

## КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ВРАЧА

**А. Резе**, кандидат медицинских наук  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
**E-mail:** rese@mail.ru

*Коммуникативные навыки, умение врача получать и передавать информацию – главные условия успешного лечения. От владения врачом навыками общения зависят не только удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи и его эмоциональное благополучие, но и такие объективные результаты лечения, как число обострений хронических заболеваний, частота госпитализаций и даже частота развития осложнений. Рассмотрены разные стили общения с пациентами.*

**Ключевые слова:** коммуникативные навыки, взаимоотношения в системе врач–пациент.

После изложения жалоб пациент предлагает свое понимание причины заболевания. Должен ли врач выслушать версию пациента? Улучшит ли результат лечения понимание врачом отношения пациента к своей болезни? Следует ли поощрять попытки пациента участвовать в планировании диагностических и лечебных мероприятий?

### ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ ПРОЦЕССА КОНСУЛЬТАЦИИ

В 1951 г. американский психолог и педагог К. Роджерс [1] предложил концепцию так называемой **ориентированности процесса** взаимоотношения психолога с клиентом или преподавателя со студентом [2]. В соответствии с этой концепцией при взаимоотношениях людей в указанном контексте процесс общения может быть ориентирован на достижение целей, поставленных психологом (педагогом) или клиентом (студентом). В 1-м случае процесс является **центрированным** на психологе (преподавателе), во 2-м – на клиенте (студенте).

Развив эту идею в приложении к медицине, британские исследователи П. Берн и Б. Лонг [3] в 1976 г. впервые предложили для описания стилей поведения врача использовать термины «центрированный на пациенте» (patient-centered) и «центрированный на враче» (doctor-centered).

Согласно предложенной Берном и Лонгом классификации, между 2 стилями общения – **абсолютно доктор-центрированным** и **абсолютно пациент-центрированным** – существует несколько переходных форм. Каждая врачебная консультация имеет диагностическую часть (врач, общаясь с пациентом, получает информацию) и рекомендательную (врач формулирует рекомендации). В 1-й, диагностической, части консультации реализуются 4, а во 2-й, рекомендательной, – 7 стилей общения.

### ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ КОНСУЛЬТАЦИИ

**Стиль 1-й – абсолютно доктор-центрированный.** Доктор полностью игнорирует знания и опыт пациента. Диалог врача с пациентом сводится к получению врачом информации. Для этого он использует прямые, закрытые вопросы, выясняет время, место, последовательность событий.

**Стиль 2-й.** Характерны прямые вопросы, вопросы о корреляции, месте, времени, последовательности событий. Врач повторяет сказанное пациентом для подтверждения услышанной информации. В отличие от 1-го стиля врач чаще демонстрирует принятие переживаний, глубже исследует информацию, излагаемую пациентом, и задает вопросы без ограничений.

**Стиль 3-й.** Характерные особенности: врач охотно интерпретирует сказанное пациентом и часто проясняет полученную от него информацию. Используются вопросы без ограничений, повторение сказанного пациентом. Врач активно пытается выяснить идеи пациента, касающиеся заболевания, высказывает свои предположения, обобщает установленные факты, предлагает их открытое двустороннее обсуждение.

**Стиль 4-й – абсолютно пациент-центрированный.** Используется техника активного слушания и отражения эмоций пациента. Врач часто использует отраженные вопросы, активно ищет и использует идеи пациента, поощряет его, демонстрирует ему свое понимание, высказывает предположения.

### РЕКОМЕНДАЦИИ И НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

**Стиль 1-й – абсолютно доктор-центрированный.** Доктор принимает решение о необходимом лечении и дает прямые инструкции без каких-либо комментариев: «Итак, отдайте этот рецепт в аптеку. Принимайте это лекарство 3 раза в день после еды. До свидания».

**Стиль 2-й.** Доктор принимает решение и объявляет его пациенту, сопровождая его краткими комментариями: «У Вас нет ничего, кроме вирусной инфекции. По дороге домой зайдите в аптеку и возьмите это лекарство. Вам нужен постельный режим в течение нескольких дней».

**Стиль 3-й.** Доктор навязывает свое решение пациенту: «С Вами произошло то же, что и в прошлый раз. Я Вам выпишу рецепт. Не волнуйтесь, это не более серьезно, чем в прошлый раз. Да, это – то же самое, что было раньше».

**Стиль 4-й.** Доктор предлагает предварительное решение для обсуждения: «Состояние Вашей ноги ухудшается. Думаю, это является следствием того, что Вы пытаетесь продолжать работать в том же режиме, что и 10 лет назад. Сейчас Вам 55. Полагаю, что Вам необходим длительный отдых. Что Вы собираетесь делать с этой проблемой?»

**Стиль 5-й.** Доктор обозначает проблему, спрашивает мнение пациента и принимает решение.

**Стиль 6-й.** Доктор обозначает ограничения и предлагает пациенту самому принять решение: «Ваше состояние – не более чем простое варикозное расширение вен. Оно легко лечится оперативным путем, хотя на данной стадии – это не самая лучшая лечебная стратегия. Можно также лечиться в домашних условиях таблетками. Если Вы будете соблюдать режим, лечение не займет много времени. Если Вы вынуждены продолжать работать, лечение может продолжаться намного дольше и может не быть таким эффективным. Выбор за Вами».

**Стиль 7-й – абсолютно пациент-центрированный.** Доктор дает возможность пациенту принять самостоятельное решение.

Обобщая сказанное, можно выделить [4] 6 основных черт **пациент-центрированного** стиля общения. Следуя этому стилю, врач:

1. Активно пытается выяснить истинную причину обращения за медицинской помощью, получить ин-



щали о более удовлетворительном эмоциональном состоянии; у них объективно регистрировался более высокий функциональный статус [9].

Пациентам, перенесшим интраабдоминальные оперативные вмешательства, требовалось меньше наркотических средств для обезболивания, и длительность их пребывания в стационаре была меньше, если стиль общения с ними был пациент-центрированным [10].

Использование пациент-центрированного стиля консультирования позволяет снизить расходы на инструментальное и лабораторное обследование без ухудшения точности диагностики [11].

**Недостатки.** Пациенты с преимущественно физиологическими проблемами, имеющими фармакологическое решение, бывают больше удовлетворены директивным, или доктор-центрированным стилем общения [12]. При использовании врачом пациент-центрированного стиля общения продолжительность консультации увеличивается в среднем на 4 мин [13]. Пациенты из стран с авторитарными политическими и социальными традициями могут воспринять поведение врача, стремящегося использовать пациент-центрированный стиль общения, как попытку снять с себя ответственность за результаты лечения, что может серьезно снизить доверие к врачу [14].

Универсального стиля консультирования не существует. Необходимо чувствовать, какой стиль общения подходит в каждом конкретном случае. Опытный врач, принимая пациентов с жалобами на насморк во время эпидемии гриппа, использует директивный, доктор-центрированный стиль консультирования, позволяющий эффективно оказать помощь большому числу пациентов с одинаковой простой проблемой. Но, столкнувшись с нетипичным течением заболевания, этот же врач перейдет на пациент-центрированный стиль, позволяющий в данной ситуации получить лучшие результаты диагностики и лечения и повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью при минимизации экономических затрат. Многие врачи во время одной консультации пользуются разными стилями общения. Используя пациент-центрированный стиль для более надежной и точной постановки диагноза, они при назначении лечения переходят к директивному доктор-центрированному стилю.

Использование врачом разных стилей консультирования позволяет ему сделать свою работу более интересной, помогает вырваться из болота рутины. Чтобы лично удостовериться

в этом, мы рекомендуем коллегам свой завтрашний рабочий день начать не с привычного «На что жалуетесь?», а с вопроса: «Что я могу для Вас сделать?».

## Литература

1. Rogers C. Client Centered Therapy / Boston: Houghton Mifflin, 1951.
2. Rogers C. Freedom to Learn / Columbus, OH: Charles E. Merrill, 1969.
3. Byrne P., Long B. Doctor talking to patients / London: The Royal College of General Practitioners, 1998; 189 p.
4. Weston W. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centred care // CMAJ. – 2001; 165 (4): 438–9.
5. Little P., Everitt H., Williamson I. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study // BMJ. – 2001; 322: 1–7.
6. Kinnersley P., Stott N., Peters T. et al. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care // Br. J. Gen. Pract. – 1999; 49 (446): 711–6.
7. Lundkvist J., Akerlind I., Borgquist L. et al. The more time spent on listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice // Family Practice. – 2002; 19 (6): 638–40.
8. Greenfield S., Kaplan S., Ware J. et al. Patients' participation in medical care – effects on blood sugar control and quality of life in diabetes // J. Gen. Intern. Med. – 1988; 3: 448–57.
9. Johnson J., Nail L., Lauver D. et al. Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status // Cancer. – 1988; 61: 46–51.
10. Egbert L., Battit G., Welch C. et al. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients – a study of doctor-patient rapport // N. Engl. J. Med. – 1964; 270: 825–7.
11. Epstein R., Franks P., Shields C. et al. Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing // Ann. Family Med. – 2005; 3 (5): 415–21.
12. Savage R., Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study // BMJ. – 1990; 31 (6758): 968–70.
13. Epstein R., Franks P., Shields C. et al. Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing // Ann. Family Med. – 2005; 3 (5): 415–21.
14. Qidwai W. Patient Autonomy: Reflections from a Developing Country // Am. Family Phys. – 2005; 71 (7).

## A PHYSICIAN'S COMMUNICATING SKILLS

**A. Reze**, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

*The communicating skills and ability of a physician to obtain and hand over information are main conditions of successful treatment. The physician's communicating skills govern not only a patient's satisfaction with medical care quality and his emotional well-being, but also objective treatment results, such as the number of exacerbations of chronic diseases, the frequency of hospitalizations, and even the incidence of complications. Different styles of communication with patients are considered.*

**Key words:** communicating skills, physician-patient relationships.