

## **ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ: МЕДИЦИНСКИЙ КОМПЛАЕНС, ПАРТНЕРСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА**

**Трушкина С.В.**

*Трушкина Светлана Валерьевна*

*кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское шоссе, 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-93.*

*E-mail: trushkinasv@gmail.com*

### **Аннотация**

В лекции рассматривается проблема связи коммуникативных умений врача с уровнем комплаентности пациента. Приведенные данные показывают, что низкий уровень соблюдения лекарственного режима является распространенной проблемой в медицине. Отмечается, что выполнение больным врачебных предписаний имеет не меньшее значение для успешного лечения, чем сами эти предписания. Формирование успешного комплаенса обусловлено целым рядом причин, часть из которых лежит в сфере отношений врача и пациента.

Кратко рассмотрены две базовые модели, задающие пространство континуума во взаимоотношениях «врач — больной» — патерналистская и партнерская. Сделан акцент на условность такого разделения и на том, что реальные взаимоотношения обычно содержат в себе элементы обеих моделей, приближаясь в каждом случае к определенному полюсу в зависимости от особенностей клинической ситуации. Отмечено, что в современных моделях отношений общая цель медицинской помощи понимается более широко, чем раньше, а именно как сохранение и повышение качества жизни человека, а не только его трудоспособности.

Партнерские отношения предполагают достаточно высокую открытость и коммуникативную компетентность врача. Умение профессионально выстраивать процесс общения с пациентом переходит из категории желательных личностных черт врача в разряд его рабочих навыков. Данные эмпирических исследований показывают, что современные пациенты ожидают от врачей способности расположить к себе собеседника, ответить на его вопросы доступным языком, дать возможность высказать иное мнение и т.п. Однако, реальное поведение врачей в большом проценте случаев не соответствует этим ожиданиям, что негативно сказывается на уровне сотрудничества больных в деле собственного излечения.

Таким образом, освоение врачами принципов партнерства и конкретных приемов ведения профессиональной беседы выступает как актуальная задача. В российских программах профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала обучению навыкам профессионального общения не уделяется достаточного внимания. К коммуникативным умениям, важным для врача, можно отнести технику активного слушания, приемы оказания эмоциональной поддержки пациенту или его родственнику, навыки конструктивного преодоления сопротивления собеседника, умение ограничивать использование в беседе профессиональной лексики и эффективно предоставлять необходимую информацию. Рассмотрению этих техник предполагается посвятить следующую лекцию.

**Ключевые слова:** медицинский комплаенс; модели отношений в медицине; профессиональная коммуникация; коммуникативная компетентность; техники общения.

УДК 159.923:614.253.8

### **Библиографическая ссылка**

Трушкина С.В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14090

Поступила в редакцию: 14.06.2018 Прошла рецензирование: 22.07.2018 Опубликовано: 05.10.2018

## Медицинский комплаенс

Медицинская терминология последних десятилетий пополнилась понятием «комплаенс», которое обозначает согласие пациента с предложенным планом лечения и точное следование ему. Пациенты с высоким уровнем комплаентности принимают рекомендации врача, готовы добросовестно выполнять его советы по приему медикаментов и изменению повседневного поведения и в целом принимают более активное и осознанное участие в деле своего излечения. Как правило, они стремятся поддерживать с врачом отношения сотрудничества, а также чаще готовы разделять с ним ответственность за результаты лечения и возможные риски. Врач, работающий в условиях достаточно высокой комплаентности своих пациентов, менее подвержен синдрому эмоционального выгорания, чаще обладает высокой профессиональной самооценкой и имеет субъективное ощущение своей профессиональной успешности [9; 19].

Однако низкий уровень медицинского комплаенса является распространенной проблемой во всем мире. Более половины амбулаторного и больничного контингента больных в соматической медицине не принимают назначенных медикаментов и не выполняют врачебных предписаний [1; 10]. Больным с психическими расстройствами также свойственен невысокий уровень приверженности терапии: доля больных, принимающих антипсихотические препараты при шизофрении, достигает лишь 50—60%, а среди пациентов с биполярным аффективным расстройством она снижается до 35%. Половина пациентов с тяжелым депрессивным эпизодом полностью прекращает прием антидепрессантов через три месяца после начала лечения [14]. В целом, ситуация такова, что результативность лечения часто определяют не столько сами врачебные назначения, сколько готовность пациента им следовать. Существует мнение, что разработка метода, эффективно улучшающего соблюдение пациентами лекарственного режима, по своей действенности может быть приравнена к изобретению нового фармакологического препарата [7; 25]. Поэтому современная медицина требует от врача, помимо его умения правильно применять диагностические и лекарственные средства, способности оказывать влияние на выполнение больными его предписаний.

Причин низкой комплаентности пациентов может быть множество: иное, нежели у врача, понимание своего заболевания, побочные эффекты приема препаратов, негативное отношение больного или его семьи к медикаментозному лечению, слишком сложные схемы терапии, высокая стоимость лекарств, общая неудовлетворенность оказываемой медицинской помощью и т.д. [7; 12; 13; 22]. В эмпирическом исследовании А.С. Аведисовой с соавторами было установлено существенное расхождение между мотивами отказов больных шизофренией от длительной лекарственной терапии и представлениями лечащих психиатров об этих мотивах. Больные объясняли свой отказ от антипсихотического лечения: желанием воспринимать себя как здоровых и полноценных личностей при субъективно ощущаемом выздоровлении в ремиссии; побочными эффектами, особенно такими, которые бывают заметны окружающим или могут мешать социальному функционированию (заторможенность, тремор); отсутствием достаточной, с их точки зрения, результативности лечения. Врачи были склонны воспринимать отказ от терапии более узко — как признак отсутствия критики заболевания у больного и как сигнал, свидетельствующий об обострении его состояния [18].

## Модели взаимоотношений «врач — больной»

Часть причин отказов от терапии лежит в сфере взаимоотношений врача и пациента. Эти отношения в каждом конкретном случае складываются индивидуально и зависят от большого числа факторов, как-то: особенностей состояния и личности пациента, его нозологической принадлежности, пола, возраста, образовательного и социального статуса, а также от профессиональных и личностных характеристик врача. Вместе с тем, можно выделить две базовые модели, задающие пространство континуума во взаимоотношениях «врач — больной» или «врач — родственник больного» [17; 25; 30].

Одной из этих моделей является патерналистская (от лат. *paternus* — отцовский), основанная на ведущей, и как правило, авторитарной роли врача и на пассивном, зависимом положении пациента и его родных. Врач, занимая активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, принимает на себя все решения по вопросам лечебно-диагностического процесса, и он же несет всю полноту ответственности за ход лечения и его результат. Больной при этом остается сравнительно малоактивным, зависимым объектом терапии. Он сам и его родственники полностью передают заботу о его здоровье врачу, и именно это понимается как благо для больного. Допускается, что больной или члены его семьи могут быть не согласны с назначенным лечением, но из-за недостаточности их компетентности в медицинских вопросах решение всегда остается за врачом. Автономия больного сводится к большей или меньшей степени его согласия с врачебным усмотрением.

Традиции медицинского патернализма имеют глубокие исторические корни. Патерналистская модель заложена в отношениях врача и пациента целым рядом объективных факторов, среди которых такие как: наличие у врача глубоких специальных познаний, его моральное и юридическое право влиять на здоровье пациента, его профессиональная ответственность за исход лечения, традиция зависимости пациента от врача, закрепившаяся в медицинской практике, и другие. Следует отметить, что в рамках патерналистской модели сокращение психологической дистанции с пациентом или его родственниками, установление неформальных доверительных отношений между врачом и пациентом не приветствуются и могут даже восприниматься как нарушение профессиональной этики со стороны врача [4; 25].

На противоположном полюсе взаимоотношения находится партнерская модель. В ней отношения строятся на признании за обеими сторонами равных прав в принятии решения относительно лечения заболевания. Врач, пациент и его родственники руководствуются общей целью — преодолеть болезнь, и действуют, объединяя усилия. При этом пользователи помощи имеют право на выбор форм и объемов влияния на состояние здоровья больного. Врач является советчиком, снабжающим больного или его семью необходимой информацией, и разъясняющим, почему именно это, а не иное медицинское вмешательство наиболее полно удовлетворяет их запросы. В обязанности врача входит подробное информирование пользователей помощи о причинах и проявлениях заболевания, современных методах лечения, возможностях фармакотерапии, связанных с лечением трудностях и рисках. При этом врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом сохраняется свобода распоряжаться своей жизнью и судьбой. Ценность автономии пациента признается настолько высокой, что благодеяние врача вопреки воле и желанию больного считается недопустимым. В партнерской модели доверие между врачом, пациентом и его родственниками играет важнейшую роль, и на передний план выходит умение врача наладить с ними контакт и его способность учитывать их мнение. Наличие у врача этих умений рассматривается как показатель его высокого профессионализма [24].

Следует подчеркнуть, что в чистом виде и патернализм, и партнерство являются всего лишь моделями отношений, т.е. обобщенными и достаточно упрощенными теоретическими конструкциями. Реальные взаимоотношения в диаде «врач — больной» или «врач — родственник больного», как правило, содержат в себе элементы как одной, так и другой модели, тяготея в каждом конкретном случае к тому или другому полюсу в соответствии с особенностями клинической ситуации. Правоммерно не рассматривать жесткую дилемму — патернализм либо партнерство, а говорить об одновременном существовании элементов обеих форм отношений, каждая из которых имеет право на существование в лечебной практике, в зависимости от конкретной клинической и социальной ситуации, а также ряда иных обстоятельств [30].

Традиционная патерналистская модель основана на приоритете жизни и трудоспособности больного, сохранение которых оправдывает для врача едва ли не любые средства. В рамках новых непатерналистских подходов благо пациента понимается более широко, исходя из приоритета сохранения и повышения качества

жизни получателя медицинской помощи. Восстановление здоровья подчинено общей цели сохранения качества жизни больного и выступает лишь как одна из его составляющих [8]. В связи с этим возрастает значимость переживания пациентом субъективной удовлетворенности ходом лечения, соответствия его результатов индивидуальным ожиданиям, процессов реабилитации и ресоциализации. За больным признается право воспринимать ситуацию болезни с позиции его субъективных переживаний и потребностей, которые являются для него психологической реальностью и выступают как фактор, воздействующий на ход лечения наравне с лекарствами.

### **Коммуникативная компетентность врача**

В партнерских подходах кардинальным образом трансформируется восприятие пациента врачом. Он не рассматривается лишь как носитель заболевшего органа или системы, а понимается как самостоятельный субъект терапевтического процесса и как целостный человек с индивидуальным психологическим миром и вовлеченностью во вполне определенные социальные отношения. В связи с этим важнейшим требованием, предъявляемым к врачу, становится его умение общаться как с самими пациентами, так и с их родными, и оно рассматривается как одно из наиболее ценных профессиональных качеств. Умение грамотно выстраивать процесс общения переходит из категории желательных личностных черт врача в разряд его необходимых практических навыков. Они в значительной степени влияют на эффективность лечебно-диагностического процесса, удовлетворенность пациента оказанной помощью, его оценку профессионализма врача, а также на экономическую эффективность медицинской помощи в целом [10; 17; 29].

В ряде эмпирических исследований была установлена высокая значимость для больных и их родственников коммуникативных умений врача. Было показано, что наличие развитых коммуникативных навыков у врача положительно влияет на целый ряд значимых показателей: согласие пациента принимать назначенное ему лекарство, результаты лечения, субъективную оценку своего здоровья пациентом, уменьшение стоимости лечения и повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении. И, напротив, низкая компетентность врача в сфере общения, использование им авторитарного стиля были связаны с неудовлетворенностью пациентов и их родственников проводимым лечением. Кроме того, низкий уровень коммуникации коррелировал с большим числом последующих судебных разбирательств [1; 25]. В отечественных работах по оценке комплаентности больных в психиатрии был отмечен тот факт, что врач способен оказать отрицательное влияние на формирование комплаенса, если он не проявляет достаточной заинтересованности и включенности в решение проблем больного, недостаточно разъясняет пользу и возможные побочные эффекты лекарств, не дает советов по режиму дня и образу жизни, не учитывает реальных возможностей пациента и его родственников придерживаться предписанного распорядка приема лекарств или их способности выкупить препарат [14; 15; 16]. В исследовании Т.А. Солохиной, посвященном оценке качества психиатрической помощи пользователями, было показано, что пациенты и их родственники ожидают от психиатров конкретных коммуникативных умений, а именно: расположить к себе пациента; ответить на вопросы доступным языком; предоставить возможность высказаться, не перебивая; учесть мнения, суждения и ожидания пациента; продемонстрировать уважение к нему или к его родственнику; верно интерпретировать их мысли и чувства. В исследовании была выявлена высокая степень несоответствия между ожидаемым больными и их родственниками коммуникативным поведением врача и тем, с которыми они сталкиваются в реальности. Оценки пользователей снижались из-за недостаточного предоставления и разъяснения врачами информации о болезни и лечении, использования ими непонятных медицинских терминов, незаинтересованности семейными проблемами респондентов, непризнания роли пациента и его родственника в качестве активных партнеров в лечении, поспешности консультации и отсутствия возможности обсудить проблемы с врачом. При этом родственники больных, как

правило, предъявляли более высокие требования к специалистам и были более критичными в своих оценках, нежели сами больные [25].

Таким образом, освоение врачами принципов и конкретных приемов ведения профессиональной беседы выступает как задача актуальная и важная в плане обеспечения эффективности медицинской помощи. В ряде западных стран обучение навыкам профессионального общения включено в систему медицинского образования как на преддипломном, так и на последипломном этапах. В российских программах профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала этим вопросам не уделяется достаточного внимания [2; 6; 27; 28]. Результатом такого образовательного пробела является ощущаемый пациентами недостаток у медицинского персонала навыков внимательно выслушать больного, доходчиво донести до него необходимую информацию, обсудить значимые для него моменты лечения, возразить ему, не вызывая обострения противоречий, и т.д. Это негативным образом сказывается на формировании медицинского комплаенса, партнерских элементов в отношениях врача и больного (или его родственника) и эффективности медицинской помощи в целом.

Между тем, компетентность специалистов в области профессионального общения и взаимодействия является хорошо разработанной темой в психологии, и в частности — в медицинской психологии [3; 11; 21; 23; 26]. В специальной литературе можно найти достаточное количество работ, посвященных соответствующим приемам, а также методам обучения им в теории и на практике [2; 5; 10; 20]. Представляется, что к наиболее действенным коммуникативным умениям врача следует отнести технику активного слушания, приемы оказания эмоциональной поддержки пациенту или его родственнику, навыки конструктивного преодоления сопротивления собеседника, умение ограничивать использование в беседе профессиональной лексики и эффективно предоставлять необходимую информацию. Рассмотрению этих техник будет посвящена следующая лекция.

### **Литература**

1. Аведисова А.С. Проблемы длительной терапии хронических заболеваний: комплаенс – отказ от терапии – мотивация к лечению // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – № 48. – С. 64–69.
2. Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Модель «обучающей супервизии» в практике последипломной подготовки детского психиатра // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике: матер. научно-практич. конф., посвящен. памяти проф. С.С. Мнухина. – СПб., 2010. – С. 13–18.
3. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М.: Класс, 2000. – 208 с.
4. Асриян О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 61, № 4. – С. 93–97.
5. Белоглазова А.М., Дюргерова М.М. Тренинг навыков взаимодействия с пациентом как средство повышения эффективности профессиональной деятельности врача-стоматолога // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – М., 2011. – С. 287–291.
6. Благовидова О.Б. Анализ анкетирования врачей первичного звена в Российской Федерации // Интеграция психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения. – Архангельск: Сев. гос. мед. университет, 2015. – С. 62–64.

7. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
8. Горбунов А.А., Деларю В.В. Психотерапевтическая помощь в оценках её потребителей // Клиническая психология в здравоохранении и образовании. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – М., 2011. – С. 301–304.
9. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – Т. 6, № 2. – С. 4–12.
10. Колягин В.В. Коммуникации в медицине. Основы трансактного анализа: пособие для врачей. – Иркутск: Иркут. гос. мед. академ. последип. образ. – 2012. – 60 с.
11. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / пер. с лит. – М.: Акад. проект, 1999. – 240 с.
12. Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. – СПб.: Деан, 2001. – 416 с.
13. Лапин И.П. Отношение пациента к эффектам лекарства как причина отказа от фармакотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 112–115.
14. Лутова Н.Б. Оценка факторов комплаентности психически больных и влияние на них коморбидных расстройств. Методические рекомендации. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 2012. – 23 с.
15. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 2. – С. 33–36.
16. Лутова Н.Б., Петровская И.Н., Вид В.Д. Сознание болезни и комплаенс больных психозами // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 10–15.
17. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 432 с.
18. Мотивы отказов больных шизофренией от длительной антипсихотической терапии / А.С. Аведисова, Д.В. Ястребов, В.И. Бородин [и др.] // Фундаментальные аспекты психического здоровья. – 2011. – № 2. – С. 3–10.
19. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
20. Носкова М.В., Казаева А.В. Ролевая игра как инструмент формирования коммуникативных навыков во взаимоотношениях «врач-пациент» // Инновации в профессиональном и профессионально-педагогическом образовании: матер. 20-й Всероссийской науч.-практ. конф., Екатеринбург, 22-23 апреля 2015 г. – Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. университет., 2015. – Т. 1. – С. 302–305.
21. Петровская Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг. – М.: Моск. гос. университет, 1989. – 216 с.
22. Семенова Н.Б. Отношение родственников психически больных к психофармакотерапии и проблема комплаенса // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2013. – № 4. – С. 104–106.
23. Сидоренко Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
24. Солондаев В.К., Сумеркина Д.В. Комплаенс в общении врач-больной // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 4(9) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.05.2018).
25. Солохина Т.А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.

26. Тобиас Л. Психологическое консультирование и менеджмент: Взгляд клинициста / пер. с англ. – М.: Класс, 2003. – 160 с.
27. Урываев В.А. Медико-психологическое сопровождение профессиональной подготовки врача // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 43–45.
28. Урываев В.А. О кафедре медицинской психологии в медицинском ВУЗе [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири. – 2008. – № 2. – URL: [http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=227](http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=227) (дата обращения: 16.05.2018).
29. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Бином, 2012. – 288 с.
30. Ястребов В.С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии // Психиатрия. – 2012. – № 4(56). – С. 7–13.

## Present day challenges: medical compliance, partnership relationships, doctor's communicative competence

Trushkina S.V.<sup>1</sup>

E-mail: [trushkinasv@gmail.com](mailto:trushkinasv@gmail.com)

<sup>1</sup> Scientific Center of Mental Health

Kashirskoye shosse, 34, Moscow, 115522, Russia

Phone: 8 (495) 109-03-93

### Abstract

The lecture discusses a problem of connection between the communication skills of a doctor and a patient's level of compliance. The data below show that a low level of adherence to treatment is a common medical problem. It is noted that a patient's compliance can be as important for a successful treatment as doctor's prescriptions themselves. The formation of a successful compliance is due to several reasons, some of which belong to the sphere of the doctor–patient relationship (DPR).

Two basic patterns — paternalism and partnership — setting the space continuum in the doctor-patient relationship are discussed. It is emphasized that this division is approximate, and relationships in real life usually include elements of both patterns and get closer to either of them depending on peculiarities of a clinical setting. It is stated that in modern relationships patterns the common goal of medical care is understood in a broader way than before — it is dedicated to saving a human's life and making it better and not only to saving their performance capability.

Partnership relationships suggest a rather high level of openness and doctor's communicative competence. The skill of establishing communication with a patient in a professional manner transforms from a desirable skill for a doctor into one of his or her basic work competences. The empirical research data show that present-day patients expect doctors to inspire affection, answer patients' questions clearly, let patients express their opinion, etc. However, the real behavior of doctors in many cases does not meet these expectations, which has a negative impact on the level of patients' involvement in their own recovery.

Accordingly, there is an urgent problem for doctors to study partnership principles and definite techniques for establishing professional communication. In Russia, there is not enough attention dedicated to acquiring professional communication skills in training programs for doctors and nursing staff. Communicative skills that are essential for doctors may include active listening technique, skills of the constructive overcoming of patient's resistance, decreasing the amount of professional terminology in conversations and providing patients with all necessary information. The following lecture is suggested to be dedicated to the discussion of these techniques.

**Key words:** medical compliance; relationship patterns in medicine; professional communication; communicative competence; communication techniques.

### For citation

Trushkina S.V. Present day challenges: medical compliance, partnership relationships, doctor's communicative competence. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 4, p. 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14090 [in Russian, abstract in English].