных ценностей, самоконтроля, мотивации к здоровому образу жизни и т.д., которые значительно страдают в условиях хронизации состояния и усиливают или ослабляют формирование болевой личности и ее болевого поведения. [15,17,18].

Так ли безопасно длительное болевое поведение для пациента?

Пролонгированное психо - физиологическое напряжение сопровождается вегетативно - висцеральной, нейроэндокринной и нейромышечной дисрегуляцией, способствует снижению порога восприятия раздражающих факторов, ухудшает их переносимость

При этом формируются и закрепляются различные виды тревожных расстройств: **социальное тревожное расстройство** с избеганием социальных контактов, формируются страх быть недооцененным, непонятым; **фобическое расстройство**, при котором формируются страх перед определенными ситуациями из-за убежденности в том, что они могут быть опасными и причинят вред; **генерализованное тревожное расстройство** с чрезмерной тревогой, ощущением возможности неблагоприятного развития событий и обстоятельств, имеющих отношения к семье, своему финансовому положению; **паническое расстройство** с повторяющимися без какой-либо причины приступами тревоги или паники, достигающие выраженной интенсивности со страхом развития тяжелого или смертельного исхода; **обсессивно-компульсивное расстройство** с назойливыми, повторяющимися, навязчивыми мысли, которые невозможно подавить; **селективный мутизм**, проявляющийся в избирательности общения, избегание общения, становящегося психотравмирующим, что искажает коммуникативные способности, застывание речи во время общения. Такие состояния часто сопровождаются вегетативными проявлениями: ознобом, тремором, чувством нехватки воздуха, сдавливанием и болью в груди, головокружением, тошнотой, профузным потом, оцепенением, страхом смерти или сумасшествия [33].

Работа с пациентом в бесконфликтной ситуации Коммуникация по типам личности

Коммуникативные неудачи можно свести к минимуму, если применить технику коррекции по кругу психологической совместимости [21]. В основе схематизации лежит социальный ролевой типаж с поведенческими характеристиками. Каждый последующий подтип по кругу психологической совместимости имеет выраженное корректирующее поведенческое влияние на предыдущий. При таком подходе запускается программа психологической реализации, при котором оппонент уверен, что с ним будут разговаривать на одном языке. Метод удобен для практического применения на врачебном приеме, когда нет времени или специальной подготовки для определения типа личности.

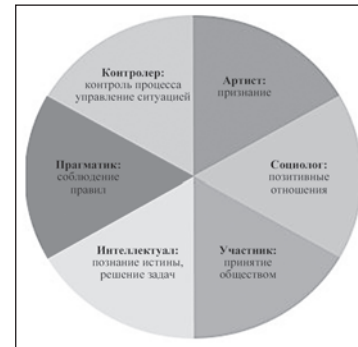


Рис. 1. Круг психологической совместимости. Титова Н. 2011 г.

Находясь в состоянии противостояния интересов в предконфликтной ситуации, все типы личности должны быть выведены на уровень бесконфликтной коммуникации различными тактиками [21].

Поведение **артиста**, требующего внимания, может быть скорректировано влиянием социолога, который обозначит понимание и признание артисту, призывая его к мирному сосуществованию

Поведение **социолога**, для которого важнее всего общение, может быть скорректировано воздействием **участника**, который поймет позицию социолога и посочувствует ему.

Участник, для которого важно выразить степень своего страдания, может получить объяснения причин его страдания и получить конкретный совет по выходу из ситуации от **интеллектуала**.

Интеллектуал, который не видит истинного смысла и глубины в ситуации, может быть удовлетворен прагматиком, который скажет, что истина и порядок превыше всего.

Состояние **прагматика**, для которого важен порядок и правила развития событий, скорректирует **контролер**, который убедит в законности и обязательном контроле за происходящим.

Контролер, демонстрирующий возмущение тотального нарушения контроля, может быть успокоен артистом, который убедит контролера, что очень благодарен ему за своевременный сигнал и убедит его, что все будет под контролем

После установления контакта и доверия, можно приступать к основным вопросам [21]. С самого начала разговор нужно вести так, чтобы пациент сказал слово «да» и максимально долго удерживать его от слова «нет» [16].

Работа с пациентом в конфликте

Если взаимопонимания все-таки не удалось достичь, а столкновение интересов определились, необходимо прибегать к методам точечной коррекции. Негативная реакция может быть как на речевое поведение (тональность, ритм речи, этикетная рамка, тональность, жесты), так и на методы коммуникации. Выбор речевой тактики, направленной на достижение коммуникативной цели – обоснованное планирование ведения хода общения с выходом из конфликтной

плоскости [12]. Необходимо исключать мысль об «уничтожении» или «оскорблении» скандального пациента [16].

1. Способы улучшить общение в конфликте. Речевая культура

Следите за разговором. Не отвлекайтесь от беседы. Не перебивайте. Используйте уважительную манеру общения. Старайтесь высказывать только положительные оценки. Не заканчивайте чужое предложение. Если вы хотите выступить с протестом, зафиксируйте свое впечатление об услышанном не высказываясь. Следите за интонацией, громкостью голоса, темпом речи. Поддерживайте зрительный контакт. Используйте синонимы простые для понимания. Старайтесь избегать повышенных тонов. Делайте смысловые акценты в речи осторожно. Задавайте уточняющие вопросы или переформулируйте вопрос. Следите за ходом изложения. Отпускайте приходящие негативные мысли и не вступайте в дискуссию. Не комментируете личные впечатления собеседника. Не переходите на личность. Не перебивайте собеседника. Дайте собеседнику высказать свою мысль до конца. Исключите пренебрежительный и покровительственный тон. Наберитесь терпения. Будьте краткими. Разговор должен покрыть самое важное.

2. Стратегия речевого поведения в достижении толерантности. Смена направления дискуссии

Просьбы. «Могу ли я задать Вам вопрос?» Тактика применяется тогда, когда нужно установить более дружественный контакт. Просьба, оформленная как вопрос, менее агрессивна, дает больше шансов отказаться от ответа на вопрос, если он покажется неуместным или не заслуживающим внимания. [8]

Уточнение. Тактика реализуется посредством дополнительных вопросов. Применение данной тактики позволяет исключить двоякую интерпретацию слов, что иногда имеет решающее значение в дискуссии [12].

Овладейте искусством подачи комплиментов. Сделайте комплимент собеседнику, связанный с его вопросом.

Применяйте юмор и остроумие. Отшучивайтесь от неуместного вопроса. Вы имеете полное право не отвечать на неуместные вопросы.

Извинение. Используется, когда возникает конфронтация между собеседниками.

Вопрос. Вопросу в диалоге отводится большое место – это и умение уточнять, переформулировать, развивать, сравнивать, конфигурировать мнение свое и собеседника, и критическая оценка, и возможность усомниться, и возможность оценить ситуацию в целом [8].

Как отвечать на неудобные вопросы. Бестактный или неуместный вопрос часто не признак плохого отношения, а часто просто любопытство, которое вовремя не было проконтролировано. Относиться к ним не стоит слишком болезненно.

Умалчивание. Давайте максимально расплывчатый ответ и переходите к следующей позиции.

Нейтралитет. Выражайте нейтральное отношение к раздражающим моментам общения.

Уклонения от ответа. Плавный перевод разговора в нужное русло. Тактика сохраняет бесконфликтное течение беседы и позволяет, не нарушая хода беседы, избежать ответа на неудобный вопрос. Отвечая на неприятный вопрос, вы имеете полное право не давать никакой конкретной информации.

Подтверждения своей позиции. Позволяет выразить степень своей уверенности.

Отзеркаливание. Задайте этот же вопрос, или задайте вопрос из той же категории. Конструкция начинается со слов «Я правильно понимаю, что...»

Переадресация. Передача вопроса третьему лицу. Позволяет уйти от прямого ответа.

Совет эксперта. «А как вы сами думаете?»

Ссылка на объективные обстоятельства. «Обстоятельства в данный момент таковы, что...»

Смещение фокуса. Ответственность при этом перекладывается на третье лицо. Также удачный способ уйти от неудобных вопросов конфликтного характера.

Согласие. «Я с Вами согласен, но давайте рассмотрим еще и...».

Уточняющие вопросы. Для смены направления беседы задавайте уточняющие и уводящие вопросы [7,13,22,8].

Тактика ведения врачебного приема в конфликтной ситуации

Четко соблюдайте алгоритм ведения приема: определение цели консультации, жалобы анамнез, объективные данные, обследование, лечение. Отражайте все данные о состоянии здоровья и поведения в медицинской документации, включая приверженность назначенному лечению и профилактике

Не пускайтесь в полемику на отвлекающие темы (я читал, знакомая сказала, слышал в программе..., наше здравоохранение...), учитывая установку пациента на желаемый результат. В беседе возвращайте пациента к цели приема.

Кратко объясняйте преимущество той или иной тактики лечения, ориентируя пациента на контроль результата. Не отвечайте на агрессивные выпады, оставляя их без ответа. При назначении оригинальных методов лечения или препаратов, не входящих в алгоритмы лечения, всегда иметь ссылку на рекомендации к их применению в рецензируемых источниках.

Тактика поведения в конфликте. Агрессивное поведение пациента

Лучшая защита от таких тактик поведения пациента – безупречная документация, письменное согласие пациента на выполнение всех врачебных рекомендаций, раннее выявление всех своих просчетов и быстрая реакция на них. Напоминайте пациенту об обоюдной ответственности. При развитии конфликта беседа должна вестись в присутствии еще одного сотрудника как свидетеля. Предусмотрено ведение аудиозаписи. При невозможности справиться с асоциальным поведением, вызвать охрану учреждения для регистрации такого поведения.

ния. При выраженных агрессивных действиях предусмотрен вызов полиции. Применение самообороны без свидетельства возможно только в случаях реальной угрозы жизни.

По факту асоциального поведения и реализованной тактики к такому поведению составить докладную записку руководителю с указанием присутствующих свидетелей.

Законодательные акты, регулирующие правовые отношения врача и пациента:

Закон № 323-ФЗ от 21.11.2011г « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации . Закон регулирует права и обязанности в системе оказания медицинской помощи.

Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Постановление Пленума Верховного суда РФ от 28.06.2012 г. № 17: закон «О защите прав потребителей» распространяет свое действие на систему обязательного медицинского страхования.

Заключение

Основой бесконфликтного общения является знание психологического типа поведения пациента, применение знаний о нормальной коммуникации и умение применения корректирующих стратегий и тактик при столкновении конфликта интересов.

Болевое поведение и болевая личность формируются у пациента с хроническим течением заболевания как патогенетическое звено заболевания и может рассматриваться как симптом проявления дисрегуляции контроля поведения со стороны ЦНС. Выступает в совокупности с типом личности и ее мотивациями.

Элементы болевого поведения не должны культивироваться и поощряться ни со стороны медицинских работников, ни со стороны родственников, во избежания их закрепления.

Необоснованные требования пациентов с болевым поведением должны быть аргументировано отклонены.

Для предотвращения юридических разбирательств, затеянных пациентом, необходимо четкое оформление медицинской документации и следование алгоритмам поведения, рекомендованными медицинскими экспертами, социологами, юристами и регулироваться правилами коммуникации.

Список литературы

1. Березин Ф.М. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи // Реферативный журнал 1 Омского государственного университета. 2000. №3. С. 42-47.
2. Грачев Г., Мельник И. Манипулирование личностью. М. Изд-во Эксмо, - 2003, -348 с.
3. Григорьева. В.Н. Хронические боли в спине. Психологические особенности пациентов. Возможности психотерапии. // Российский журнал боли. - 2004. №3(4). С. 2-11.
4. Губина С.Т Манипулирование в речевой коммуникации: анализ аргументаций и защит. Языки и этнокультуры Европы. Матери-

алы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015. Издательство: Глазовский государственный педагогический институт имени В.Г. Короленко, (Глазов).

5. Гороява В.И. Культура речи как компонент коммуникативной культуры и коммуникативной компетентности языковой личности// Наука и школа. 2016. №5 С. 153-157.

6. Гуренко-Вайцман М.Н, Сутрובה Ю.Ю., Юриста А.В. Проблема конфликтов Вопросы медицинской этики и деонтологии социо – культурном пространстве современного отечественного здравоохранения. // вопросы медицинской этики и деонтологии. 2017, том 20, №2.

7. Друцэ А.Ю. Современные методы воздействия на аудиторию в постклассическом дипломатическом дискурсе// Вестник Кемеровского государственного университета 2015 № 3 (63) Т. С 155 – 157.

8. Кириллова Н.Н. Коммуникативные стратегии и тактики с позиции нравственных категорий// Вестник НГТУ им Р.Е. Алексеева. Серия: управление в социальных системах. Коммуникативные технологии. 2012. №1. С. 26-33.

9. Комалова Л.А., Сергеев С.С Повседневные коммуникативные театральные техники в конфликтной ситуации // Вестник МГЛУ. Гуманитарные науки. 2010. №580. С. 242-254.

10. Крюков Н.А., Крюкова Т.В. О гносеологических аспектах представления конфликта// Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 17. Философия, конфликтология, религиоведение. 2015. №2 С. 53-65.

11. Кузина В.М. Стратеги толерантности в дискурсе политических интервью. Будущее науки – 2018. Сборник научных статей 6-й Международной молодежной научной конференции. Издательство: Закрытое акционерное общество «Университетская книга», (Курск).

12. Кошкарлова Н.Н. Коммуникативные стратегии и тактики интервьюера и интервьюируемого в гармоничном дискурсе: специфика политического интервью// Ученые записки Забайкальского государственного гуманитарно-педагогического университета.

13. Максимова Н.В. Ответный вопрос в коммуникативной культуре// Вестник НГУ. Серия: история, философия. 2018. Т 17 №6, С. 108-115.

14. Михеев В.В. Нейрофармакология асимметрии головного мозга в регуляции поведения, болевой чувствительности и алгезии// Новости науки и техники. Серия : медицина и психиатрия. -2007. - № 2. - С. 18.

15. Одинцова М.А. Функциональный аспект манипуляций в поведении индивида с установкой «жертвы». // Вестник Чувашского университета 2011. №1, С. 198-202.

16. Ожигова Е.М. Деловые переговоры: что стоит знать, чтобы итоги были положительными. Материалы XII Международной научно-практической конференции молодых ученых. Центр научной мысли. 2017. С. 50-53.

17. Петровская Л.А. Теоретические и методологические проблемы социально-психологического тренинга. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. — 168 с.

18. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М., 2010. 368 с.

19. Подчуфарова Е.В., Разумов Д.В. Роль болевого поведения в формировании инвалидности у пациентов с хронической болью в спине. // Российский медицинский журнал. – 2010. - №3. С. 11-18.

20. Семина Е.М. Формирование профессионально-коммуникативных качеств в профессиональной подготовке будущего техника-электрика// Вестник образования и науки. Педагогика, психология, медицина. 2011. С. 35-46.

21. Титова Н. Как понимать людей с первого взгляда. М. Эксмо. Психология, 2011.

22. **Утко А.О.** Специфика вербализации тактики уклонения от прямого ответа// Актуальные проблемы преподавания иностранных языков в высшей школе Республики Беларусь : сборник материалов IV Республиканской научной конференции, 24 ноября – 23 декабря 2016 г. – Могилев: МГУ имени А.А. Кулешова, 2017. – С. 145–149.

23. **Фридман А., Гаданцев Д., Шербатых Ю.** Управление стрессом.- М Изд-во «Добрая книга» - 2018. – 512 с.

24. **Фишер Р., Уильям Ю.** Путь к согласию или переговоры без поражения / Пер. сангл. А. Гореловой; Предисл. В.А. Кременюка. — М.: Наука, 1992. — 158 с.

25. **Хабулаева Г.Г.** Феномен конфликта между пациентом и врачом // Этносоциум и межнациональная культура 2015. № 12 (90) С 51-57.

26. **Чиркова А.Е.** Влияние статуса пациента на поведение врача // Вестник института социологии. - 2012. - №6.

27. **Шелепина Т.А.** Риск болевого поведения у пациентов с ювенильным хроническим артритом (обзор литературы) // Современная ревматология - 2013. – С. 73 -76.

28. **Bungert M., Koppe G., Niedtfeld I.** Pain Processing after Social Exclusion and Its Relation to Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder // PLoS One. 2015; 10(8):

29. **Bekrater-Bodmann, a R., Young Chung, a B., at all.** Deficits in pain perception in borderline personality disorder: results from the thermal grill illusion// Pain. 2015 Oct; 156(10): 2084–2092.

30. **Chow E., Otis J. at all.** The longitudinal impact of parent distress and behavior on functional outcomes among youth with chronic pain// J Pain. 2016, Jun; 17(6): 729–738.

31. **Hsu N., Jaeggi S., and al.** A common neural hub resolves syntactic and non-syntactic conflict through cooperation with task-specific networks//Brain Lang. 2017, Mar; 166: 63–77.

32. **Lucas-Thompson R, Lunkenheimer E. and al.** Associations Between Marital Conflict and Adolescent Conflict Appraisals, Stress Physiology, and Mental Health// J Clin Child Adolesc Psychol. 2017 May-Jun; 46(3): 379–393.

33. **Radford A., Majolo B. and al.** Within-group behavioural consequences of between-group conflict: a prospective review// Proc Biol Sci. 2016 Nov 30; 283(1843): 20161567.

34. **Strachan E., Poeschla B., Dansie E. at al** //Clinical and Evoked Pain, Personality Traits, and Emotional States: Can Familial / Psychosom Res. 2015 Jan; 78(1): 58–63.

35. **Yousfi S., Matthews G., Amelang M., Schmidt-Rathjens C.** Personality and disease: correlations of multiple trait scores with various illnesses // Journal of Health Psychology. –2004. – Vol. 9, №5. – P. 627-647. DOI: 10.1177/1359105304045339.

36. **Malyuga O.** (2019). The kinematic structure of the mechanism of the exoskeleton. World Ecology Journal, 7(11), 3-10.

37. **Malyuga O.** (2017). Varieties of exoskeletons. World Ecology Journal, 7(12), 3-12.

References

1. **Berezin F.M.** Kommunikativnyye strategii i taktiki russkoy rechi// Referativnyy zhurnal I Omskogo gosudarstvennogo universiteta 2000, №3, S. 42 - 47.

2. **Grachev G., Meľnik I.** Manipulirovaniye lichnost'yu - M. Izd-vo Eksmo, -2003, -348 s.

3 **Grigor'yeva. V.N.** Khronicheskiye boli v spine. Psikhologicheskkiye osobennostipatsiyentov.Vozmozhnostipsikhoterapii.//Rossiyskiy zhurnal boli. -2004. №3 (4). S. 2-11.

4. **Gubina S.T.** Manipulirovaniye v rechevoy kommunikatsii: analiz argumentatsiy i zashchit. Yazyki i etnokul'tury Yevropy. Materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem. 2015. Izdatel'stvo: Glazovskiy gosudarstvennyy pedagogicheskiy institut imeni V.G. Korolenko, (Glazov)

5. **Gorovaya V.I.** Kul'tura rechi kak komponent kommunikativnoy kul'tury i kommunikativnoy kompetentnosti yazykovoy lichnosti// Nauka i shkola. 2016. №5. S. 153-157.

6. **Gurenko-Vaytsman M.N, Sugrobova Y.U., Yurista A.V.** Problema konfliktov Voprosy meditsinskoy etiki i deontologii sotsio-kul'turnom prostranstve sovremennogo otechestvennogo zdravookhraneniya. // Voprosy meditsinskoy etik i deontologii. 2017, tom 20, №2.

7. **Drutse A.Yu.** Sovremennyye metody vozdeystviya na auditoriyu v postklassicheskom diplomaticheskom diskurse // Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta 2015 № 3(63), T. S. 155 – 157.

8. **Kirillova N.N.** Kommunikativnyye strategii i taktiki s pozitsii npravstvennykh kategoriy// Vestnik NGTU im R. Ye Alekseyeva. Seriya: upravleniye v sotsial'nykh sistemakh. Kommunikativnyye tekhnologii. 2012. №1. S. 26-33.

9. **Komalova L.A., Sergeev S.S** Povsednevnyye kommunikativnyye teatral'nyye tekhniki v konfliktnoy situatsii // Vestnik MGLU. Gumanitar-nyye nauki. 2010. №580. S. 242-254.

10. **Kryukov N.A., Kryukova T.V.** O gnoseologicheskikh aspektakh predstavleniya konflikta// Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 17. Filosofiya, konfliktologiya, religiovedeniye. 2015, №2. S. 53-65.

11. **Kuzina V.M.** Strategi tolerantnosti v diskurse politicheskikh interv'yu. Budushcheye nauki – 2018. Sbornik nauchnykh statey 6-y Mezhdunarodnoy molodezhnoy nauchnoy konferentsii. Izdatel'stvo: Zakrytoye aktsionernoye obshchestvo «Universitetskaya kniga», (Kursk).

12. **Koshkarova N.N.** Kommunikativnyye strategii i taktiki interv'yuyera i interv'yuiruyemogo v garmonichnom diskurse: spetsifika politicheskogo interv'yu// Uchenyye zapiski Zabaykalskogo gosudarstvennogo gumanitarno- pedagogicheskogo universiteta.

13. **Maksimova N.V.** Otvetnyy vopros v kommunikativnoy kul'ture// Vestnik NGU. Seriya: istoriya, filosofiya. 2018. T 17 №6, S. 108-115.

14. **Mikheyev V.V.** Neyrofarmakologiya asimmetrii golovnogogo mozga v regulyatsii povedeniya, bolevoy chuvstvitel'nosti i algezii // Novosti nauki i tekhniki. Seriya : meditsina i psikhiatriya. -2007. - № 2. S. 18.

15. **Odintsova M.A.** Funktsional'nyy aspekt manipulyatsiy v povedenii individa s ustanovkoy «zhertvy»// Vestnik Chuvashskogo universiteta 2011. №1, S. 198-202.

16 **Ozhigova Ye.M.** Delovyye peregovory: chto stoit znat', chtoby itogi byli polozhitel'nymi. Materialy XII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii molodykh uchenykh. Tsentr nauchnoy mysli. 2017. S. 50-53.

17. **Petrovskaya L.A.** Teoreticheskiye i metodologicheskkiye problemy sotsial'no-psikhologicheskogo treninga. - M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1982. -168 s.

18. **Podchufarova Ye.V., Yakhno N.N.** Bol' v spine. M., 2010. 368 s.

19. **Podchufarova Ye.V. Razumov D.V.** Rol' bolevogo povedeniya v fomirovani invalidnosti u patsiyentov s khronicheskoy bol'yu v spine. // Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. – 2010. - №3. S. 11-18.

20. **Semina Ye.M.** Formirovaniye professional'no-kommunikativnykh kachestv v professional'noy podgotovke budushchego tekhnika-elektrika // Vestnik obrazovaniya i nauki. Pedagogika, psikhologiya, meditsina. 2011. S35-46.

21. **Titova N.** Kak ponimat' lyudey s pervogo vzglyada. M. Eksmo. Psikhologiya, 2011.

22. **Utko A.O.** Spetsifika verbalizatsii taktiki uklo-neniya ot pryamo-go otveta// Aktual'nyye problemy prepodavaniya inostrannykh yazykov

v vysshey shkole Respubliki Belarus': sbornik materialov IV Respublikanskoy nauchnoy konferentsii, 24 noyabrya – 23 dekabrya 2016 g. – Mogilev : MGU imeni A.A. Kuleshova, 2017. – S. 145–149.

23. **Fridman A., Gadantsev D., Sherbatykh Yu.** Upravleniye stressom.- M Izd-vo «Dobraya kniga» - 2018. – 512 s.

24. **Fisher R., Uil'yam Y.U.** Put' k soglasiyu ili peregovory bez porazheniya / Per. s angl. A. Gorelovoy; Predisl. V.A. Kremen'yuka. - M.: Nauka, 1992. — 158 s.

25. **Khabulayeva G.G.** Fenomen konflikta mezhdu patsiyentom i vrachom//Etnosotsium i mezhnatsional'naya kul'tura 2015. № 12 (90) S 51-57

26. **Chirkova A.Ye.** Vliyaniye statusa patsiyenta na povedeniye vracha// *Vestnik instituta sotsiologii.* - 2012. - №6.

27. **Shelepina T.A.** Risk bolevogo povedeniya u patsiyentov s yuvenil'nym khronicheskim artritom (obzor literatury)// *Sovremennaya revmatologiya* -2013. – S/ 73 -76.

28. **Bungert M., Koppe G., Niedtfeld I.** Pain Processing after Social Exclusion and Its Relation to Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder// *PLoS One.* 2015; 10(8):

29. **Bekrater- Bodmann, a R., Young Chung, a B., at all.** Deficits in pain perception in borderline personality disorder: results from the thermal grill illusion// *Pain.* 2015 Oct; 156(10): 2084–2092.

30. **Chow E., Otis J. at all.** The longitudinal impact of parent distress and behavior on functional outcomes among youth with chronic pain // *J Pain.* 2016 Jun; 17(6): 729–738.

31. **Hsu N., Jaeggi S., and al.** A common neural hub resolves syntactic and non-syntactic conflict through cooperation with task-specific networks//*Brain Lang.* 2017 Mar; 166: 63–77.

32. **Lucas-Thompson R., Lunkenheimer E. and al.** Associations Between Marital Conflict and Adolescent Conflict Appraisals, Stress Physiology, and Mental Health// *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2017 May-Jun; 46(3): S. 379–393.

33. **Radford A., Majolo B. and al.** Within-group behavioural consequences of between-group conflict: a prospective review // *Proc Biol Sci.* 2016, Nov 30; 283(1843): 20161567.

34. **Strachan E., Poeschla B., Dansie E. at al** // Clinical and Evoked Pain, Personality Traits, and Emotional States: Can Familial / *Psychosom Res.* 2015 Jan; 78(1): 58–63.

35. **Yousfi S., Matthews G., Amelang M., Schmidt-Rathjens C.** Personality and disease: correlations of multiple trait scores with various illnesses // *Journal of Health Psychology.* –2004. – Vol. 9, №5. – P. 627-647. DOI: 10.1177/1359105304045339.

36. **Malyuga O.** (2019). The kinematic structure of the mechanism of the exoskeleton. *World Ecology Journal*, 7(11), 3-10.

37. **Malyuga O.** (2017). Varieties of exoskeletons. *World Ecology Journal*, 7(12), 3-12.

Сведения об авторах

Новикова Светлана Григорьевна – невролог, врач амбулаторного приема, Городская поликлиника № 175 Департамента здравоохранения города Москвы, 105568, г. Москва, ул. Челябинская, д. 16, E-mail: actoveqe@yandex.ru

Information about the authors

Novikova Svetlana Grigoryevna – City Polyclinic № 175 of the Moscow Health Department, E-mail: actoveqe@yandex.ru