Профилактическая медицина
2020, Т. 23, №5, с. 111-116
https://doi.org/10.17116/profmed202023051111

The Russian Journal of Preventive Medicine
2020, vol. 23, no 5, pp. 111-116
https://doi.org/10.17116/profmed202023051111

# Взаимоотношения врача и пациента в информационном обществе

© В.Н. БУЗИН[1], Т.С. БУЗИНА[2]

[1]ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия;
[2]ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

**РЕЗЮМЕ**

Рассмотрены актуальные вопросы взаимоотношений в системе «врач—пациент», определяющих как приверженность больного лечению, так и потенциальный уровень социального конфликта, который возникает в результате этого взаимодействия. Показано, что взаимопониманию врача и пациента препятствует ряд субъективных и объективных причин, не всегда рефлексируемых участниками процесса взаимодействия. Выявлено, что базовой причиной «дистанцирования» врача от пациента является внедрение новых технологий. Современные пациенты являются активными субъектами медицинских коммуникаций, однако в условиях современного информационного общества нивелируется уважение к знаниям профессионалов, повышается значимость высказываний безграмотных любителей. Сделан вывод о необходимости повышать уровень психологической подготовки медицинских работников, а также пересмотреть идеологию программ подготовки по философии и социологии в медицинских образовательных учреждениях.

***Ключевые слова:*** *приверженность лечению, социальный конфликт, психологическая подготовка, медицинские коммуникации, программы подготовки.*

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:**
Бузин В.Н. — https://orcid.org/0000-0001-6833-7214; Scopus Author ID: 57203766829; Reseacher ID: A-9882-2018; eLibrary SPIN: 3554-2897
Бузина Т.С. — https://orcid.org/0000-0002-8834-251X; eLibrary SPIN: 5867-0099
**Автор, ответственный за переписку**: Бузин В.Н. — e-mail: buzinvn@mednet.ru

**КАК ЦИТИРОВАТЬ:**
Бузин В.Н., Бузина Т.С. Взаимоотношения врача и пациента в информационном обществе. *Профилактическая медицина*. 2020; 23(5): 111–116. https://doi.org/10.17116/profmed202023051111

# The relationship between doctor and patient in the information society

© V.N. BUZIN[1], T.S. BUZINA[2]

[1]Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;
[2]Department of Clinical Psychology, Medical University MSMSU them. AI Yevdokimov Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

**ABSTRACT**

The article discusses current issues of relationship in the doctor-patient system, which determine both patient adherence to treatment and the potential level of social conflict arising as a result of this interaction. It is shown that the mutual understanding of the doctor and the patient is hindered by a number of subjective and objective reasons that are not always reflected by the participants in the interaction process. It was revealed that the main reason for the «distance» of the doctor from the patient is the introduction of new technologies. Modern patients are actors of medical communications, but in the conditions of the modern information society, respect for the knowledge of professionals is leveled, the significance of the statements of illiterate lovers is increased. It is shown that it is necessary to increase the level of psychological education of medical workers, as well as to revise the ideology of training programs in philosophy and sociology in medical universities.

***Keywords:*** *adherence to treatment, social conflict, psychological education, medical communications, training programs.*

**INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:**
Buzin V.N. — https://orcid.org/0000-0001-6833-7214; Scopus Author ID: 57203766829; Reseacher ID: A-9882-2018; eLibrary SPIN: 3554-2897
Buzina T.S. — https://orcid.org/0000-0002-8834-251X; eLibrary SPIN: 5867-0099
**Corresponding author:** Buzin V.N. — e-mail: buzinvn@mednet.ru

**TO CITE THIS ARTICLE:**
Buzin VN, Buzina TS. The relationship between doctor and patient in the information society. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020; 23(5):111–116. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed202023051111

Состояние российского здравоохранения в последнее время привлекает внимание не только специалистов, экспертного сообщества, но и средств массовой информации и населения. В центре этого внимания часто оказывается проблема взаимоотношений врача и пациента. В последние полтора десятилетия растет уровень запросов и ожиданий населения к качеству лечения, при этом реальная практика часто не соответствует уровню ожиданий.

Новое научное знание, практики и технические средства, научные приборы и технологии расширяют биологические способности человека. Осознание роли технологических расширений способностей человека становится важной задачей не только для осмысления их значения в жизни современных людей, прогнозирования развития отношений между человеком и техническими устройствами, но и для осознания трансформации отношений в системе «человек—человек», особенно в такой сфере, как здравоохранение. В системе взаимоотношений «врач—пациент» в современной медицине для успешного процесса лечения необходимо сотрудничество и взаимопонимание между врачом и пациентом, что характеризуется такими понятиями, как комплаенс, приверженность лечению. Этому взаимопониманию препятствует ряд субъективных и объективных причин, не всегда рефлексируемых участниками процесса взаимодействия.

К объективным причинам можно отнести технические средства медицинской практики. Технические средства в медицинской практике служат не только средствами диагностики и лечения, но и, как и в других отраслях человеческой деятельности, выступают фактором социокультурной эволюции человека, изменяют формы и способы коммуникации. Применяемые в медицине технологии становятся и инструментами, расширяющими возможности врача, и являются также средствами расширения тела, нервной системы и, в конечном счете, высших психических функций [1].

Мысль о том, что создаваемые человеком машины и приборы становятся органами человеческого мозга, не нова и была озвучена еще К. Марксом [2]. Впоследствии она была развита как в философско-культурологических теориях органопроекции [3], так и в теориях медиа [4]. В современной российской философской и психологической традиции развитие этих идей получило продолжение в рамках теории деятельности А.Н. Леонтьева как теория зонда [5], а также в психологии телесности [1, 6].

В такой области, как медицина, объекты деятельности исследователя могут достаточно далеко отстоять от человека как такового и от области его непосредственного восприятия, например, в электронной микроскопии.

Описывая роль технологий в трансформации мировоззрения человека, исследователи отмечали, что использование любых технологических форм приводит к их постепенной интериоризации, а, следовательно, запускает процесс изменения отношения человека к реальности, которую он начинает модифицировать, рассматривая ее через появившиеся новые возможности [7], и картина мира начинает определяться не столько натуральными, сколько технологическими возможностями. Используемые человеком инструменты обращены и на объект его непосредственной деятельности, и внутрь него самого, формируя новую идентичность, влекущую не только личные, но и социальные последствия [8—11]. Таким образом, новые технологии не являются чем-то нейтральным по отношению к человеку, их использующему.

Ускоренному проникновению технологий в медицину в значительной мере способствует государство: проводится реформа системы здравоохранения и начал работать Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» в рамках Национального проекта «Здравоохранение»[1].

В связи с этим растущий уровень требований к врачам со стороны пациентов и напряженности отношений между ними отражает, на наш взгляд, объективные процессы постиндустриального развития общества. Попробуем обозначить некоторые из них.

**Врач: формирование опосредованного восприятия пациента с развитием медицинских технологий**

В медицине еще совсем недавно инструменты исследования (зонды) были легко включаемы в расширение образа тела. Стетоскоп и держащая его рука формировали ощущения врача на кончиках пальцев, но одновременно на границе инструмента и тела пациента. Человек парадоксальным образом выносит границы собственной телесности на границу зонда, которым манипулирует. Впервые этот феномен был описан А.Н. Леонтьевым следующим образом: «У хирурга, зондирующего рану, «чувствующим» является конец зонда, которым он нащупывает пулю, — т.е. его ощущения оказываются парадоксально смещенными в мир внешних вещей и локализуются не на границе «зонд—рука», а на границе «зонд—воспринимаемый объект» (пуля)» [5]. И такое смещение происходит постоянно, когда мы воспринимаем шероховатость бумаги через грифель карандаша, ощупываем в темноте дорогу палкой и т.п. Здесь суть состоит в том, что воздействие, оказываемое зондом на рецептивные аппараты руки, вызывает ощущения, интегрирующиеся в сложный зрительно-тактильный его образ и в дальнейшем выполняющие ведущую роль в регуляции процесса удерживания зонда в руке. Но другое отношение — «зонд—объект» — «возникает, как только действие хирурга приводит зонд в соприкосновение с объектом... Замечательная особенность рассматриваемого отношения заключается в том, что эта граница проходит как граница между двумя физическими телами: одно из них — оконечность зонда — реализует познавательную, перцептивную деятельность субъекта, другое составляет объект этой деятельности. На границе этих двух материальных вещей и локализуются ощущения, образующие «ткань» субъективного образа объекта: они выступают как сместившиеся на осязающий конец зонда — искусственного дистантрецептора, который образует продолжение руки действующего субъекта» [5]. Феномен «зонда» демонстрирует нам возможность скольжения границы тела, ее неоднозначность [6].

Сейчас электронные микроскопы, МРТ, сложнейшие аппараты анализа и диагностики смещают ощущения «на кончике пальцев» с тела пациента на опосредованные виртуальные носители. Пациент начинает выпадать из этой длинной цепочки, он начинает восприниматься как «необязательное звено» между врачом и набором результатов диагностических исследований. И, как следствие, пациент «уходит» из системы ощущений врача, его заменяют опосредованные виртуальные носители — «снимки».

Ряд исследований показывает, что при общении с пациентом врач может переоценивать и излишне полагаться

[1]Цифровая трансформация в сфере здравоохранения. https://digital.gov.ru/ru/activity/directions/822/

на технические возможности медицины, недооценивать психическую сторону соматического заболевания [13, 14]. Врачебные обходы нередко носят формальный характер, при котором больной в значительной мере исключается из процесса общения, и если врач не дает пациенту возможности высказаться, последний может защищаться, например, выступая с обвинениями и т.д. Это, по мнению исследователей, определяется современной спецификой врачебной профессии, заключающейся в отсутствии четких правил выстраивания взаимоотношений врача и пациента, недостаточной психологической подготовкой медиков и др. [15, 16]. Так, проведенный в 2014 г. Институтом социологии РАН и Высшей школой экономики (ВШЭ) опрос позволил заключить, что в российском здравоохранении протекают процессы трансформации отношений между врачами и пациентами, и главными направлениями этих изменений выступают усиление требовательности пациентов к врачам, рост напряженности в отношениях между ними, изменение баланса ответственности между гражданами и медиками за уровень индивидуального здоровья [12]. Выявленные изменения в отношениях пациентов и врачей означают изменение фундаментальной характеристики позиций врача и пациента, а именно — информационной асимметрии. Изменение фундаментальных характеристик становится все более заметным, поскольку технологии, которые всегда были фактором изменения идентичности человека, в современном информационном обществе набирают не только масштаб, но и скорость их реализации.

Таким образом, базовой причиной «дистанцирования» врача от пациента мы бы назвали именно внедрение новых технологий и связанное с ними «исчезновение» пациента из поля зрения врача. Мы, разумеется, не говорим о том, что врачи перестают замечать пациента, но выявление тенденций, появившихся в социальной практике, имеет значение как для организации подготовки медицинских специалистов, так и для социальной рефлексии участников коммуникации в системе «врач—пациент».

**Пациент: формирование клипового сознания в информационном обществе**

В настоящее время на фоне тотальной информатизации мы наблюдаем парадоксальное исчезновение научной картины мира в обществе, что во многом определяется большой скоростью поступления информации и, соответственно, невозможностью ее адекватной обработки ввиду огромных объемов. Медицинская информация, как и многая другая, зачастую подается в доступной для восприятия «клиповой форме», что приводит к возникновению иллюзии простоты и доступности научного знания. Иллюзия простоты связана и со снижением уровня профессиональных требований к экспертному сообществу: сегодня все политологи, завтра все инфекционисты. Экспертом в любой области может быть каждый. Возникает ощущение, что сбылась идея о том, что каждую кухарку можно научить управлять государством. Так, математики на основе отрывочных статистических данных пытаются строить модели распространения коронавируса[2], не имея медицинского образования, активно распространяют свои «прогнозы» среди населения. Или предлагают избавиться от коронавируса за день, подышав парами соды или спирта[3].

Медицинское сообщество пытается этому противостоять. Как отмечалось в докладе ВОЗ, сегодня, когда людей все чаще буквально забрасывают как правдивой, так и ложной информацией по вопросам здравоохранения, важность медико-санитарной грамотности трудно переоценить [17]. ВОЗ предлагает инициативы по продвижению концепции грамотности в вопросах здоровья в качестве важного инструмента для решения актуальных задач общественного здравоохранения и оказывает поддержку странам во внедрении проектов по развитию грамотности в вопросах здоровья [18]. Но продвижение этих задач сталкивается с названными нами препятствиями.

Препятствия связаны с изменениями, происходящими в нашем информационном обществе: телекоммуникационные технологии предлагают огромные возможности для пользователей получать необходимые им сведения без всякой цензуры, даже без обычного научного редактирования. Универсальный мир распался на множество разнородных фрагментов, в том числе фрагментируются и социальная структура общества, и картина мира [19]. Сознание людей, в том числе и пациентов, становится клиповым, перестает опираться на универсалии и уже с трудом воспринимает логические цепочки сбора и систематизации знаний, требующие анализа и существования научной картины мира [1]. Вместо реальности информационные технологии при помощи глобальной сети Интернет и телевидения формируют виртуальную среду симулякров[4], в которой нет иерархии смыслов, дифференциации добра и зла, истины и лжи. Это может быть и виртуальный мир прекрасного здравоохранения, излечивающего все болезни, и виртуальный образ врача-вредителя, не обладающего достаточными профессиональными знаниями, и виртуальный образ фармацевта как участника мирового заговора по производству вредных лекарств, и «сакральное» знание о чудодейственной лечебной силе того или иного продукта, и многое другое. И получается, что врач, лечащий пациента, является уже не носителем добра, а носителем зла, скрывающего чудодейственные средства исцеления. Пациенты как участники этой реальности, обращаясь в медицинские учреждения, предварительно начитавшись этих около- и парамедицинских симулякров, могут терять ориентиры правильности и неправильности рекомендаций врача, имеющего пока научную картину мира в силу своего естественнонаучного образования.

Информация о медиках, пропущенная через фильтры массмедиа, создает тотальную симуляцию, формируя отрицательный образ российской медицины [20]. Ведь в информационном обществе факт освещения события в СМИ конституирует его независимо от того, происходило ли это событие в реальной жизни или нет [21]. Как отмечали в своих работах американский интернет-критик A. Keen [22] и российский философ В.А. Емелин [1], уважение к знаниям профессионалов в современном информационном обществе постмодерна умаляется, на пьедестал почета возводятся высказывания безграмотных любителей. Дополнив полученные из медиа свои представления о медицине целым

[2]Ссылка на данные по заболеваемости коронавирусом в Италии и попытка научить российское здравоохранение правильной работе без понимания, что такое инфекция. https://www.facebook.com/photo.php?fbid=2819910358092486&set=pcb.2819911521425703&type=3&theater

[3]Предложение по излечению распространяется в сети Интернет. https://www.facebook.com/olga.dunaeva.79/posts/2885087124918227:0

[4]«Копия», не имеющая оригинала в реальности, знак, не имеющий означаемого объекта в реальности.

набором отрывочных псевдонаучных знаний по конкретной тематике своего заболевания, пациент идет на встречу с врачом, которому заранее не очень доверяет. Что же сулит встреча двух индивидов?

**Новая парадигма взаимоотношений врача и пациента: плюсы и минусы**

Традиционная модель взаимоотношений врача и пациента, сложившаяся на протяжении многих столетий, тяготеет к авторитарному стилю взаимоотношений со стороны врача и предполагает подчиняемый стиль поведения со стороны пациента. В то же время сокращение социальной дистанции между врачом и пациентом приводит к тому, что современные пациенты не готовы полностью подчиняться авторитету врача. Этому также способствует, как мы уже отмечали, уменьшение личных контактов врача и пациента за счет увеличения технологических методов лечения. Одновременно эффективность современных методов лечения многих хронических заболеваний зависит от осознанного и ответственного поведения пациента в лечебном процессе, что противоречит модели подчиняемого поведения и требует партнерских, доверительных отношений между врачом и его подопечным [23].

Как же на самом деле складываются взаимоотношения врача и пациента на современном этапе? Рассмотрим результаты социологического исследования стилей взаимоотношений в системе «врач—пациент», которое было проведено по заказу Министерства здравоохранения РФ[5].

В качестве базовых моделей взаимодействия были приняты 4 теоретические модели: «инженерная», «контрактная», «коллегиальная» и «патерналистская», разработанные американским биоэтиком R. Veatch [24]. Оценка популярности различных коммуникативных моделей показала, что обеим сторонам взаимодействия наиболее близка «коллегиальная» модель, при этом врачи прибегают к ней даже чаще, чем пациенты (врачи — в 40,2% случаев, а пациенты — в 35,4%). «Патерналистская» и «инженерная» модели достаточно близки по степени распространенности. «Патерналистская» модель имеет долю в 27,4% в общем объеме взаимодействия со стороны врачей и в 26,0% — со стороны пациентов. «Инженерную» модель врачи используют в 22,0% случаев, а пациенты — в 24,6%. «Контрактная» модель взаимодействия в сфере медицинского обслуживания наименее распространена. Она имеет место всего в 10,0% случаев со стороны врачей и в 13,7% случаев со стороны пациентов. Однако эти результаты отражают в большей степени мнение участников исследования о востребованности той или иной модели, нежели действительную реализацию данных моделей в поведении.

Оценка конфликтности взаимоотношений в зависимости от выбранной модели взаимодействия показала, что чаще других об отсутствии конфликтов или жалоб за последний год сообщали врачи, придерживающиеся «патерналистской» парадигмы в общении с пациентами (61,6%), а также «коллегиальной» (56,1%). Больше всего конфликтовали врачи, для которых ведущей в общении с пациентами является «инженерная» модель (42,7). Среди пациентов наименее конфликтными показали себя те, кто придерживается «патерналистской» и «коллегиальной» моделей взаимодействия с врачом (85,7 и 82,2%).

Исследование показало, что существует разница в восприятии врачей и пациентов по отношению друг к другу. Врачи считают, что пациенты в подавляющем большинстве случаев воспринимают их как специалистов, оказывающих не медицинскую помощь, а медицинские услуги (58,1%). О том, что пациенты воспринимают их как «рядовых работников большой системы здравоохранения», врачи отметили в 14,7% случаях, а как равноправных партнеров при обсуждении лечения — только в 14,8% случаях. Меньше всего врачи (в 6% случаях) ожидают, что пациенты к ним относятся как к «родителям», т.е. опекающим и заботящимся о пациентах. Таким образом, большинство врачей сообщают, что им наиболее близки «коллегиальная» и «патерналистская» модели взаимодействия с пациентами, но при этом они считают, что пациенты видят в них специалистов, придерживающихся «контрактной» или «инженерной» модели.

В то же время пациенты при описании поведения врачей отмечали, что последние относятся к ним как к равноправным партнерам (в 29,9% случаев). Практически с одинаковой частотой пациенты говорят о том, что, по их мнению, врачи воспринимают их как нуждающихся в помощи и опеке (21,9%), а также как своих клиентов — покупателей медицинских услуг (19,8%). Таким образом, выявляется рассогласование в восприятии врачей и пациентов друг другом. Врачи чаще ожидают от пациентов «контрактных» отношений, в то время как пациенты чаще видят в них партнеров.

Социологическое исследование также выявило рассогласование в оценках взаимодействия в системе «врач—пациент» партнерами по общению.

Пациенты гораздо чаще, чем сами врачи, отмечают, что последние не ориентированы на общение с ними, нацелены исключительно на физическое устранение заболевания (33,7% против 12,5%), оказывают медицинскую помощь без какого-либо сочувствия болезненному состоянию пациента (46,6% против 28%). Врачи же склонны преувеличивать свою «ориентацию на пациента». Так, по их мнению, они достаточно часто «по-дружески общаются с пациентом, утешают его» (в 56,6% случаях). Пациенты же реже чувствуют на себе такой подход врачей (в 41% случаев). Также пациенты гораздо реже ощущают заботу о себе, чем ее декларируют сами врачи (65,4% против 55,8%).

Обращает на себя внимание и то, что врачи склонны преувеличивать свои коммуникативные способности. Так, они склонны полагать, что в подавляющем большинстве случаев они умеют быстро наладить контакт с пациентом (74,5%). Пациенты же отмечают такое качество у врачей существенно реже (в 47,8% случаев). Также гораздо чаще, чем пациенты, врачи отмечают свои умения выслушать мнение пациента (в 51,9% случаев против 27,2% случаев среди оценок пациентов). В 72,7% случаев они считают, что внимательны к самочувствию пациентов, но пациенты отмечают это качество врачей реже (в 51% случаев). Также врачи полагают гораздо чаще пациентов, что они общительны (в 48,6% случаев против 30,9% случаев у пациентов), умеют убеждать в своей правоте (в 52,6% случаев против 24,4% случаев у пациентов). Примечательно то, что врачи намного чаще пациентов считают, что они дают возможность высказаться пациентам о своих трево-

[5]В исследовании применялась комбинация качественных и количественных методов сбора информации. В 2016 г. были проведены массовый опрос 1313 респондентов (712 пациентов и 601 врач) и 10 фокус-групп с медицинскими работниками и пациентами. Регионами исследования были Московская, Ульяновская, Томская, Курская и Саратовская области.

гах и волнениях (52,7% случаев). Для сравнения, пациенты такую характеристику у своих врачей отметили только в 14,2% случаев.

При оценке врачами поведения пациентов также наблюдаются рассогласования с мнением пациентов. Они чаще, чем пациенты, считают, что последние способны поддерживать логичную и информативную беседу (37,4% против 27,8%). Они также гораздо чаще склонны полагать, что пациенты сверяют их назначения со справочной информацией из интернета (31,9% против 19,9% среди пациентов). Меньше $^1/_3$ пациентов готовы соглашаться с мнением врача (28,2%), но почти $^1/_2$ врачей (в 44,8% случаев) считают, что пациенты принимают их точку зрения.

Таким образом, исследование обнаружило, что и врачи, и пациенты в целом предпочитают партнерскую модель взаимоотношений. Такой тип модели соответствует современным требованиям медицины, так как предполагается ответственное отношение к процессу лечения и выздоровления не только со стороны врача, но и со стороны пациента. В то же время в реальных взаимоотношениях между этими субъектами общения наблюдается рассогласование в восприятии процесса взаимодействия.

Со стороны врачей наблюдается недооценка востребованности пациентами этой модели, а также переоценка своих коммуникативных навыков, которые способствуют реализации данной модели в поведении. При этом врачи переоценивают осознанность и логичность поведения пациентов. Коммуникативные барьеры, возникающие между врачом и пациентом, приводят к искаженному восприятию медицинской информации пациентом и формируют неадекватные ожидания врача о способностях пациента воспринимать его точку зрения на лечебный процесс и следовать его назначениям. Подобная ситуация приводит к снижению эффективности лечебной деятельности и является источником эмоционального напряжения для врача.

Несмотря на сокращение социальной дистанции между врачом и пациентом, ответственность за результат лечения по-прежнему лежит на враче как с точки зрения пациента, так и с точки зрения самого врача. Подобная ситуация во взаимоотношениях между врачом и пациентом проявляется как на уровне социальных отношений, являясь одним из существенных источников негативного образа здравоохранения в целом, так и на уровне личности врача в качестве фактора развития синдрома эмоционального выгорания.

## Заключение

Привязанность к технологиям облегчает профессиональную деятельность врача, отсутствие рефлексии этой привязанности повышает вероятность межличностных конфликтов в системе «врач—пациент», что способствует эмоциональному выгоранию специалистов-медиков и ведет к нарастанию агрессии в обществе в целом. С помощью рефлексии и оценки динамики происходящих в социуме процессов необходимо отделить проблемы межличностного общения врачей и пациентов от более глобальных проблем коммуникации, вызванных высокими темпами включения новых технологий в медицину, от влияния средств массовой информации и цифровизации среды.

Проблему межличностного взаимодействия в системе «врач—пациент» можно решить путем внедрения в процесс подготовки медицинских работников новых компетенций, связанных с пониманием психологических аспектов их деятельности. Современные пациенты являются активными субъектами медицинских коммуникаций, и врачам необходимо обладать психологическими методами установления продуктивного контакта с целью повышения комплаенса, приверженности лечению [23].

Необходимо менять отношение к психологическим знаниям как к «бантику» в профессии, пересмотреть идеологию программ подготовки по философии и социологии в медицинских образовательных учреждениях.

Важно принимать меры по преодолению сложившегося в результате разнонаправленных информационных потоков синкретического, клипового мышления в отношении медицины среди населения: разрабатывать и внедрять общую стратегию повышения грамотности населения в вопросах здравоохранения в соответствии программными документами ВОЗ, активно бороться со лженаучными представлениями в этой области, привлекая на свою сторону различные информационные ресурсы.

**Участие авторов** равное на всех этапах подготовки статьи.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**
**The authors declare no conflict of interest.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Емелин В.А. *Идентичность в информационном обществе*. М.: Канон+; 2018.
Emelin VA. *Identity in the information society*. M.: Canon+; 2018. (In Russ.).
2. Маркс К., Энгельс Ф. *Собрание сочинений*. Т. 23. М. 1960.
Marx K, Engels F. *Collected works*. Vol. 23. M. 1960. (In Russ.).
3. Флоренский П.А. *Органопроекция. Русский космизм: антология философской мысли*. М.: Педагогика-Пресс; 1993.
Florensky PA. *Organoprojection. Russian cosmism: an anthology of philosophical thought*. M.: Pedagogika-Press; 1993. (In Russ.).
4. McLuhan M. *Understanding Media: The Extensions of Man*. NY: McGraw Hill; 1964.
5. Леонтьев А.Н. *Деятельность, сознание, личность*. М. 1975.
Leontev AN. *Activity, Consciousness, Personality*. M. 1975. (In Russ.).
6. Тхостов А.Ш. *Психология телесности*. М. 2002.
Thostov ASh. *Psychology of corporeality*. M. 2002. (In Russ.).
7. Hall ET. *The Silent Language*. NY. 1968.
8. Емелин В.А., Тхостов А.Ш. Технологические соблазны информационного общества: предел внешних расширений человека. *Вопросы философии*. 2010;5:84-90.
Emelin VA, Thostov ASh. Technological temptations of the information society: the limit of external human extensions. *Question of philosophy*. 2010; 5:84-90. (In Russ.).
9. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008;77(4):219-226.
https://doi.org/10.1159/000126073
10. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. *Медицинская психология в России*. 2011;3. Ссылка активна на 03.07.20.
Boluchevskaya VV, Pavlyukova AI, Sergeeva NV. Physician Communication: Features of Professional Interaction. *Medical psychology in Russia*. 2011;3. Accessed July 3, 2020. (In Russ.).
https://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php

11. Katz J. *The silent world of doctor and patient.* NY: The Free Press; 1984.
12. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. *Мир России*. 2014;2:154-181.
Chirikova AE, Shishkin SV. Interaction Between Doctors and Patients in Russia: Vectors of Change. *World of Russia*. 2014;2:154-181.
13. Hak D, Boer FDe. Formulations in First Encounters. *J of Pragmatics*. 1996; 25:83-99.
14. Ainsworth-Vaughn N. Topic Transition in Physician-patient Interviews: Power, Gender and Discourse Change. *Language in Society*. 1992;21:409-425.
15. Fisher S, Groce SB. Accounting Practices in Medical Interviews. *Language in Society*. 1990;19:225-250.
16. Красовский Б.П. Взаимоотношения врача и пациента на западе. *Социологические исследования*. 2002;6:122-127.
Krasovskii BP. The relationship between doctor and patient in the West. *Sociological research*. 2002;6:122-127. (In Russ.).
17. Kickbusch I, Pelikan JM, Franklin A, Tsouros AD. Health literacy. The solid facts. WHO. 2013. Accessed July 03, 2020.
https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts.
18. Drapkina O, Graça Freitas M, Mikkelsen B, Breda J, Salakhov E, Lopatina M, Silva da Costa A, Koylyu A, Williams J, Wickramasinghe K, Telo de Arriaga M. The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. *Public Health Panorama*. 2019;5(2-3):197-200.
19. Бауман З. Спор о постмодернизме. *Социологический журнал*. 1995;4: 70-71.
Bauman Z. Debate about postmodernism. *Sociological journal.* 1995;4:70-71. (In Russ.).
20. Артюхов И. Пациент всегда граф. *Медицинская Россия*. Ссылка активна на 03.07.20.
Artyukhov I. The Patient Is Always a Count. *Medical Russia*. Accessed July 03, 2020. (In Russ.).
https://medrussia.org/3646-pacient-vsegda-graf/#1
21. Бодрийяр Ж. *Симулякры и симуляция*. М. 2015.
Baudlliard J. *Simulacra and simulation*. M. 2015. (In Russ.).
22. Keen A. *The Cult of the Amateur: How Today's Internet Killing Our Culture*. Currency. 2007.
23. Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса. *Профилактическая медицина*. 2018;21(4):20-24.
Buzina TS, Buzin VN. Sociopsychological aspects of the treatment process. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2018;21(4):20-24. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/profmed201821420
24. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. *The Basics of Bioethics*. London: Publisher Taylor & Francis Ltd; 2019.

Поступила 08.05.2020
Received 08.05.2020
Принята к печати 14.05.2020
Accepted 14.05.2020