

Феномен автономности в коммуникации врач — пациент: российская специфика

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Анализируется феномен автономности в коммуникации врач – пациент. Рассматриваются различные теории и концепции автономности. Активность пациента рассматривается в качестве приоритета современных концепций взаимодействия по оси врач – пациент. Выявлено, что взаимодействие врача и пациента в современных условиях затруднено ввиду отсутствия действенных коммуникативных стратегий и недостаточного опыта определения нужного объема сообщаемой научной информации. Тем самым актуализируется концептуальное обоснование принципа уважения автономии пациента в российской медицине и создание условий для его нормативной действенности. При этом коммуникация врача и пациента изначально опосредована множеством факторов: профессионально-деятельностный контекст (профессиональный стандарт, профессиограмма); организационный уровень влияния на коммуникацию (тип учреждения, социально-психологическая и организационная среда в коллективе); институциональный уровень (базовые принципы и нормативно-правовые основы деятельности системы здравоохранения); социально-культурный срез коммуникативной среды (совокупность неформальных правил взаимодействия врача и больного в контексте ментальности конкретного общества); межличностный уровень, на котором и реализуется собственно сама коммуникация. Показано, что именно межличностный уровень коммуникации играет решающую роль, здесь диапазон велик – от ведущей коммуникации, определяемой личностными ценностями врача, до нейтральной, при которой реализуется ситуация деперсонализации и технологизации общения.

Считается, что автономность формируется в процессе созревания субъектной позиции пациента в ситуации реального взаимодействия с врачом, и достижение автономности пациента не происходит одномоментно, это длительный процесс, разворачивающийся в конкретных социально-исторических условиях. Степень автономности может быть меньшей или большей, но в целом это не может отражаться на принципе уважения автономии пациента, который регулирует взаимодействие, предупреждая пресловутый индивидуальный произвол в виде допустимости добродетельного обмана и патерналистского уклонения от признания субъектности пациента. Особое внимание уделяется российской специфике в данном виде коммуникации.

Ключевые слова: коммуникация, медицинская коммуникация, врач, пациент, автономность, правило правдивости, обман, патернализм.

Быть самодостаточной и полноценной личностью во всех своих решениях, действиях и поступках как вершина реализации современного человека постулируется во многих социально-этических учениях. Ценность автономности личности в настоящее время весьма высока. Однако достичь этого чрезвычайно непросто в условиях расширения практик социальной вовлеченности, диктующих необходимость ответственности личности разнообразным стандартам, что может послужить основанием множественного вмешательства в сферу личностного бытия. Особенно остро проблема автономности личности предстает в современной практике медицинских коммуникаций, в частности во взаимоотношениях врача и пациента. Вмешательство в функционирование человеческого тела в области медицинских исследований и манипуляций без необходимых на то показаний ставит под угрозу сохранение автономности личности. Взаимоотношения врача и пациента обычно разворачиваются в сфере фундаментальных проблем человеческого тела и души, в богатстве и полноте взаимозависимых отношений. Таким образом, автономность личности в сфере медицины может быть представлена во вза-

имодополнении биологического и культурного начал. Изначальная двойственность человеческой природы, обусловленность биологической наследственностью и культурной средой формирует представление об автономности личности пациента не как о некой статичной данности, которую легко понятийно обозначить и четко определить границы, а как о процессе самоопределения в конкретных исторических и социальных обстоятельствах.

Автономность семантически связана с понятием автономии. Автономия – термин, производный от греческих слов *autos* («сам») и *nomos* («обычай», «правление» или «закон»). Впервые он стал употребляться в связи с понятием самоуправления в греческих полисах. В дальнейшем автономия стала использоваться в связи с обозначением границ бытия отдельной личности как автономность. За долгую историю своего существования термин приобрел обширную практику употребления в связи с качественным усложнением общественно-политического строя и развитием общественных отношений [11].

Представления о самоценности бытия отдельного человеческого существа волновали умы еще со вре-

мен древней античности (философские школы эпохи эллинизма), затрагивались в трудах средневековых мыслителей (Августин Аврелий [3], Фома Аквинский [2]), развивались в эпоху Нового времени (Р. Декарт [4]), однако вершины своего концептуального обоснования достигли в деонтологической этике И. Канта [6]. Автономия воли может мыслиться, прежде всего, как законодательная воля субъекта, предопределяющая всякие действия, с позиции безусловного следования моральному императиву. Идеи автономной этики впоследствии развивает И. Фихте [15]. В дальнейшем идеи автономной этики не получили должного развития в силу метафизичности морального закона и наступлением эпохи так называемой «смерти субъекта».

В настоящее время автономность личности как объект научного исследования представляет собой полидисциплинарное явление. Так, в правовом поле термин «автономия» употребляется в тесной взаимосвязи с целым рядом понятий, таких как самоуправление, право на основные свободы, право на невмешательство, право на индивидуальный выбор, право на свободу следовать собственной воле, право быть самим собой. Достаточно часто в правовых науках автономию отождествляют с понятием свободы. Безусловно, автономия выступает неким онтологическим основанием свободы, но полностью к этому понятию несводима.

В психологических науках автономия рассматривается как личностный феномен, содержание которого конституируется в зависимости от предметной области исследований: в рамках психологии личности – в контексте мотивационной сферы, в социальной – как феномен межличностных отношений. Половая, возрастная и психопатологическая специфика формирования автономии личности изучаются в соответствующих разделах психологического знания. Как мы видим, целостного обоснования феномен автономности в данных науках не находит.

В исследованиях автономности можно легко выделить социальный и личностный ракурсы исследования, которые, как правило, когерентны, что в принципе объясняется диалектической природой феномена автономности. Автономность формируется на границе бытия личности и общества, определяя меру свободы, независимости, приватности отдельной личности в тесной взаимосвязи с характером внешних социальных сил и системой коммуникаций, в которые включена личность.

В медицинской коммуникации автономность пациента формируется в поле пересечения биологической, личностной, социальной и культурной жизнедеятельности, что означает принципиальную несводимость феномена ни к одной из них, и формализуется на нормативном уровне в виде этического принципа. Можно предположить, что эквивалентом автономности на биологическом уровне жизнедеятельности является целостность телесного существования, функционирования саморегулирующегося организма; на личностном – самоконтроль и самоуправление

личности; на социальном – суверенность в процессе принятия решений, на культурном – как установка общественных отношений.

В области биомедицинского исследования и в здравоохранении этот принцип раскрывается в позитивной и утвердительной обязанности уважительного обращения к личности пациента и поддержке автономного принятия решения. Принцип уважения автономии личности применительно к практике взаимоотношений врача и пациента реализуется в совокупности правил правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни и информированного согласия. Описательный подход к проблеме автономности личности пациента в таком ракурсе, на наш взгляд, достаточно трудоемок и обширен. Будем считать, что сложность этого феномена может предстать при анализе конкретных ситуаций нарушений автономности личности.

В настоящее время особый интерес вызывают ситуации нарушения автономности пациента, возникающие при следовании правилу правдивости. Этические истоки этого правила коренятся в исторических традициях врачевания (Гиппократ), религиозно-философских учениях и в особенности связаны с моральным запретом И. Канта. Моральный запрет «не лги» И. Канта устанавливает универсальную объективную невозможность лгать при любых обстоятельствах [6]. Дискуссия о границах запрета на ложь и его нравственном обосновании имеет солидную историю. Можно привести лишь некоторые выводы отечественного ученого Р.Г. Апресяна [1]. Он рассматривает подход, согласно которому мораль нормативно разнородна, т. е. в ней присутствуют моральные требования различной степени категоричности, варьирующиеся от безусловности до относительности [1]. Также он утверждает, что онтологическим фундаментом морального запрета выступает бытие атомарного индивида. Правило правдивости в этом случае можно интерпретировать как наличие универсального морального требования, ограничивающего индивидуальный произвол. Ученый-этик А.И. Прокофьев в свою очередь утверждает, что «кантовская этика не содержит доводов, которые могли бы обеспечить доказательство абсолютной недопустимости любых форм лжи во спасение» [9].

Некоторые специалисты в области биомедицинской этики (например, Мэппс и Дзембати [18]) проводят концептуальное различие нескольких взаимосвязанных между собой смыслов автономии. Так, можно рассматривать автономию как свободу действия, автономию как свободу выбора и автономию как способность эффективно обдумать ситуацию. Когда автономию отождествляют со свободой действия, ее, прежде всего, описывают, противопоставляя принуждению. Под принуждением, как правило, подразумеваются причинение какого-либо вреда. «Явное» принуждение предполагает применение физической силы. Неявное принуждение осуществляется в форме обмана. В частности, Корсгаард [17] рассматривает

ложь как покушение (принуждение) на разум другого человека, что нарушает автономию. Можно сказать, что обманутый человек подобен машине, управляемой извне, лишенной права выбора и принятия решений.

Автономия как способность эффективно обдумать ситуацию, сосредоточивается на критериях рациональности пациента. Индивидуальная личность является автономной в этом смысле, только если она обладает необходимыми способностями для эффективного рассуждения и характером, чтобы этими способностями пользоваться [8]. Однако эти способности могут ограничиваться во многих отношениях. Даже при их наличии решения и действия могут быть меньше, чем полностью рациональными. Михайлова и Бартко [8] утверждают, чтобы быть полностью автономным, человек должен обладать личностными характеристиками, необходимыми для эффективного обдумывания, и быть свободным от внешних ограничений в проявлении этих способностей; он также не должен быть ни принуждаемым другими, ни имеющим пространства выбора, ограниченного ими. Идеалы рациональности, даже на самый общий взгляд, в восточных и западных обществах детерминированы принципиально различным религиозным, культурным и социальным содержанием. Это, в свою очередь, указывает на необходимость пересмотра требований к рациональности пациента как условия автономности.

В рамках медицинской риторики уместным будет упоминание об особой разновидности обмана – «добродетельный обман». Причинами добродетельного обмана могут служить медицински целесообразные решения, в рамках которых объект обмана и объект добродетельного совпадают, намерение повысить жизненный тонус больного в борьбе с заболеванием, стремление избавить больного от лишних страданий [5]. Существование добродетельного обмана ставит вопрос о различении аксиологического и праксеологического анализа ситуации коммуникации. В этом вопросе можно обратиться к заключению Л. Бортолотти, М. Мамели [16] о моральной допустимости методологического обмана в психологическом исследовании: он возможен при соблюдении определенных условий, среди них соответствие проведения эксперимента профессионально-этическим кодексам; предварительное информирование участников эксперимента о возможности неполноты некоторой информации (об этом упоминает и Дубровский [5]); получение позитивных последствий для участников эксперимента и общества в целом.

В отношении второго условия, которое вызывает наибольший интерес, Дж.Э. Мехон [19] придерживается позиции, безапелляционно не допускающей двусмысленность такого информирования. «Он полагает, что если нельзя согласиться на конкретный акт лжи, строго локализованный во времени и пространстве, поскольку тогда я соглашусь не на то, чтобы быть обманутым, а на то, чтобы притвориться таковым, можно согласиться на ложь заранее, еще не зная точно, какое из будущих высказываний другого

человека будет ложным. ... Подобное согласие без сомнения усложнит отношения с тем, кому оно будет дано, или даже подорвет их бесконечными подозрениями. Так, если бы я дал согласие врачу на то, чтобы он не говорил мне об истинном положении дел с моими почками, в том случае, если состояние моего сердца будет таково, что плохие новости могут меня убить, то каждое его сообщение о состоянии моих почек вызывало бы у меня вполне понятное недоверие».

Рассуждения о допустимости обмана в медицинской коммуникации некоторым образом приоткрывают проблему укорененности этого феномена в культурно-исторических реалиях современной западноевропейской цивилизации и требуют полноценного научного исследования. Однозначного решения в рамках локального исследования вынести не представляется возможным. Российская медицина имеет собственную самобытную историю формирования нравственных запретов на обман и предписания в регулировании медицинских коммуникаций, но длительное взаимопроникновение культурных традиций усложняет ситуацию различения оттенков обмана в коммуникативных практиках западного и российского обществ.

Мы утверждаем, что социокультурные особенности коммуникаций в различных системах здравоохранения качественным образом влияют на реализацию автономности. В этом же смысле можно рассматривать социокультурные предпосылки добродетельного обмана, которые чисто гипотетически рассматриваются либо как нарушение принципа автономности пациента, либо как указание на необходимость существенного уточнения представлений об автономности.

Одной из самых серьезных социокультурных детерминант, обуславливающих модель взаимодействия врача и пациента в отечественном здравоохранении, принято считать патерналистскую ментальность, глубоко укоренившуюся во всех сферах взаимодействия населения с институтами социальной сферы. Если обратиться к историческому контексту врачевания, то манипулятивный характер властного регулирования на ранних этапах зафиксировал изначальную асимметричность позиций врача и пациента. О.А. Чеботарева [14] рассматривает всего четыре исторических типа патернализма: «патернализм власти», «патернализм морали» (модель Гиппократ), «религиозный патернализм» (модель Парацельса), «либидиозный патернализм» (модель Фрейда). Патернализм как принцип коммуникации врача и пациента прослеживается на всех этапах развития медицины и развивается в соответствии с ведущими парадигмами медицинского дискурса.

В качестве наглядной демонстрации мы ссылаемся на результаты социологического исследования медицинской коммуникации Е.В. Приз [9]. Так, в своей работе она утверждает, что для всех субъектов взаимодействия приемлема именно патерналистская модель, поскольку она психологически удобна врачам (так легче работать) и пациентам (так проще). Факти-

чески рациональность пациента, его компетентность, установка на полноценное участие в процессе лечения рассматриваются врачами как нежелательная угроза процессу лечения. О повышенной привлекательности патерналистской модели свидетельствуют результаты диссертационного исследования О.А. Чеботаревой «Патернализм в отечественной медицине» (Волгоград, 2006 г.), согласно которым все субъекты взаимодействия не готовы к повышению компетентности пациента и стремятся к сохранению патерналистских установок [14]. Такие организационные факторы, как недостаток времени, перегрузка врачей, бюрократизация деятельности учреждений здравоохранения, усугубляют ситуацию осуществления принципа автономности пациента.

На межличностном уровне взаимодействия врача и пациента действие правила правдивости усложняется в силу повышенной сложности когнитивного (несовпадение картин мира) и коммуникативного (коммуникативный дискурс, речевые практики) контекста. Фундаментальной характеристикой здесь выступает мировоззренческий барьер во взглядах пациента и врача. Эта проблема содержательно раскрыта в трудах отечественных исследователей медицинского дискурса – В.В. Журы [6], О.А. Чеботаревой [14], Т.И. Уткиной [13].

В.В. Жура [6] в процессе теоретико-эмпирического исследования медицинской коммуникации исследовала характеристики содержательного несовпадения картин мира врача и пациента. Научная медицинская картина врача базируется на системе специально-научных понятий и микрословотворений, образованных в отношении основных рамок понятия «заболевание». В свою очередь в наивной медицинской картине мира пациента рамки «заболевания» раскрываются в упрощенной совокупности причин, проявлений заболевания, лечения и последствий. Затрудненность взаимодействия врача и пациента приводит к ситуациям недопонимания, что обуславливает необходимость повышения уровня медицинской коммуникации врача. Он должен использовать такие речевые практики, которые бы повышали компетентность пациента и его готовность к лечению. В противном случае врач способствует намеренно или ненамеренно заблуждению пациента, что в свою очередь чревато возможностью лжи.

Т.И. Уткина [13] в процессе изучения когнитивно-коммуникативных аспектов медицинского дискурса выделяет следующие «структурно-функциональные типы медицинского дискурса: императивный монологический (заговоры); спекулятивный монологический (выступления на консилиумах, трактовка авторитетов, запрет на новое, собственное мнение; схоластика); императивный диалогический (доминантная позиция врача); интерактивный диалогический (сотрудничество врача и пациента)». Согласно заключениям автора, подлинное и эффективное взаимодействие врача и пациента может быть реализовано только в контексте диалогических типов дискурса. А. Тхостов

и А. Нелюбина [12] настаивают на повышении автономности пациента с целью развития комплаенса – приверженности лечению, они приходят к выводу о неэффективности дидактической (патерналистской) модели в этом случае. Повышение автономности пациента необходимо для установления собственного контроля над болезнью. Субъективные мифы о болезни необходимо рационализировать в процессе коммуникации врача и пациента.

С точки зрения автономности пациента важно учитывать количество и качество заинтересованных реальных и виртуальных субъектов коммуникации. В системе взаимоотношений «врач и больной» косвенно или напрямую присутствуют также родственники больного, фармацевтические и страховые компании, комитеты здравоохранения. Все они имеют, как правило, несовпадающие позиции и интересы.

Коммуникация врача и пациента изначально опосредована множеством факторов, среди них профессионально-деятельностный контекст (профессиональный стандарт, профессиограмма); организационный уровень влияния на коммуникацию (тип учреждения, социально-психологическая и организационная среда в коллективе); институциональный уровень (базовые принципы и нормативно-правовые основы деятельности системы здравоохранения); социально-культурный срез коммуникативной среды (совокупность неформальных правил взаимодействия врача и больного в контексте ментальности конкретного общества); межличностный уровень, на котором и реализуется собственно сама коммуникация. Важно понимать, что именно межличностный уровень коммуникации играет решающую роль, здесь диапазон велик – от ведущей коммуникации, определяемой личностными ценностями врача, до нейтральной, при которой реализуется ситуация деперсонализации и технологизации общения.

Несмотря на то, что в современных концепциях активность пациента является приоритетом, реальное взаимодействие врача и пациента затруднено ввиду отсутствия действенных коммуникативных стратегий и недостаточного опыта определения нужного объема сообщаемой научной информации. В российской медицине концептуальное обоснование принципа уважения автономии пациента и создание условий для его нормативной действенности бесспорно.

Автономность формируется в процессе созревания субъектной позиции пациента в ситуации реального взаимодействия с врачом. Достижение автономности пациента не происходит одномоментно, это длительный процесс, разворачивающийся в конкретных социально-исторических условиях. Степень автономности может быть меньшей или большей, но в целом это не может отражаться на принципе уважения автономии пациента, который регулирует взаимодействие, предупреждая пресловутый индивидуальный произвол в виде допустимости добродетельного обмана и патерналистского уклонения от признания субъектности пациента.

Рассмотренные проблемы и противоречия в вопросах этического регулирования взаимоотношений врача и пациента, приоритет прагматических интересов различных субъектов коммуникации являются вызовом для исследователей в сфере медицинской этики. Развитие биоэтики в отечественном социокультурном поле подразумевает необходимость конструирования собственных моделей взаимодействия врача и пациента, опирающихся на оригинальные ценностные системы.

Литература

1. Апресян, Р.Г. О праве лгать / Р.Г. Апресян. – М.: Логос. – 2008. – № 5 (68). – С. 4–18.
2. Аквинский, Ф. Сумма теологии / Ф. Аквинский. – М.: Эльга, Ника-Центр, Элькор-МК, Экслибрис, 2002. – Ч. 1. Вопросы 1–43. – 560 с.
3. Блаженный Августин. О граде Божием / Блаженный Августин – М.: Книга по требованию, 2016. – Кн. 1. – 662 с.
4. Декарт, Р. Космогония. Два трактата: Трактат о свете. Описание человеческого тела и трактат об образовании животного / Р. Декарт. – 2-е изд. – М.: Либроком, 2013. – 328 с.
5. Дубровский, Д.И. Обман. Философско-психологический анализ / Д.И. Дубровский. – 2-е изд., доп. – М.: Канон + РООИ «Реабилитация», 2010. – 336 с.
6. Жура, В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография / В.В. Жура. – Волгоград: ВолГМУ, 2008. – 376 с.
7. Кант, И. О мнимом праве лгать из человеколюбия / И. Кант // Трактаты и письма. – М, 1980. – С. 232–237.
8. Михайлова, Е.П. Теория и принципы биомедицинской этики. Биомедицинская этика / А.Н. Бартко, Е.П. Михайлова // Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. – М.: ММСИ, 1995. – Ч. 1. – С. 5–160.
9. Приз, Е.В. Социальная комплементарность прав пациентов и медицинских работников в отечественной медицине: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Приз. – Волгоград, 2011. – 47 с.
10. Прокофьев, А.И. Выбор в пользу меньшего зла и проблема границ морально допустимого / А.И. Прокофьев // Этическая мысль. – 2009. – Вып. 9. – С. 122–146.
11. Современный философский словарь / под ред. В.Е. Кемерова, Т.Х. Керимова. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: Академический проект, 2015. – 823 с.
12. Тхостов, А.Ш. Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний) / А.С. Нелюбина, А.Ш. Тхостов // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. – Самара: Самар. ун-т, 2012. – С. 12–33.
13. Уткина, Т.И. Метафора в научно-популярном медицинском дискурсе: автореф. дис. ... канд. филол. наук / Т.И. Уткина. – Пермь, 2006. – 23 с.
14. Чеботарева, О.А. Патернализм в отечественной медицине: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Чеботарева. – Волгоград, 2006. – 24 с.
15. Фихте, И.Г. Философские произведения / И.Г. Фихте. – М.: Академический проект, 2013. – 503 с.
16. Bortolotti, L. Deception in Psychology: Moral Costs and Benefits of Unthought Self-Knowledge / L. Bortolotti, M. Mameli // Journal Accountability in Research: Policies & Quality Assurance. – 2006. – Vol. 13, Issue 3. – P. 259–275.
17. Korsgaard, K.M. Excellence and obligation: A very concise history of western metaphysics 387 BC to 1887 AD / K.M. Korsgaard // The Sources of Normativity. – Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – P. 1–5.
18. Mappes, T.A. Biomedical Ethics / J.S. Zembaty, T.A. Mappes. – New York: McGraw Hill, 1986. – 657 p.
19. McMahan, J. Self-Defense and the Problem of the Innocent Attacker / J. McMahan // Ethics. – 1994. – Vol. 104, № 2. – P. 252–290.

S.I. Andreev, B.B. Dondokova, M.A. Odnostalko

The phenomenon of autonomy in the «doctor – patient» communication: russian specificity

Abstract. The article analyzes the phenomenon of autonomy in the doctor – patient communication. Various theories and the concept of autonomy. The activity of the patient is considered as a priority for current concepts of interaction on the axis of a doctor – patient. The interaction doctor – patient relationship in the current conditions is difficult because of the lack of effective communication strategies and lack of experience determining the correct amount of the reported scientific information. Thus, updated conceptual study of the principle of respect for patient autonomy in the Russian medicine and the creation of conditions for its regulatory effectiveness. In this communication the doctor and the patient is initially mediated by a variety of factors: the activity of professional context (professional standard, professiogram); organizational level of influence on the communication (type of institution, socio-psychological and organizational environment in a team); institutional level (basic principles and legal foundations of the health system); Socio-cultural section of the communicative environment (set of informal rules of interaction between doctor and patient in the context of the mentality of a particular company); interpersonal level at which the realized and actual communication itself. It is important to understand what level of interpersonal communication plays a crucial role here range is great – from the master, the physician with personal values, to neutral, at which realized the situation and depersonalization technologizing communication. It is considered that autonomy is generated in the process of maturation of a subject position of the patient in a situation of real interaction with the doctor and the patient's achievement of autonomy does not occur simultaneously, it is a long process, unfolding in specific socio-historical conditions. The degree of autonomy can be smaller or greater, but in general it can not affect the principle of respect for patient autonomy, which regulates the interaction warning notorious individual arbitrariness, as the admissibility of a virtuous and paternalistic deception evasion recognizing subjectivity of the patient.

Key words: communication, communications, medical, doctor, patient autonomy, the rule of truthfulness, deception, paternalism.

Контактный телефон: +7-911-932-28-27; e-mail: odnostalko@gmail.com