

УДК 614.253

**ЭВОЛЮЦИЯ МОДЕЛЕЙ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧ–ПАЦИЕНТ
В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ***канд. филос. наук, доц. А.И. КЛИМОВИЧ**(Белорусский государственный медицинский университет, Минск)*

Анализируются основные типы моделей коммуникаций врач–пациент в современной медицине. Данная тема является одной из наиболее актуальных, т.к. проблемы коммуникации могут существенно повлиять на процесс лечения. Показан междисциплинарный характер данной проблематики, выделены основные исторически сложившиеся модели, подчеркивается необходимость исследования эволюции моделей в зависимости от определенного типа общества. Классическая концепция врачебного патернализма дополняется концепцией патерналистского принуждения Дж. Дворкина, отмечается неизбежность появления патерналистских тенденций при рассмотрении группы социально значимых благ. Рассматриваются недостатки автономной модели, объясняется причина перехода от автономной модели к технократической и почему она так востребована современным обществом.

Ключевые слова: *современная медицина, модели коммуникации, врач–пациент.*

Проблема построения моделей коммуникации между врачом и пациентом является одной из наиболее актуальных. Ее следует рассматривать в междисциплинарном аспекте, поскольку она затрагивает проблемные поля биомедицинской этики, философии медицины, медицинского права и социологии медицины. Данная тема представляет также определенный интерес для медицинской психологии и антропологии. В связи с тем, что в современности уже возможно говорить о произошедшем переходе от парадигмы индустриального типа цивилизации к информационному, очерченный выше вопрос обладает предельной важностью и должен стать предметом напряженной рефлексии исследователей во всех областях гуманитаристики.

Специфичность социально-коммуникативной плоскости медицины, по мнению исследователей, заключается в следующем. Во-первых, медицина здесь рассматривается не как определенная отрасль знаний, а как социальный институт, фундированный определенной аксиологической системой координат. Во-вторых, с точки зрения сформировавшейся веками позиции, врач выступает не только в качестве специалиста, но также и в качестве носителя системы ценностей определенного образца, на который необходимо равняться. Здесь основополагающими будут такие понятия, как милосердие, гуманизм и т.д. В-третьих, личность пациента в данном аспекте часто объективируется, на первый план выходит его телесность, причем телесность, выступая в контексте болезни, часто рассматривается в негативном контексте. В-четвертых, оказываясь в сфере медицины, пациент как бы выпадает из рамок привычного поведения, поэтому для защиты своего Я ему необходимо принять новую роль, содержание которой будет зависеть от степени притязаний пациента на определенный уровень автономии [1, с. 46].

Необходимо подчеркнуть, что в основе взаимоотношений врач–пациент находится объективно сложившаяся ролевая модель, обусловленная определенными историческими условиями. Несмотря на то, что сама проблематика формирования моделей коммуникации в системе здравоохранения под воздействием исторических обстоятельств представлена фрагментарно, в целом непосредственно проблема коммуникаций в широком смысле освещена достаточно полно как в отечественной, так и зарубежной литературе. Традиционно в биомедицинской этике выделяют три основных модели взаимоотношений врач–пациент: патерналистская, автономная и инженерная. В последнее время особый интерес стал представлять технократический подход. Одновременно необходимо понимать, что данные модели не являются константами, их содержание носит темпоральный характер и напрямую связано с определенным общественным строем. Можно сказать, что на становление отдельно взятой модели, присущей только данному типу общества, влияет экономическая система общества, уровень развития знания, его открытость и отношение к самому знанию (доступность информации, скорость распространения и т.д.), уровень образованности общества, присущая данному обществу аксиологическая система, уровень технического процесса и пр. Обусловленные обозначенными выше характеристиками социума одни модели становятся актуальными, другие же, наоборот, теряют свое значение. Но при этом мы не можем утверждать, что данные модели возникают стихийно, в их становлении и развитии всегда будет присутствовать специфическая историческая логика.

Если рассматривать смену моделей коммуникации врач–пациент исторически, то она может быть выстроена следующим образом: патерналистская, автономная, технократическая. С предельной остротой данные парадигмы будут проявляться в наиболее конфликтном вопросе как для биоэтики, так и для ме-

дицинского права, а также философии медицины – информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, и могут быть сведены к одному – на ком лежит ответственность за принятие решения.

Патерналистская модель напрямую связана с патриархальной культурой. Ее основополагающей чертой является объективация личности пациента, который рассматривается в качестве «взрослого ребенка», не способного к принятию правильного самостоятельного и осознанного решения. Первоначально понятие патернализма появилось в трудах П. Девлина и Г. Харта [2, с. 102]. Классическим считается определение патернализма Дж. Дворкина: «под патернализмом я понимаю вмешательство в свободу действий человека, оправданное исключительно такими причинами, как благосостояние, счастье, потребности, ценности и интересы принуждаемого» [3]. При этом Дворкин отмечает, что класс лиц, чьи права охраняются, не всегда совпадает с классом, чьи права ограничиваются. Если данные классы совпадают, можно говорить о так называемом «чистом патернализме» (например, когда от пассажиров автомобиля требуют пристегивать ремни безопасности): если не совпадают и для обеспечения блага необходимо ограничивать права людей, не относящихся к данной группе, – о смешанном типе патернализма.

Предполагается, что патернализм не нуждается в рациональном обосновании, поскольку польза запрета самоочевидна. Патернализм не связан с рациональным обоснованием – согласно устоявшемуся среди ученых мнению, он возникает там, где поведение людей признается нерациональным или оказывается неэффективной средой, в которой они действуют [4, с. 15]. Люди знают о своей иррациональной стороне, поэтому для них является разумным оформить определенные рамки, которые будут сдерживать их от необдуманных поступков. Здоровье, по мнению Дворкина, как раз и относится к такому роду категорий, ради которого рациональные существа сознательно готовы отказаться от части своей свободы, отдав ее в распоряжение других людей (врачей) [9]. Необходимо также отметить, что в современности наметилась тенденция рассматривать патернализм вне традиционной трактовки государственной заботы государства о своих гражданах, а в качестве определенной группы «социально опекаемых благ», к которой, безусловно, относится и здоровье [4, с. 6].

Если говорить непосредственно о медицинском патернализме, то его определение дали Герт и Калвин. Согласно их точке зрения, патернализмом можно назвать такую модель взаимоотношений врача и пациента, где первый уверен, что его действия вызовут сопротивление со стороны пациента, если пациент о них узнает, однако, в конечном итоге он согласится с предложенной схемой. Характерными чертами данной модели являются следующие: действия врача направлены на достижение блага пациента; врач может действовать от имени пациента; нарушает определенные моральные правила в отношении пациента; забота о благо пациента оправдывает действия врачей независимо от наличия в прошлом или будущем возможности получения свободного информированного согласия; при этом пациент уверен, что знает, что необходимо для его благополучия, но возможно это знание получено на неверных выводах, а врач имеет обоснованное ожидание, что в итоге пациент согласится с его действиями [5, р. 342].

Патерналистской модели противопоставляется автономная модель взаимоотношений врач–пациент, ее главной чертой является неприемлемость профессионального доминирования. Исходя из этого, автономная модель предполагает, что в основе коммуникации данного типа лежит принцип равенства, фундированный горизонтальным типом общественных отношений и осуществляющий возможность полноценного диалога и выбора не только за врачом, но и пациентом.

Исторически данная модель, как отмечает П.Д. Тищенко, связана с оформлением основных культурных модусов эпохи Возрождения: «физическое изображение атлетического тела эпохи Возрождения как бы трансформируется в метафизическую фигуру автономного субъекта» [6, с. 127]. Модель автономии позволяет покончить с объективацией пациента в медицине и предполагает использование таких значимых с точки зрения гуманизма категорий, как принцип целостности человеческой личности, принцип уважения личного выбора как уважения человека и т.д. Осознание необходимости использования альтернативной патерналистской – автономной – модели связано со стремительным развитием медицины в середине XX в. На международном этическом и правовом уровнях данная модель нашла отражение в концепции добровольного информированного согласия (Нюрнбергский кодекс, Хельсинская декларация, конвенция Овьедо). Некоторые авторы, например, как А.Н. Пищита в работе «Согласие на медицинское вмешательство», отмечают, что за целью введения правовой нормы информированного согласия стояла необходимость уважения желаний пациента как автономной личности [7, с. 13]. Предполагается, что решение в данном случае будет приниматься в лучших интересах пациента. Но тоже самое предполагает и патерналистская модель.

К наиболее важным историческим свидетельствам, зафиксировавшим становление автономной модели коммуникации, безусловно необходимо отнести принципы Т. Бичампа и Дж. Чилдресса, заключающиеся в ригористических требованиях: «не навреди», «делай благо», а также артикулировании принципа автономии пациента и принципа справедливости. Нормы автономной модели, такие как информированное добровольное согласие, уважение к ранее высказанным пожеланиям, являются неотъемлемыми

правовыми нормами международного законодательства. Автономная модель также взята за основу в многочисленных нормативных правовых актах, регулирующих сферу охраны здоровья Республики Беларусь.

У данной модели имеются и отрицательные стороны. Одним из наиболее важных и одновременно спорных аспектов использования автономной модели является принятие решений в ситуациях окончания жизни, тесно связанных с еще одной болезненной для современной биоэтики темой – темой ранее высказанных пожеланий. Единой позиции по данной проблеме не существует – например, само существование практики эвтаназии в некоторых странах до сих пор является предметом бурных дискуссий, равно как и упомянутые выше «ранее высказанные пожелания» [8]. В основании такого рода этических затруднений лежат грандиозные успехи в сфере медицинских технологий, позволяющие регулировать процессы жизни и смерти, часто сопряженные с тяжелыми заболеваниями, продлевающие тем самым вместе с самой жизнью страдания и боль и поднимающие вопрос субъективных критериев концепта качества жизни.

В современном обществе автономная модель является приоритетной по отношению к патерналистской, тем не менее, когда вопрос касается решений, связанных с окончанием жизни, автономия пациентов значительно ограничивается. С одной стороны, у сторонников данного права имеется большое количество таких аргументов, как достоинство, уважение, необходимость учитывать интересы пациента, качество жизни. На противоположной чаше весов находится ценность жизни самой по себе. Противники подхода искусственного прекращения жизни указывают на возможность злоупотребления данным правом, а также отмечают, что в зоне риска оказываются такие уязвимые группы населения, как пожилые люди, дети (в данном отношении показателен случай Элфи Эванса [2]), старики, пациенты с низким уровнем дохода. Необходимо отметить, что основной контраргумент, приводимый сторонниками движения про-лайф, состоит в том, что основные обязанности врача соотносятся с такими понятиями, как облегчение страданий, исцеление, уход и комфорт пациентов, а не обязанностью прекращать чью-либо жизнь.

Поскольку использование автономной модели сопряжено с большим количеством противоречий, к тому же, она была предметом постоянной критики, в современном обществе постепенно начинает проявляться третья модель, часто встречающаяся под названием инженерной, или технократической. Возникновение данной модели связано с формированием нового типа общества, характеризующегося стремительным техническим прогрессом. Исследователи отмечают, что первоначально черты данной модели можно проследить в индустриальном обществе [10, р. 7], однако, плодотворную почву для своего дальнейшего развития она получила именно в современности. Аксиологическая парадигма современной технократии фундирована идеей технического прогресса и поддержкой патриархальных институтов власти. Национальные системы здравоохранения в свою очередь отражают и заимствуют данные тенденции, стремясь уйти от модели автономии к более жесткой системе. Как и во всем обществе, пропитанном сегодня жаждой новых технологий, в медицине также идея инноваций технического прогресса наравне с подспудным желанием ограничения автономии пациента становится основной ценностью.

Исследователи выделяют следующие основополагающие черты технократической модели взаимоотношений врач–пациент: разделение духовного и телесного мира человека; переосмысление идей «ламетризма»; новый виток объективации тела, ведущий к отчуждению пациента от врача; вся ответственность ложится на плечи врача, а не пациента; переоценивание роли науки и технологии; рост агрессивных вмешательств, нацеленных на краткосрочные результаты, и трактовка смерти как поражения; система, ориентированная на получение прибыли и нетерпимость к другим конструкциям [10, р. 17]. В качестве примера технократической модели может рассматриваться разлучение матери и ребенка сразу после рождения последнего. Также проявлением технократической модели является отношение к боли как сугубо физиологическому феномену [10, с. 48], оставляя за рамками его экзистенциальное значение.

Хронологически техногенная модель связана с переходом к обществу, активно пользующемуся биотехнологиями. Под биотехнологиями понимается как классические методы врачевания (в т.ч. и психоанализ), так и генодиагностика, генотерапия, клонирование, экстракорпоральное оплодотворение, сурrogатное материнство, практики контроля телесных и психических функций [6, с. 4].

На данный момент биоэтическое сообщество активно ищет выход из сложившейся ситуации. В первую очередь необходимо изменить подход к объективации тела человека, которое должно рассматриваться как исток личности человека. В данном случае станет возможным избежать расколотости на тело–сознание, преследующее философию еще со времен Нового Времени и достигшее в «эпоху биотехнологий» апогея. В дальнейшем, при условии изменения отношения к телу человека, осознании необходимости ограничения медицинских вмешательств в определенных случаях возможен переход к новой холической парадигме, пропагандирующей целостный подход к личности и телу пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Изуткин, Д.А. Роль врача и пациента в различных моделях их отношений / Д.А. Изуткин // Социология медицины. – 2015. – № 14 (1). – С. 45–48.

2. Соколова, О.В. Взгляды современных немецких исследователей на проблему патернализма в уголовном праве / О.В. Соколова // Философия права. – 2016. – № 5. – С. 101–105.
3. Dworkin, G. Paternalism / G. Dworkin. – Mode of access: <http://www.sjsu.edu/people/paul.bashaw/courses/phil186fall2012/s1/Paternalism.pdf>. – Date of access: 04.03.2019.
4. Рубинштейн, А.Я. Институциональная эволюция патернализма / А.Я. Рубинштейн. – М. : Ин-т экономики, 2015. – 68 с.
5. Mckinstry, B. Paternalism and the doctor–patient relationship in general practice / B. Mckinstry // British journal of general practice. – 1992. – № 42. – P. 340–342.
6. Тищенко, П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий / П.Д. Тищенко. – М. : ИФ РАН, 2001. – 177 с.
7. Пищита, А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медико-правовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации / А.Н. Пищита. – М. : Изд-во Центр. клинич. больницы РАН, 2006. – 210 с.
8. Cohen-Almagor, R. Right to die / R. Cohen-Almagor. – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/277711211_Right_to_Die. – Date of access: 04.08.2019.
9. Климович, А.И. Элфи Эванс и этические перекрестки современной медицины / А.И. Климович. – Режим доступа: <https://bioethics.belmapo.by/article/alfie-evans-and-ethical-intersections-of-modern-medicine>. – Дата доступа: 22.04.2019.
10. Floyd, R.D. The Technocratic, Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth / R.D. Floyd // International Journal of Gynecology and Obstetrics. – 2001. – № 1. – P. 5–23.

Поступила 19.09.2019

THE EVOLUTION MODELS OF THE COMMUNICATION IN THE MODERN MEDICINE

A. KLIMOVICH

The article deals with the main types of communication between doctor and patient in the modern medicine. This topic is one of the most relevant, because communication problems can significantly affect the treatment process. The author points out the interdisciplinary nature of this issue, connection between the evolution of models and a particular type of society. The classical concept of medical paternalism is supplemented by the concept of paternalistic coercion by J. Dworkin. The inevitability of the paternalistic tendencies in the considering of socially significant benefits is noted. The author considers the shortcomings of the autonomous model and explains why there was a transition from the autonomous model to the technocratic one.

Keywords: modern medicine, communication models, doctor–patient.