

8. *Афонцев, С. А.* От борьбы к рынку: экономическая кооперативность в мирополитическом взаимодействии / С. А. Афонцев // *Международные процессы.* – 2003. – № 2. – С. 3–12.
9. *Кортунов, С. В.* Национальная и международная безопасность: концептуальные основы / С. В. Кортунов. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – 397 с.
10. *Кола, Доминик.* Политическая социология / Доминик Кола, пер. с фр.; предисл. А. Б. Гофмана. — М.: Весь Мир, ИНФРА-М, 2001. – 406 с.
11. *Малашенко, А. В.* Время Юга: Россия в Чечне, Чечня в России / А. В. Малашенко, Д. В. Тренин. – М.: Гендальф, 2002. – 267 с.
12. Научные проблемы национальной безопасности Российской Федерации. Вып. 4: К 15-летию образования Совета Безопасности Российской Федерации. – М.: Издательство «Известия», 2007. – 240 с.
13. *Серебрянников, В. В.* Социальная безопасность России / В. В. Серебрянников, А. Н. Хлопьев. – М.: ИСПИ РАН, 1996. – 352 с.
14. *Жуковский М. В.* Политическая безопасность общества и проблемы ее обеспечения в Российской Федерации / М. В. Жуковский // *Безопасность.* – 2002. – № 1–2. – С. 35–46.
15. *Ковалев, В. Н.* Социальная безопасность общества: концепция и технологии системного анализа / В. Н. Ковалев, науч. рук. проекта В. Н. Кузнецов. – М.: РИЦ ИСПИ РАН, 2006. – 176 с.
16. Основы теории и актуальные проблемы национальной безопасности / В. А. Антошин [и др.]. – Екатеринбург: ЕкАИ, 2003. – 208 с.
17. *Ковалев, В. Н.* Социальная безопасность трансформирующегося общества как социологическая проблема / В. Н. Ковалев, науч. рук. проекта В. Н. Кузнецов. – М.: РИЦ ИСПИ РАН, 2006. – 176 с.
18. *Прохожев, А. А.* Теория развития и безопасности человека и общества / А. А. Прохожев. – М.: Ин-октаво, 2006. – 288 с.
19. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации. «Известия» 3 декабря 2014 г.

(Дата подачи: 24.03.2016 г.)

*В. Н. Сокольчик*

Белорусская медицинская академия  
последипломного образования, Минск

*V. N. Sokolchik*

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

**УДК 614.253(075.8)**

## **АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ Р. ВИТЧА В ЭПОХУ МЕДИКАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА**

## **THE ANALYSIS OF IMPLEMENTATION OF R. VEATCH'S INTERACTION PATTERNS THE DOCTOR – THE PATIENT IN THE MEDICALIZATION ERA**

*Статья посвящена актуальной проблеме философии медицины и биомедицинской этики – взаимодействию врача и пациента в современном обществе. В статье анали-*

зируются модели взаимодействия врач – пациент известного американского биоэтика Р. Витча. Автор рассматривает предложенные идеальные модели в преломлении ожиданий общества, которые складываются в ходе процессов медиализации, а также в контексте коммуникативного дискурса современной эпохи.

*Ключевые слова:* медиализация, биоэтика, коммуникативные практики, эмпатия, врач, пациент, пасторская (патерналистская модель), инженерная модель, коллегиальная модель, контрактная модель.

*The article “The analysis of implementation of R. Veatch’s interaction patterns the doctor - the patient in the medicalization era” is devoted to the urgent problem of the philosophy of medicine and biomedical ethics - physician and patient interaction in a modern society. The paper analyzes the models of interaction between doctor and patient, which was proposed by the famous American bioethics R. Veatch. The author considers the proposed ideal models in the breaking of the expectations of society, which are formed in the medicalization processes, as well as in the context of communicative discourse of the modern era.*

*Key words:* medicalization, bioethics, communicative practice, empathy, the doctor, the patient, pastoral (paternalistic) model, engineering model, peer model, contract model.

В современном мире анализ деонтологических проблем медицины, в частности взаимоотношений врача и пациента, уже не является узко специальным вопросом, интересующим исключительно медицинскую аудиторию. Изменения современного социума в контексте процессов медиализации лично затрагивают каждого. Таким образом, в обществе медиализации традиционные проблемы медицинской деонтологии, этики, в целом, философии медицины, становятся «лакмусовой бумажкой» социальных противоречий и межличностных коллизий.

Медиализация современного общества в широком смысле может рассматриваться как усиление роли и значения медицинского знания в социуме, в узком – как неоправданный и неосознаваемый перенос решения собственно социальных проблем на уровень профессиональной медицины. Медиализация проявляется в экспликации обществом новых болезней (например, целлюлит, синдром хронической усталости, эмоциональное выгорание и пр.), призванных «заместить» реальные социальные проблемы; формировании новых ценностей (здоровый образ жизни, качество жизни); уверенности в перспективах продления и улучшения человеческого существования (трансплантация, генная инженерия); росте роли медицинской элиты в социальной жизни и т. д. [1]. В силу этих и некоторых других процессов, медицина в современном обществе утрачивает характерный статус объективного научного и прикладного знания и приобретает несвойственные ей функции социального контроля, оценки, а также образования смыслов и ценностей, тиражирования и трансляции профессиональной терминологии в обыденный язык, навешивания «медицинских ярлыков» [2].

Ситуация медиализации общества затронула и достаточно консервативную систему взаимоотношений врача и пациента, где стратегии общения и коммуникативные практики, наработанные веками, уже не отвечают запросам социума и личности. Сегодня во взаимоотношении медицинских

работников и пациентов возникла непреодолимая дилемма: пациент стремится активно участвовать в процессе лечения, уверенный в своих возможностях помочь «медицине», а врач, негативно настроенный на дилетантское «всезнание» пациента, предпочитает технологичное и авторитарное взаимодействие с ним. При этом пациент требует эмпатии и эмоционального отклика, уважения собственной личности, т. е. того, что в малой степени обеспечивает ему социум. Таким образом, классические проблемы деонтологии в аспекте взаимоотношений врач – пациент в современных общественных процессах приобретают новое звучание и становятся проекцией нравственных, коммуникативных, ценностных взаимодействий в социуме.

Американский биоэтик и философ Р. Витч предложил четыре основные модели взаимоотношений врача и пациента, которые, по его мнению, являются базовыми профессиональными вариантами коммуникации с пациентами. Это - пасторская (патерналистская), инженерная, коллегиальная и контрактная модели. По мнению Витча, они применяются в зависимости от общественных установок, а также от конкретной ситуации, связанной с особенностями пациента, серьезностью его заболевания и т. д. Важно, что описывая предложенные идеальные модели, философ анализирует не только их профессиональную применимость, но и степень адекватности принципам гуманизма и биомедицинской этики [3].

Пасторская (патерналистская) модель предполагает такие межличностные отношения между врачом и пациентом, когда роль врача приближается к отцу (или пастору), чей авторитет непререкаем, а забота о пациенте и эмпатия являются необходимым предпосылочным условием взаимоотношений. Такая модель, по мнению Витча, морально оправдана, в достаточной степени опирается на субъект-субъектные отношения, удовлетворяет столь значимую для пациента XXI столетия тягу к сопереживанию и сочувствию. Пасторская модель основывается на незыблемой вере в медицину и даже ее сакрализации. В таких взаимоотношениях пациент полностью принимает директивы врача, не подвергая их сомнению. В медицине пасторская модель господствовала до середины XX века, т. е. фактически до начала процессов медиализации. В результате последней образ врача утратил ореол сакральности, и пациент не желает видеть в нем отца (наставника, пастора), стремясь на равных участвовать как в диалоге врач – пациент, так и в лечении собственной болезни.

В целом, несмотря на работоспособность рассматриваемой модели в контексте мировой истории медицины<sup>1</sup>, в обществе медиализации патерналистская модель уже не отвечает ожиданиям общества (пациентов), поскольку не реализует ценности партнерства, эмоционального равноправия и общедоступности медицинского дискурса.

---

<sup>1</sup> Так, знаменитая Клятва Гипократа максимально полно отражает отношения врач – пациент, которые характеризуются именно патерналистской моделью [4].

По мнению автора, особенный интерес представляет **инженерная модель** взаимоотношений врача и пациента. В современном социуме эта модель не только распространена, но и воспринимается значительной частью медицинских работников как профессиональный отклик на вызовы медиализации, как способ сохранить авторитетность и сакральность профессии врача, как проекция научного и технологического уровня развития медицины. Эта модель зачастую становится распространенным ответом и защитой врача от необоснованных претензий пациента и, одновременно, средством избежать излишней эмоциональности и последствий «эмоционального выгорания».

В рамках инженерной модели врач относится к пациенту как к «механизму», в котором он должен обнаружить и устранить поломку. Процесс врачевания при этом сводится к набору неких манипуляций с телом пациента при опоре на объективные количественные данные его обследования. Безусловно, в такой модели взаимоотношений преобладает директивность со стороны врача, практически полностью отсутствует с его стороны эмпатия как сопереживание и сострадание к пациенту. Такая модель взаимоотношений постулируется «научной медициной», где объектом исследования врача выступает не человек как носитель болезни, а болезнь как результат количественных изменений (отклонений) от установленной физиологической нормы.

С точки зрения биоэтики инженерная модель взаимоотношений аморальна, т. к. не рассматривает пациента как личность (это лишь агрегат, конгломерат, объект и т. д.). Все чаще выступают с обличением антигуманности инженерного (технологического) подхода к человеку известные врачи и биоэтики. Так, известный американский кардиолог Б. Лаун пишет: «Трехтысячелетняя традиция нерушимого доверия между пациентом и врачом уступила место новому виду отношений. На место исцеления явилась сумма манипуляций: менеджмент вытеснил заботу о больном, искусство выслушать страждущего уступило место медицинским технологиям. Доктора больше не адресуются к личности больного – они озабочены фрагментарными, «не так работающими» биологическими системами и органами. Сам человек «выключен» из игры, его как бы нет на сцене...» [5, с. 368].

Следует отметить, что инженерная модель серьезно противоречит установкам современного научного знания (в т. ч. медицинского), биомедицинским правилам и принципам. Во-первых, с позиций науки инженерная модель взаимоотношений вступает в непреодолимое противоречие с парадигмой системного подхода к человеку (его здоровью, болезни). Здесь пациент не рассматривается как феномен психосоматический, закономерности существования которого не сводимы исключительно к телесности. За «объективными» данными и показателями инженерный подход к пациенту не позволяет увидеть и прочувствовать его психическое состояние, возможные личностные проблемы, влияющие на соматику. Такой механический подход к взаимодействию с пациентом еще в 1972 г. развенчал знаменитый

врач Г. Селье. В работе «На уровне целого организма» он писал: «Жизнь не является простой суммой своих составных частей... Чем дальше вы расчленяете... живые комплексы, тем дальше вы уходите от биологии и, в конце концов, вам остаются только величественные, вечные и всеобъемлющие законы неживой природы» [6, с. 58].

Во-вторых, инженерная модель взаимоотношений врача и пациента фактически не предполагает коммуникации как взаимодействия. Главный паттерн поведения врача в этой модели – директива, пациента – полное безоговорочное принятие и выполнение предписанных действий, без учёта личностных и социальных обстоятельств, ситуаций, эмоций. В данном случае происходит своеобразная подмена межчеловеческой коммуникации технологичной связью между авторитарным врачом и пациентом как абстрактным объектом изучения (лечения).

К сожалению, сегодня инженерная модель взаимоотношений врача и пациента широко распространена в практике здравоохранения. Такая позиция близка многим молодым врачам, увлеченным ростом возможностей информационных технологий в процессе лечения и технологической стороной своих действий. Главной целью взаимодействия провозглашается победа над болезнью, а возможные коллизии разрешаются путем элементарного подсчета ресурсных затрат, рисков в соотношении с предполагаемой пользой.

Безусловно, нельзя отрицать факт, что технологический уровень современной медицины часто предполагает определенную степень деперсонализации пациента; например, в случае, когда работает целая бригада врачей (специалистов), где каждый выполняет узкоспециальную операцию и фактически не общается с пациентом. Но и при таких сценариях всегда должно присутствовать связующее звено между «бригадой» и конкретным пациентом, через которое и осуществляется коммуникация. Следует помнить, что биоэтические принципы, деонтологические нормы, на которых основана работа врача в современном обществе, базируются на идеях о том, что даже в случае опосредованного общения, либо в случаях невозможности общения (коматозное состояние), врач не имеет права не учитывать человеческое достоинство пациента, его личность, относиться к человеку без уважения, внимания, эмпатии.

Таким образом, инженерная модель взаимодействия врача и пациента является сугубо технологичным подходом к лечению (обследованию) и, несмотря на то, что элементы такого типа взаимодействия присутствуют в современной медицине, не отвечает идеалам ее развития и гуманизации.

Наиболее адекватны сложившимся в современном обществе статусным ролям врача и пациента, по мнению Р. Витча, **коллегиальная и контрактная модели** взаимоотношений [7]. Суть коллегиальной модели состоит в равноправном диалоге врач – пациент, основанном на обоюдных знаниях, развитых коммуникативных практиках, эмпатии. Абсолютно не-

обходимым условием действенности коллегиальной модели является полная информированность пациента. К сожалению, взаимное доверие, конфиденциальность, совпадение интересов в сегодняшней реальности могут рассматриваться как иллюзорные характеристики взаимоотношений врача и пациента. Если же предполагать широкое развитие коллегиальности во взаимоотношениях врача и пациента, востребованных обществом в условиях развивающейся медиализации, то следует обратиться к развитию научных (в частности, медицинских) знаний, коммуникативных навыков в обществе, а также к существенному преобразованию в подготовке медицинских работников (врачей). Для реализации подобной модели необходимо психологически, этически, юридически и, конечно, научно подготовить новое поколение врачей, основой клинического мышления которых станет системно-личностный подход к человеку, психосоматическая ориентация при рассмотрении любой патологии, биоэтическая парадигма как основа любого процесса профессиональной деятельности.

**Контрактная** модель взаимоотношений врача и пациента основывается на принципах свободы, взаимного уважения личного достоинства, а также честности взаимоотношений, информированности и справедливости. В таких отношениях врач осознает, что пациент волен управлять своей жизнью, судьбой, ответственен за свой выбор. По мнению Р. Витча, контрактная модель – наиболее реалистичный и совершенный тип взаимоотношений врача и пациента, к которому должно стремиться общество. В контрактных отношениях врач признает за пациентом свободу управления своей жизнью и здоровьем и заключает с пациентом «соглашение» взаимопомощи и взаимного доверия. Однако, возникает вопрос: не приведет ли такая модель взаимоотношений к тому, что врач переложит ответственность на пациента и в решающие моменты (например, будучи несогласным с моральным выбором пациента) «расторгнет» контракт»?!

Со стороны врача контрактные взаимоотношения психологически оправданы – позволяют сохранять личностную нейтральность, предупреждают «эмоциональное выгорание», реалистичны в отношении «вертикальности» взаимоотношений профессионала с пациентом, а, главное, оставляют возможность «выйти из игры». Однако для пациента контрактная модель предопределяет вместе со свободой и колоссальный уровень ответственности, не оправданной незнанием или неспособностью оценить ситуацию. Согласно различным исследованиям, проведенным в странах СНГ [8], в большей степени заинтересованы в подобной модели взаимоотношений пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, тогда как пациенты стационара максимально ориентированы на коммуникацию, эмоциональную поддержку со стороны врача, заинтересованный диалог, т.е. отношения по типу коллегиальной модели. Таким образом, контрактная модель взаимоотношений врача и пациента в целом отвечает отношениям, порожденным медиализацией, но, во-первых, предполагает приоритет ответственности

пациента в разрешении вопросов собственного здоровья над ответственностью врача, и, во-вторых, сводит эмоционально-диалоговые живые отношения к декларативной, опосредованной контрактом коммуникации.

Идеальные типы взаимоотношений врача и пациента Р. Витча в обществе медиализации остаются значимыми для построения новых деонтологических (биомедицинских) стратегий взаимодействия. Медиализация общества порождает новую реальность социума и нового пациента, стремящегося к диалогу, совместному действию. Показательно, что при опросах общественного мнения выясняется, что абсолютное большинство пациентов сегодня предпочитают общение с врачом, склонным к эмпатии, внимательным и душевным, способным прислушиваться к их мнению. Некоторые пациенты отмечают, что общение с врачом само по себе является сильнейшим терапевтическим воздействием и даже способно облегчить болевой синдром.

Ожидания современного общества в отношении врача предполагают знание им техник коммуникации, принятие эмоционального взаимодействия, высокий уровень сопереживания, психологическую компетентность. Современному врачу необходимо знать особенности поведения и восприятия пациента, носящие индивидуальный характер, а также стереотипы, которые сформировались у пациента под влиянием процессов медиализации. Новый статус врача предполагает навыки психотерапевта (психолога), способного выстраивать конструктивный диалог с пациентом и выступающего своего рода «буфером» между медицинской средой и обществом в целом.

Однако в реальности развивающейся научно-информационной революции должен сохраняться и врач – технолог, владеющий сложнейшими техническими и информационными программами. Такой врач необходим современному уровню развития медицинских технологий, но, в то же время, он в большинстве случаев не востребован пациентом. В идеале врач-технолог должен оставаться в «закулисье» общения с пациентами, его функционал – обеспечение современного научного и прикладного уровня функционирования медицинского знания (технологий). При таком распределении социальных ролей в медицине значительно проще будет и потенциальным пациентам, и врачам, выбирающим в профессии деятельность, наиболее отвечающую их природным склонностям. Впрочем, такая «специализация» не освобождает ни одного врача от высокого уровня научных медицинских знаний, коммуникативных умений, морального отношения к человеку.

Таким образом, проанализировав модели взаимоотношений врача и пациента, предложенные Р. Витчем, можно сделать следующие выводы. Во-первых, в эпоху медиализации общества происходит переосмысление коммуникативной и этической ценности рассматриваемых идеальных моделей. Во-вторых, распространенная и отчасти порожденная медиализацией инженерная (технологическая) модель не соответствует основополагающим принципам и постулатам биомедицинской этики, противоречит идее

автономии личности и запросам социума. В-третьих, следует отметить, что наиболее значимыми для общества являются контрактная и коллегиальная модели взаимоотношений, хотя для их адекватной реализации требуется как развитие пациента, так и всесторонняя психологическая, биоэтическая подготовка врача. И, наконец, в-четвертых, любая идеальная модель взаимоотношений на практике претерпевает существенные коррективы, коррелируя с конкретной ситуацией. Главное, следует помнить, что взаимоотношение – процесс двусторонний (многосторонний), следовательно, и от врача, и от пациента в обществе медиализации требуется «движение навстречу». Обоюдное стремление к развитию знаний, умение коммуницировать, умение принимать другую точку зрения, формирование высокой нравственной и биоэтической культуры – залог гуманизации и модернизации отношений врача и пациента, а также основа для перерастания медиализации из негативного процесса в новую научную силу цивилизационного развития.

#### **Список использованных источников**

1. *Михель, Д. В.* Медиализация как социальный феномен / Д. В. Михель // Вестник СГТУ. – 2011. – № 4 (60). – Вып. 2. – С. 256–263.
2. *Zola, I.* Medicine as an Institute of Social Control / I. Zola // Sociological Review. New Series. – 1972. – V. 20 (4). – P. 487–504.
3. *Витч, Р.* Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. – 1994. – № 3.
4. Клятва Гиппократов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [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](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). – Дата доступа: 21.01.2016.
5. *Лаун, Б.* Утраченное искусство врачевания / Б. Лаун. – М., 1998.
6. *Селье, Г.* На уровне целого организма / Г. Селье. – М., 1972.
7. *Veatch, R.* The Patient as Partner: A Theory of Human Experimentation Ethics / R. Veatch. – Bloomington, 1987.
8. *Николаева, В. В.* Особенности отношений в диаде «врач-пациент» при соматоформных расстройствах [Электронный ресурс] / В. В. Николаева, Е. Н. Первичко, Т. П. Загорец. – Режим доступа: [http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya\\_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html](http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/nikolaeva-pervichko-zagorets-osobennosti-16119.html). – Дата доступа: 15.01.2016.

**(Дата подачи: 26.03. 2016 г.)**