

© О.Л. ЦЕРПИЦКАЯ, В.А. МАНУКОВСКИЙ, 2016

ВРАЧ И ПАЦИЕНТ. ДУШЕВНОЕ ОБЩЕНИЕ ИЛИ ОКАЗАНИЕ УСЛУГ?**О.Л. Церпицкая¹, В.А. Мануковский²**¹ Санкт-Петербургский государственный университет,² ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург**Цель:** уточнить вопросы медицинской деонтологии.**Материалы и методы:** анализируются вопросы медицинской деонтологии эпохи постмодерна, вопросы об отношениях врача и пациента и тенденциях к изменению именно прямых вербальных контактов в сторону деперсонализации и стандартизации лечебного процесса.**Результаты.** Сравнение основных характеристик общественных процессов позволило выявить, что указанные изменения являются прямым следствием наступления эпохи постмодерна, привнесшей в медицину новую обезличенную идентичность как врача (должного предоставлять услугу согласно медико-экономическому стандарту), так и потребителя услуги (пациента) и трансформирующей медицину в часть сферы услуг.**Заключение:** появление медико-экономических стандартов можно рассматривать как закономерное, фактически заменяющее категорию «нравственность» в медицине. Были предложены возможные варианты коррекции сложившейся ситуации на личностном и общегосударственном уровнях: «симуляция модерна», возврат к классическим канонам и синтез достижений и традиционного подхода.**Ключевые слова:** медицина постмодерна, личность постмодерна, деперсонализация больного, медицина как часть сферы услуг, медико-экономический стандарт

The article raises the question of medical ethics in the postmodern era in the aspect of the relations' between doctor and patient changes which are detected in the substitution of the direct verbal with depersonalization and standardization of the treatment process. Comparison of the main characteristics of social processes has revealed that the changes above are the direct results of the postmodern era. Transforming medicine in the part of the service sector, it introduced the new depersonalized identity into medicine: a service provider who works in accordance with medical economic standards (doctor) and a service consumer (patient). This allows considering the emergence of medical economic standards as natural result, virtually replacing the category of "morality" for medicine. Possible solutions to correct of the situation on a personal and national level were offered: "simulation of modernity", return to the classical propaedeutic canon and the synthesis of the modern achievements and the traditional approach.

Key words: postmodern medicine, postmodern personality, depersonalization of the patient, medicine as the part of service sector, medical economic standard

Целью данной статьи стала очевидная необходимость поднять на широкое обсуждение вопрос о медицинской деонтологии эпохи постмодерна, об отношениях врача и пациента, тенденциях к изменению именно этих прямых вербальных контактов.

В настоящий момент изменения в общении врача и больного, врача и человека, нуждающегося в обследовании, диспансеризации или иных медицинских услугах, принимают иной, стандартизированный характер, что обусловлено общесоциальными трансформациями, вызванными развитием технологий, урбанизацией и прочими глобальными процессами. Важно отметить, что тенденции эти укоренены в изменении внутренних принципов функционирования межличностных отношений, и не зависят от уровня и качества

медицинского образования (которое в России и ряде других стран находится в состоянии спорного реформирования по аналогичным причинам и с аналогичным же итогом в перспективе).

Дискурс о достоинствах и недостатках очевидного изменения отношений врача и пациента, в целом, не нов (размышления о складывающейся ситуации и опасения, связанные с ней, в исключительно актуальном аспекте высказывал, например, А.Ф. Билибин [1]). Как и достаточно протяжен во времени сам процесс этих изменений, явно идущий в контексте социально-политических преобразований, обусловленных научно-техническим прогрессом. Именно благодаря развитию технологий обследование пациента зачастую заключается в максимальном ограничении работы с ним непосредственно, и в по-

лучении и обработке информации на основании более современных неинвазивных инструментальных методик. Диагноз в большинстве случаев ставится не у постели больного, а перед его посещением или перед операцией. Оптимизация работы с пациентом как закономерное (при наличии современных технологий) сокращение личного общения с ним, в свою очередь, привела к обезличиванию конкретного пациента и деперсонализации больных. Изменения носят сугубо качественный характер: врач и пациент потеряли не время общения, а само общение, которое постепенно заменяет интерпретация данных объективных методов исследования и сопоставления этих данных с жалобами больного. Налицо укоренение в медицинской практике явления, называемого «дегуманизацией» медицины. Но негативно ли это явление? Теоретически, уменьшение личного контакта больного и врача должно позволять сократить психологическую нагрузку на медицинского работника, оградить его от эмоционального сопереживания с больным, уменьшить нагрузку, связанную с прямым физическим обследованием больного и интерпретацией абсолютно неточных данных этого осмотра. С другой стороны, пациенту, после постановки диагноза с помощью инструментальных методов и аналитической оценки анализов, назначается терапия в соответствии с медико-экономическими стандартами. Отступление от лечебных принципов, заложенных в этих стандартах, невозможно, в том числе, по финансовым аспектам. Иными словами, отношения врача и пациента регулируются третьей стороной (стандартом, страховыми компаниями), не имеющей к лечебному процессу прямого отношения. Правила этой стороной (теми же врачами, которые являются и разработчиками стандартов) прописаны достаточно чётко, чтобы избежать ненужной эмоциональности между врачом и пациентом, а лечебный процесс вывести в совершенно обезличенное (т.е., максимально внеконфликтное) поле.

Однако именно эта внеконфликтная обезличенность ставит перед обеими сторонами — и врачом, и пациентом — неожиданные проблемы. Оказывается, судя по многочисленным отзывам на медицинских форумах, например, врача в почти половине случаев пациенты благодарят не только за излечение, но и за душевное отношение, чуткость и т.п. То есть, за те качества, которых, с учетом медико-экономических стандартов, может и не быть. Врачи, в свою очередь, задаются вопросом, нормальна ли для лечебного процесса ситуация, когда вместо пациента перед ними — абстрактный образ, а иногда нет и такового [12]. Но, в целом, эти вопросы могут вызвать только более или менее оживленную дискуссию в профессиональном сообществе [13], так как произошедшие изменения не случайны, в силу существующего временного концепта, характеризующегося философами и социологами как эпоха постмодерна.

Оговоримся сразу: в нашем понимании (и здесь нельзя не согласиться с Ж. Бодрийяром [2]), постмодерн — это состояние реализованного модерна.

И даже с учетом аргументов Ю. Хабермаса [10] и Э. Гидденса [5], считающих постмодерн кризисом модерна (который последний должен преодолеть), объективные наблюдения даже за такой узкой (но значимой для любой эпохи) сферой научно-общественной жизни, как медицина, позволяют говорить о принципиально новом состоянии, которое, в целом, подтверждает доводы апологетов постмодерна. И речь идет не о внедрении технологий, а о трансформации человеческой личности, изменении внутренних принципов функционирования межличностных и профессиональных отношений.

Но сначала представим схематичный обзор того, как изменялась общественная система от преמודерна к модерну и постмодерну (это необходимо для более точного представления, что в данных изменениях происходило с личностью):

- империя — государство (уточним — национальное) — глобализация;
- этнос — нация — космополитизм;
- религия — светскость — индифферентизм либо неоспиритуальные опыты с личностным «мифотворчеством»;
- иерархия — права человека — отношение к «другим» индивидуумом утверждается произвольно [7].

Очевидно, что первые два эволюционных звена взаимопротивоположны (модерн, в общем, отрицал почти всё, принятое в преמודерне), но вот третье представляется несколько расплывчатым. Постмодерн, вообще, «размыт», а формулировки его неясны: основная и самая в нашем контексте страшная из этих «неясностей» — отрицание добра и зла не только самих по себе (есть только понятия «лучше» и «хуже»), но и в определенных обстоятельствах, так как под влиянием этих самых обстоятельств или преследуемой цели все может становиться как добром, так и злом.

Третье звено этой эволюционной схемы — это отражение окружающей нас реальности. Не случайно французские постструктуралисты (например, Ж. Деррида [6] и Ж. Бодрийяр [3; 4]) и Ж.Ф. Лиотар [9], указывавшие на современного человека как на существо смятенной, боящейся ментальности: личностная идентичность потеряна (отчасти из-за игрового пространства Интернета), индивидуализм индивидууму больше не подвластен, так как ограничения разрушены еще модерном. Доминанты философии постмодерна, в конечном счете, — это рефлексии о том, что уже произошло с обществом: анархия, рассеивание, нестабильность, случайность, дискретность — это «стандартный набор» определений его состояния и динамики. Общественная жизнь развивается по следующим векторам:

1) агностицизм — истина уже не отражение реальности, а общепринятое суждение (триумф «сарафанного радио»);

2) прагматизм — интеллект измеряется финансовым успехом;

3) эклектизм — возможно смешивать любые способы и методы для достижения успеха (а не истины!);

4) анархо-демократизм — государство и любые объединения воспринимаются как насилие над личностью (уже тоже почти не существующей).

В этих схемах уже нет отрицания, свойственного модерну, нет и таких усложняющих жизнь понятий, как «истина» и «нравственность». А человек, в этих обстоятельствах ставший одиноким и дезориентированным, ищет новую идентичность: человечество, или любую группу, могущую составить пару для идентичности (террористы, инопланетяне и пр.). Именно поэтому во вполне рабочих ситуациях недопонимания или конфликта врача и пациента часто можно услышать обвинения уже не в адрес конкретного человека, а что-то, звучащее как «все вы, врачи, такие» или «это же наша медицина» Абстрактность, причём часто именно негативная абстрактность — признак постмодерна.

Что касается медицины в целом, то перемены и размытость современной нам эпохи оказывают на неё колоссальное влияние. Во многом это связано с изменением отношения человека к своему телу: от полускарального в премодерне к «работоспособной гармонии» в модерне и, наконец, к частной собственности, необходимой для получения удовольствия, в постмодерне (известный в нашей стране анекдот о постановке диагноза в рамках «можно пить — нельзя пить» для постмодерна совершенно не смешон, а вполне реален). Так и медицина премодерна часто была сродни служению, ей характерен и определенный религиозный аспект (пациент полностью, в том числе, душевно, доверялся врачу), и диагностика, решение о применяемой терапии — всё это зависело от врача, его опыта и совести. Эпоха модерна привнесла очень четкую границу между нормой и отклонениями от нее, и пациент точно был осведомлен о конкретном состоянии, к которому его необходимо приблизить. В постмодерне норма во всем отсутствует в принципе — она не нужна. А отношения абстрактного врача с абстрактным пациентом (образа с образом, фактически) переходят из категории реальности в образ реальности. Иными словами, пациент эпохи постмодерна стремится не к излечению или гармонии, а к ведомому ему одному «каким я хочу быть» [11], что автоматически переводит медицину и врача в сферу услуг наравне с парикмахерами и стилистами из сферы служения (премодерн) и прикладной науки (модерн).

На основании изложенного выше беглого обзора можно предположить, что:

- новая идентичность диктует новые отношения: не врач и пациент как две личные формы, а медицина и потребитель услуги;

- отношения становятся максимально обезличенными;

- истина (как единственно правильное решение конкретной личности в конкретной ситуации) заменяется общепринятым стандартом (в нашем контексте — медико-экономическим стандартом, протоколом и т.д.).

Более того, существовавшая донныне медицинская деонтология опиралась на одну основную ка-

тегорию: нравственность. Как мы уже отметили, нравственность в постмодерне — понятие относительное, почти не существующее. Что приводит к логическому заключению, что новому времени необходимы новые категории (в том числе новые концепции отношения к телу [8]), решающие за врача проблему выбора, на который он, в условиях сложившихся отношений с пациентом (и пациента со своим телом), практически не имеет права — ему просто не поверят. Очевидно, что врачу, который применяет лишь перкуссию для определения границ печени или размеров сердца, современный пациент не поверит. Ведь не существует сегодня органолептической оценки биологических жидкостей, мы все доверяем записям в результатах анализов больных. Более того, в современных условиях системы юридического сопровождения медицинской помощи за врачом почти всегда стоит юрист, имеющий беспрецедентные возможности влияния на лечебный процесс. Таким образом, появление стандарта, при всех минусах его существования, это закономерность, обусловленная общественным развитием. (И в этой связи совершенно не случайной выглядит развернутая средствами массовой информации кампания по выборке и освещению случаев врачебных ошибок и пр., формирующая однобокое, но однозначное восприятие медицины населением. А чему больше всего верит человек постмодерна? Общепринятому суждению, транслированному через средства массовой информации.)

Вполне естественен вопрос, что в этой ситуации делать практикующим врачам. И с практической точки зрения им требуется выполнять то, что уже они и производят. К сожалению, следует еще раз констатировать, что медицинская практика сейчас находится в сфере потребления пациентом и, врач, как единица производства, — один из череды перечисленных медицинских предметов, обеспечивающих выполнение услуги (компьютерные томографы, УЗИ, рентгеновские установки и прочие приборы). Нравственность, душа и душевные отношения исчезают при давлении протоколов, стандартов медицинских услуг и медицина, ее блестящая практическая часть из служения врачу пациенту во имя борьбы с недугом превращается в сферу обычной услуги! И мы вынуждены констатировать этот факт, как констатируют его в современной системе образования.

И вот здесь закономерен возникающий вопрос, а есть ли выход из создавшейся ситуации. Обратимость процессов модернизации — вопрос сугубо философский и неоднозначный, но в рассматриваемой нами ситуации поиск выхода при серьезной общественной заинтересованности необходим и может реализовываться тремя путями.

Первый вариант (и он же — одна из проблем отношения) подразумевает то, что сегодня происходит довольно часто и преимущественно в среде старшего поколения, — «симуляция модерна». Явление, так часто встречающееся при изучении политических процессов, изначально характеризует нежелание государств (конкретных по-

литических или финансовых групп) признавать факт перехода из состояния модерна в менее выгодный для них постмодерн путём воспроизведения и навязывания характерных для модерна ситуаций (строго говоря, пример с терактом в редакции французской газеты «Charlie Hebdo» и последующими акциями «Je Suis Charlie» в Париже может рассматриваться сторонниками данной теории именно как навязывание ценностей модерна вышедшему из него обществу). В сфере межличностных и профессиональных отношений интересующей нас области эта «симуляция модерна» заключается в отказе признавать очевидные изменения, опираясь на качество предлагаемого ими образовательного процесса. Проблема заключается в явном конфликте того, чему будущего врача пока еще учат, с тем, как он вынужден будет работать, став молодым специалистом. Разумеется, маститый ученый с мировым именем, защищаемый своим окружением от явных неудобств существующих стандартов, юристов и бумажной работы, может позволить себе жить в привычных условиях. Но практикующий врач в регионе будет сталкиваться с другой реальностью, описанной нами выше — он уже не носитель знания, а единица в процессе оказания услуги. Однако, и в «симуляции модерна» есть свои очевидные преимущества: пока кто-то помнит, как должно быть, остаётся шанс не потерять стремительно утрачиваемое. Но все же это выход для узкой группы заслуженных людей, а для основной массы — скорее, шанс, причем постепенно упускаемый в силу смены поколений.

Второй (и самый радикальный и популистский) вариант предлагает разворот на 180 градусов, возврат к классическим канонам пропедевтики, «одушевлению» процесса общения врача и пациента. Но путь назад почти всегда регрессивный и редко реализуемый, хотя бы в силу финансовых и имиджевых затрат, которые государство нести не будет. Кроме того, обратимость часто приводит к стагнации, которая в условиях глобального здравоохранения равна регрессу в области из-за собственно технологического процесса и изменения принятых стандартов обучения. Есть и ещё одна опасность подобного пути: постмодерн не подразумевает устойчивости, в его основе, в большей степени, дискретность, и кажущийся кардинальный поворот может оказаться всего лишь очередной симуляцией.

И, наконец, третий вариант — скорее, методологический: это собственно признание того, что существующая ситуация при всех её плюсах не устраивает ни врачей, ни пациентов, и проблема требует организации дискуссионного процесса на государственном уровне. А суть выхода будет зависеть от результатов этой дискуссии, и, по нашим предположениям, будет носить характер синтеза достижений и традиционного подхода (сохранении его аспектов).

Резюмируя вышесказанное, необходимо отметить, что и дегуманизация медицины, и появление медицинских стандартов (немыслимых в контексте традиционного «премодернистского» представления о медицине) проходят в контексте изменения концепции восприятия мира в сторону постмодерна, несущего охарактеризованные нами изменения сферы межличностных отношений, трансформирующие служение в предоставлении услуг. И с этой точки зрения появление стандартов представляется закономерным — документ фактически заменяет такую категорию, как нравственность, снимая многие связанные с ней «проблемы». Однако, остается главный вопрос: принесет ли ожидаемый лечебный результат окончательная стандартизация отношения врача и пациента?

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Церпицкая О.Л. — профессор кафедры мировой политики факультета международных отношений, Санкт-Петербургский государственный университет, доктор политологических наук, доцент.

Мануковский В.А. — доктор медицинских наук, проф., заместитель директора института по клинической работе

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А.Ф., Царегородцев Б. О клиническом мышлении. — М.: Медицина, 1973. — 168 с.
2. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. — М: Культурная революция, Республика, 2006. — 269 с.
3. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. — М: Культурная революция, Республика, 2006. — 269 с;
4. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. — М.: Добросвет, 2000 — 387с.
5. Гидденс Э. Ускользающий мир: Как глобализация меняет нашу жизнь. — М.: Весь мир, 2004. — 122 с.
6. Деррида Ж. Глобализация. Мир. Космополитизм // Космополис. — 2004. — № 2 (8). — С. 125—140.
7. Дугин А.Г. Геополитика постмодерна. — СПб: Амфора, 2007. — 382 с.
8. Левин Д.М. Значение и история тела: Медицина постмодернизма // <http://www.integralportal.ru/docs/DOC-1621>, 20.05.2015.
9. Лиотар Ж-Ф. Состояние постмодерна. М.:Ин-т экспериментальной социологии, СПб: Алетейя, 1988. 160 с.
10. Хабермас Ю. Философский дискурс о модерне. — М.: Весь мир, 2003. — 416 с.
11. Foucault M. The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the Collège de France, 1981-1982. — New York, 2005.
12. Harpham W.S. Depersonalization of the Patient and the Loss of Compassion // <http://www.kevinmd.com/blog/2011/01/depersonalization-patient-loss-compassion.html>. 25.01.2011.
13. Kaaynaama M., Saberi M., Tazmini G. Post-Modern Medicine: Reconciling Traditional and Modern Medical Practice // International Journal of Endocrinology Metabolism. 2008. Vol. 6, Issue 2. P. 58-62.