

МОДЕЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

А.С.Шабанова, Л.В.Боговин, В.П.Колосов

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», 675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22

РЕЗЮМЕ

Эффективность медицинской помощи в значительной части случаев определяется качеством обмена информацией между врачом и пациентом. Зачастую, важную роль отводят избранным моделям терапевтического взаимодействия, на основании которых выстраиваются отношения врач–пациент и формируется общий психологический фон коммуникации. В статье представлен краткий обзор в зарубежной и отечественной литературе основных моделей терапевтического взаимодействия и определены наиболее предпочтительные из них. Показана важная роль коммуникативной компетентности врача, а также то, что владение коммуникативными навыками позволяет более эффективно решать лечебно-диагностические и организационные задачи в процессе оказания медицинской помощи пациентам. Рассмотрены основные компоненты эффективного взаимодействия, способствующие формированию доверительных отношений между пациентом и врачом.

Ключевые слова: модели терапевтического взаимодействия, коммуникативная компетентность.

SUMMARY

MODELS OF THERAPEUTIC INTERACTION BETWEEN DOCTORS AND PATIENTS

A.S.Shabanova, L.V.Bogovin, V.P.Kolosov

Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration, 22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

The effectiveness of medical care in most cases depends on the quality of informational exchange between the doctor and the patient. Often, selected models of the therapeutic interaction, which are the basis for the doctor-patient relationship and form a common psychological background of this communication are very important. The article presents a brief review of the main models of the therapeutic interaction in the foreign and domestic literature. Also we determined the most preferable of them. We showed the important role of doctor's communicative competence, as well as the fact that possession of communicative skills allow them to solve medical-diagnostic and organizational problems more effectively while treating the patient. Also we studied the main components of effective interaction, promoting the formation of trust between the patient and the doctor.

Key words: models of therapeutic interaction, communicative competence.

Одним из наиболее актуальных направлений исследований в современной медицинской психологии является изучение психологических факторов лечебного процесса, прежде всего, сложной системы взаимоотношений, которая складывается между врачом и пациентом [20, 21, 25, 27, 29]. По результатам исследований С.А.Барри et al. [19], только четверо из 35 пациентов сообщают своему врачу о появлении новых симптомов, побочных эффектах лечения и отказе от выполнения лечебных рекомендаций. Из изученных А.Кузел et al. [26] 221 инцидента, отрицательно влияющего на здоровье пациента, в 82,37% случаев было обнаружено плохое качество взаимоотношений врач–пациент. Д.Н.Ферналд et al. [23] при изучении 608 врачебных ошибок установил, что в 70,8% случаев их причиной были проблемы общения врача с пациентом. И.Харди считает, что частота назначения неэффективного лечения зависит от низкого качества взаимоотношений между пациентом и врачом [8].

Единой общепринятой классификации моделей взаимоотношений врача и пациента не существует, рассматриваются наиболее распространенные из них. Эволюционная типология врачевания описана П.Д.Тищенко [17]. По его мнению, на протяжении истории развития медицины и до сегодняшнего дня существовали четыре модели взаимоотношений врача и пациента: модель Гиппократ («не навреди»), модель Парацельса («делай добро»), деонтологическая модель («соблюдение долга») и модель биоэтики (биомедицинской этики), которая в свою очередь представлена двумя формами – либеральной и консервативной [13].

В зарубежной литературе представлены классические модели взаимоотношений врач–пациент Т.Парсонса, Т.Шаца и М.Холлендера, С.Блюма. По сравнению с моделью Т.Парсонса в моделях Т.Шаца и М.Холлендера характеристика отношений врач–пациент представлена в зависимости от заболеваемости пациента, с учетом роли последнего. В модели взаимоотношений врач–пациент С.Блюма акцент делается на влиянии социального окружения (семья, класс, национальность, религия и т. д.) [10]. Однако наибольшее распространение получили модели Е.Эсмануэль, Л.Эсмануэль и американского философа Р.Витча.

Главным отличием друг от друга моделей, представленных Е.Эсмануэль и Л.Эсмануэль, является понимание концепции автономии больного. При патерналистской модели врач, тщательно определив стадию патологического процесса, проводя необходимые медицинские анализы, назначает лечение, направленное на устранение боли и ее причины. Затем он знакомит больного с собранной информацией, причем таким образом, чтобы способствовать получению его

согласия на запланированное вмешательство. Автономия больного отсутствует. Основой информационной модели является предоставление больному всей необходимой информации, касающейся заболевания. Задача пациента – выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, а на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение. Информационная модель допускает четкое разграничение объективных фактов и пожеланий больного. Таким образом, концепция автономии больного по этой модели заключается в контроле за формированием врачебного решения. В соответствии с интерпретационной моделью, целью взаимодействия является выяснение требований больного, а также и помощь в выборе доступных медицинских вмешательств, реализующих эти требования с максимальной эффективностью. Однако в отличие от предыдущей, для нее характерна направленность на более тесный контакт врача и пациента, а именно, терпеливая работа с ним, чтобы убедить в правильности того или иного решения. Следовательно, концепция автономии больного заключается не только в свободе выбора им методов лечения, но и в понимании аргументов в пользу правильного выбора. В случае использования совещательной модели, целью врача является помощь больному в выработке требований, наилучшим образом согласующихся с пользой для него. Врач предоставляет больному всю медицинскую информацию о его болезни, а затем объясняет, какие методы лечения предпочтительнее использовать. Согласие достигается всесторонним обсуждением вопроса. Концепция автономии заключается в том, что больной имеет возможность выбора метода лечения на основе детального рассмотрения с врачом всех альтернативных вариантов и определения оптимального [22].

Американский специалист по медицинской этике Р.Витч выделяет четыре модели взаимоотношений врача и пациента: В рамках «технической» (инженерной) модели врач относится к пациенту как к «безличностному механизму», и его задача – исправить «поломки» механизма, обусловленные действием внешних или внутренних факторов. Мнение пациента, не обладающего необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, не только бесполезно, но и может быть вредно из-за привнесения субъективных оценок. «Патерналистская» модель (пасторская), превращает врача в священника, который больше заботится о душе, чем о теле, межличностные отношения здесь подобны отношениям наставника и подопечного. Общение мотивировано стремлением помочь страдающему человеку и избежать нанесения ему вреда. Его моральными характеристиками можно полагать любовь к ближнему, благотворительность, милосердие и справедливость. При «коллегальной» модели врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медицинскими работниками, пациент становится в состоянии прини-

мать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора. Наилучшим образом эта модель применяется в случаях длительно текущих хронических заболеваний. Особенность «контрактной» модели – заключение соглашения, в котором врач осознает, что в случаях значимого выбора именно за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой, а взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. По мнению Р.Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. В рамках контрактной модели «...индивидуумы и группы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод... Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости существенно важны для реализации контрактных отношений» [7].

Отечественная медицинская практика выработала две основные модели взаимоотношений в системе врач-больной: патерналистская модель – врач не только принимает на себя обязанности пациента, но и самостоятельно решает, как будет проводиться лечение; и автономная модель, исходящая из принципа автономии пациента, согласно которому вся врачебная деятельность строится на основе равноправного диалога с пациентом [15]. Для того чтобы больной принял определенное решение, врач должен информировать его о характере заболевания и планируемых диагностических и лечебных мероприятиях [18].

В отечественной медицине долгое время преобладала патерналистская модель, в наши дни вытесняемая моделями на основе пациент-ориентированного подхода. Однако адаптация моделей взаимоотношений между пациентом и врачом имеет ряд особенностей. Так, практическое применение одной из самых распространенных на сегодняшний день модели контрактного типа, в России имеет существенное отличие от общемировой практики. Ввиду ряда культурно-исторических причин, патернализм в России распространялся не только на медицину, но и на все сферы общественной деятельности. Поэтому избавиться от патерналистских установок общественного сознания чрезвычайно сложно. Многочисленные социологические исследования в медицине за последние 10 лет показывают, что заключением контракта (договора) российский пациент, с одной стороны, демонстрирует свое равноправие в отношениях «врач–пациент», с другой стороны, сознательно, договором стремится узаконить патерналистские отношения с врачом (т.е. перекладывает всю ответственность за исход лечения на врача) [5].

Следует отметить, что каждая из рассмотренных моделей является идеальным типом и, как правило, не реализуется в чистом виде, хотя взаимодействие врача и пациента в том или ином случае и может строиться в соответствии с одной из моделей. Необходимотакже

иметь в виду и то, что выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи, специализацией врача и т.д. [17].

По результатам исследований авторов [3, 15], при выборе модели взаимоотношений врач–пациент для больных наименее предпочтительна модель технического типа. Наиболее предпочтительной оказалась контрактная и коллегиальная модели [7]. Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Пациент и врач – равноправные участники лечебно-диагностического процесса. Профессиональный уровень врача, степень информированности пациента, доверие и согласие между ними, осознанно принятые пациентом решения определяют перспективы лечения субъекта в ситуациях болезни [13]. Оптимальным является взаимодействие, когда врач и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения. Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии (профессиональной этики медицинских работников) [10, 24].

Поскольку общение вплетено в контекст профессиональной деятельности врача, существуют также монологичная и диалогичная модели. При монологичной модели общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог знающего специалиста с невежественным слушателем. Ярким примером такого взаимодействия представляется так называемая «пасторская модель»: если не считать жалоб, то пациенту нечего сказать врачу по существу вопроса – о сущности заболевания и выборе лечения. Диалогичная модель разворачивается в качестве диалога равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему с разных сторон, дополняя познания друг друга [7]. В англоязычной литературе в рамках диалога врачу рекомендуется следовать модели «четырёх Е» (four Es): вовлечь в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (educate), заинтересовывать в излечении (enlist) [1, 2].

Для формирования благоприятного информационно-коммуникативного микроклимата между медицинским специалистом и пациентами особое значение имеет коммуникативная компетентность врача [6, 11, 12]. В наиболее общем виде коммуникативную компетентность можно охарактеризовать как опыт межличностного общения, необходимый для эффективного взаимодействия с людьми в различных сферах. Коммуникативная компетентность врача предполагает также наличие у него определенных профессиональных взглядов и убеждений, установки на эмоционально-положительное отношение к пациенту, независимо от его личностных качеств, а также целый комплекс коммуникативных навыков. Также она взаимосвязана с психологическим эффектом лечения и проявляется в отсутствии реакций игнорирования, в высоком уровне эмпатии, и в отношении к другому человеку как к активному участнику взаимодействия [9]. При хорошем

контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, возникает меньше побочных действий и осложнений, а применяемое лечение имеет лучший эффект. Одной из основ лечебной деятельности является умение медработника понять больного человека. Также важную роль играет умение выслушать пациента, что представляется необходимым для формирования доверительного контакта. Сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна и для самого больного [4].

Рекомендуется учитывать и особенности (профильность) заболевания при контакте с пациентом, поскольку в терапевтических отделениях находятся больные самого различного профиля. Это, например, пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, органов дыхания, почек и др. [14]. И нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения, что оказывает влияние и на процесс взаимоотношений врача и пациента. Длительный отрыв от профессиональной деятельности и семьи, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у пациентов комплекс различных психогенных реакций [24].

При всем разнообразии подходов и моделей при взаимодействии врача и пациента выявлено необходимое наличие четырех главных компонентов. Поддержка – это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и пациента. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным, врач с пациентом разделяют ответственность за дальнейший исход лечения. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли пациента в лечебном процессе [28, 30]. Понимание появляется в случаях, когда пациент уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я Вас понимаю» или выражает то же самое невербальными средствами (кивком головы, взглядом). Интонация способна продемонстрировать как внимание и понимание, так и отстраненность, и отсутствие интереса. Реплики врача типа «Пожалуйста, продолжайте», «Расскажите подробнее» или простое повторение услышанного создают у пациента ощущение, что его слушают и хотят помочь [16]. Уважение подразумевает признание ценности пациента как индивида и важности его забот. Необходимо не только выслушать человека, но и показать, что его слова произвели впечатление, т.е. необходимо признать значительность происходящих с ним событий. Улучшению взаимопонимания способствует такая, например, фраза: «Вы слишком долго болеете, и Ваше огорчение очень естественно и понятно». Чтобы продемонстрировать уважение, нужно ознакомиться с обстоятельствами жизни пациента настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни. Уместно бывает похвалить пациента за терпение, за аккуратное соблюдение рекомен-

даций врача. Сочувствие является ключом к установлению сотрудничества между врачом и пациентом. Проявить сочувствие можно высказав личную оценку ощущений и эмоций пациента: «Вам пришлось нелегко». Сочувствие начинается с самого факта присутствия врача, часто молчаливого, с ожидания, когда пациент заговорит. Врачу необходимо терпеливо выслушать пациента, даже когда тот повторяется, дать ему возможность обсудить причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь [5].

Итак, проведенный анализ подтверждает, что для современной медицины характерно отсутствие универсальной модели взаимодействия врача и пациента. Вместе с тем отмечается, что модель взаимодействия оказывает существенное влияние на результаты лечения и при ее выборе необходимо учитывать как характер заболевания, так и индивидуальные особенности пациентов. Наиболее перспективными считаются модели, предполагающие совместное принятие решения, конечной целью которого является защита прав и интересов пациента. Для создания доверительных отношений, врачу рекомендуется развивать коммуникативную компетентность, т.к. профессиональная деятельность врача неразрывно связана с общением как процессом обмена информации, восприятием и пониманием. Более того, в своей практике врачи соприкасаются с различными сферами жизни человека и общества. Поэтому для достижения максимальной эффективности в своей профессиональной деятельности врач должен хорошо знать закономерности и особенности процесса общения, а также причины возникновения барьеров в процессе межличностного взаимодействия для их успешного преодоления и создания благоприятных условий для выздоровления пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л.Л. Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2002. 22 с.
2. Баракат Н.В. Модели взаимодействия как фактор эффективности медицинской интеракции // Альманах современной науки и образования. 2013. №6(73). С.19–21.
3. Богатырев А.А. Поведенческие особенности пациентов с приобретенной беспомощностью: сравнительный анализ различных групп пациентов // Фундаментальные исследования. 2014. №12(10). С.2245–2250.
4. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: введение в психологию профессионального общения. (Лекция 1) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.04.2016).
5. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.04.2016).
6. Васильева Л.Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. №5(22). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 13.04.2016).
7. Введение в биоэтику / под. ред. Б.Г.Юдина М.: Прогресс-Традиция, 1998. 243 с.
8. Денисов И.Н., Резе А.Г., Волнухин А.В. Коммуникативные навыки врачей в амбулаторной практике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №5. С.18–21.
9. Дуброва В.П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом // Психологическая наука и образование. 2000. №3. С.62–66.
10. Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Волгоград: ВолгГМУ, 2007. 49 с.
11. Ледванова Т.Ю., Коломейчук А.В. Формирование коммуникативной компетентности врача // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2015. Т.5, №2. С.115–121.
12. Манулик В. А., Михайлюк Ю. В. Содержание и структура коммуникативной компетентности врача в контексте профессионально-личностного становления // Медицинский журнал. 2014. № 2. С.153–157.
13. Савинова Е.О., Кром И.Л., Еругина М.В. Коммуникации врач-пациент в контексте тенденций институционализации здравоохранения // Материалы международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты». Новосибирск. 2014. №16. С.38–42.
14. Селезнев С.Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 18.04.16).
15. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Коммуникационный процесс врач-пациент в современном здравоохранении // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2007. №1. С.198–201.
16. Троицкая Л.А., Романова М.А., Григорьева И.А., Алехичева Н.Н., Беликова А.А. Деонтологические принципы и психологические особенности профессионального взаимодействия доктора с пациентом // Практика педиатра. 2013. №6. С.48–61.
17. Филиппченкова С.И. Социально-психологическая модель врачевания в междисциплинарной парадигме исследований // Перспективы науки. 2010. №4(6). С.20–24.
18. Яковлев В.М., Ягода А.В. Взгляд клинициста на дегуманизацию отношений «врач-пациент» // Архив внутренней медицины. 2013. №5(13). С.32–34.
19. Barry C.A., Bradley C.P., Britten N., Stevenson F.A., Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study // BMJ. 2000. Vol.320. P.1246–1250.

20. Cousin G., Schmid Mast M., Roter D.L., Hall J.A. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction // *Patient Educ. Couns.* 2012. Vol.870, №2. P.193–197
21. Chipidza F.E., Wallwork R.S., Stern T.A. Impact of the doctor-patient relationship // *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2015. Vol.17, №5. doi: 10.4088/PCC.15f01840
22. Emanuel E.J., Emanuel L.J. Four models of the physician-patient relationship // *JAMA.* 1992. Vol.276, №16. P.2221–2226.
23. Fernald D.H., Pace W.D., Harris D.M., West D.R., Main D.S., Westfall J.M. Event reporting to a primary care patient safety reporting system: a report from the ASIPS collaborative // *Ann. Fam. Med.* 2004. Vol.2, №4. P.327–332.
24. Igel L.H., Lerner B.H. Moving Past Individual and “Pure” Autonomy: The Rise of Family-Centered Patient Care // *AMA J. Ethics.* 2016. Vol.18, №1. P.56–62.
25. Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship // *Int. J. Surg.* 2007. Vol.5, №1. P.57–65.
26. Kuzel A.J., Woolf S.H., Gilchrist V.J., Engel J.D., LaVeist T.A., Vincent C., Frankel R.M. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care // *Ann. Fam. Med.* 2004. Vol.2, №4. P.333–340.
27. Mendoza M.D., Smith S.G., Eder M.M., Hickner J. The Seventh Element of Quality: The Doctor-Patient Relationship // *Fam. Med.* 2011. Vol.43. №2. P.83–89.
28. Morgan M. The doctor-patient relationship // *Sociology as Applied to Medicine* / Patrick D.L., Scambler G. (eds). 2nd ed. London: Balliere Tindall, Elsevier. 1982. P.55–68.
29. Ong L.M., de Haes J.C., Hoos A.M., Lammes F.B. Doctor-patient communication: a review of the literature // *Soc. Sci. Med.* 1995. Vol.40, №7. P.903–918.
30. Williams M.V., Davis T., Parker R.M., Weiss B.D. The role of health literacy in patient-physician communication // *Fam. Med.* 2002. Vol.34. №5. P.383–389.

REFERENCES

1. Alekseeva L.L. Personal features and communicative potential of medical personnel in ambulatory pediatrics: abstract of PhD thesis (Soc. Sci.). St. Petersburg; 2002 (in Russian).
2. Barakat N.V. Models of interaction as a factor in the effectiveness of medical interactions. *Al'manakh sovremennoy nauki i obrazovaniya* 2013; 6(73):19–21 (in Russian).
3. Bogatyrev A.A. Behavioral characteristics of patients with acquired helplessness: various group comparative analysis. *Fundamental research* 2014; 12(10):2245–2250 (in Russian).
4. Boluchevskaya V.V., Pavlyukova A.I. Doctor Communication: An Introduction to the psychology of professional communication. (Lecture 1). *Medicinskaya psihologiya v Rossii* 2011; 1. Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_1_6/номер/номер21 (in Russian).
5. Boluchevskaya V.V., Pavlyukova A.I., Sergeeva N.V.

Doctor Communication : features professional interaction. (Lecture 3). *Medicinskaya psihologiya v Rossii* 2011; 3. Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/номер/номер22 (in Russian).

6. Vasil'eva L.N. About communicative competence of future doctors. *Medicinskaya psihologiya v Rossii* 2013; 5. Available at: http://mprj.ru/archiv_global/2013_5_22/номер/номер04 (in Russian).
7. Yudin B.G. Introduction to Bioethics. Moscow: Progress-Traditsiya; 1998 (in Russian).
8. Denisov I.N., Reze A.G., Volnukhin A.V. The communicative skills of physicians in ambulatory practice. *Problems of social hygiene, health and history of medicine* 2012; 5:18–21 (in Russian).
9. Dubrova V.P. Some aspects of psychological training medical therapeutic interaction with the patient. *Psychological science and education* 2000; 3:62–66 (in Russian).
10. Efimenko S.A. Patient sociology: abstract of PhD thesis. Volgograd; 2007 (in Russian).
11. Ledvanova T.Yu., Kolomeychuk A.V. Formation of doctor's communicative competence. *Bulletin of medical internet conferences* 2015; 5(2):115–121 (in Russian).
12. Manulik V.A., Mikhaylyuk Yu.V. The contents and structure of communicative competence of the doctor in the context of professional and personal formation. *Meditsinskiy zhurnal* 2014; 2:153–157 (in Russian).
13. Savinova E.O., Krom I.L., Erugina M.V. Communication doctor-patient relationship in the context of the health trends of institutionalization. In: Proceedings of the International scientific-practical conference “Fundamental and applied research: problems and results”. Novosibirsk; 2014; 16:38–42 (in Russian).
14. Seleznev S.B. Features of the medical staff to communicate with patients of different profiles (based on lectures for the students of medical and social institutions). *Medicinskaya psihologiya v Rossii* 2011; 4. Available at: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/номер/номер23 (in Russian).
15. Surmach M.Yu., Tishchenko E.M. The communication process of the doctor-patient relationship in the modern health care. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta.* 2007; 1:198–201 (in Russian).
16. Troitskaya L.A., Romanova M.A., Grigor'eva I.A., Alekhicheva N.N., Belikova A.A. Deontological principles and psychological features of professional interaction of the doctor with the patient. *Praktika pediatria* 2013; 6:48–61 (in Russian).
17. Filippchenkova S.I. Socio-psychological model of healing in an interdisciplinary research paradigm. *Science prospects* 2010; 4:20–24 (in Russian).
18. Yakovlev V.M., Yagoda A.V. Look at the dehumanization of the clinician relationship «doctor–patient». *Arkhiv" vnutrenney meditsiny* 2013; 5(13):32–34 (in Russian).
19. Barry C.A., Bradley C.P., Britten N., Stevenson F.A., Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320:1246–1250.
20. Cousin G., Schmid Mast M., Roter D.L., Hall J.A. Concordance between physician communication style and

patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Educ. Couns.* 2012; 87(2):193–197.

21. Chipidza F.E., Wallwork R.S., Stern T.A. Impact of the doctor-patient relationship. *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2015; 17(5). doi: 10.4088/PCC.15f01840

22. Emanuel E.J., Emanuel L.J. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 276(16):2221–2226.

23. Fernald D.H., Pace W.D., Harris D.M., West D.R., Main D.S., Westfall J.M. Event reporting to a primary care patient safety reporting system: a report from the ASIPS collaborative. *Ann. Fam. Med.* 2004; 2(4):327–332.

24. Igel L.H., Lerner B.H. Moving Past Individual and «Pure» Autonomy: The Rise of Family-Centered Patient Care. *AMA J. Ethics* 2016; 18(1):56–62.

25. Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int. J. Surg.* 2007; 5(1):57–65.

26. Kuzel A.J., Woolf S.H., Gilchrist V.J., Engel J.D., LaVeist T.A., Vincent C., Frankel R.M. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann. Fam. Med.* 2004; 2(4):333–340.

27. Mendoza M.D., Smith S.G., Eder M.M., Hickner J. The Seventh Element of Quality: The Doctor-Patient Relationship. *Fam. Med.* 2011; 43(2):83–89.

28. Morgan M. The doctor-patient relationship. In: Patrick D.L., Scambler G., editors. *Sociology as Applied to Medicine*. 2nd ed. London: Balliere Tindall, Elsevier; 1982. pp.55–68.

29. Ong L.M., de Haes J.C., Hoos A.M., Lammes F.B. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40(7):903–918.

30. Williams M.V., Davis T., Parker R.M., Weiss B.D. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam. Med.* 2002; 34(5):383–389.

Поступила 10.05.2016

Контактная информация

Анастасия Сергеевна Шабанова,

младший научный сотрудник лаборатории профилактики НЗЛ,
Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22.

E-mail: anastasiya...1989@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Anastasiya S. Shabanova,

Junior staff scientist of Laboratory of Prophylaxis of Non-Specific Lung Diseases,
Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration,
22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.

E-mail: anastasiya...1989@mail.ru