



Коммуникативная компетентность врача-кардиолога: эτικο-психологический анализ

Шнайдер Я. Э., Павлова Е. К., Селезнёв Е. В., Белова М. В., Зайцев Н. А.

В статье проблематизируется вопрос, стоящий за привычными категориями психосоциальных факторов, информирования пациента о состоянии, прогнозе, методах лечения и др. Вопрос роли самого врача во взаимодействии с пациентом. Хотя психологические методы исследования активно применяются в кардиологической практике, а их результаты вполне прозрачны и демонстрируют явную специфику переживания пациентами ситуации заболевания, аффективных состояний, факторов совладания, остаются вопросы к фигуре врача — не как эксперта в биомедицинской части заболевания, но как помогающего специалиста. И хотя деонтологические императивы требуют вполне понятных личностных качеств от врача, сама реализация этих качеств должна быть основана на психологических подходах и культурно-психологических категориях. Как таковой способ взаимодействия врача с пациентом может быть описан в понятиях этики добродетели — интегральной категории, описывающей личностные характеристики. Подобные характеристики, будучи реализованными непосредственно в клинической коммуникации, могли бы стать универсальным «рецептом» конструктивного взаимодействия.

Ключевые слова: факторы риска, неинфекционные заболевания, этика, деонтология, отношения врач-пациент, этика добродетели, человеко-центрированный подход, ценностно-ориентированное здравоохранение.

Отношения и деятельность: нет.

ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Шнайдер Я. Э.* — к.м.н., доцент кафедры биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО МФ, ORCID: 0000-0001-7139-560X, Павлова Е. К. — магистр психологии, старший преподаватель кафедры биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО МФ, ORCID: 0000-0002-7497-3660, Селезнёв Е. В. — студент научного кружка кафедры, ORCID: 0000-0002-6010-2063, Белова М. В. — студентка научного кружка кафедры, ORCID: 0000-0003-1559-4908, Зайцев Н. А. — студент научного кружка кафедры, ORCID: 0000-0002-7303-7213.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): cardio03@yandex.ru

Рукопись получена 24.08.2021

Рецензия получена 12.09.2021

Принята к публикации 24.09.2021



Для цитирования: Шнайдер Я. Э., Павлова Е. К., Селезнёв Е. В., Белова М. В., Зайцев Н. А. Коммуникативная компетентность врача-кардиолога: эτικο-психологический анализ. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(9):4679. doi:10.15829/1560-4071-2021-4679

Communicative competence of a cardiologist: ethical and psychological analysis

Shnaider Ya. E., Pavlova E. K., Seleznev E. A., Belova M. V., Zaitsev N. V.

The article problematizes the issue behind the standard categories of psychosocial factors, informing a patient about disease, prognosis, treatment methods, etc. The issue of a doctor's role in interaction with a patient. Although psychological research methods are actively used in cardiology practice, and their results are quite transparent and demonstrate the specifics of patients experiencing the disease, affective states, coping skills, there are still questions about a physician not as a biomedical expert, but as a helping specialist. And although deontological imperatives require quite clear personal qualities from a doctor, the very realization of these qualities should be based on psychological approaches and cultural-psychological categories. As such, the way a doctor interacts with a patient can be described in terms of virtue ethics, which is an integral category that describes personal characteristics. Such characteristics, being implemented directly in clinical communication, could become a universal "recipe" for meaningful cooperation.

Keywords: risk factors, noncommunicable diseases, ethics, deontology, doctor-patient relationship, virtue ethics, person-centered approach, value-based healthcare.

Relationships and Activities: none.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Shnaider Ya. E.* ORCID: 0000-0001-7139-560X, Pavlova E. K. ORCID: 0000-0002-7497-3660, Seleznev E. A. ORCID: 0000-0002-6010-2063, Belova M. V. ORCID: 0000-0003-1559-4908, Zaitsev N. V. ORCID: 0000-0002-7303-7213.

*Corresponding author:
cardio03@list.ru

Received: 24.08.2021 Revision Received: 12.09.2021 Accepted: 24.09.2021

For citation: Shnaider Ya. E., Pavlova E. K., Seleznev E. A., Belova M. V., Zaitsev N. V. Communicative competence of a cardiologist: ethical and psychological analysis. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(9):4679. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4679

Клиническая медицина предполагает взаимодействие двух личностей, двух субъектов, один из которых — помогающий специалист, второй — тот, кто нуждается в помощи. Интенсивное развитие медицинской науки вывело в приоритет работу с биологическим субстратом болезни. Работа с человеком социальным, его переживанием ситуации заболевания отошла на второй план [1]. Преимущества биомедицинского подхода в том, что он основан на естествен-

но-научных методах, а значит даёт определённую и предсказуемую, верифицируемую и гарантированную. Недостатки биомедицинских методов преодолеваются наращиванием выборки и достижением статистически достаточного числа наблюдений. Это удобно также с позиции систем здравоохранения, задача которых — реализация государственных гарантий. Чтобы давать гарантии, нужно иметь верифицированные инструменты для их исполнения [2].

Но в определении здоровья, которое дано Всемирной организацией здравоохранения и которое имеется в законодательстве России (323-ФЗ от 21.11.2011), указаны наравне с физическим также психологическое и социальное благополучие. Данное разделение следует считать условным, поскольку психологический “уровень” устройства человека есть физиология его высшей нервной деятельности, соединяющая соматическое и социальное (а лучше — культуральное) [3]. Междисциплинарные исследования психосоматики, как и в целом представление о психосоциальных факторах риска, демонстрируют едва ли не более важное значение именно культуральных компонентов жизни человека в развитии неинфекционной патологии — в частности, сердечно-сосудистой. Практическая медицина, таким образом, не может исключить данные факторы из своего поля зрения. Сложность работы с ними состоит в том, что в отличие от естественно-научных, культуральные факторы невозможно посчитать и зафиксировать. Они подвижны, индивидуальны, контекстуально-зависимы и изучаются гуманитарным знанием. Они требуют от специалиста здравоохранения принципиально иных навыков, нежели биомедицинские. И хотя с точки зрения эпидемиологии и медицинской психологии достигнуто глубокое понимание устройства психосоциальных факторов риска, их взаимосвязей и влияния на конкретные патологические процессы, остаётся вопрос к непосредственной реализации этого знания в работе с конкретным пациентом [3].

Очевидно, что в практической работе, несмотря на наличие множества вспомогательных инструментов (шкал, протоколов, алгоритмов), главной остаётся непосредственная коммуникация врача и пациента. В её задачи входит не только сбор анамнеза и информирование о диагнозе, но и широкий спектр иных вопросов. Так, на откуп медицинскому работнику, согласно статье 20 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011, отдаётся информирование пациента *в доступной форме о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи*. Всё вместе это часть картины заболевания, а во временной перспективе — часть нарратива заболевания, т.е. развёртывания его во времени [4]. Совершенно очевидно, что кроме требуемых законом аспектов, у такой коммуникации есть чёткая цель: сформировать у пациента конструктивное совладание с болезнью. Принимая во внимание весь спектр подходов к профилактике, лечению и реабилитации при сердечно-сосудистой патологии атеросклеротического генеза, можно заключить, что объективное, прозрачное, осмысленное знание пациента о своём состоянии есть не только его конституционное право, но и психосоматический ин-

струмент. Качественно сформированная картина заболевания позволит в дальнейшем повысить приверженность назначениям врача, поспособствует модификации образа жизни, а кроме того, избавит от вызванной непониманием фрустрации. С точки зрения пациент-центрированной медицины, пациент является *экспертом* в самом себе, тогда как врач — эксперт в биомедицинской части проблемы [5].

Всё вышесказанное ставит вопрос о том, каковы требования к личности врача и каким образом должна выстраиваться клиническая коммуникация, чтобы по сути, а не только формально, реализовать как правовые, так и деонтологические императивы. Подобный *запрос* был получен в ряду исследований пациентов с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда — в работах Семиохиной А.С. и др. (2017), Айрапетян М.А. и др. (2017) [6, 7]. В первой работе в исследование было включено 100 больных, средний возраст 63 года, с острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST и неполной реваскуляризацией миокарда. Группы были разделены по стратегии реваскуляризации: отсроченная, не проводилась, либо не проводилась первичная реваскуляризация. Изучалось качество жизни и было установлено, что в группе отсроченного вмешательства по сравнению с отсутствием реваскуляризации, качество жизни значительно выше и приближается к “полному” здоровью. Данное исследование, кроме собственно биомедицинских аспектов, ставит ряд вопросов к клиническому взаимодействию: как врач должен обсуждать с пациентом стратегию, как формулировать риски и ожидаемые результаты, какую позицию занимает сам врач. Вторая работа была связана с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST. В ней авторы изучали компоненты качества жизни, включая их различия по полу. Были включены женщины (n=51), средний возраст 50,5 лет, и мужчины (n=50), средний возраст 46,7 лет. По исходам группы различались: нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда. Показано, что особенности качества жизни можно выделить как по половому признаку, так и по характеру исхода. В частности, можно отметить компоненты негативного совладания: “потеря смысла жизни” в 4% случаях у мужчин и 7% у женщин, а также потерю интереса к привычным вещам (22% и 13%). Следует рассмотреть и ещё одно исследование, выполненное в качественной методологии. Таратухин Е.О. и др. (2017) применяли так называемое глубинное интервью в человекоцентрированной методологии, опрашивая молодых мужчин с первым инфарктом миокарда, в период госпитализации. Был выявлен ряд не высказываемых, а как правило, и не осознаваемых компонентов переживания ситуации болезни, в частности, такие категории: серьёзное изменение в жизни, тревога и страх внезапной смерти либо повторения события, чувство обескураженности, удивление, дезориентиро-

Таблица 1

Категории коммуникации помогающего специалиста (адапт. по К. Роджерсу)

Умение (навык)	Описание	Применение
Эмпатия	Эпистемная (познающая) эмпатия, т.е. процесс восприятия внутреннего мира пациента, учитывающий тонкие оттенки невербальных компонентов коммуникации, а также вербализация врачом, воспринятой информации о пациенте (эмоции, чувства, мотивы, смыслы, потребности и др.)	Возможность более адекватно информировать, выявить скрытые сложности, совместное принятие решений, укрепление взаимодействия, более полное осознание пациентом своей роли в заболевании и лечении
Безоценочность	Безусловное позитивное принятие, т.е. отсутствие осуждения и иной негативной оценки, уважение индивидуальности пациента и вера в его возможности. Убежденность в том, что каждый человек обладает безусловной ценностью, независимо от его поведения, состояния или чувств. Специалист даёт возможность пациенту быть самим собой, в своих проявлениях, поскольку именно пациент в данном случае — болеющий, страдающий субъект	Создание здоровой, психологически комфортной среды (необходимое условие применения эмпатии)
Конгруентность	Личностная психологическая проработанность врача, его возможность не реагировать болезненно на адресованные ему негативные высказывания, а также его искренность и соответствие внутренней картины ситуации тому, как он о ней высказывается	Более эффективное взаимодействие за счёт использования психологического ресурса врача, способствует доверию
Контакт	Доверие пациента врачу, запрос на помощь — в данном случае, психологический запрос на помощь в совладании с ситуацией	Прямое действие рекомендаций врача

ванность в симптоматике, чувство утраты независимости и утраты перспектив развития, стигматизация, изменение картины своей личности, чувства вины и обиды [8]. Эти данные в целом совпадают с международными результатами и отечественными [9, 10].

Результаты трёх исследований, полученные в региональном сосудистом центре г. Москвы (ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ), репрезентативны для ряда психосоциальных и социокультурных аспектов работы врача, а именно упомянутому выше *запросу* на определённую коммуникативную компетентность. Будучи посвящёнными оценке психологических факторов на фоне соматической неинфекционной патологии (опять же, результата влияния социокультурных факторов риска и психосоматических механизмов), эти исследования ставят вопрос о коммуникативной составляющей умений профессионала здравоохранения — врача.

Сама по себе пациентоориентированная (или «пациент-центрированная» [11]) система ценностей подразумевает прямое участие больного во всех решениях, касающихся тактики его ведения (принцип «ни слова обо мне без меня»). Но пресловутый вопрос компетентности, а точнее, некомпетентности пациента в биомедицинских вопросах, отсутствия у него врачебного опыта и опыта заболевания (за исключением хронически больных, например, бронхиальной астмой или сахарным диабетом, которые способны в тонких деталях рефлексировать своё переживание заболевания) ставит под сомнение полноценность такого подхода. Решением может быть специальная коммуникативная компетентность врача, который в состоянии обратиться к тем сторонам запроса пациента, которые действительно играют ключевую роль как в процессах совладания с болезнью, так и в формировании достаточной приверженности,

в подписании информированных согласий на лечение в целом и на конкретные вмешательства.

Понятие *virtue ethics* — этики добродетели — сформулировано ещё в древнегреческой философии, оно стоит несколько в стороне от других метаэтических теорий (консеквенциализм, деонтология, эмотивизм), поскольку, в отличие от них, обращается не к методологии принятия решений, но к качествам самого человека, эти решения принимающего. Идея такой целостной, полноценно функционирующей личности проходит сквозь культуру, и конечно, она составляет значительную долю привычного деонтологического императива: «требований» к личности врача. Очень близки этике добродетели характеристики помогающего специалиста, данные американским психотерапевтом К. Роджерсом [12]. Ситуация помощи — в первую очередь психотерапевтической, — налагает необходимые и достаточные требования: навык эмпатии, безусловное позитивное принятие и безоценочность, конгруентность, а также наличие психологического контакта как такового (табл. 1). Следует добавить, что сама по себе эмпатия исследуется философами как добродетель, т.е. особенное свойство личности, а не только навык [13]. Эмпатия позволяет реализовать коммуникативный механизм эмпатического слушания со стороны врача. Кроме того, ситуация психологической помощи налагает «требования» и на пациента — способность хоть в минимальной степени быть в контакте с другим человеком и быть способным воспринимать адресованные ему безусловное позитивное принятие и эмпатию.

Если соединить все затронутые выше категории, а именно биомедицинскую проблему, психосоциальные факторы и совладание пациента с ситуацией заболевания, роль врача как помогающего специали-

ста, то становятся очевидными клинические аспекты этики и психологии добродетели. Безусловно, предъявлять *такие* требования к личности врача в рамках государственных гарантий и системы оказания медицинской помощи было бы довольно смело и малореалистично. Тем не менее качества, приписываемые деонтологическим авторитетам (клиницистам, входящим в “золотой фонд” истории медицины), иллюстрируют и наполняют указанные коммуникативные и личностные характеристики.

Попыток исследования подобного взгляда в кардиоваскулярной практике не так много. В целом попытка “этического измерения” практики кардиологии датируется ещё 1990-м годом в публикации Parmley WW, et al. (1990), в рамках рабочей группы по изучению общих принципов этики в кардиоваскулярной медицине [14]. Следует отметить публикацию de Hoyos A, et al. (2013), в которой авторы заявляют о плотном исследовании этических суждений (deliberations) в кардиологии. Специальность избрана ввиду тяжести условий и часто непростого морального выбора врачей, что требует, в т.ч. переоценки категорий ценностно-ориентированной медицины (value-based medicine). Авторы делают заключение о ряде коммуникативных компетенций и эмпатии, которые бы способствовали построению более устойчивых отношений врач-пациент и улучшали прогноз, эффективность лечения, приверженность пациентов [15]. Cook T, et al. (2015) отмечают, что уважение автономии пациента есть медицинская добродетель. Авторы отмечают, что в клинической

практике нужно не просто применять принципы взаимодействия, позволяющего адекватно подписывать информированное согласие, принимать информированные решения, но необходимо внедрять добродетель в классическом аристотелевском понимании. Это достигается воспитанием личности, в т.ч. непосредственно во время работы в клинике [16].

Заключение

Современное клиническое, “у постели больного”, взаимодействие врача и пациента находится между целым спектром полюсов тяготения: начиная правовой составляющей и заканчивая необходимостью учитывать экзистенциальные вопрошания пациента. Понятие “4P” медицины, т.е. персонализированной, превентивной, предупреждающей и вовлекающей пациента [17], также заставляет искать способы наиболее полного взаимодействия в рамках клинической ситуации. Запрос на особую форму коммуникации врача и пациента очевидно присутствует в обществе, и необходимо искать рациональные решения, как удовлетворить такой запрос. Объединение философско-антропологического учения о добродетели с психологическим представлением об устройстве личности помогающего специалиста, как это уже показано и в эмпирических исследованиях, может стать тем решением, которое требуется от систем оказания медицинской помощи.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Taratukhin EO. Patient's personality: an interdisciplinary approach to cardiovascular pathology. Russian Journal of Cardiology. 2014;(9):22-5. (In Russ.) Таратухин Е.О. Личность больного: междисциплинарный подход в работе с кардиологической патологией. Российский кардиологический журнал. 2014;(9):22-5. doi:10.15829/1560-4071-2014-9-22-25.
2. Lehane E, Leahy-Warren P, O'Riordan C, et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. BMJ Evid Based Med. 2019;24(3):103-8. doi:10.1136/bmjebm-2018-111019.
3. Taratukhin EO. Biopsychosocial approach — a modern demand for interdisciplinarity. Russian Journal of Cardiology. 2015;(9):80-3. (In Russ.) Таратухин Е.О. Биопсихосоциальный подход — новое требование междисциплинарности. Российский кардиологический журнал. 2015;(9):80-3. doi:10.15829/1560-4071-2015-09-80-83.
4. Zaharias G. What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1. Can Fam Physician. 2018;64(3):176-80.
5. Tattersall R. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clin Med (Lond). 2002;2(3):227-9. doi:10.7861/clinmedicine.2-3-227.
6. Semiokhina AS, Taratukhin EO, Bayandin NL, et al. Life quality in one year after myocardial infarction with incomplete revascularization. Russian Journal of Cardiology. 2017;(1):102-5. (In Russ.) Семиохина А.С., Таратухин Е.О., Баяндин Н.Л. и др. Качество жизни у пациентов через год после перенесенного инфаркта миокарда с неполной реваскуляризацией. Российский кардиологический журнал. 2017;(1):102-5. doi:10.15829/1560-4071-2017-1-102-105.
7. Ayrapetian MA, Luchinkina EE, Gordeev IG, et al. Life quality of patients according to gender and the form of non-ST-elevation acute coronary syndrome. Russian Journal of Cardiology. 2017;(8):31-5. (In Russ.) Айрапетян М.А., Лучинкина Е.Е., Гордеев И.Г. и др. Качество жизни пациентов в зависимости от пола и формы острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST. Российский кардиологический журнал. 2017;(8):31-5. doi:10.15829/1560-4071-2017-8-31-35.
8. Taratukhin EO, Kudinova MA, Shaydyuk OYu, et al. Person-centered interview as a tool for clinical work in myocardial infarction setting. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2017;16(1):34-9. (In Russ.) Таратухин Е.О., Кудинова М.А., Шайдюк О.Ю. и др. Человекоцентрированное интервью как инструмент клинической работы с больными инфарктом миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017;16(1):34-9. doi:10.15829/1728-8800-2017-1-34-39.
9. Kroemcke A. Changes in well-being after myocardial infarction: does coping matter? Qual Life Res. 2016;25(10):2593-601. doi:10.1007/s11136-016-1286-6.
10. Zhitkova RS, Khaliullina DR, Akhmetshina LA, et al. The importance of cardio rehabilitation combined with psychological correction for post myocardial infarction patients. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2020;13(3):47-51. (In Russ.) Житкова Р.Ш., Халиуллина Д.Р., Ахметшина Л.А. и др. Оценка эффективности кардиореабилитации в сочетании с психокоррекцией для пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Вестник современной клинической медицины. 2020;13(3):47-51. doi:10.20969/VSKM.2020.13(3).47-51.
11. Taratukhin EO. Psychosomatic nature of myocardial infarction and patient-centered medicine. Siltsea. 2018. p. 263. (In Russ.) Таратухин Е.О. Психосоматическая природа инфаркта миокарда и пациент-центрированная медицина. М.: Силицея. 2018. с. 263. ISBN 978-5-9901860-0-2.
12. Rogers K. On becoming a person. Mariner Books. 1995. ISBN: 9780395755310.
13. Battaly HD. Is empathy a virtue? In: Coplan A, Goldie P. (eds.) Empathy: philosophical and psychological perspectives. Oxford: OUP. 2011. doi:10.1093/acprof:oso/9780199539956.003.017.
14. Parmley WW, Schlant RC, Crellin GL, et al. Ethics in cardiovascular medicine. Task force I: background and general principles. J Am Coll Cardiol. 1990;16(1):7-10. doi:10.1016/0735-1097(90)90447.
15. de Hoyos A, Nava-Diosdado R, Mendez J, et al. Cardiovascular medicine at face value: a qualitative pilot study on clinical axiology. Philos Ethics Humanit Med. 2013;8:3. doi:10.1186/1747-5341-8-3.
16. Cook T, Mavroudis CD, Jacobs JP, et al. Respect for patient autonomy as a medical virtue. Cardiology in the Young. 2015;25(8):1615-20. doi:10.1017/S1047951115002097.
17. Horne R. The human dimension: putting the Person into personalized medicine. New Bioeth. 2017;23(1):38-48. doi:10.1080/20502877.2017.1314894.