УДК 614.253

DOI: 10.21209/1996-7853-2020-15-2-20-25

Дмитрий Анатольевич Изуткин,
Приволжский исследовательский медицинский университет
(г. Нижний Новгород, Россия),
e-mail: dan55@mail.ru

Философско-этические аспекты взаимоотношений врача и больного

Взаимоотношения врача и больного представляют своеобразную коммуникативную сферу. Это своеобразие обусловлено специфичностью их коммуникативного пространства («замкнутая» среда, в которой больной должен следовать правилам и нормам, установленным в данном лечебном учреждении); изолированностью среды для больного (ощущение больным своей биосоциальной депривированности); определёнными субъектно-объектными отношениями (больной как объект действий врача как субъекта); изменениями в ощущениях больным своего тела (тело как объект биомедицинских технологий), телесности (ощущение зависимости и беспомощности) и образа тела (тело как биологический материал). В статье отражены три аспекта взаимоотношения врача и больного, требующие философского и этического осмысления: восприятие врачом больного как Другого; восприятие врачом больного как Чужого; трансформация самости больного в условиях его болезни. Образы больного, конструируемые в сознании врача (больной как Другой и больной как Чужой), имеют условный характер. Тем не менее, они позволяют врачу выстраивать определённую модель в его общении с больным. В данном случае делается акцент на понимании врачом инакости и самости больного. В состоянии болезни самость больного определённым образом трансформируется. В частности, различаются отождествление самости с болезненным состоянием на уровне редуцированной биологической природы с одной стороны и попытка больного противопоставить самость и болезнь в рамках собственной биосоциальности – с другой. Отмечается, что конструирование образов Другого или Чужого в сознании врача не должно отменять первостепенную значимость принципов медицинской этики. Осознание и принятие врачом самости больного является более важным компонентом в процессе их общения. В этом плане с этической точки зрения на первый план должен выступать образ больного как неповторимой и уникальной личности.

Ключевые слова: философия, этика, врач, больной, болезнь, Другой, Чужой, самость

Dmitriy A. Izutkin,
Volga-region Research Medical University
(Nizhniy Novgorod, Russia),
e-mail: dan55@mail.ru

Philosophical and Ethical Aspects of the Relationship Between a Physician and a Sick Person

The relationship between a physician and a sick person is considered as original communicative field. This originality is mediated by the specificity of communicative space ("limited" environment in which the sick person is obligated to follow rules and norms, established in the medical unit); isolated environment for the patient (a feeling of biosocial deprivation); definite subjective-objective relations (the patient as an object for the actions of the physician as a subject); changes in feelings of the patient's own body (body as an object of biotechnologies), corporeality (a feeling of dependence and helplessness) and image of the body (body as a biological material). Three aspects of the relationship between the physician and the sick person are reflected in the article, which require philosophical and ethical reflections: perception of the sick person by the physician as Another; perception of the sick person by physician as Strange; transformation of the selfness of the sick person in conditions of his sickness. Images of the sick person constructed in consciousness of the physician have conditional character. Nevertheless, it allows the physician to build out a definite model in his communication with the patient. In this case, the basic focus should be made on the otherness and selfness of the sick person. In the condition of the sickness, selfness of the sick person is definitely transformed. In particular, two situations are differentiated: identification of selfness with sick condition at the level of the reduced biological nature, on the one hand, and on the other hand, effort of the sick person to oppose his selfness to sickness in the frame of his own biosocial essence. We notice that constructing of the images of Another or Strange in the consciousness of the physician should not abolish prior significance of the principles of the medical ethics. Realization and adoption of the physician of the selfness of the sick person is considered as the most important component in the process of their communication. In this respect, from ethical point of view, the image of the sick person as an individual and unique personality should be appreciated in the first order.

Keywords: philosophy, ethics, physician, sick, sickness, Another, Strange, selfness

© Изуткин Д. А., 2020

Введение. Взаимоотношения врача и больного представляют весьма своеобразное, специфическое поле человеческих коммуникаций. Это своеобразие обуславливается следующими моментами: 1) *коммуникативное пространство*. Общение врача и больного проходит в «замкнутой» среде, ограниченной правилами и нормами поведения, установленными данным медицинским учреждением. Больной принимает их априори, как объективную реальность, независимо от субъективных суждений и предпочтений; 2) *изолированность среды*. В медицинском учреждении больной отчуждён от социально-культурной сферы жизнедеятельности, перестаёт осознавать себя как существо биосоциальное, рассматривается (в первую очередь) как объект биологический, тем самым, теряет в определённой степени свою социально-психологическую независимость и защищённость; 3) *субъект-объектные отношения*. В рамках общения врача и больного определённым образом конструируются субъект-объектные отношения. В зависимости от конкретной модели взаимоотношения больной (как и врач) может выполнять роль как объекта, так и субъекта. В соответствии с этим существенно меняются цели, интенции и рефлексии обеих сторон по отношению друг к другу; 4) *телесность и образ тела*. Спектр современных медико-технологических воздействий на человеческое тело неизмеримо расширился и углубился. Разнообразные фармакологические и технические средства воздействия на человеческий организм приобретают беспредельный характер. В этой связи качественно меняется ощущение больным собственного тела (объект биомедицинских технологий), телесности (ощущение зависимости и беспомощности), а образ тела зачастую смещается в сторону анатомио-биологического субстрата (биологический материал).

Вопросы философско-этического осмысления взаимоотношения врача и больного в разные годы находили своё отражение в отечественной и зарубежной литературе (К. Дернер, 2006; Р. Конечный, М. Боухал, 1974; А. В. Решетников, 2010; М. Фуко, 2010; И. Харди, 1988; Б. Агилера, Т. Бека, 2018; Т. Бечамп, Д. Чилдресс, 2001; Т. Коул и др., 2015; С. Деррингтон и др., 2018; Э. Фрейдсон, 1976; С. Фриц, Р. Холтон 2019; С. Хэнсон, 2018; М. Морган 1986; Т. Парсонс, 1951; М. Серра, 2017; Т. Сас,

М. Холландер, 1987; Р. Вич, 1972; Я. Ян, 2018).

Методология и методы исследования. Основу исследования составляют диалектический метод и принцип целостности. *Диалектический* метод позволяет рассматривать человека как существо биосоциальное, что в состоянии болезни приводит к отчуждению его биологической природы от социальной сущности. Однако, даже в этом случае на уровне *самосознания* больной, как правило, не «расчленяет» свою биосоциальность. Можно сказать, что в состоянии болезни биосоциальное в индивидуе определённым образом редуцировано, но не разграничено, не разобщено, и одна из позиций врача состоит в том, чтобы принять это единство в больном как объективную данность. Принцип *целостности* отражает психосоматическое единство человеческой природы, которое на уровне тела и телесности больного в условиях различных медицинских вмешательств неизбежно претерпевает определённые количественно-качественные трансформации.

Результаты исследования и их обсуждение. Т. Парсонс следующим образом сформулировал «идеальные» роли больного и врача с точки зрения их социальной значимости и приемлемости для обеих сторон [16]. В частности, учёный считал, что пациент должен обращаться за квалифицированной медицинской помощью и следовать врачебным рекомендациям; ожидать возможного скорейшего выздоровления; рассчитывать на социальную поддержку вследствие невозможности выполнять ряд своих функций в семье и обязанности на рабочем месте; должен рассматриваться как существо в состоянии необходимости медицинской помощи, не способное принять самостоятельное решение и выразить своё волеизъявление.

Вместе с тем 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.

М. Морган постулировал, что в идеальной ситуации роли врача и пациента должны взаимно дополняться и основываться на взаимопонимании [15]. Однако, как указал Э. Фрейдсон [11], в реальности имеет место «столкновение ожиданий» по причине различия в медицинском знании и приоритетных интересах обеих сторон, что может привести к взаимному недоверию, а в итоге – к конфликту. По мнению С. Фриц и Р. Холтон, вероятность конфликтов возрастает в ситуациях, когда главным приоритетом пациента является он сам, в то время как врач стремится учитывать интересы каждого больного [18]. Соответственно источниками конфликтов с точки зрения пациентов могут выступать: деперсонализация (следовательно, дегуманизация) больного по причине использования врачами большого количества медицинских технологий, что существенно ограничивает интерперсональный диалог.

С учётом специфики коммуникативного поля в системе «врач – больной» в данной публикации будут рассмотрены три аспекта указанной проблемы: 1) рефлексии врача в отношении больного с позиции инакости последнего (больной как Другой); 2) больной как Чужой; 3) трансформация самости больного в состоянии болезни.

1. Рефлексии врача в системе его взаимоотношений с больным акцентируют внимание, в частности, на проблеме инакости последнего. Другими словами, не зависимо от диагноза и характера заболевания любой больной в рамках медицинского пространства – иной для врача человек. Эта инакость в сознании врача может быть связана с: а) определённой депривированностью больного в выполнении им биосоциальных функций; б) изменениями психического характера в состоянии болезни; в) доминирующим (или подчинённым) положением врача в его общении с больным; г) наличием (отсутствием) согласия больного следовать медицинским предписаниям; д) конфронтацией между такими понятиями в рамках врачебной профессиональной деятельности, как «долг» и «право», «чувственное» и «рациональное», «теория» и «практика». Отсюда, выстраивая свои отношения с медицинской точки зрения, врач неизбежно формирует определённый образ больного, в котором его индивидуальность, медицинский статус, отношение к собственной

болезни и стремление к диалогу с врачом «сливаются» в единый комплекс восприятий и переживаний.

Независимо от оценки врачом медицинской ситуации больной для него – это всегда Другой, и (от имени врача) «...моя этическая позиция, в которой моё моральное Я заменено Другим, может быть определена как забота, а также как ответственность за Другого... моё назначение как врача – разрешить конкретную ситуацию в пользу Другого» [1, с. 84]. Это всегда Другой, депривированная биосоциальная природа которого позволяет рассматривать его как объект медицинских вмешательств; это Другой, чего требует профессия врача; это Другой по причине различных субъект-объектных ролей, конструируемых в системе «врач – больной»; это Другой, т. к. он неизбежно осознаёт свою зависимость от врача и попадает в поле медицинских вмешательств; это Другой, ибо его морально-психологические установки по отношению к собственной болезни определённым образом трансформируются, о чём будет сказано далее.

2. Проблема Чужого в медицинской практике имеет более варибельный и дисперсный характер. Если восприятие врачом больного как Другого имеет вполне объяснимые причины, т. к. в их основе лежат в основном *объективные* основания, то конструирование образа Чужого более находится в поле *субъективных* рефлексий врача. Здесь ещё раз важно подчеркнуть, что образ больного как Чужого рождается в сознании конкретного врача в отношении конкретного больного. Это, скорее, *метафизический* образ больного как результат медицинского мышления врача, который не поддаётся формальным дефинициям. Тем не менее, можно выделить предпосылки восприятия врачом больного именно как Чужого через призму их общения: различные взгляды на причину болезни; несогласие больного с рекомендациями врача; противостояние традиционной и научно-доказательной медицины; столкновение ценностей общекультурного порядка; различия религиозного, национального, этнического характера и др. Иными словами, в этой ситуации (от имени врача) «Чужой бросает мне вызов, предъявляет мне требования, сомневается во мне, так что я как субъект перестаю чувствовать себя хозяином в собственном доме, порой даже не удаётся достичь взаимопонимания» [1, с. 69]. Отмечено, что «это

указывает на практически антропологический конфликт между мною и Чужим» [1, с. 63].

В сознании врача Чужой в морально-психологическом плане – это дистанцированный от него объект, т. к. в целом не соответствует представлениям и притязаниям врача на профессиональное право *доминировать* в общении с больным.

3. Ранее указывалось, что рефлексии врача в отношении больного в определённой степени зависят от самоидентификации последнего в состоянии болезни, в частности, осознание своей болезни с точки зрения *самости*. Несомненно, что в условиях болезни самость больного трансформируется. В данном контексте самость понимается либо как отождествление своего Я и болезни (Я = болезнь), либо как попытка противопоставить Я и болезнь (Я и болезнь не тождественны).

В первом случае в сознании больного Я и болезнь «сливаются» и формируют единое болезненное «поле» ощущений и переживаний, начиная от осознания собственной биосоциальной депривированности и кончая чувствами обречённости и безнадёжности. В целом данное восприятие больным собственной болезни можно охарактеризовать либо как *смирение* (если использовать религиозную терминологию), либо как внутреннее *согласие* (в данном контексте метафизическое восприятие болезни как некую неизбежность и наказание) перед лицом собственной болезни. В данной модели поведения доминирует, прежде всего, *медико-биологический* компонент, т. е. проекция своих интенций и ожиданий исключительно в область медицинских рекомендаций и возможностей излечиться от болезни. Размышления больного в данном случае выстраиваются следующим образом: Я веряю свой организм, своё тело, свой микрокосм исключительно в область медицинских воздействий; я осознаю свою болезнь исключительно как объект медицинских вмешательств; я понимаю, что пассивен перед лицом своей болезни, но это меня устраивает, т. к. позволяет избежать психологических и физических усилий в попытке противостоять своей болезни; моя «самость» (несмотря на ее трансформацию) «отдыхает» и всецело «упоает» на возможности современной медицины излечить меня (и одновременно мою трансформированную самость) в состоянии болезни. Подобное осознание самости в состоянии болезни наиболее оптимально вписывается

ся в *патерналистскую* модель общения врача и больного, в которой больной (на уровне самооценки и с точки зрения врача) предстаёт как *объект* медицинского воздействия, а врач выступает доминирующим *субъектом*.

Во втором случае больной осознаёт собственную болезнь как нечто неизбежное (возможно, как закономерное состояние вследствие определённого поведения и образа жизни в целом). Он согласен следовать необходимым медицинским рекомендациям. Однако он более склонен воспринимать болезнь как состояние *естественное* (с биологической точки зрения), отсюда, «освободить» свою самость от состояния покорности и обречённости. Размышления больного в данном случае могут выглядеть в следующем формате: «Я осознаю свою болезнь как неизбежное свойство человеческой природы периодически отклоняться от состояния нормы; я рассматриваю свою болезнь как форму адаптации к постоянно изменяющимся условиям окружающей среды; я вижу причины моей болезни в совокупности определённых факторов образа жизни с риском для моего здоровья (что позволяет мне в дальнейшем провести их необходимую коррекцию); я не совмещаю свою болезнь и самость в единый комплекс переживаний и рефлексий, наоборот, я стараюсь их противопоставить, таким образом, помимо медицинских вмешательств в мою природу, сформулировать установки (и реализовать возможные практики), направленные против моего болезненного состояния». Подобное осознание самости в состоянии болезни наиболее оптимально вписывается в *коллегиальную* модель общения врача и больного, когда обе стороны согласны и готовы наладить возможный *диалог* в стремлении к общей цели достичь позитивного результата в лечении болезни. Субъектно-объектные роли врача и больного в данном случае могут взаимно меняться, однако в целом их можно охарактеризовать как взаимоотношения двух *субъектов*.

Таким образом, взаимоотношения врача и больного представляют собой особое коммуникативное поле, в котором *субъект-объектные* роли могут взаимно меняться. Исходя из изложенного, это определяется следующими моментами: 1) восприятием врачом больного с позиций его *инакости*, что формирует в сознании врача образ Другого или Чужого; 2) трансформацией *самости* больного, что влияет на

осознание себя в состоянии болезни либо объектом, либо субъектом в его взаимоотношении с врачом; 3) определённой *моделью*, которая конструируется в процессе общения врача и больного.

Заключение. Именно врач в своём восприятии больного «делает» его Другим или Чужим. Тем не менее, образ больного как Другого или Чужого, конструируемый в сознании врача, – это всего лишь своеобразные «ярлыки», которые не должны препятствовать установлению диалога между врачом и больным и соблюдению этических и нравственных позиций обеих сторон. В процессе общения первоначальный образ больного, сформированный в сознании врача, в дальнейшем может трансформироваться в другие образы, особенно если контакт имеет достаточно длительное продолжение. Однако, с позиций медицинской этики, больной – это ни Другой, ни Чужой. Пусть это звучит несколько тавтологично, но больной – это, прежде всего, *человек*, который обращается к врачу в надежде получить необходимую медицинскую по-

мощь, а врач – *человек*, который пытается эту помощь оказать, исходя из своего субъективного опыта и объективных условий его профессиональной деятельности. По мнению К. Дернера, иногда со стороны больного может быть *сверхтребование*, которое врач никогда не сможет выполнить полностью. Отсюда постижение, понимание и *принятие* инакости и самости больного – сложный и весьма противоречивый путь познания его как *личности*, ибо он часто требует от врача отказа от общепринятых в медицине стандартов мышления. В данной ситуации принятие инакости и самости больного – это не только понимание его с точки зрения биосоциальной депривированности, но и восприятие психосоматического своеобразия больного в условиях его болезни. Совершая это, врач параллельно находится и в процессе *самопознания*, что позволяет ему, помимо накопления медицинских знаний, формировать определённый *взгляд* на болезнь и *видение* болезни конкретного больного как неповторимой и уникальной личности.

Список литературы

1. Дернер К. Хороший врач. М.: Алетейя, 2006. 541 с.
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1983. 405 с.
3. Решетников А. В. Социология медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 863 с.
4. Фуко М. Рождение клиники. М.: Акад. Проект, 2010. 252 с.
5. Фуко М. Психическая болезнь и личность. СПб.: Гуманитарная академия, 2010. 317 с.
6. Харди И. Врач, сестра, больной. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1988. 338 с.
7. Aguilera B., Beca J. Partial disclosure of information in the presence of presumable nocebo effects: An ethical analysis // Revista Medica de Chile. 2018. No. 4. Pp. 518–522.
8. Beauchamp T., Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001. 454 p.
9. Cole T., Carlin N., Carson R. The doctor-patient relationship // Medical humanities: An introduction. Cambridge: Cambridge University Press, 2015. P. 26.
10. Derrington S., Paquette E., Johnson K. Cross-cultural interventions and shared decision-making // Pediatrics. 2018. No. 142. Pp. 187–192.
11. Freidson E. The changing nature of professional control. Annual Review of Sociology. 1976. No. 10. Pp. 1–20.
12. Fritz S., Holton R. Too much medicine: Not enough trust? // J Med Ethics. 2019. No. 1. Pp. 31–35.
13. Hanson S. The ethics of making patients responsible // Cambridge Quarterly Healthcare Ethics. 2018. No. 1. Pp. 87–92.
14. Medical ethics manual. The World Medical Association. Ferney-Voltaire: Inc., 2005. 134 p.
15. Morgan M. The doctor – patient relationship. In: Sociology as Applied to Medicine / eds. D. Patrick and G. Scrambler. London: Bailliere Tindall, 1986. Pp. 55–58.
16. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice // The Social System. New York: The free Press, 1951. Pp. 428–439.
17. Serra M. Conflict of interest: Nuance between principles and the aim // Archives Argentines Pedia. 2017. No. 5. Pp. 501–504.
18. Szasz T., Hollander M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor – patient relationship // Encounters Between Patients and Doctors / eds. J. Sioceckle. New York: The MIT Press, 1987. Pp. 165–177.
19. Veatch R. Models for ethics: Practice in a revolutionary age // Hastings Center Report. 1972. Vol. 2, No. 3. June. Pp. 5–7.
20. Yan Y. The ethics and politics of patient-physician mistrust // Developing World Bioethics. 2018. No. 1. Pp. 7–15.

Статья поступила в редакцию 13.01.2020; принята к публикации 15.02.2020

Сведения об авторе

Изуткин Дмитрий Анатольевич, доктор философских наук, профессор, Приволжский исследовательский медицинский университет; 603005, Россия, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1; e-mail: dan55@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4423-3028>

Библиографическое описание статьи

Изуткин Д. А. Философско-этические аспекты взаимоотношений врача и больного // Гуманитарный вектор. 2020. Т. 15, № 2. С. 20–25. DOI: 10.21209/1996-7853-2020-15-2-20-25.

References

1. Derner, K. A good physician. M: Alteja, 2006. (In Rus.)
2. Konechnyi, R., Bouhal, M. Psychology of medicine. Praga, Aviczennum, 1974. (In Rus.)
3. Reshetnikov, A. V. Sociology of medicine. M: GE'OTAR-Media, 2019. (In Rus.)
4. Fuko, M. Appearance of clinic. M: Akademicheskii proekt, 2010. (In Rus.)
5. Fuko, M. Psychic sickness and personality. S-P: Gumanitarnaya akademiya, 2010. (In Rus.)
6. Hardi, I. A Physician, a nurse, a sickperson. Budapesht, Izd-vo nauk Vengrii, 1988. (In Rus.)
7. Aguilera B., Beca J. Partial disclosure of information in the presence of presumable placebo effects: An ethical analysis. Revista Medica de Chile, 4, pp. 518–522, 2018. (In Engl.)
8. Beauchamp, T., Childress, J. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 2001. (In Engl.)
9. Cole, T., Carlin, N., Carson, R. The doctor-patient relationship. Medical humanities: An introduction. Cambridge University Press, 2015. (In Engl.)
10. Derrington, S., Paquette, E., Johnson, K. Cross-cultural interventions and shared decision-making. Pediatrics, vol. 142, pp. 187–192, 2018. (In Engl.)
11. Freidson, E. The changing nature of professional control. Annual Review of Sociology, no. 10, pp. 1–20, 1976. (In Engl.)
12. Fritz, S., Holton, R. Too much medicine: Not enough trust?. J Med Ethics, vol. 45, pp. 31–35, 2019. (In Engl.)
13. Hanson, S. The ethics of making patients responsible. Cambridge Quarterly Health Care Ethics, no. 1, pp. 87–92, 2018. (In Engl.)
14. Medical ethics manual. The World Medical Association, Inc., 2005. (In Engl.)
15. Morgan, M. The doctor – patient relationship. In: Sociology as Applied to Medicine. Ed. by D. Patrick and G. Scrambler, 1986: 55–58. (In Engl.)
16. Parsons, T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In: The Social System. The free Press, 1951: 428–439. (In Engl.)
17. Serra, M. Conflict of interest: Nuance between principles and the aim. Archives Argentines Pediatría, no. 5, pp. 501–504, 2017. (In Engl.)
18. 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, The MIT Press, 1987: 165–177. (In Engl.)
19. Veatch, R. Models for ethics: Practice in a revolutionary age. Hastings Center Report, no. 3, pp. 5–7, 1972. (In Engl.)
20. Yan, Y. The ethics and politics of patient-physician mistrust. Developing World Bioethics, no. 18, pp. 7–15, 2018. (In Engl.)

Received: January 13, 2020; accepted for publication February 15, 2020

Information about author

Изуткин Дмитрий А., Доктор Философии, Профессор, Волго-региональный исследовательский медицинский университет; 10/1, Минин и Пожарский ск., Нижний Новгород, 603005, Россия; e-mail: dan55@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4423-3028>.

Reference to the article

Изуткин Д. А. Философские и этические аспекты взаимоотношений врача и больного // Гуманитарный вектор. 2020. Т. 15, № 2. Стр. 20–25. DOI: 10.21209/1996-7853-2020-15-2-20-25.