

УДК 159.99

**Этика и психология в изучении моделей
взаимоотношений врача и пациента****Бендрикова Альбина Юрьевна**

Кандидат социологических наук, доцент,
доцент кафедры гуманитарных наук,
Алтайский государственный медицинский университет,
656008, Российская Федерация, Барнаул, ул. Левонабережная, 32-а;
e-mail: bendrikova-a@mail.ru

Бетенькова Елена Михайловна

Кандидат философских наук, доцент,
доцент кафедры гуманитарных наук,
Алтайский государственный медицинский университет,
656008, Российская Федерация, Барнаул, ул. Левонабережная, 32-а;
e-mail: elena.betenkova@gmail.com

Кочетова Юлия Юрьевна

Кандидат философских наук, доцент,
доцент кафедры гуманитарных наук,
Алтайский государственный медицинский университет,
656008, Российская Федерация, Барнаул, ул. Левонабережная, 32-а;
e-mail: kochetova20@mail.ru

Тимченко Наталья Станиславовна

Доктор социологических наук, профессор,
профессор кафедры гуманитарных наук,
Алтайский государственный медицинский университет,
656008, Российская Федерация, Барнаул, ул. Левонабережная, 32-а;
e-mail: nattimchenko@yandex.ru

Шершнева Карина Сергеевна

Студент,
Алтайский государственный медицинский университет,
656008, Российская Федерация, Барнаул, ул. Левонабережная, 32-а;
e-mail: kari_2898@mail.ru

Аннотация

В сфере медицинского обслуживания довольно часто возникают случаи, когда пациенты остаются недовольны деятельностью врача. Возникает объективная необходимость многоаспектного изучения специфики взаимоотношений врача и пациента. Психологический, этический, социологический подходы к изучению биоэтических моделей, которые формируются в деятельности каждого практикующего врача, способствуют повышению эффективности в решении множества биомедицинских проблем современности. Во многом исход лечения зависит от отношения врача и пациента к сформировавшимся в профессии этическим нормам и стандартам. Таким образом, изучение, определение и предоставление знаний о предпочтительных моделях взаимоотношений с точки зрения каждой стороны, участвующей в них, поиск существенных и специфических признаков является важной задачей, от решения которой будет зависеть успех лечебного процесса в целом.

Для цитирования в научных исследованиях

Бендрикова А.Ю., Бетенькова Е.М., Кочетова Ю.Ю., Тимченко Н.С., Шершнева К.С. Этика и психология в изучении моделей взаимоотношений врача и пациента // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 2А. С. 153-162.

Ключевые слова

Биоэтика, модели взаимоотношений с пациентом, медицинские услуги, профессиональный этический кодекс, психология.

Введение

Здоровье – это состояние организма, при котором все его функции осуществляются в полной мере, а также физическая, духовная, моральная стороны, являющиеся неотъемлемой частью человеческого существования, находятся в полной гармонии. Поддержанием данного состояния на протяжении многих тысячелетий занимается медицина. С появлением медицины и как следствие профессии врача, наблюдалось увеличение продолжительности и качество жизни. Поэтому данная область получила широкое распространение, и ее значение лишь увеличивается во всем мире. По мере развития медицины и человеческого общества, появилась необходимость устанавливать нормы взаимодействия врача и пациента. Во многом успех лечения зависит именно от сложившихся взаимоотношений между врачом и пациентом. В современной системе проведения медицинского приема мы часто можем наблюдать, что пациенты остаются разочарованны в оказанной им медицинской услуге. Пребывая в медицинской среде, можно заметить некую негласную классификацию данного вида взаимоотношений. У каждого врача свой метод, к которому у пациента так же негласно появляется симпатия или антипатия.

Огромный вклад в развитие медицины внес Гиппократ, именно он является основоположником ее научной составляющей. Появление принципов, норм и методик взаимодействия врача и пациента появились благодаря его научным трудам. Для того чтобы скоординировать взаимоотношения врача и пациента Гиппократ сформулировал основные положения врачебной клятвы, которая являлась обязательной составляющей профессиональной деятельности для каждого практикующего врача по окончании учебного заведения. С течением времени она трансформировалась относительно социальных изменений [Клятва Гиппократа,

www]. Проанализируем некоторые положения Клятвы Гиппократов. «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости», – данное положение говорит нам о том, что необходимо сохранять равенство между пациентами, деятельность врача должна быть направлена на выздоровление пациента. «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами», – данная часть клятвы характеризует поступки и действия врача, которые не должны быть неправедными и противопоставляться морально-этическим нормам. Реализация «Клятвы Гиппократов» возможна при наличии у врача нравственных ориентиров, а также уважительного, доброжелательного отношения к больному, и доверительного взаимодействия. Следовательно, взаимоотношения не должны быть построены только на общей цели, им должны сопутствовать еще и человеческие чувства – сострадание, забота, уважение. Но, тем не менее, отсутствие каких-либо вторичных факторов, влияющих на эмоциональное состояние взаимодействующих, поможет адекватно оценивать состояние больного, а также избежать психологических травм у врача. В нашей статье мы поставили цель выяснить, какими же должны быть взаимоотношения между врачом и пациентом, при каком виде взаимодействия они принесут пользу обоим оппонентам, и будут наиболее результативны.

Степень разработанности темы

Многие авторы, изучающие данную проблему, проводили исследования, которые доказывали важнейшую роль контакта врача и пациента. Обширный обзор научной литературы был произведен сотрудниками «Центра исследований сострадания и альтруизма» (CCARE) Стэнфордского университета. Ученые обнаружили растущее количество научных фактов, доказывающих, что доброе отношение к больному оказывает прямое влияние на исцеление. Это имеет практическое статистически значимое влияние на физическое здоровье. Например, положительный эффект от влияния доброты больше, чем от приема аспирина при заболеваниях сердца. Исследование также обнаружило, что, когда медики действовали с состраданием, пациенты чаще психологически открывались, доверялись врачу и давали более полную картину о своем здоровье. Это помогало в диагностике. Чувствуя поддержку, пациенты чаще придерживались назначенного лечения, что приводило к уменьшению количества повторных госпитализаций. При таком доверительном взаимоотношении, построенном на сочувствии и доброте, пациент чувствует свою значимость, осознает важность лечения и соблюдения всех рекомендаций врача, он понимает положение, в котором он находится и ощущает поддержку, защиту от своего недуга. Так же подтверждением колоссального влияния врача на больного, является эффект плацебо. Примером действия такого рода лечения во врачебной практике не редкость [Василенко, 2012]. Плацебо широко используется в Российской наркологии для лечения лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков. Российский врач-нарколог осуществляет лечение алкогольной зависимости такими методами, как «Капсула», «Торпедо», «Кодирование», «Подшивка», «MST», «SIT», «NIT» или несуществующими (и не внесенными в Государственный реестр лекарственных средств) лекарственными препаратами, такими как: «Витамерц депо», «Актоплекс», «Дисульфизон», «Алгоминал»: при этом врач эксплуатирует так называемый «плацебо-эффект», то есть веру пациента и его желание выздороветь. Механизм действия состоит в том, что врач убедительно говорит своему пациенту: «Выпьешь — умрешь».

Данные методы используют «неведение людей» и их «веру», для поддержания страха, который заставляет людей воздерживаться от употребления алкоголя. Эффект плацебо зависит от веры человека в «чудодейственную таблетку», от врача, который ее ему предоставляет, именно правильное построение беседы между врачом и пациентом, способствует его осуществлению. Доверие – воплощает данный метод лечения в реальность.

Рефлексотерапия – одна из необъяснимых врачебных манипуляций, относящаяся к разделу нетрадиционной медицины [Молостов, 2008]. Механизм действия никак научно не обоснован, но широко применяем во врачебной практике. Представляет собой мануальное воздействие на специфические области ступней, рук или ушей, иногда с использованием инструментов, масел и лосьонов. Основана на предпосылке рефлексологов о том, что на ступнях, руках и ушах человека находится система областей, отражающая человеческий организм в целом, и что воздействие на эту систему вызывает физиологический эффект в соответствующих частях тела. Данная врачебная манипуляция оказывает положительное действие на динамику лечения пациента, несмотря на сомнительность механизма действия. Одной из теорий действия этого способа является все тот же эффект плацебо, пациент верит в правильность, точность, и исцеляющую способность врачебных действий. Поэтому нельзя исключать такого важного аспекта как коммуникация врача и пациента, ведь порой это может исцелить человека, без использования каких-либо фармацевтических препаратов и оперативного лечения.

Нормативно-законодательная база

Рассмотрение данной проблемы возможно и на нормативном уровне, для этого мы обратимся к тексту «Кодекса профессиональной этики врача РФ» [Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, www]. В этом нормативно-профессиональном акте систематизированы нормы профессиональной врачебной деятельности, урегулировано взаимодействие с пациентом, установлены обязанности и ответственность медицинского персонала. Мы изучили некоторые аспекты КПЭВ РФ, которые находят отражение в нашей проблематике. Статья 1 п.1 КПЭВ РФ «Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются неизменными даже после смерти человека». В данной статье говорится о глубоком морально-этическом долге врача перед своим пациентом, все его действия должны согласовываться именно с этими принципами. Статья 30 п. 2 КПЭВ РФ «Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности. Объективная информация о состоянии здоровья пациента дается доброжелательно; план медицинских действий разъясняется в доступной форме, включая преимущества и недостатки существующих методов обследования и лечения, не скрывая возможных осложнений и неблагоприятного исхода». Эта статья повествует нам о том, что взаимодействие врача и пациента не должны ограничиваться лишь стандартными медицинскими манипуляциями, но также в них должно находить свое место и доверие, которое может возникнуть лишь при коммуникации с пациентом. Статья 32 п. 2 КПЭВ РФ «Взаимоотношения врача и пациента должны строиться на партнерской основе и принципах информационной открытости. Врач должен в доступной форме информировать пациента о состоянии его здоровья, возможных изменениях, методах лечения, включая те, с которыми связана определенная доля риска или неуверенность в результате. Врач должен убедиться в том, что пациент удовлетворен полученной информацией». Во многом результативность лечения

зависит от понимания со стороны больного своего положения, согласие на те или иные врачебные манипуляции, осознание их важности. Этого невозможно достичь без непосредственного общения с пациентом, ведь врач в лице больного имеет характерный авторитет. Статья 37 п. 2 КПЭВ РФ «При любых обстоятельствах врач обязан стремиться к тому, чтобы облегчить страдание пациента; поддержать его морально и избегать неразумной настойчивости в проведении диагностических и лечебных процедур». Данная статья содержит важный аспект одной из основ взаимоотношений врача и пациента – это поддержка, которая необходима при длительном течении заболевания, тяжелом состоянии больного, остром периоде болезни, а также при многих других встречающихся на практике случаях. Именно поддержка со стороны врача способна дать мотивацию и убедить в благоприятном исходе курса лечения. Таким образом, в «Кодексе профессиональной этики врача РФ» мы нашли очень точные и верные сведения, которые помогают определить наиболее подходящую модель взаимоотношений врача и пациента, которая должна применяться в медицинской практике.

Модели взаимодействия врач-пациент

Американский специалист в области биоэтики Роберт Витч занимался изучением медицинской этики, исследовал многие ее отрасли. Одной из проблем, которую он рассматривал – была проблема взаимоотношения врача и пациента, при ее изучении он решил систематизировать все возможные виды их контактов и выделил четыре основные модели их взаимодействия [Яскевич, 2009].

Техническая. В данной модели пациент является «неисправным механизмом, который нуждается в починке». Личность пациента не учитывается. Есть только физическая проблема, которую нужно устранить. Одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным с точки зрения научного знания и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.

Патерналистская (сакральная). Врач здесь рассматривается как «родитель», а пациент как «неразумное дитя». Врач сам определяет, что является благом для пациента. Здесь уделяется внимание личности пациента, но лишь с точки зрения моральной поддержки. Основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда».

Коллегиальная. Данная модель в своем крайнем варианте является пациент-центрированной. Пациент здесь играет активную роль, с ним согласовываются все решения врача. На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач

и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

Контрактная. Взаимоотношения врача и пациента базируются на негласном (в некоторых случаях, правда, оформляемом процессуально-юридически) договоре о взаимном уважении прав друг друга. Пациента оповещают о том, как проходит лечение, от него не скрывают информацию, но решение принимает врач, обосновывая его для пациента. Еще одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Таким образом, доверие к врачу остается обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса. Однако его внутренняя сущность в лечебном процессе меняется. «Доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного». Взаимоотношения врача и пациента – не просто обмен сведениями; это – часть лечения.

Результаты исследования

Для определения наиболее оптимальной модели взаимоотношений мы провели опрос среди пациентов и врачей. Опрашиваемым респондентам были предложены примеры взаимодействия врача и больного, в которых находились зашифрованные четыре вида моделей, на выбор предоставлялась одна, наиболее верная на их взгляд.

Анкетирование проводилось среди врачей различных специальностей, возрастов. Среди опрошенных пациентов так же люди различных возрастных категорий, обратившиеся за помощью в различные отделения медицинских учреждений. По результатам анкетирования выяснилось, что для двух групп опрошенных преимущественной стала коллегиальная модель взаимоотношений, так как именно в данной модели между оппонентами устанавливаются доверительные отношения, когда пациент может получить больше информации о своей болезни, о способах лечения, а также и моральную поддержку. Врач же при этой модели приобретает более достоверную информацию от больного, и может быть уверен, что лечение будет проводиться осознанно, и гарантирует выполнения всех указаний врача. Следующая по предпочтительности модель, выбранная пациентами – это контрактная. Выбор ее обусловлен тем, что в ней устанавливаются отношения, построенные на взаимном уважении. Пациент получает полную информацию о диагнозе, в праве выбирать наиболее приемлемый для него способ лечения, между контактирующими устанавливается не гласный контракт, который обязывает его выполнение, врач и пациент несут равную ответственность за исход лечения. Для медицинских представителей на втором месте оказалась патерналистская модель. Эта модель подразумевает перекалывание полной ответственности за выздоровление больного на врача, правом на решение методов и способов лечения также обладает врач, а также он имеет незыблемый авторитет и большое уважение со стороны пациента. Так же выбор этой модели

среди пользователей медицинских услуг обусловлен тем, что им не нужно принимать никаких решений относительно своего здоровья, врач освобождает их от этого, им не нужно понимать, осознавать свою болезнь, что сохраняет пациента от эмоциональных переживаний. Однако в современном обществе эта модель трудно применима в связи с развитием информационных технологий и их всеобщей доступности. Именно благодаря этому можно найти информацию о диагнозе, методах диагностики и многом другом. Выбор контрактной модели со стороны медицинских представителей обусловлен тем, что разделение ответственности происходит между врачом и пациентом. Такие отношения построены на взаимобязательствах и взаимовыгоде, то есть врач предоставляет услугу, а пациент является ее пользователем, исход этих отношений повышение качества услуги, для удовлетворения пользовательских потребностей. Техническая модель не была выбрана ни одним пациентом. Ведь в ней исключается контакт врача и пациента, что может привести к неверному решению больного относительно своего лечения, то есть могут наблюдаться тяжелые последствия, вызванные недопониманием. Личность пациента здесь не учитывается, что говорит о общем подходе к каждому больному. Со стороны врачей мы все же наблюдаем выбор данного метода взаимодействия, это объясняется тем, что у медицинских работников возникает возможность сокращения индивидуального времени, отведенного для каждого больного, то есть увеличение количества пациентов, принятых за рабочий период времени. Так же эта модель исключает какие-либо эмоциональные факторы при постановке диагноза, и исключает возможность психоэмоциональных потерь со стороны врача.

В опросе приняли участие представители следующих возрастных групп: 18-25, 26-35, 36-50, 51 – и более лет. В соответствии с возрастом были выявлены некоторые закономерности. Анализируя полученные данные, мы выявили зависимость приоритетной модели взаимодействия врач-пациент от возраста опрашиваемых. Респондентами в возрасте 18-25 лет была выбрана преимущественно патерналистская модель, так как в этом жизненном цикле люди активно взрослеют, имеют небольшой жизненный опыт, лишь начинают приходить к полному осознанию мира и себя. Для представителей этого возраста характерно, чтобы выбор за них был сделан человеком, который является специалистом в своей области. В остальных периодах преобладает выбор коллегиальной модели. Контрактная модель была выбрана опрошенными возрастной категории 36-51 год, так как в данном возрасте пациент уже имеет некоторую базу медицинских знаний, а также жизненный опыт. Поэтому пациент осознанно выбирает наиболее подходящий для него способ лечения. Так же среди врачей была отмечена закономерность выбора модели в зависимости от специализации. Некоторые медицинские специализации не подразумевают коммуникативного контакта врача и пациента, такие как рентгенолог, врач функциональной диагностики, мануалист, анестезиолог, радиолог, массажист, реаниматолог, общение может даже помешать специалисту. Но есть и другие врачебные специальности, в которых невозможно обойтись без установления доверительных отношений с больным: психиатр, гинеколог, венеролог, онколог. В соответствие с этими характеристиками и особенностями ответы распределились следующим образом:

Анализируя результаты проведенного исследования, мы выявили, что коллегиальная модель взаимоотношений является, по мнению опрошенных, наиболее оптимальной для обеих групп респондентов, принявших участие в анкетировании, так как в контексте данной модели выстраиваются отношения, приносящие пользу как врачу, так и пациенту. В настоящее время в связи с глобальной компьютеризацией общества, люди, как правило, не имеют проблем в

получении информации, поэтому для них важно обсуждение с доктором своего диагноза, лечения. Пациент будет уверен в том, что выбор врача относительно лечения основывается на морально-этических принципах. Врач же в контексте данной модели может исключить, самолечения со стороны больного, которое способно привести к пагубным последствиям. Однако в этой модели пациент может потерять границы субординации, что приведет к возникновению ложного равенства. Если врач и пациент будут на равных, то тогда будет наблюдаться потеря авторитета, со стороны медицинского персонала, рекомендации не будут соблюдаться в полной мере. Таким образом, выявив наиболее благоприятную модель, мы подчеркнули ее достоинства и недостатки.

Заключение

Роберт Витч выделял контрактную модель, как наиболее приемлемую. Однако проведенное исследование выявило предпочтительность данной модели только среди пациентов старшей возрастной категории, а среди врачей она так же не вызвала полного одобрения. На наш взгляд, симбиоз коллегиальной и контрактной модели дополнял и одновременно ликвидировал бы их недостатки. В этой идеальной модели, врач и пациент получали бы всю необходимую информацию друг о друге, их деятельность была бы направлена на получение благоприятного результата, с их стороны соблюдалась бы взаимная морально-нравственная ответственность, врач оказывал бы поддержку больному, давая надежду на выздоровление.

Библиография

1. Бендрикова А.Ю., Шершнева К.С. Психолого-этический аспект изучения особенностей взаимоотношений с пациентом в медицинской деятельности // Студент и наука (гуманитарный цикл). Материалы международной студенческой научно-практической конференции. 2018. С. 715-719.
2. Василенко В.В. Предыстория пустышки // Русский медицинский журнал. 2012. № 20. 9. С. 1058.
3. Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Минск: БГМУ, 2011. С. 2.
4. Клятва Гиппократова. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D1%8F%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B0>
5. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. URL: <http://legalacts.ru/doc/kodeks-professionalnoi-etiki-vracha-rossiiskoi-federatsii-prinjat/>
6. Молостов В.Д. Иглотерапия и мануальная терапия. М.: Эксмо, 2008. С. 784.
7. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. М., 2001. 192 с.
8. Яскевич Я.С. и др. Основы биоэтики. Минск, 2009. С. 57.

Ethics and psychology in the studies of doctor and patient relationships models

Al'bina Yu. Bendrikova

PhD in Sociology, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Humanities,
Altai State Medical University,
656008, 32-a, Levoberezhnaya st., Barnaul, Russian Federation;
e-mail: bendrikova-a@mail.ru

Elena M. Beten'kova

PhD in Philosophy, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Humanities,
Altai State Medical University,
656008, 32-a, Levoberezhnaya st., Barnaul, Russian Federation;
e-mail: elena.betenkova@gmail.com

Yuliya Yu. Kochetova

PhD in Philosophy, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Humanities,
Altai State Medical University,
656008, 32-a, Levoberezhnaya st., Barnaul, Russian Federation;
e-mail: kochetova20@mail.ru

Natal'ya S. Timchenko

Doctor of Sociology, Professor,
Professor at the Department of Humanities,
Altai State Medical University,
656008, 32-a, Levoberezhnaya st., Barnaul, Russian Federation;
e-mail: nattimchenko@yandex.ru

Karina S. Shershneva

Graduate Student,
Altai State Medical University,
656008, 32-a, Levoberezhnaya st., Barnaul, Russian Federation;
e-mail: kari_2898@mail.ru

Abstract

In the field of health care, there are often cases when patients are dissatisfied with the doctor's activities. There is an objective need for a multifaceted study of the specifics of the relationship between the doctor and the patient. Psychological, ethical, sociological approaches to the study of bioethical models, which are formed in the activities of each practitioner, contribute to increasing efficiency in solving many biomedical problems of our time. In many ways, the outcome of treatment depends on the attitude of the doctor and the patient to the ethical norms and standards formed in the profession. Thus, the study, definition and provision of knowledge about the preferred models of relationships from the point of view of each party involved in them, the search for essential and specific features is an important task, the solution of which will depend on the success of the treatment process as a whole are presented in the paper. In an ideal model, the doctor and the patient would receive all the necessary information about each other, their activity would be aimed at obtaining a favorable result, they would observe mutual moral and ethical responsibility on their part, the doctor would support the patient, giving hope for recovery.

For citation

Bendrikova A.Yu., Beten'kova E.M., Kochetova Yu.Yu., Timchenko N.S., Shershneva K.S. (2019) Etika i psikhologiya v izuchenii modelei vzaimootnoshenii vracha i patsienta [Ethics and psychology in the studies of doctor and patient relationships models]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 8 (2A), pp. 153-162.

Keywords

Bioethics, models of relationships with the patient, medical services, professional code of ethics, psychology.

References

1. Bendrikova A.Yu., Shershneva K.S. (2018) Psikhologo-eticheskiy aspekt izucheniya osobennosti vzaimootnoshenii s patsientom v meditsinskoi deyatelnosti [Psycho-ethical aspect of the study of the peculiarities of the relationship with the patient in medical practice]. In: *Student i nauka (gumanitarnyi tsikl). Materialy mezhdunarodnoi studencheskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Student and Science (humanitarian cycle). Materials of the international student scientific-practical conference].
2. Denisova S.D., Yaskevich Ya.S. (2011) *Biomeditsinskaya etika* [Biomedical ethics]. Minsk: BSMU.
3. *Klyatva Gippokrata* [The Hippocratic Oath]. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D1%8F%D1%82%D0%B2%D0%B0_%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B0 [Accessed 02/02/2019]
4. *Kodeks professional'noi etiki vracha Rossiiskoi Federatsii* [Code of professional ethics of the doctor of the Russian Federation]. Available at: <http://legalacts.ru/doc/kodeks-professionalnoi-etiki-vracha-rossiiskoi-federatsii-prinjat/> [Accessed 02/02/2019]
5. Molostov V.D. (2008) *Igloterapiya i manual'naya terapiya* [Acupuncture and manual therapy]. Moscow: Eksmo Publ.
6. Siluyanova I.V. (2001) *Bioetika v Rossii: tsennosti i zakony* [Bioethics in Russia: Values and Laws]. Moscow.
7. Yaskevich Ya.S. et al. (2009) *Osnovy bioetiki* [Fundamentals of bioethics]. Minsk.
8. Vasilenko V.V. (2012) Predystoriya pustyshki [The Prehistory of the Dummy]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal], 20, 9, p. 1058.