



Коммуникация риска: этика, психология, право

Таратухин Е. О.

Взаимодействуя с пациентом, врач находится в рамках определённой культурной практики — научной медицины и государственной системы охраны здоровья, — выйти за пределы которой он не имеет права юридически. Но более широкое понимание медицины как культурного феномена, целью которого является позитивное здоровье, требует и более разноплановой точки зрения на работу с пациентом. Проблема пациента может быть более сложна, чем взгляд на неё с общепринятой точки зрения: научной, доказательной. Потому в коммуникации риска как элемента работы с приверженностью или как части подписания информированного добровольного согласия, необходимы иные способы относиться к ситуации пациента и причинам, по которым он факторы риска имеет. Этический и психологический взгляд на клиническое взаимодействие позволяет более целостно обращаться к картине заболевания.

Ключевые слова: факторы риска, алгоритмы, клинические рекомендации, врачебная этика, биоэтика, приверженность, пациентоориентированность, отношения врач-пациент

Отношения и деятельность: нет.

Risk communication: ethics, psychology, law

Taratukhin E. O.

When communicating with a patient, a doctor is within a certain cultural practice (science-based medicine and state health care system), falling outside the limits of which is not legal. However, a broader understanding of medicine as a cultural phenomenon with a focus on health also requires a more varied perspective on patient care. The patient's problem can be more complex than looking at it from science- and evidence-based point of view. Therefore, in risk communication as an element of work with adherence or as part of signing informed consent, different ways are needed to consider a patient's situation. An ethical and psychological perspective on clinical interactions allows for a more holistic view of the disease.

Keywords: risk factors, algorithms, clinical guidelines, medical ethics, bioethics, adherence, patient-centered care, doctor-patient relationship.

Предмет медицины — здоровье. И хотя практика оказания медицинских услуг ярко демонстрирует иное прочтение предмета медицины — лечение болезней, — всё же направления здравоохранения, связанные с первичной профилактикой, реабилитацией, прогнозированием и индивидуализацией риска, оставляют в медицине место для позитивного здоровья.

В системе координат, где человек является биосоциальным субъектом, здоровье определяется как благополучие на уровне физическом, ментальном и социальном. Социальное — соматизируется, а соматическое оказывает влияние на взаимодействие человека с социальной средой [1]. Работа в рамках профилактики, главным образом, нацелена на психосоциальный компонент устройства человека, пока функциональные нарушения не привели к патомор-

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

Таратухин Е. О. — к.м.н., доцент, зав. кафедрой биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО международного факультета, магистр психологии, магистр культурологии, ORCID: 0000-0003-2925-0102.

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

Рукопись получена 01.09.2021

Рецензия получена 10.09.2021

Принята к публикации 24.09.2021



Для цитирования: Таратухин Е. О. Коммуникация риска: этика, психология, право. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(9):4678. doi:10.15829/1560-4071-2021-4678

Relationships and Activities: none.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia.

Taratukhin E. O. ORCID: 0000-0003-2925-0102.

Corresponding author: cardio03@list.ru

Received: 01.09.2021 **Revision Received:** 10.09.2021 **Accepted:** 24.09.2021

For citation: Taratukhin E. O. Risk communication: ethics, psychology, law. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(9):4678. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4678

фологическим изменениям, зафиксировав нарушенную функцию в структуру.

Понятие коммуникации рисков предполагает информирование общества и отдельных людей об опасностях, которые им грозят. В медицине коммуникация риска может иметь общественный характер (пропаганда правильного питания, отказа от курения, необходимости вакцинации от сезонных инфекций) или индивидуальный. Риски конкретного пациента обсуждаются, во-первых, когда необходимо информировать и получить информированное добровольное согласие (либо отказ), во-вторых, когда необходимо сформировать приверженность назначениям врача, а шире — сформировать конструктивное отношение к ситуации [2]. Коммуникация медицинского риска исходит из знания о механизмах патогенеза и спосо-

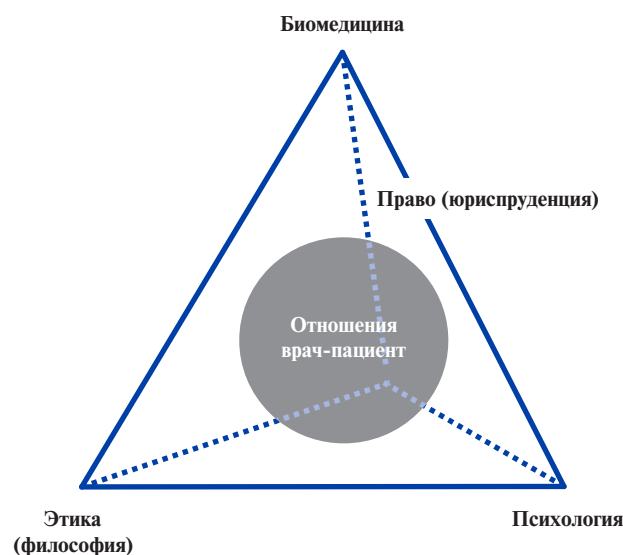


Рис. 1. Четыре составляющих практики отношений врач-пациент.

бах коррекции патофизиологических сдвигов. Это знание является содержанием медицины.

Медицина, в свою очередь, существует не одно тысячелетие. Привычная модель её, формирующая современную социальную систему, научная и доказательная, насчитывает всего лишь десятки лет своего существования. Тем не менее, благодаря науке как институту познания и экономической системе, зависящей от достижений науки, медицина (практика медицины) встроена в общественные отношения таким образом, чтобы находиться в центре между четырьмя оформляющими её силами (рис. 1): собственно биомедицинским знанием, психологией коммуникации, правовыми рамками, этикой (шире — философией). Правовые вопросы следует выделять из этики, поскольку право как институт государства наделено существенными особенностями и функциями. Следует отметить также, что иные системы, нежели научная “западная” модель, например, традиционная китайская медицина, совершенно по-иному были бы встроены в институт общества и государства. Цели таких “других медицинских” в равной степени отличались бы, как и подходы к достижению этих целей. Например, китайская медицина, рассматривающая в качестве семиотической и эвристической базы обобщённые явления внешней среды (“ветер”, “холод”, “сырость” и др.) во влиянии на процессы гомеостаза человека [3], в холистическом ключе понимала бы под отдельной медицинской услугой нечто иное, нежели западная модель. И не давала бы гарантий, поскольку в её функционале значительную роль играет сам пациент и его психосоматическое состояние.

Западная модель сформировалась благодаря бурному развитию биологии и химии в контексте товарно-денежной экономики, рынка, а также формиро-

вания регуляторных правовых институтов. Задачи, способы работы, а значит и сами отношения в рамках западной модели медицины очерчены этим контекстом, выделяя из универсального поля медицинского знания определённые, нужные, подходящие его аспекты.

Врач как непосредственный актор медицинского знания определённого рода поставлен в рамки предоставления медицинской услуги (внутри более широкого понятия медицинской помощи). Услуга включает в себя 1) биомедицинскую основу, доказанную статистическими методами естественных наук, 2) психологию коммуникации и психологические аспекты переживания ситуации пациентом, 3) этику клинического взаимодействия (медицинскую этику), а также 4) ряд правовых особенностей конкретной услуги и отношений врач-пациент в целом. Учитывая биосоциальную природу человека [4], этика и психология могут повлиять на биомедицинскую составляющую, хотя такое влияние, будучи предметом гуманитарного знания, сложно алгоритмизировать.

Коммуникация риска, т.е. доведение до сведения пациента возможных негативных сценариев развития ситуации, может быть рассмотрена в подобном “тетраэдре”:

- клиническая (биомедицинская) сторона предполагает знание врача и института медицины в целом о типичном течении конкретной патологии в рамках нозологической, классификационной единицы, с поправкой на индивидуальные биомедицинские особенности организма самого пациента;

- психологическая сторона включает цели по формированию конструктивного отношения (или совладания) с ситуацией, по созданию мотивации к здоровому изменению поведения либо к следованию назначениям врача (приверженность);

- правовая сторона приводит ситуацию взаимодействия в соответствие ценностям конкретного общества и государства, а точнее, к ценностям, заложенным законодателем в источники права (законы, основной закон, прецеденты), включая, например, требования к информированному добровольному согласию;

- этическая сторона ставит вопросы, связанные с самими целями взаимодействия с пациентом, начиная от меры правды, которую можно (нужно) сообщить, заканчивая финансовой составляющей предоставления медицинской услуги.

Все эти атрибуты имеются имплицитно в конкретной “здесь и сейчас” ситуации взаимодействия врача и пациента, как правило, не проявляя себя то тех пор, пока коммуникация не наткнётся на противоречие.

Выделенные выше четыре ключевых понятия — знание, цели, соответствие и вопросы — очерчивают специфику коммуникации риска в конкретной

модели медицины. В западной модели знание врача абсолютно, т.к. своей основой имеет эмпирические данные и большие выборки, позволяющие достигать достоверности, претендующей на аксиоматичность. Феномен власти врача и состоит в том, что врач точно знает, как устроены риски и каковы варианты развития событий [5]. Цель, которая ставится в коммуникации врача и пациента по поводу рисков, основана на доказанной в опыте фундаментальной и клинической медицины взаимосвязи событий этиологии, патогенеза, исхода. Соответствие алгоритмам и иным нормативным документам необходимо, если речь идёт о лицензированной практике охраны здоровья. Сами же нормативные акты представляют собой метауровень того же фундаментального знания, только ещё более отчуждённый от уникальности конкретного пациента. Здесь появляются этические вопросы, простирающиеся от понятия не стопроцентной уверенности в правильности суждения до понятия автономии пациента — его права самостоятельно давать оценку своим состояниям (а также случаев, когда он не вправе этого делать).

Наиболее интересно посмотреть на коммуникацию риска с точки зрения, представляющей врача экспертом в биологической части проблемы, а пациента — экспертом в самом себе. Учитывая, что биосоциальная природа человека и его психосоматическое устройство (а равно культурно-психологическое — определяющее, например, мотивации) напрямую зависят от сформированной в сознании (в психике, опыте) картины ситуации, знание пациента о самом себе выводить за рамки взаимодействия нельзя [1]. Напротив, то новое, что пациент узнаёт о себе как “человеке болеющем”, ложится на его картину самого себя, переводя его в иной личностный или даже иной экзистенциальный статус. Обратная связь, получаемая врачом во время коммуникации, модулирует его дальнейшие действия и речь, однако каждое действие и высказывание также включает в себя врача как представителя медицины, здравоохранения, как человека, помогающего специалиста и так далее — т.е. социальную роль врача, ролевую функцию врача. И за всем этим по-прежнему стоит биомедицинское знание.

Примером может служить основанное на стратификации сердечно-сосудистого риска SCORE или SCORE-2 целеполагание коммуникации по поводу модифицируемого фактора риска атеросклероза. Рисками в этой ситуации являются ишемические события и другие осложнения атеросклероза. Задача коммуникации: составить адекватное степени опасности представление пациента о своём состоянии, чтобы он приобрёл мотивацию к модификации диеты, образа жизни и мог поддерживать эту мотивацию, а также принимал гиполипидемическую терапию. В данном случае знание врача устроено

довольно просто: имеется безусловная доказательная база связи нарушенного профиля липопротеидов крови с развитием коронарной болезни сердца. Примечательно, что в шкале коронарного риска SCORE-2 произведена дополнительная стратификация по странам [6]. К примеру, проживающая во Франции некурящая женщина 72 лет с уровнем холестерина вне липопротеидов высокой плотности 5,2 ммоль/л и с контролируемой артериальной гипертензией (систолическое артериальное давление 126 мм рт.ст.) имела бы десятилетний риск развития сердечно-сосудистого события примерно 8%, тогда как точно такая же с биологической точки зрения жительница России имеет риск 31%, что в четыре раза выше. Фактически, такое серьёзное повышение полагаемого риска происходит за счёт введения дополнительных факторов, которые невозможно учесть в шкале: психосоциальной стабильности, социальной защищённости, экономического благополучия, состояния системы здравоохранения, качества пищи, культурных стереотипов потребления пищи или алкоголя, множества иных, пока ещё локализуемых в рамки государств, особенностей. В то же время подобное принципиальное усложнение шкалы риска симптоматично для признания системой охраны здоровья потенциальной тупиковости любых стратификаций и перспектив возвращения к работе с уникальностью конкретного больного на новом витке спирали развития медицины. Очевидно также, что 8% и 31% — это некие средние значения, и жительница Франции с низким доходом, низким уровнем образования, с проблемами в семье, проживающая в неблагополучном районе может иметь риск выше, чем россиянка — пенсионерка с обеспеченными детьми и внуками, проживающая с ними в элитарном коттеджном посёлке. Как будет выстраиваться коммуникация риска у врача-кардиолога с двумя этими женщинами? Безусловно, от эпидемиологического взгляда произойдёт поворот к индивидуализации конкретных условий.

Значащей единицей в коммуникации по поводу риска является концепт — понятие, за которым стоит множество атрибутов и предпосылок, так или иначе включённых в него, но не выносимых отдельно в силу недостаточного их веса. Например, концепт курения на уровне инструментальном может включать в себя атрибуты текущего статуса (сейчас курит; бросил; не курил) и количества (пачка в день; полпачки в день и т.д.), но не включает *причины*, по которым пациент закуривает, его психологическое состояние в момент курения или его физиологические сдвиги, которые вызывает никотин. В упомянутом выше примере курение как компонент шкалы у франуженки имело бы причиной общий уровень её социально-индуцированного дистресса, а курение россиянки скорее носило бы характер эстетской при-

вычки. Эти и другие значащие единицы заложены по умолчанию в концепт курения благодаря обобщённому знанию о том, какое влияние курение имеет на развитие патологии в биомедицинском смысле. Представление о причинно-следственной связи факторов патогенеза позволяет не задаваться вопросом о том, что, возможно, патологический эффект фактора риска связан не столько с ним самим, сколько с его предпосылками.

Подобные вопросы могут иметь значение для коммуникации рисков, однако значение может быть приобретено, если к тому располагает вектор коммуникации, т.е. формирование определённого рода установок и представлений, картины болезни и развёртывания этой картины во времени (нарратив болезни). Другими словами, если условия взаимодействия позволяют сделать его более индивидуализированным, пациентоориентированным, то и подход станет менее универсальным. Это может привести к отходу от правовой основы такого взаимодействия, а именно от формально необходимых аспектов: клинических рекомендаций, методических рекомендаций, алгоритмов. На популяционном уровне такую ситуацию сложно себе представить хотя бы в силу юридической ответственности лиц, принимающих решения на популяционном уровне. На уровне индивидуального врачебного приёма это также может быть чревато привлечением к ответственности в случае, если будет нанесён ущерб. С другой стороны,

в случае отказа от индивидуализации, оценка вознившего ущерба скорее окажется в пользу невиновности врача, т.к. он действовал согласно нормативной базе.

Заключение

Основной вывод, который можно сделать из краткого рассмотрения клинической ситуации, где происходит разяснение риска и вариантов прогноза, а задачей является получение добровольного согласия (отказа) или повышение приверженности назначениям, состоит в следующем. Смысловая система, связывающая научное биомедицинское знание с реальным пациентом, сложилась в определённых экономических, социальных, культурных условиях. Взаимоотношения в рамках медицинской помощи сегодня являются чётко очерченными и инструментализированными, поскольку происходят в рамках государственной гарантии (если не на оказание помощи, то как минимум на контроль её качества). В результате основное или даже единственное внимание получает та сторона состояния пациента, которая “подходит для” (fits) инструментов оказания помощи. Иные способы взаимодействия с медицинской проблемой пациента маргинализируются.

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. Heller O, Somerville C, Suggs SL, et al. The process of prioritization of non-communicable diseases in the global health policy arena. Health Policy Plan. 2019;34(5):370-81. doi:10.1093/heapol/czz043.
3. Wang WJ, Zhang T. Integration of traditional Chinese medicine and Western medicine in the era of precision medicine. J Integr Med. 2017;15(1):1-7. doi:10.1016/S2095-4964(17)60314-5.
4. Taratukhin EO, Kudanova 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., Шайдук 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.
5. Foucault M. Psychiatric power: lectures at the Collège de France, 1973-1974. Picador. 2008. 416pp. ISBN: 9780312203313.
6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). European Heart journal. 2021;42(34):3227-37. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.