

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

## КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛАЕНСА ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

*Баглюк Сергей Борисович,*  
кандидат филос. наук, доцент,  
Академия постдипломного образования  
Федерального государственного бюджетного учреждения  
«Федеральный научно-клинический центр  
специализированных видов медицинской помощи и медицинских  
технологий Федерального медико-биологического агентства», г. Москва  
DOI: [10.31618/nas.2413-5291.2019.2.50.114](https://doi.org/10.31618/nas.2413-5291.2019.2.50.114)

## COMMUNICATIVE ASPECTS OF COMPLIANCE IN THE INTERACTION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT

*Baglyuk Sergey,*  
candidate of doctor of philosophy sciences,  
associate professor,  
Academy of postgraduate education of the  
Federal state budget institutions "Federal  
Scientific and  
clinical center of specialized types of medical  
assistance and medical technologies of the  
Federalmedico-biological  
Agency", Moscow

### Аннотация

Данная статья рассматривает вопрос влияния коммуникативной среды на согласие пациента следовать процедурам и предписаниям лечения, которые осложнены переживаниями, ожиданиями и прогнозами различного характера, циркулирующими в системе «врач/пациент». Для раскрытия темы используются методы контент-анализа и герменевтики с целью выявления краеугольных образующих параметров конструктивного общения в этой системе, позволяющих обеспечить эффективное взаимное сотрудничество в стремлении к оптимальному результату.

### Abstract

This article examines the influence of the communicative environment on the patient's consent to follow the procedures and treatment prescriptions, which are complicated by experiences, expectations and forecasts of various nature, circulating in the system "doctor/patient". To reveal the topic, the methods of content analysis and hermeneutics are used in order to identify the cornerstones of constructive communication parameters in this system, allowing for effective mutual cooperation in the pursuit of optimal results.

**Ключевые слова:** коммуникация; общение; диалог; комплаенс; гендер; взаимодействие в системе «врач/пациент»; коммуникативные барьеры

**Keywords:** communication; dialogue; compliance; gender; interaction in the system "doctor/patient"; communication barriers

Социально-психологический подход указывает на значительное воздействие «объяснительного стиля» на текущее состояние здоровья и его перспективу [4, С. 589]. Можно видеть окружающий мир, свое в нем место, объективные обстоятельства так или иначе, но ко всем этим сферам добавляется эмоциональный фон (позитивный, а может быть и нет), который полярно трансформирует самооценку на различных этапах жизни. Это приводит к тому, что дихотомия «оптимизм/пессимизм» сказывается на физическом и социальном самочувствии. Определенные правила и стандарты формируют усредненные для большинства рамки приемлемости, реалистичности, осуществимости притязаний и ожиданий. Стремление к большему, чем предполагается достижимым на уровне массового

сознания порождает завышенные требования к себе и окружающим. В конце концов, это приводит к разочарованию, т. к. иллюзия преодолемости всех препятствий ведет к конфликтогенным следствиям для любых взаимоотношений [8, С. 94].

Если применить такие социально и эмоционально характеризуемые условия к рассматриваемой теме, то, очевидно, что состояние здоровья стереотипно представляется константно положительной величиной в принципе. Реальность указывает на иные выводы, которые зачастую связаны с частичной или полной утратой оптимистичной оценки себя и/или других людей. Таким образом, стресс – тот фактор, который с одной стороны, проверяет на прочность, говоря условно, силу духа, а с другой – ухудшает здоровье и психологическое состояние. Исследования

случаев тяжелой утраты приходят к однозначным выводам о том, что «разбитое сердце» не оставляет шансов предшествующему хорошему самочувствию, оказывая вредоносное воздействие [4, С. 590]. Возникает вопрос о последующих действиях и состояниях переживших трагедию, вплоть до необходимости обратиться за медицинской помощью, что и приводит к вопросу комплаенса, т. е. согласия следовать указаниям и рекомендациям специалиста [3, С. 253].

Поиск разрешения сложной ситуации с помощью обращения к более компетентному и осведомленному источнику, - знак современного состояния цивилизации, где разделение труда дает возможность профессионально искать решение тех или иных проблем, когда они случаются. Важно отметить, что «компетентный источник» - это в современном мире не отдельный специалист, организация, учреждение и т. д., это может быть информационный интернет-ресурс, предлагающий и гарантирующий все возможные виды поддержки и консультации по интересующим вопросам. Степень доверия к таким базам данных велика [1, С. 177-184], что объяснимо большей доступностью и анонимностью для пользователя (не нужно раскрывать личную информацию). Поэтому значительный уровень доверия результирует в высокой комплаентности тем рекомендациям, которые представлены в сети. Здесь присутствуют интернет-сообщества, паблики, блоги, в уверенно-профессиональной манере обсуждающие темы [1, С. 177-184], имеющие острый негативный оттенок (угрозы здоровью от вредных привычек, заблуждения или случаи тяжелой утраты, упомянутые выше).

Одним из характерных моментов, вызывающих согласие, является стиль изложения соответствующей информации. В начале данной работы указывалось на значимость «объяснительного стиля» для общего психического и физического состояния, но это не единственное, что способствует ухудшению или улучшению самочувствия. Прежде всего, необходимо отметить социальное сравнение [4, С. 591], как то, что позволяет включить собственный опыт в контекст того, что произошло или происходит с другими. Общеизвестно, что поддержка в психокоррекционных группах способствует конструктивному преодолению сложных жизненных периодов [4, С. 590, 596]. Схожий эффект имеют интернет-сообщества, или группы по интересам, которые доступно, увлеченно и отчетливо эмоционально, обсуждают круг вопросов, входящих в специфику данного «VR-коллектива» (отдельно важно акцентировать, что эти свойства дополняются отчетливо подчеркнутой объективностью и обоснованностью предлагаемых суждений и выводов, часто с опорой на якобы научные исследования или на то, что считают наукой авторы в данных сообществах) [1, С. 177-184].

Для привлечения аудитории, необязательно цифровой, следует говорить на её языке. Это одно

из образующих правил риторики [2, С. 400-401]. Общение на равных, как с коллегой, а не с нижестоящим по ряду характеристик, оказывается ведущим, буквально, фактором, который направляет взаимодействие. В контексте отношений врача и пациента выделено три коммуникативные модели: патерналистская, информирующая и совещательная [9, Р. 3545]. У каждой есть свои основания и уместность до тех пор, пока адресат данного типа коммуникативных действий находится в ограниченном поле информации – врач, пациент, семья, близкие. Если к этому добавить интернет, всё изменится. Причиной тому станет то, что понижается сопротивляемость контраргументации, падает уверенность в собственных силах и сделанном выборе, реализуется т. н. «предвзятая проработка» [2, С. 288-289] поступающей информации, способствующая возрастанию недоверия к тому, что ранее казалось уже решенным. Именно здесь особенно активно запускается процесс сравнения суждений, точек зрения, выводов, умозаключений. Кажется, что имеющиеся основания для принятого решения следовать определенным предписаниям недостаточны. При этом важно обратить внимание на гендерный аспект этого вопроса. Мужчины принимают решения и делают выбор преимущественно самостоятельно. На этом настаивает система воспитания, акцентирующая мужской тип поведения как независимый, волевой, отважный, смелый и т. д., другими словами, мужчинам не подобает жаловаться и просить помощи. Женщины, напротив, ищут социальной и эмоциональной поддержки значительно чаще [2, С. 591-593; 4, С. 594-595], т. к. к этому также ведут традиции воспитания.

Поэтому и тяжелые жизненные ситуации переживаются не одинаково, и смертность мужчин после столкновения с трагичными обстоятельствами выше [4, С. 591-592], что не означает того, что женщинам легче. Женщины более открыты к различным поддерживающим видам коммуникации, мужчины не считают необходимым распространяться на слишком личные темы [4, С. 592]. Этот аспект опять же объясним традиционными представлениями, что сильный духом, «настоящий» мужчина немногословен [8, С. 123-124]. Следовательно, степень коммуникативной открытости для комплаенса зависит от ряда параметров, которые культурно обусловлены и не так просты для преодоления, если их рассматривать как преграду.

Возвращаясь к моделям взаимодействия врача и пациента, важно уточнить, между ними не существует непроходимых границ, они дополняют друг друга. Патерналистская модель работает в одностороннем порядке, где, в первую очередь, главенствует точка зрения врача и его представление об интересах пациента [9, Р. 3545]. Мнение самого больного не учитывается или рассматривается как необъективное и по умолчанию ошибочное. Информированная модель акцентирует исключительно отстраненную тактику

предоставления всех необходимых и исчерпывающих данных по состоянию пациента, оставляя его один на один с фактами. Совещательная модель не ограничивается насколько возможно полным информированием о текущем состоянии, лечении и прогнозе, но открыта к обсуждению вариантов дальнейших действий с пациентом и его близкими, учитывает его пожелания, установки, опасения, совместно доктор и пациент идут к определению вариантов дальнейших действий. Эти действия ведут к принятию решения, в котором на равных участвуют обе стороны, что дает возможность выразить каждой из них свою точку зрения.

Вместе с такими типами взаимоотношений существуют и способы коммуникативного регулирования и управления состоянием пациента, которые мобилизуют его внутренние психические ресурсы или, наоборот, акцентируют беспомощность и неспособность самостоятельно справиться с тяжелым недугом [4, С. 594-597]. Здесь коммуникативные обстоятельства оборачиваются несколько иным образом, нежели в рамках указанных выше моделей. В тех случаях, о которых идет речь, выздоровление зависит от типа ответственности, переживаемой пациентом. Когда пациенту предлагается позитивная перспектива, то ответственность, возлагаемая на него, ощущаемая им, связана с выздоровлением. В противоположном контексте ответственность возлагается за саму болезнь или травму, усиливающаяся точкой зрения, что данного недуга или несчастного случая можно было бы избежать.

Идея о том, что во всем, что с ним случилось, виноват сам пациент, удлиняет процесс выздоровления, напротив, мнение, что того что произошло нельзя было избежать, придает больше сил на пути к выздоровлению [4, С. 594-596]. Таким образом, определенные коммуникативные акценты, расставленные в соответствии с типом взаимодействия, способствуют улучшению или ухудшению общего состояния страдающего тем или иным недугом. Поэтому, важно подчеркнуть, что коммуникация в системе «врач/пациент» не является просто дополнением к основным процедурам лечения, коммуникация и есть неотъемлемая часть этого лечения, способствующая согласию следовать его требованиям и рекомендациям. В этом аспекте, мы подходим к ещё одной классификации моделей поддержки, отчасти пересекающихся, в некотором смысле синонимичных, с теми, что были представлены выше, и, в то же время, обладающими рядом специфических свойств, дополняющих и углубляющих патерналистские, информирующие и совещательные способы организации совместных действий в системе «врач/пациент».

Медицинская модель взаимодействия (общая формула «требование = лечению») и поддержки при выздоровлении обращает основное внимание на беспомощность пациента и его неспособность опираться на собственные силы на пути

выздоровлению. Другими словами, «больной» понимается буквально как лишенный здоровья, а, следовательно, и ответственности за проблему и решение [4, С. 596]. Всеми необходимыми ресурсами для достижения успешного результата обладает лишь доктор, за данный результат он или она и отвечает. Здесь присутствует нечто близкое патерналистской установке, отличие заключается в меньшей директивности медицинской модели, более осторожно подходящей к принятию решений.

Осведомляющая модель («требование = дисциплине») видит в пациенте главного ответственного за то, что с ним произошло. Условно говоря, виновен в том, что болен. Психокоррекционные группы, организуемые для работы с людьми, старающимися избавиться от пагубных зависимостей, обращаются к данной модели, акцентируя необходимость изменить образ жизни [4, С. 596].

Нравственная модель («требование = мотивации») указывает на личную ответственность за проблему и на то, что самодисциплина является предпосылкой выздоровления [С. 596]. «Люди не действуют безответственно потому, что они «больны», они «больны», потому что действуют безответственно» [4, С. 596-597].

Своеобразным синтезом информирующей и совещательной установок взаимодействия становится компенсаторная модель («требование = власти»), которая избегает морализаторства и обвинений [4, С. 597]. Обращаясь к волевым, когнитивным, поведенческим возможностям и ресурсам самих пациентов, предоставляет все условия для того, чтобы разобраться с текущей ситуацией и принять обоснованное решение. Присутствие известной степени самостоятельности в данном контексте не бросает человека один на один с проблемой, обращая внимание на то, что лишь обретая контроль (или власть) над своими решениями пациент находит оптимальный выход из создавшегося положения.

Итак, представленные способы работы коммуникативной работы в системе «врач/пациент» демонстрируют различные пути к согласию, комплаенсу, следовать определенным рекомендациям, требованиям, назначениям. Можно отметить, что данные тактики взаимодействия должны обращать дополнительное внимание на указанный выше гендерный аспект. Ряд исследований комплаентности фиксируют большую приверженность лечению женщин и меньшую мужчин [6, С. 105-107; 7, С. 184-185; 5, С. 127-128]. Это указывает на необходимость дополнительного изучения данного факта и его социально-психологических оснований.

Вместе с тем, разработка принципов комплаенса имеет разные направления, в частности, связанные с основами менеджмента организаций [10, Р. 4-8]. В этой сфере комплаенс понимается как соответствие требованиям, прежде всего, этико-правового и дисциплинарного характера, такое соответствие касается

сотрудников разного уровня [10, Р. 4; Р. 78-80]. Этические основы коммуникации востребованы в организациях любого типа, в медицинских структурах это измерение особенно заметно, и задействует не исключительно медицинских работников, а обращено также к пациентам.

Напр., правило «задавать тон» взаимодействию [10, Р. 76-77], настраивая на конструктивный диалог, минимизируя возможность конфликтов. Действительно, согласие следовать предписаниям более достижимо, если врач общается с пациентом как с коллегой, обсуждая и обмениваясь мнениями, симметрично, а не наоборот [6, С. 106]. Другой момент управления согласием касается ясности перспектив [10, Р. 78], чем более недвусмысленно они представлены, в частности, в виде альтернатив, тем понятнее для собеседника. Далее, важным параметром является достижимость результата [10, Р. 78]. Другими словами, доступно ли пациенту лечение, в том числе финансово? Насколько велики риски на этом пути? Что ожидает, если всё оставить как есть?

Ещё один компонент работы с комплаенсом связан с даваемыми обязательствами [10, Р. 78], здесь не следует преувеличивать собственные возможности, чтобы не обмануть ожиданий, но главное подтвердить участие, поддержку и внимание на всех этапах лечения. Конечно, важна открытость к диалогу и восприимчивость к иной точке зрения [10, Р. 78], это способствует установлению оптимальной степени партнерства, но без перегибов, социальная дистанция позволит сохранить объективность. И, наконец, доступный пониманию собеседника язык [10, Р. 86], предполагающий наглядные примеры и метафоры для большей объяснительной силы.

Таким образом, управлять согласием или соответствием, можно опираясь на широкий спектр коммуникативных ресурсов, среди которых главным критерием эффективности становится обратная связь, именно так представляется возможным в режиме реального времени регулировать взаимодействие врача и пациента.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Воловикова М.Л., Гончаров А.Е. Социокультурные условия развития

антипрививочных настроений в современном обществе // Лженаука в современном мире: медиасфера, высшее образование, школа: Сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвящённой памяти академика Э. П. Круглякова, проходившей в Санкт-Петербургском государственном университете 21—22 июня 2013 г. / Под ред. С.В. Тихонова (отв. ред.) и др. — СПб.: Изд-во ВВМ, 2013.

2. Гриффин Эм. Коммуникация: теории и практики / Пер. с англ. А.А. Науменко. / Под ред. А.А. Киселевой. — Харьков: Изд-во «Гуманитарный Центр»; 2015.

3. Майсак Н.В. Комплаенс как медицинский термин и поведенческая характеристика представителей социэкономических профессий // Термины в коммуникативном пространстве: материалы научно-практической конференции с международным участием «Дискурсология, терминология, экология языка в современной лингвистике» (11 мая 2018) / Отв. ред. С.И. Маджаева. — Астрахань: Изд-во Астраханского ГМУ, 2018.

4. Перспективы социальной психологии / Пер. с англ. А. Мирера, И. Москвиной –Тархановой, Е. Комаровой и др. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.

5. Пехота Н.В. Взаимосвязь социального статуса и комплаенс у пациентов с артериальной гипертензией // Евразийский кардиологический журнал. — 2019. - № S2.

6. Сорокина А.О. Комплаенс пациентов с гипертонической болезнью // Устойчивое развитие науки и образования. — 2018. - № 5.

7. Черемисинова Е.Н., Кызырова М.С., Филимонова О.Г. Комплаенс больных гипертонической болезнью и способы его улучшения // Устойчивое развитие науки и образования. — 2018. - № 5.

8. Шейнов В.П. Управление конфликтами: теория и практика. — Минск: Харвест, 2010.

9. Parillo J.E., Dellinger P.R. Critical care medicine principles of diagnosis and management in the adult.- 4th ed.- Philadelphia, 2014.

10. Singh, N. Compliance management : a how-to guide for executives, lawyers, and other compliance professionals. - Santa Barbara: Praeger, 2015.