

жение И.В. Фирсовой, В.В. Шкарина и Е.С. Соломатиной [7] усовершенствовать существующую форму информированного согласия, внося в нее обязательства пациента по выполнению назначений врача. В детской стоматологии это могут быть обязательства родителей по соблюдению не только лечебных рекомендаций, но и гигиенических программ. Это обеспечит коллегиальность в действиях врачей и родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Седова Н.Н. Проблематика, методология и практический смысл инициативных исследований в отечественной социологии медицины. *Социология медицины*. 2012; 2: 15—7.
2. Нецпляев Д.А. Этико-правовой статус пациента стоматологической практики. *Биоэтика*. 2010; 2: 49—51.
3. Маслак Е.Е., Яновская М.Л., Мишарева Н.И. Защита прав ребенка на здоровье или соблюдение законов, что важнее? *Биоэтика*. 2014; 1: 35—7.
4. Решетников А.В. *Социология медицины. Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
5. Кнайст С., Маслак Е., Царе Р., Берзина С., Скривеле С., Терехова Т. и др. Социальные факторы, влияющие на развитие раннего детского кариеса: результаты исследования в пяти странах. *Социология медицины*. 2012; 1: 41—4.
6. Лунева Н.А. *Социальный смысл и медицинский эффект стоматологических образовательных программ для школьников*: Дисс. ... д-ра мед. наук. Волгоград; 2010: 9—10.

7. Фирсова И.В., Шкарин В.В., Соломатина Е.С. *Комплаентность и информированность пациента стоматологической практики*. Волгоград: Издательство Волгоградского государственного медицинского университета; 2014.

Поступила 02.04.2015

REFERENCES

1. Sedova N.N. Perspectives, methodology and practical sense of initiative studies in the sociology of medicine. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012; 2: 15—7. (in Russian)
2. Nacalai D.A. Ethical and legal status of the patient's dental practice. *Bioetika*. 2010; 2: 49—51. (in Russian)
3. Maslak E.E., Yanovskaya M.L., Mishareva N.I. Protection of the rights of the child to health or the enforcement of laws, which is more important? *Bioetika*. 2014; 1: 35—7. (in Russian)
4. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: The Leadership*. [Sotsiologiya meditsiny: Rukovodstvo]. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
5. Knayst S., Maslak E., Tsare R., Berzina C., Skrivele S., Terekhova T. et al. Social factors affecting the development of early childhood caries: the results of a study in five countries. *Sotsiologiya meditsiny*. 2012; 1: 41—4. (in Russian)
6. Luneva N.A. *Social and Health Effects of Dental Educational Programs for Children*: Volgograd; 2010: 9—10. (in Russian)
7. Firsova I.V., Shkarin V.V., Solomatina E.S. *The Compliance and Patient's Awareness in Dental Practice*. Volgograd: Publishing House Volgograd State Medical University; 2014. (in Russian).

Received 02.04.2015

ВРАЧ—ПАЦИЕНТ

© ИЗУТКИН Д.А., 2015
УДК 614.253

Изуткин Д.А.

РОЛИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ИХ ОТНОШЕНИЙ

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, 603005, г. Нижний Новгород, Россия

Для корреспонденции: Изуткин Дмитрий Анатольевич, dan55@mail.ru

В статье рассматриваются этические особенности взаимодействия врача и пациента в зависимости от модели их отношений. Это предполагает учет ряда объективных факторов клинической деятельности, в частности динамичный и технологичный характер современной медицины и субъективных установок, внутренних диспозиций врача и пациента на формирование определенного типа общения, в результате чего субъектно-объектные позиции сторон могут меняться. Обращается внимание на профессионализм врача в выстраивании наиболее приемлемых отношений с пациентом на основе комплекса клинических, психологических и этических факторов медицинской деятельности.

Ключевые слова: врач; пациент; модели; объект; субъект.

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (1): 45—48.

Izutkin D.A.

THE ROLE OF PHYSICIAN AND PATIENT IN VARIOUS RELATIONSHIP MODELS

The Nizhny Novgorod state medical academy, 603005 Nizhny Novgorod, Russia

The article considers ethical characteristics of patient-physician relationship depending on model of their relationship. The approach intends to consider number of objective factors of clinical activity, specifically dynamic and technological character of modern medicine and subjective attitudes, internal dispositions of physicians and patient concerning particular types of communication resulting in alterations of subject-object positions of parties. The attention is paid to professionalism of physician related to development of most acceptable relationships with patient on the basis of complex of clinical, psychological and ethical factors of medical activity.

Keywords: physician; patient; model; object; subject

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (1): 45—48.

Взаимодействие врача и пациента является одним из главных разделов социологии медицинской профессии. Это проблема, лежащая на пересечении различных дисциплин: медицинской психологии, антропологии, философии, социологии и других. Данное взаимоотношение, являясь разновидностью социально-коммуникативной сферы человеческой деятельности, имеет особенности, внутренние разновидности и проявления. Специфичность общения между врачом и больным заключается в следующем. Во-первых, она определяется и ограничивается не только определенной отраслью медицинских знаний и совокупностью клинических мероприятий, но и медициной как своеобразным социальным и этическим институтом, где устанавливаются и регламентируются конкретная система и алгоритм действий по отношению к пациенту как человеческому «материалу». В этой системе врач, как правило, занимает доминирующую по отношению к пациенту позицию. Во-вторых, с точки зрения многовековых исторических, этических и религиозных тенденций предполагается, что в данной системе врач выступает не только как носитель теоретических знаний и эмпирического опыта, но и как символ гуманных ценностей, образ, воплощающий максимальные представления, чаяния и идеалы людей о человеколюбии и других человеческих добродетелях. В-третьих, во взаимоотношениях врача и пациента последний, будучи «исключенным» из социальной и культурной среды, с точки зрения самосознания и самооценки, предстает как существо ущербное не только в восприятии своей телесности, но и во многом теряющее ощущение себя как личности и собственной уникальности. В-четвертых, для того чтобы в максимальной степени адаптироваться к специфике клинического и коммуникативного пространства и тем самым защитить свое «Я», пациент в зависимости от конкретных медицинских вмешательств вынужден выработать индивидуальное отношение к происходящему, т.е. играть определенную роль и на основании этого пытаться выстроить общение с врачом, исходя из степени притязаний на свою автономность. Таким образом, «врача и пациента следует рассматривать как ячейку социального взаимодействия в социальной сфере, в которой индивидуалистический аспект болезни формируется одновременно с социальным аспектом роли больного» [1].

Поскольку отношение врача к больному детерминруется системой его теоретических знаний, медицинской практикой и этическими ценностями, неизбежно имеет место формирование специфических диспозиций в рамках собственного понимания постулата «я нужен тебе». И здесь имеют значение не только знания врача о болезни — механизме развития той или иной патологии, диагностике и лечении, но и взгляд врача на болезнь и больного, его представления о конечной цели своей клинической деятельности.

T. Parsons [27] следующим образом сформулировал «идеальные» роли больного и врача с точки зрения их социальной значимости и приемлемости для обеих сторон. Он считал, что пациент должен обращаться за квалифицированной медицинской помощью и следовать врачебным рекомендациям; ожидать возможного скорейшего выздоровления, должен рассматриваться как существо в состоянии необходимости медицинской помощи, неспособное принять самостоятельное решение и выразить свое волеизъявление, рассчитывать на социальную поддержку вследствие невозможности вы-

полнять ряд своих функций в семье и обязанности на рабочем месте.

В свою очередь врач применяет к больному высокий уровень своих знаний и навыков, а также технических средств в изучении болезни, действует для блага пациента, а не ради собственных интересов, формирует объективный взгляд на болезнь без эмоционального сближения с пациентом, руководствуется правилами профессиональной практики, соблюдая конфиденциальность в общении с больным и уважение к коллегам, стремится к общению с больным с целью получения медицинской информации и проведения физических обследований, сохраняет значительную профессиональную автономию и занимает позицию авторитета по отношению к больному.

В изложенных T. Parsons положениях обращают на себя внимание отсутствие стремления пациента к продолжительному общению с врачом и в то же время доминирующая позиция врача по отношению к больному.

M. Morgan [36] постулировал, что в идеальной ситуации роли врача и пациента должны взаимно дополняться и основываться на взаимопонимании. Однако, как указал E. Freidson [4], в реальности имеет место «столкновение ожиданий» по причине различия в медицинском знании и приоритетных интересах обеих сторон. По мнению T. Szasz и M. Hollander [5], *вероятность конфликтов возрастает в ситуациях, когда главным приоритетом пациента является он сам, в то время как врач стремится учитывать интересы каждого больного* (выделено мной — Д.И.). Источниками конфликтов, с точки зрения пациентов, могут выступать:

- ◆ деперсонализация (дегуманизация) больного по причине использования врачами большого количества медицинских технологий, что существенно ограничивает интерперсональный диалог;
- ◆ прерывистость интерперсонального общения при участии значительного количества врачей различных специальностей;
- ◆ «асимметрия» в медицинской информированности врача и больного, дающая существенное преимущество врачу, что делает возможными различные злоупотребления;
- ◆ использование врачами методов обследования и лечения, не приемлемых с позиции культурных и религиозных традиций;
- ◆ недостаточное консультирование больных относительно прогноза дальнейшего течения заболевания и его исхода и многие другие.

Исходя из вышеизложенного, представляется целесообразным рассмотреть определенные модели взаимоотношений врача и пациента, имеющие место в современной клинической медицине, в которых различный характер их общения во многом зависит от ролевых установок того и другого. Эти модели целесообразно рассматривать как парадигмы, сложившиеся в определенных объективных условиях развития медицинской науки и практики. Их темпоральность во многом опосредуется весьма динамичным характером социально-экономической жизни общества, сложившейся системой общественных этических и нравственных ценностей, а также различными принципами, лежащими в основе выделения той или иной парадигмы взаимоотношения врача и пациента.

К настоящему времени в медицинской социологии и биоэтике существуют различные классификации моделей данного взаимоотношения. Одна из первых по-

пытках смоделировать общение между врачом и больным была предпринята Т. Szasz и М. Hollander (1956) и изложена в их более поздней работе [5]. В основу своей классификации они положили тип и характер заболевания пациента и в соответствии с этим в первую очередь физическую способность последнего выстраивать отношения с врачом с точки зрения своих функциональных способностей. Врач, ориентируясь на соматическое состояние пациента, старался сформировать медицинскую тактику и стратегию, направленную на достижение максимально позитивного для больного исхода (модели активность — пассивность, руководство — сотрудничество, взаимное участие). Одним из существенных недостатков вышеизложенной классификации являлось недостаточное внимание к комплексу общественных и индивидуальных (социальных, экономических, культурных, психологических и морально-этических) факторов, прямо или опосредованно влияющих на характер взаимоотношения врача и пациента. В настоящей статье за основу взята классификация моделей, предложенная R. Veatch (1972) [69], в которой более выделена этическая сторона данного взаимоотношения с возможной проекцией в различные сферы социальной жизни пациента. В контексте данной статьи нижеизложенные модели будут рассмотрены с точки зрения меняющихся субъектно-объектных отношений между врачом и больным.

Патерналистская модель, в основе которой лежит полное подчинение больного врачу, рассматривает врача в качестве субъекта (начало активное, повелевающее) и больного в качестве объекта (начало пассивное, подчиненное). Постулат «я для тебя» со стороны врача подразумевает не просто необходимость для пациента оказания ему комплекса медицинских услуг, но в определенной степени (по мнению врача) предполагает его беззащитность, беспомощность, низкую самооценку, неспособность к принятию решений и активной позиции. В глазах врача такой пациент видится и воспринимается как «ребенок», в то время как сам врач ощущает себя «родителем», на которого возложены функции по воспитанию этого «ребенка». Предусматривается полное доверие пациента врачу и готовность следовать его рекомендациям, причем не только в области непосредственно медицины, но и советам, выходящим в другие сферы деятельности пациента (трудовая, семейная, потребительская, в целом образ жизни). Информированное согласие пациента здесь возводится в ранг аксиомы. С позиции пациента положение «я для тебя» предполагает то, что тот полностью вверяет свое здоровье, благополучие, честь, достоинство, свою автономию в руки врача. Итак, врач — учитель, наставник; больной — ученик, послушник. Данная модель является по своей сути идеальной с точки зрения подавляющего большинства врачей, ибо именно здесь достигается завершенный комплаинс (согласие пациента полностью следовать различным рекомендациям врача). С другой стороны, патерналистская модель отвечает многовековым представлениям о враче как мудром целителе, способном избавлять от различных физических страданий и недугов и в то же время поддерживать душевные силы больного и формировать в нем устойчивую веру в выздоровление.

Взаимоотношения врача как субъекта и пациента как объекта продолжают иметь место в технической модели, в которой врач рассматривает пациента в качестве возможной апробации новейших достижений меди-

цинской науки и практики, как «поле» для его научных изысканий. Технократичность врача обусловлена здесь его стремлением использовать высокие медицинские технологии в диагностике, обследовании и лечении пациента. Постулат «я для тебя» со стороны врача имеет в данной ситуации характер научно-исследовательской деятельности и часто выносится за рамки моральных и этических суждений. Исторические атрибуты, часто приписываемые врачу, такие как сострадание, милосердие и сопереживание, в этой модели имеют второстепенный характер (если вообще значимы для врача). Обезличенность пациента в качестве объекта внедрения достижения медицинской науки в практику клинической медицины, вторжение в его телесность, переход от «живого» общения с врачом в виртуальную область медицинских технологий здесь проявляются в большей степени по сравнению с патерналистской моделью. Вместе с тем качество и количество применяемой медицинской техники по отношению к пациенту будут во многом определяться степенью его информированного согласия на ее использование, а также правилами правдивости и конфиденциальности.

В отличие от предыдущих, коллегиальная или модель партнерства теоретически видит взаимоотношения врача и пациента как субъекта и субъекта, сотрудничающих в достижении некоей общей цели, обусловленной болезненным состоянием. Этой целью может быть скорейшее выздоровление, ослабление страданий, взаимное согласие партнеров относительно медицинских и социальных рекомендаций и пр. Данная модель в ее проекции на коммуникативную сферу деятельности вписывается в общие представления об идеальных человеческих отношениях. Постулат «я для тебя» со стороны врача и со стороны больного здесь в значительной степени теряет свой смысл и трансформируется в правило «я для тебя и ты для меня». Обращенность пациента к собственному суждению и пониманию сложившейся медицинской ситуации, как и ожидаемое «равенство» партнеров, как бы призваны уравнивать шансы и права обеих сторон в выстраивании единой стратегии и тактики. В связи с этим практически полностью утрачивает свое значение правило информированного согласия пациента, так как последний во многом выступает как самоопределяющаяся сторона.

Вместе с тем проявляется и определенная ограниченность в возможности реализовать данную модель в практической медицине. В любой клинической ситуации требуется лидер, определяющий и выстраивающий методику и методологию общения врача и пациента. С другой стороны, как правило, между врачом и больным существует масса различных индивидуальных несоответствий. В руководстве по медицинской этике, изданной Мировой медицинской ассоциацией, отмечаются два основных препятствия на пути к плодотворной коммуникации между врачом и пациентом: язык их общения и культура [7]. Это включает комплекс гендерных, социальных, религиозных, психологических и других особенностей. В связи с этим выстраивание партнерских отношений по принципу субъект — субъект возможно, если будет достигнута единая цель общения, но интересы и позиции сторон будут различаться. Некоторые называют это «позицией противников» (выделено мной — Д.И.) в отношениях между врачом и пациентом. Такие отношения устраняют недоразумения, когда врач или пациент, исходя из собственного желания, вырабатывает более дружественное отноше-

ние, чем хотелось бы другому, и которое в результате последующего разочарования переходит во враждебность с различными деструктивными последствиями».

Возможность пациенту реализовать себя в качестве субъекта, в то же время рассматривая врача как объект своих действий, наиболее зримо может проявиться в контрактной модели. Позиция пациента «я для тебя» здесь во многом определяется его финансовым преимуществом и, по его мнению, делает врача зависимым от его медицинских желаний и предпочтений. Несмотря на возможную критику этой модели с точки зрения принципов медицинской этики и гуманизма, она является основной в области коммерческой медицины. Если рассматривать конкретные сферы клинической деятельности, то ситуация субъект (больной) — объект (врач) может проявляться в ряде медицинских практик, в частности в области психиатрии, когда (при ряде психиатрических расстройств) общение врача и пациента строится не только на основе взаимного доверия и понимания, но может реально предполагать «вхождение» врача в роль пациента с последующей временной утратой своей позиции лидера (эффект трансфера).

В заключение следует отметить, что в этико-психологическом понимании субъектно-объектные взаимоотношения врача и пациента с точки зрения их постоянно меняющихся позиций и ролей могут не укладываться в рамки какой-то строго определенной модели. Конструирование взаимно приемлемых отношений необходимо предполагает учет различных факторов социальной, культурной и медицинской деятельности. В мозаичности взаимоотношений врача и пациента и тот и другой вправе (даже в формате одной модели) проявлять многогранность своей личности, что в ряде ситуаций может привести к тождеству субъекта и объекта. Тем не менее с точки зрения медицинской этики и принципов медицинского профессионализма оставляя за пациентом решающее право выбора и формирования собственной позиции, мудрость и гуманность врача проявляется в умении сочетать эти три на первый взгляд взаимоисключающие измерения: субъект —

объект; субъект — субъект и объект — субъект. Во всяком случае это существенно снизит вероятность взаимного непонимания и различных конфликтов в общении между врачом и пациентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. *Социология медицины*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In: *The Social System*. New York: The Free Press; 1951: 428-39.
3. Morgan M. *The doctor — patient relationship*. In: *Sociology Applied to Medicine* / Eds D. Patrick, G. Scrambler. London: Bailliere Tindall; 1986: 55-8.
4. Freidson E. The changing nature of professional control. *Annu. Rev. Sociol.* 1976; 10: 1—20.
5. Szasz T., Hollander M. *A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor — patient relationship*. In: *Encounters Between Patients and Doctors* / Ed. J. Sioceckle. New York: The MIT Press; 1987: 165-77.
6. Veatch R. Models for ethics: Practice in a revolutionary age. *Hastings Center Rep.* 1972; 2(3): 5—7.
7. *Medical Ethics Manual*. The World Medical Association, Inc.; 2005.

Поступила 30.11.2013

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of medicine [Cociologiya mediciny]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
2. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In: *The Social System*. New York: The Free Press; 1951: 428—39.
3. Morgan M. *The doctor — patient relationship*. In: *Sociology Applied to Medicine* / Eds D. Patrick, G. Scrambler. London: Bailliere Tindall; 1986: 55—8.
4. Freidson E. The changing nature of professional control. *Annu. Rev. Sociol.* 1976; 10: 1—20.
5. Szasz T., Hollander M. *A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor — patient relationship*. In: *Encounters Between Patients and Doctors* / Ed. J. Sioceckle. New York: The MIT Press; 1987: 165—77.
6. Veatch R. Models for ethics: Practice in a revolutionary age. *Hastings Center Rep.* 1972; 2(3): 5—7.
7. *Medical Ethics Manual*. The World Medical Association, Inc.; 2005.

Received 30.11.2013