

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Статья посвящена рассмотрению актуальной проблемы медицинской этики XXI века — взаимоотношениям врача и пациента. Цель проведенного исследования — проанализировать проблемы взаимоотношения врача и пациента в современном обществе в контексте коммуникативного и этического дискурса. Методологической базой исследования явились работы российских и американских ученых, а также собственные исследования автора статьи, посвященные вопросам коммуникации, культуры профессионального общения, моделям взаимоотношений врача и пациента в обществе медиализации. Отмечается, что основой успешного взаимодействия в настоящее время является знание базовых принципов коммуникации, коммуникативных техник, специфических особенностей профессионального общения. Прежде всего — это желание и умение общаться, а также терпимость, уважительность, сформированный профессиональный имидж врача. Анализируя ожидания врача и пациента от взаимодействия, выделяют обоюдное желание коммуникативной компетентности, эмоционального отклика, эмпатии. Вместе с тем знание технологий коммуникации должно дополняться пониманием современных этических принципов. Один из них — принцип автономии личности, который на практике нарушается через давление на пациента при принятии решений, навязывание врачом собственной системы ценностей. Несоответствие принципу автономии личности реализуется в патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента, которая не отвечает современным установкам и ожиданиям пациента. Для успешного взаимодействия врача и пациента в соответствии с современными этическими принципами предлагаются автономные модели взаимодействия — контрактная и коллегиальная. Подводя итог, автор отмечает, что сегодня врачу для успешного взаимодействия с пациентом необходимы этические и коммуникативные знания, ориентация на «обратную связь». От пациента в обществе медиализации также требуется развитие этических, психологических, научных знаний и коммуникативных навыков.

Ключевые слова: коммуникация, медиализация, этические принципы, автономия личности, правило информированного согласия, патерналистская, контрактная, коллегиальная модель взаимоотношений врача и пациента, терапевтический альянс.

The article is devoted to the actual problem of the medical ethics of the 21st century — to the relationships between the physician and the patient. The study is aimed at analyzing the problems in the relationships between the physician and the patient in the nowadays society in the context of the communicative and ethical discourse. Works of Russian and American scientists as well as the author's own data of the communication researches, the professional communication culture, the models of the doctor and the patient relations in the society of medicalization make the basis of the study. It has been noted that knowledge of the main principles and specific professional features of communication and communication techniques form the foundation of a successful interaction between the physician and the patient. First of all, it is a desire and ability to communicate as well as tolerance, respect, and the physician's shaped professional image. Analyzing the physician's and patient's expectations of the interaction a mutual desire to communicate competently, to respond emotionally, and to demonstrate empathy were emphasized. At the same time, knowledge of communication technologies should be supplemented by understanding the modern ethical principles. The principle of the individual autonomy violated via pressing on the patient's decisions and the physician imposing his own value system is one of them. The discrepancy with the principle of the individual autonomy is realized in the paternalistic model of the relationship between the physician and the patient conflicting with the patient's nowadays mindsets and expectations. In accordance with modern ethical principles for a successful interaction of the physician and the patient, autonomous models of interaction — a contractual model and a collegial model — have been proposed. Summing up the author notes that today a physician needs to know ethical and communicative principles, be focused on "feedback" for a successful interaction with the patient. The patient also needs development of ethical, psychological, scientific knowledge and communication skills in the society of medicalization.

Key words: communication, medicalization, ethical principles, individual autonomy, rule of informed consent, paternalistic, contractual, collegial model of physician and patient relationship, therapeutic alliance.

HEALTHCARE. 2017; 9: 34—39.

ETHICAL ASPECT OF COMMUNICATIVE INTERACTION BETWEEN PHYSICIAN AND PATIENT

V. N. Sokolchik

Медиализация современного общества как процесс изменения роли и статуса медицинского знания в социуме затронула достаточно консервативную систему взаимоотношений вра-

ча и пациента. Сегодня классические стратегии общения, наработанные веками в профессиональной медицине, уже не отвечают запросам социума и личности. Взаимоотношения

врача и пациента в современном обществе определяются новыми принципами и новыми проблемами: биомедицинская этика провозгласила принцип автономии личности — право на независимость и самостоятельность решений пациента, обязательность его информированного согласия; тотальная информатизация и доступ к медицинской информации породили миф о «всеобщей медицинской грамотности»; неумение (нежелание) медицинского работника сопереживать, видеть перед собой человека, а не «болезнь», создало проблемы деперсонализации, формализации, физикализации взаимоотношений врача и пациента [1]. Все это разрушило традиционную парадигму взаимного доверия, уважение пациента к статусу врача, поставило под сомнение работоспособность классических моделей взаимоотношений врача и пациента. Для создания и поддержания отношений с пациентом (равно как и с коллегами) врачу сегодня недостаточно быть высококвалифицированным профессионалом, необходимы, как минимум, владение основами современного биоэтического знания и современными коммуникативными технологиями.

Цель предлагаемого в статье исследования — проанализировать проблемы взаимоотношения врача и пациента в современном обществе в контексте коммуникативного и этического дискурса. Методологической базой исследования явились работы российских и американских ученых, а также собственные исследования автора статьи, посвященные вопросам коммуникации, культуры профессионального общения, моделям взаимоотношений врача и пациента в обществе медиализации.

Опираясь на данные опроса и интервьюирования врачей и пациентов, проведенных автором статьи, а также исследования российских и американских ученых, можно отметить формирование в настоящее время новых ожиданий во взаимоотношениях врача и пациента [2—5]. В стандартной ситуации пациент от общения с врачом ожидает, прежде всего, эмпатии и коммуникативной компетентности врача, то есть умения общаться и деятельно (!) сопереживать, что подразумевает вежливость, позитивный настрой, умение слушать, воспринимать, сочувствовать, адекватно реагировать и, главное, видеть перед собой человека. Многие пациенты считают, что общение с врачом само по себе является сильнейшим терапевтическим воз-

действием и даже способно облегчить болевой синдром. Когда клиницист демонстрирует понимание потребностей пациента, уровень тревоги последнего значительно снижается [3]. Так, D. L. Roter и соавт. в исследовании эффективности коммуникативной компетентности врачей и ее влияния на лечебный процесс показали, что снижение эмоционального стресса пациента связано с эмпатическими ответами врача на его эмоциональные реакции, доступностью и ясностью информации, которую преподносит специалист [4]. Аналогичные идеи высказаны и по результатам исследований M. Stewart и соавт.: показано, что персонализированное обращение врача к пациенту, зрительный контакт и подробные разъяснения по поводу болезни связаны с меньшим дискомфортом, меньшим беспокойством и улучшением психического здоровья у пациентов с хроническими заболеваниями [5].

Врачи в опросах также на первый план во взаимодействии с пациентами выдвигают умение пациента общаться (что подразумевает и умение слушать, воспринимать, выполнять рекомендации), а также его позитивный настрой, доброжелательность, уважение к специалисту. Обоюдное желание эмпатии и эмоционального отклика, уважения собственной личности — это не только проблемы профессионального общения, это в целом фундаментальные основы межличностной коммуникации, «провалы» которой сегодня отражаются как в медицине, так и в других сферах человеческой деятельности.

В контексте проблемы коммуникативного взаимодействия врача и пациента необходимо поставить вопрос о владении медицинским работником элементарными знаниями и навыками профессионального общения. Российский врач В. В. Соложенкин в своей книге «Психологические основы врачебной деятельности» пишет: «Практикующий врач-клиницист должен иметь выраженную мотивацию на общение, каждый врач, прежде чем он станет диагностом и лекарем, должен быть коммуникатором.» [6].

Незнание элементарных приемов и правил общения, неумение предотвратить (погасить) конфликт, отсутствие навыков ведения разговора, сбора анамнеза, замена убеждения давлением и пр. зачастую становятся причиной разрушения взаимодействия между врачом и пациентом (между врачом и родственниками пациента и т. д.).

К элементарным правилам коммуникации, соблюдение которых в профессиональных (и не только) взаимоотношениях является обязательным, относятся следующие:

— общение должно быть двусторонним: все участники заинтересованы в общении, оно строится на паритетной основе (равнозначность, равноправие в общении);

— успешная коммуникация предполагает усилия для восприятия информации: умение слушать и слышать, стремление понять, а не деморализовать и критиковать;

— общение предполагает умение четко, ясно (и в доступной для реципиента форме) излагать информацию;

— общение предполагает доверие к собеседнику;

— эффективная коммуникация всегда эмоциональна в той степени, насколько это приемлемо в ситуации: эмоциональность предполагает со стороны врача доброжелательность, улыбку (без преувеличения и нарочитости), проявление желания помочь;

— основой коммуникации является терпение и снисходительность к чужим недостаткам [7].

Вышеизложенные правила являются своего рода алфавитом коммуникации, который, безусловно, должен знать как врач, так и пациент. При этом коммуникация строится на «трех китах»: необходимости, желании и умении коммуницировать, которые (желание и умение) полезно в себе развивать и совершенствовать.

Помимо вышеизложенных «азбучных» требований к коммуникативному взаимодействию следует помнить и о специфических коммуникативных установках и навыках, определяющих эффективность профессионального взаимодействия врача и пациента (врача с родственниками пациента и т. д.). Прежде всего — это коммуникативная компетентность (как умение и владение соответствующими навыками), а также аффилиация (понимаемая как общительность, стремление к сотрудничеству) и коммуникативная толерантность (проявляемая как терпимость, уважительность, доброжелательность в отношениях). Обязательными условиями успешной профессиональной коммуникации являются также коммуникативная адаптация (как знание и применение современных этических принципов и правил, моделей взаимоотношений, эмпатия вкупе с умением «дозировать» вовлеченность в проблему), эмоцио-

нальная стабильность и сформированный профессиональный имидж. Профессиональный имидж в коммуникативном ракурсе подразумевает проявляемые в поведении уверенность и профессиональное восприятие проблемы, умение произвести впечатление, доступно излагать информацию, правильную речь, владение невербальными способами коммуникации, приятный и опрятный внешний вид (в рамках стандартизированного понимания норм профессионального этикета) и т. д.

Реалией современного общества является популярность и востребованность различного рода тренингов, посвященных общению, психологических консультаций по вопросам коммуникативного взаимодействия и прочих семинаров/форумов по коммуникации, ведению переговоров, умению убеждать и т. д. Все это можно рассматривать как следствие востребованности знаний и навыков технологий общения, столь необходимых сегодня как в профессиональной деятельности, так и в личном опыте, но, к сожалению, и как результат коммуникативной некомпетентности личности и общества в XXI веке.

По мнению автора, в контексте проблемы взаимоотношений врача и пациента сегодня чрезвычайно важным становится формирование в системе повышения квалификации медицинских работников развитой системы коммуникативных и этических занятий, тренингов, специальных курсов и т. д., способствующих развитию этических, коммуникативных знаний и умений.

Еще одна сложная проблема, препятствующая формированию позитивных взаимоотношений врача и пациента, состоит в следующем: современный пациент стремится активно участвовать в процессе лечения, уверенный в своих возможностях помочь самому себе, а врач, негативно настроенный на дилетантское «всезнание» пациента, в такой ситуации предпочитает технологичное и авторитарное взаимодействие с ним [8]. Разрешению этой дилеммы может помочь только смена парадигмы (установки) восприятия врачом пациента: в изменившемся мире принцип автономии (право личности на решение вопросов своей жизни и здоровья, право на самостоятельное принятие решений, право на выбор) должен стать основой лечебного взаимодействия.

У большинства медицинских работников теоретически принцип автономии пациента не вызывает вопросов, однако на практике в большинстве случаев сохраняется «давление» на пациента, нравоучения (и в содержании, и в тоне беседы), замена объективного информирования в доступной форме попытками «запутать», «указать правильный путь», навязать свою систему ценностей и т. д. Эта проблема достаточно легко идентифицируется, если проанализировать жалобы пациентов на врачей, или, например, провести контент-анализ популярных медицинских форумов, где пациенты высказывают свои замечания, отвергая «постоянные нравоучения, которые не к месту», «черствость, безразличие, педагогические наклонности», «бестактность» врачей и т. д. Необходимо отметить, что рассматриваемая проблема характерна не только для нашей медицины, она актуальна и обсуждаема и в рамках международного дискурса по вопросам медицинской этики. Так, проанализировав кейсы, представленные для обсуждения медицинско-го сообщества за 2016 г. в известном этическом журнале американской медицинской ассоциации [9], можно сказать, что большинство рассматриваемых в них проблем так или иначе обращены к вопросам бестактности, давления, навязывания своих решений медицинским работником пациенту. Таким образом, зачастую проблема коммуникативного взаимодействия между врачом и пациентом заключается не только в непонимании психологических особенностей современного пациента и незнании основ коммуникации медицинским работником, но также и в традиционной установке на патерналистские взаимоотношения.

Патерналистская (или пасторская) модель взаимоотношений между врачом и пациентом может считаться классической, восходящей еще к этическим наставлениям Гиппократов. Пасторская (патерналистская) модель предполагает такие межличностные отношения между врачом и пациентом, когда роль врача приближается к отцу (или пастору), чей авторитет непререкаем, а забота о пациенте и эмпатия являются необходимым предпосылочным условием взаимоотношений. Пасторская модель основывается на незыблемой вере в медицину и даже ее сакрализации, «священном трепете» пациента в отношении знаний о болезни (патологии) [8]. В таких взаимоотноше-

ях пациент полностью подчинен инициативе врача, принимает его директивы, не подвергая сомнению. Пасторская модель в медицине господствовала до середины XX века, то есть фактически до начала процессов медиализации.

Медиализация принесла обществу научное (медицинское) знание, «вплетенное в ткань повседневности» [10], уверенность в способности каждого через Интернет, СМИ получать максимум достоверных сведений о характеристике патологии и ее лечении, и, как следствие, образ врача утратил ореол сакральности, пациент не желает видеть в нем отца (наставника, пастора), стремясь на равных участвовать как в диалоге врач — пациент, так и в лечении собственной болезни [11].

Несмотря на то что патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента до сих пор транслируется как базовая при обучении студентов медицинских вузов, современному врачу необходимо признать, что сегодня эта модель применима в весьма ограниченном количестве случаев. Современные этические принципы и правила (автономия личности, неприкосновенность частной жизни, информированное согласие и др.) вкуче с доступностью информации и изменением психологии пациента фактически нивелируют такую модель профессиональной коммуникации. В целом, несмотря на работоспособность рассматриваемой модели в мировой истории медицины, сегодня она не отвечает ожиданиям общества (пациентов), поскольку не реализует ценности партнерства, эмоционального равноправия и общедоступности медицинского дискурса.

Психологически врачу, воспитанному на господстве патернализма во взаимоотношениях с пациентами, чрезвычайно сложно отказаться от традиционных способов коммуникации. Для разрешения этой проблемы недостаточно только понимания: необходимы знания, навыки и, конечно, желание перестраивать взаимоотношения с пациентом исходя из запросов времени. Американский биоэтик Р. Витч рассматривает несколько автономных моделей взаимоотношений врача и пациента, приемлемых в современном обществе. Прежде всего — это контрактная и коллегиальная модели [12]. Контрактная модель взаимоотношений врача и пациента основывается на принципах свободы, взаимного уважения личного достоинства, а также честности взаимоотношений, информи-

рованности и справедливости. В контрактных отношениях врач признает за пациентом свободу управления своей жизнью и здоровьем и заключает с ним «соглашение» о взаимопомощи и взаимном доверии. По мнению Р. Витча, контрактная модель — наиболее реалистичный и совершенный тип взаимоотношений врача и пациента, к которому должно стремиться общество [13]. Со стороны врача контрактные взаимоотношения психологически оправданы — позволяют сохранять личностную нейтральность, предупреждают «эмоциональное выгорание», реалистичны в отношении «вертикальности» взаимоотношений профессионала с пациентом, а главное, оставляют возможность «выйти из игры». Однако для пациента контрактная модель предопределяет вместе со свободой и колоссальный уровень ответственности, не оправданной незнанием или неспособностью оценить ситуацию. Контрактная модель взаимоотношений врача и пациента в целом отвечает отношениям, порожденным процессами медиализации общества. Однако, во-первых, она предполагает приоритет ответственности пациента в разрешении вопросов собственного здоровья над ответственностью врача, во-вторых, сводит эмоционально-диалоговые живые отношения к декларативной, опосредованной контрактом коммуникации, в-третьих, опирается на развитую, понятную систему правовых взаимоотношений. Становление контрактной модели требует сегодня «воспитания» врача и пациента в вопросах ответственности, пропорциональной полученной свободе, и в вопросах формирования отношений в юридическом поле, и в вопросах грамотного коммуникативного взаимодействия. В связи с контрактной моделью взаимоотношений врач—пациент возникают и этические вопросы: не приведет ли такая модель взаимоотношений к тому, что врач переложит ответственность на пациента и в решающий момент (например, будучи несогласным с моральным выбором пациента) «расторгнет» контракт? Отчасти для современного общества и уровня взаимоотношений врач—пациент контрактная модель может рассматриваться как переходная к более высокому уровню профессиональной коммуникации — коллегиальной модели.

Суть коллегиальной модели состоит в равноправном диалоге врач—пациент, основанном на обоюдных знаниях, развитых коммуникатив-

ных практиках, эмпатии. Абсолютно необходимым условием действенности коллегиальной модели является полная информированность пациента. Важной составной частью коллегиальной (и контрактной) модели отношений врача и пациента является терапевтический альянс. Он отражает взаимопонимание и взаимодействие между врачом и пациентом в контексте излечения. Терапевтический альянс предполагает стремление специалиста создавать ситуацию, в которой пациент, во-первых, будет чувствовать себя в состоянии принять участие в процессе размышления и определения дальнейшего лечения, во-вторых, будет реализовано разделение власти и ответственности между врачом и пациентом (взаимное участие пациента и врача), в-третьих, достигнется консенсус в отношении лечения [14].

К сожалению, взаимное доверие, конфиденциальность, совпадение интересов в сегодняшней реальности рассматриваются как иллюзорные характеристики взаимоотношений врача и пациента. В обществе XXI века пока только в ограниченных случаях коллегиальная модель взаимоотношений реально приносит положительные результаты. Если же предполагать широкое развитие коллегиальности во взаимоотношениях врача и пациента, востребованных обществом в условиях развивающейся медиализации, то следует обратиться к развитию в обществе научных (в частности, медицинских) знаний, коммуникативных навыков, воспитанию высокой правовой культуры, а также к существенному преобразованию в подготовке медицинских работников (врачей).

Подводя итог рассмотрению вопросов коммуникативного взаимодействия врача и пациента в современной медицинской практике, необходимо отметить, что для жизнеспособности автономных моделей взаимоотношений врача и пациента, разрешения коммуникативных коллизий, построения профессиональной коммуникации в медицине XXI века необходимо взаимное развитие и врача, и пациента, прежде всего в области этики и психологии взаимоотношений. Врачу сегодня необходимо знать особенности поведения и восприятия пациента, носящие индивидуальный характер, постоянно ориентироваться на «обратную связь», знать стереотипы, сформировавшиеся у пациентов современного общества относительно здравоохранения. Новый статус врача

предполагает навыки психолога, способного выстраивать конструктивный диалог с пациентом и выступать своего рода «буфером» между профессиональной медицинской средой и обществом в целом.

Однако следует помнить, что взаимоотношение — процесс двусторонний (многосторонний), следовательно, и от пациента в обществе медиализации требуется «движение навстречу», а именно: развитие знаний (а не обрывков паранаучных идей), умение коммуницировать, принимать другую точку зрения, а также высокая нравственная и правовая культура.

Только при стремлении выполнить эти идеальные условия отношения врач—пациент в современном обществе будут гуманными и взаимодовлетворяющими, а медиализация как реальность современного социума перерастет из негативного процесса в новую научную силу цивилизационного развития.

Контактная информация:

Сокольчик Валерия Николаевна — к. филос. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Белорусская медицинская академия последипломного образования.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп. 3;
сл. тел. +375 17 231-44-82.

Конфликт интересов отсутствует.

REFERENCES

1. Mikhel D. V. *Medicalization as a social phenomeon*. Vestnik SGTU. 2011; 4(60): 256—263. (in Russian)
2. Kuryleva N. V. *Specificity of the views of physicians and patients on the qualities that ensure their interaction: Dis..... of the candidate of psychological sciences*. Kostroma; 2012. 125 s. (in Russian)
3. Nikolaeva V. V., Pervichko E. N., Zagorets T. P. *Peculiarities of relations in the physician-patient dyad with*

somatoform disorders. 2015. Available at: http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html. (in Russian)

4. Roter D. L., Stewart M., Putname S. M., et al. *Communication patterns of primary care physicians*. JAMA. 1997; 277: 350—6.
5. Stewart M., Brown J. B., Donner A., et al. *The impact of patient-centered care on outcomes*. Fam. Pract. 2000; 49(9).
6. Solozhenkin V. V. *Psychological bases of medical activity*. M.: Akademicheskij proekt, 2003. 304s. (in Russian)
7. Orlova E. V. *Culture of professional communication of the physician: communicative and competent approach*. M.: Forum; 2012. 288 s. (in Russian)
8. Sokolchik V. *The relationship between the doctor and the patient in the medicalization era*. In: *The survival strategy in terms of bioethics, philosophy and medicine: collection of scientific articles with international participation*. Chisinau: «Medicina»; 2016. 106—9.
9. *Medicine and society*. Available at: <http://journalofethics.ama-assn.org/2016/12/msoc1-1612.html>.
10. Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control*. Sociological Review. New Series. 1972; 20(4): 487—504.
11. Sokolchik V. N. *Manifestations and social risks of medicalization*. In: *Innovative Strategies in Contemporary Social Philosophy: Materials of the International Scientific Conference, Minsk, 17—18 may 2016*. Minsk. BSU; 2016; 2: 407—10. (in Russian)
12. Veatch R. *The Patient as Partner: A Theory of Human Experimentation Ethics*. Bloomington: Indiana University Press. 1987. 95s.
13. Veatch R. *Models of moral medicine in the era of revolutionary change*. Voprosy filosofii. 1994; 3: 67—75. (in Russian)
14. Sirota N. A., Jaltonskij V. M., Moskovchenko D. V. *The role of effective communications between the physician and the patient as a factor of the successful psychological overcoming of the disease*. 2016. Available at: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=64059>. (in Russian)

Поступила 06.04.17.



Уважаемые читатели!

В Государственном учреждении «**Республиканская научная медицинская библиотека**» до 2018 г. открыт доступ к базе данных **BioOne**. Ресурс предоставляет доступ к ведущим научным достижениям в биологии, экологии, науках об окружающей среде и включает более 170 наименований изданий 135 издательств.

Поиск документов осуществляется в каб. 315.