

Сидорова Татьяна Александровна,
Новосибирский государственный университет,
Новосибирск
vasinatan@mail.ru

ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ФОКУСЕ МОДЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ¹

Аннотация. Взаимодействия субъектов медицины, прежде всего врача и пациента, рассмотрены в проекции двух логик: солидарных и конкурирующих отношений. Этот подход развивает идеи критики засилья концепта автономии пациента, который приходит с биоэтикой, представленной в этике заботы К. Дёрнера, А. Мол и др. Выделены концептуальные формы конкуренции и солидарности в качестве оппозиций власти и равенства, автономии и заботы, индивидуализма и взаимозависимости субъектов медицины, антипатернализма и патернализма, пренебрежения и внимательности, юридического и этического смыслов информированного согласия, контроля и комплаентности, медицинской услуги и медицинской помощи.

Солидарные отношения в медицине в биоэтической экспликации могут быть выражены в патернистской модели. Патернализм является базовой формой отношений врача и пациента в медицине, что зафиксировано всей многовековой историей медицинской этики. В основе патернистской модели лежат этические коннотации: ответственность врача и взаимное доверие. Автономия имеет юридическую и экономическую предикацию. Традиционная для российской культурной модели этика заботы предполагает не столько утверждение власти врача над пациентом, признания его неравным в медицинских решениях, но в современном здравоохранении может быть совмещена с добровольным выражением согласия на медицинские вмешательства при условии надлежащего информирования.

Ключевые слова: биоэтика, деонтология, патернализм, деинституционализация психиатрии, автономия пациента, этика заботы в медицине.

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РНФ (проект № 21-18-00103 «Человек и новый технологический уклад. Антропологический форсайт»).

The study was carried out with the financial support of a grant the RSCF (project No. 21-18-00103 “Human and a new technological order. Anthropological foresight”).

Sidorova Tatyana Alexandrovna,
Novosibirsk State University,
Novosibirsk
vasinatan@mail.ru

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIPS IN THE FOCUS OF MEDICAL ETHICS MODELS

Abstract. The interactions of the subjects of medicine, primarily a doctor and a patient, are considered in the projection of two logics: solidary and competing relations. This approach develops the critique of the dominance of the concept of patient autonomy that comes with the bioethics represented in the ethics of care by K. Dörner, A. Moll and others. The conceptual forms of competition and solidarity are identified as oppositions to power and equality, autonomy and care, individualism and interdependence of subjects of medicine, anti-paternalism and paternalism, neglect and attentiveness, the legal and ethical meaning of informed consent, control and compliance, medical services and medical care.

In medicine, from point of view of bioethics, the solidary relations could be expressed in a paternalistic model. Paternalism is the basic form of relationship between a doctor and a patient in medicine, which is recorded throughout the centuries-old history of medical ethics. The paternalistic model is based on ethical connotations such as doctor's responsibility and mutual trust. Autonomy has a legal and economic predication. The ethics of care, traditional for the Russian cultural model, implies not so much the doctor's authorities over the patient, recognizing him as unequal in medical decisions, but in modern healthcare it can be combined with a voluntary expression of consent to medical interventions with the properly provided information.

Keywords: bioethics, deontology, paternalism, deinstitutualization of psychiatry, patient autonomy, ethics of care in medicine.

Медицинская этика – деонтология – биоэтика как способы регулирования отношений в медицине

Особенностью медицинской деятельности является то, что исторически она регламентировалась четко обозначаемыми принципами и правилами, которые в совокупности получили название медицинской этики. На нормы врачебной морали оказывали вли-

яние культурно-исторические, религиозные особенности [Veatch, 2012]. В античную эпоху эти правила были прописаны в знаменитой клятве Гиппократа, встречаются они и в дошедших до наших дней источниках из других региональных медицинских систем, например, деятельность врача регламентировалась в Древнем Египте и Месопотамии, в Древней Индии и в Древнем Китае. Только на рубеже XVIII–XIX вв. в эпоху становления европейской рационалистической медицины, основанной на научных методах, медицинская этика становится предметом исследования, появляются первые посвященные ей ученые труды.

Английский врач Т. Персиваль создает медицинскую этику как вид сословной – врачебной этики и составляет первый этический кодекс. Вполне закономерно, что это происходит в Англии, где традиционно определяющими регуляторами общественных отношений были законы репутации и системы этикетных правил, предписывающих нормы поведения в условиях сословной социальной организации. Философским основанием такого варианта медицинской этики была этика утилитаризма, которая устанавливала паритет между эгоистическими интересами и общественной пользой. Именно в утилитаризме в трудах Иеремии Бентама появляется деонтология – этическая доктрина, где основным понятием является долг как важный регулятор отношений между индивидами в обществе.

В Восточной Пруссии примерно в это же время создает свою сложную философскую и этическую систему Иммануил Кант. Он критикует утилитаристов за эгоистическую направленность в понимании мотивов человеческих поступков, когда их значимость определяется интересом и измеряется степенью его удовлетворения – полезностью. Утилитаристы считали, что люди преследуют свои интересы, конкурируя за их осуществление, стремятся найти удовлетворяющую всех максимальную форму полезности. Поэтому долг в логике утилитаризма превращается в обязательство ориентировать поступки конкурирующих индивидов на максимальную степень общей пользы. Эти обязательства могут всякий раз устанавливаться, например прописываться в договоре. В отличие от утилитаристов, Кант утверждает, что долг есть категорический (безусловный) моральный (а не договорной, юридический) императив – внутреннее побуждение, которым обладает

индивиду как автономно действующий субъект. Категорический императив – это «моральный закон во мне», бескорыстная ориентация воли свободно действующего субъекта на благо, благодаря этому стремлению в душе каждого человека общество обретает единство и целостность.

Врачебная деятельность как нельзя лучше передавала альтруистический характер солидарных, а не конкурирующих социальных отношений. Поэтому медицинскую этику стали называть деонтологией, полагая, что врач ориентируется в своей деятельности на безусловное принятие профессионального долга, содержание которого в качестве универсальной основы устанавливалось клятвой Гиппократа. Клятва Гиппократа с течением времени в разных странах для врачебного сообщества стала профессиональным символом, она могла иметь разные модификации, дополняясь новыми принципами, но всегда сохраняла набор базовых принципов, сформулированных в древности: обязательство сохранять верность профессии, «не навреди», уважения к жизни, действовать во благо пациенту, сохранять врачебную тайну и др.

Со второй половины XIX – начала XX в. медицина превращается в сферу деятельности, об организации которой заботится государство, создаются национальные системы здравоохранения, долг врача становится частью ответственности больших профессиональных корпораций. В этой ситуации врачом должна двигать уже не сословная обязанность, которая выражалась в том, как себя вести представителю врачебного цеха, а осознанная моральная необходимость, внутренне убеждение – т.е. долг. Чем больше хотели подчеркнуть в системе этического регулирования включенность врача в систему корпоративной ответственности, тем логичнее выглядела медицинская этика, которую нужно называть и понимать как деонтологию.

В дореволюционной России национальный медицинский этос (профессиональная культура) формировался в лоне европейской медицины на основе христианской культурной модели и высокого авторитета гиппократовых норм в профессиональном служении. Смысл деятельности врача трактовался не как служба, а именно как служение профессиональному долгу и пациенту, что связано было еще и с моральной притязательностью, свойственной русской интеллигенции. В отличие от службы, где на первое

место встает беспрекословное исполнение обязанностей, служение есть добровольный и осознанный нравственный выбор своего служения, понимание его как сострадательной, жертвенной помощи, эмоциональное присоединение, соучастие [Силуянова, 2008].

Русская медицинская традиция воплощалась в господстве и непротиворечивом принятии и врачами, и пациентами патерналистской модели, которая предполагала, что врач берет на себя самые высокие моральные обязательства в отношении к пациенту, должен заботиться о нем по-отечески, а пациент безусловно доверяет врачу, открывая ему интимные стороны своей жизни. После революции 1917 г. в Советской России медицинскую (врачебную) этику объявили буржуазным пережитком в первую очередь в вопросе сохранения врачебной тайны. О медицинской этике говорили мало, она существовала в виде усвоенных норм для врачей, которые получили образование в дореволюционное время, а затем в качестве навыков профессионального общения с пациентами и коллегами преемственно передавали их следующим поколениям медицинских профессионалов.

В 1945 г. основатель отечественной онкохирургии Н.Н. Петров пишет статью о хирургической деонтологии [Гребенщикова, 2016, с. 122]. Термин «деонтология» вполне соответствовал духу императивного долженствования, составлявшего суть морального кодекса советского общества, поэтому надолго и прочно замещает понятие «медицинская этика». В нашей стране до сих пор медицинскую этику чаще всего называют деонтологией. В этом историческом выборе модели медицинской этики в качестве деонтологии отражаются драматические коллизии, связанные с общественными трансформациями и с изменениями профессионального самосознания врачей и сознания советских людей в аспекте заботы о здоровье. Н.Н. Петров осуществил преемственную связь между этосом дореволюционной медицины и советской, отыскав не противоречащую базовым и современным ему социальным установкам формулу деонтологии, которая была построена на ответственности и заботе врача, а со стороны пациента – на принятии патерналистского врачебного руководства, что вполне соответствовало культурным представлениям о сакральном, отеческом статусе человека, имеющего медицин-

ское образование. Как утверждал Н.Н. Петров, «основная задача медицинской деонтологии лежит в том, чтобы постоянно напоминать медицинским работникам, что медицина должна служить пользе больных людей, а не больные – пользе медицины» [Петров, 1956, с. 8].

В последней трети ХХ столетия в США возникает биоэтика. Биоэтика представляет собой еще более сложный феномен, поскольку формируется она как ответ на потребность осмыслиения трансформаций, происходящих в медико-клинической практике и в целом в обществе в связи с научно-техническим прогрессом, изменяющим до неузнаваемости оснащенность медицины новыми диагностическими и терапевтическими методами, организацию оказания медицинской помощи и, в итоге, характер взаимоотношений между различными субъектами медицинских взаимодействий: врачами, врачебным сообществом, пациентами, их представителями, пациентскими организациями, лечебными учреждениями, государством как учредителем системы здравоохранения. Биоэтикой мы сегодня называем сложносоставный феномен, включающий: междисциплинарную систему научных знаний (1), образовательную дисциплину (2), современную медицинскую этику (3), гетерогенный (разноосновный) дискурс (4), регулятивную практику (5). Биоэтический дискурс имеет трансдисциплинарный характер, т.е. выходящий за пределы научных дисциплин в обсуждении сложных моральных проблем в связи с развитием трансплантологии, вспомогательных репродуктивных технологий, возможностями манипулировать началом и концом человеческой жизни, генетическими и другими технологическими новациями и актуальными проблемами, например, связанными с борьбой с пандемией COVID-19. В биоэтическом дискурсе находят свое выражение религиозные и научные взгляды, позиции представителей общественных движений и моральных сообществ, позиции, основанные на правовых нормах и культурных традициях.

Биоэтика как регулятивная практика функционирует в виде этических комитетов и других подобных институтов этической экспертизы, которые рассматривают возникающие конфликты, определяют характер и пределы допустимых медицинских вмешательств в жизнь и здоровье людей, например в связи с необхо-

димостью проводить биомедицинские эксперименты с участием человека. Биоэтика довольно быстро получила распространение на всех континентах, стала преподаваться в медицинских и других образовательных учреждениях. Как соотносятся медицинская этика, деонтология и биоэтика?

Когда биоэтика пришла в медицинское образование, многие специалисты стали отождествлять ее с медицинской этикой или деонтологией и соответственно отодвигать ее возникновение в глубокую древность. С позиции строгого научного различия все же следует считать биоэтику современным феноменом, можно говорить о том, что она является современным этапом в истории медицинской этики, но в своем предмете, конечно же, выходит далеко за ее пределы. Медицинская этика фокусируется прежде всего на отношениях между врачами и пациентами и имеет более длительный период развития. Деонтологию нужно понимать как историческую модель медицинской этики, как систему регулирования отношений, которая сформировалась в определенных культурных и интеллектуальных обстоятельствах, и ее можно рассматривать как часть медицинской этики. Деонтология в своем конкретном выражении, кроме отсылки к долгу в качестве основного морального регулятора, представляет собой систему обязанностей, предписываемых врачу в профессиональной деятельности, и дифференцируется по врачебным специальностям: так, есть деонтология в хирургии и педиатрии, акушерстве и гинекологии, в неврологии, в травматологии и т.д.

Если деонтологические нормы формулируются на основе биоэтических принципов, в этом виде она представляет собой то, что в США называют клинической биоэтикой. Но этика долга также не учитывает всего многообразия моральной жизни и вариаций морального выбора. Врачи и медицинский персонал могут быть предельно сфокусированы на выполнении установленных профессиональных требований и при этом пренебрегать деонтологией в аспекте коммуникации с пациентами, отказываться от эмоциональной связи. Это имело место в советской медицине и до сих пор является негативным следствием, когда в медицинских учреждениях устанавливается распорядок, удобный для профессионалов и существенно ограничивающий пациентов и их близких. Причем персонал пресекает посягательства на установ-

ленный порядок, считая его условием надлежащего выполнения своих обязанностей, несмотря на то, что следование ему может ущемлять достоинство пациентов и их близких. Прекрасную иллюстрацию утраты высокого смысла деонтологии в таких «распорядках» можно увидеть в книге А.А. Старобинец «Посмотри на него». Автор, писатель и журналист, в этой книге передала весь кошмар столкновения с бездушной системой в чрезвычайно уязвимой ситуации: ей предстояло прерывать беременность на позднем сроке в связи с выявленными у развивающегося ребенка дефектами, несовместимыми с жизнью¹.

Принцип автономии в биоэтике

Несколько слов об истории возникновения биоэтики. Считается, что родоначальником биоэтики является Ван Ранссер Поттер, американский ученый, биохимик, который на волне ин-

¹ Приведем в качестве иллюстрации хорошо узнаваемые интонации в диалоге, преданном в книге А.А. Старобинец. «С мужчинами нельзя, – мрачный крепыш в сером свитере преграждает нам путь.

Это охранник. Он охраняет районную женскую консультацию Хамовников. От мужчин.

– Это мой муж, – говорю я.

– С мужчинами нельзя, – скучно повторяет охранник. – Такие правила.

– Пропустите меня, пожалуйста, – говорит муж. Он, кажется, искренне верит, что мрачному человеку в мышином свитере можно что-то объяснить. – У нас серьезная ситуация. Действительно серьезная. Нам нужно поговорить с врачом вместе.

– Мужчинам сюда нельзя, мужчина, – охранник широко расставляет ноги, как бы демонстрируя, что никакая сила в мире не помешает ему честно выполнить свой долг. – Это женское учреждение. Пусть женщина идет одна. А вы пока присядьте здесь, на банкеточке.

Мы сдаемся. Муж присаживается на банкеточке, я иду одна. Поднимаясь на второй этаж и сажусь на другую банкеточку – напротив кабинета врача – в бесконечную женскую очередь.

Такие правила. Мужчинам нельзя. Мужчины здесь ни при чем. Мужчин нельзя подпускать к женским учреждениям, к женским болезням и бедам. Так думает тот, кто сочинил эти правила. Так думают сами женщины в очереди. Так думает врач в консультации. Так думает моя мать. Когда она узнала, что я хочу, чтобы Саша был со мной рядом на “искусственных родах”, пришла в ужас:

– Ты что, хочешь еще и мужа лишиться? Зачем ему этот кошмар? Мужчины после такого сбегают!» [Старобинец, 2017, с. 27].

теллектуальной моды во второй половине 60-х гг. XX в. озабочился глобальными проблемами человечества. Его, например, очень беспокоил вопрос о демографических диспропорциях, росте населения в развивающихся странах. В это время возник дискурс экологической угрозы и появилась одна из первых форм прикладной этики – экологическая этика. Свою первую книгу «Биоэтика – мост в будущее» Поттер посвятил основателю экологической этики Олдо Леопольду. Эта книга вышла в свет в 1971 г. и стала первым научным и популяризаторским трудом в области биоэтики, часто начало новой научной дисциплины связывают с этим событием. Однако во второй половине 60-х гг. в США наряду с обсуждением глобальных угроз вследствие научно-технологического прогресса на повестку дня выходят вопросы в связи с активизацией различных правозащитных, антидискриминационных движений.

Разоблачения злоупотреблений в медико-клинической, психиатрической, исследовательской практиках способствовали тому, что вслед за движениями против расовой, гендерной и других форм социальной дискриминации возникли движения за права пациентов, за легитимацию права на аборт по выбору женщины, за права пациентов психиатрических учреждений, права испытуемых и т.д. На европейском континенте подобных движений не было, поскольку для них не было исторически, социально и политически обусловленных предпосылок, как это имело место в США. В европейских странах (нужно заметить, что в отдельных странах существовали значительные отличия в традициях оказания медицинской помощи, в отношениях врача и пациента, в использовании биомедицинских технологий), как и на пространстве бывшего СССР, а также в регионах Южной, Юго-Восточной Азии, подобные движения стали появляться позже и имели выражение, канализированные в собственные культурные формы, преимущественно в форме академической рефлексии. В США А. Хеллегерс и другие специалисты из области медицины, социальных и философских наук стали заниматься обоснованием правил, с помощью которых нужно было упорядочить отношения субъектов при проведении клинических исследований, при оказании медицинской помощи. Биоэтика стала переориентироваться на область прав пациентов и испытуемых в биомедицинских экс-

периментах, и в этой части стали замещаться или переписываться некоторые нормы медицинской этики уже в русле правового, юридического дискурса. Поэтому биоэтика как регулятивная практика имеет тесное переплетение с медицинским правом.

В американской биоэтике возникло свое теоретическое и одновременно регулятивное основание в виде классического набора принципов и правил, сформулированных профессорами из университета Джорджтауна Т. Бичампом и Д. Чилдрессом – принцип автономии, не навреди, благодеяния и справедливости и связанных с ними, так называемых процедурных (т.е. приводящих в действие, реализующих принципы) правил: правило информированного согласия, уважения частной жизни (приватности), конфиденциальности и правдивости. В европейской биоэтике акцент был сделан на принципах уважения достоинства человека, поэтому синонимом принципа автономии становится принцип добровольности, а правило – информированным добровольным соглашением (ИДС), также в качестве основных принципов называют принцип целостности и принцип уязвимости. Для сравнения, в деонтологической модели медицинской этики главными являются принципы не навреди, милосердия и сострадания, пользы и врачебной тайны.

Эти уточнения основополагающих принципов позволяют увидеть культурную специфику биоэтики. Для американцев с их традициями прецедентного права принцип автономии подразумевает отстаивание прав пациента и фактически этическое регулирование совмещается с правовым. Российская биоэтика, пришедшая к нам в 1990-е гг., по своей форме тяготела к американской модели, а по содержанию – к европейской, поскольку с культурной, смысловой точки зрения, конечно же, в первую очередь требовала от врача заботы о пациенте и ориентировалась на патernalизм. Но следуя ситуативно обусловленной в 1990-е гг. логике институциональных заимствований, в правовом регулировании российского здравоохранения принцип автономии стал играть ведущую роль.

Принцип автономии утверждает право пациента распоряжаться своим телом, право решать в медицинских вопросах. Каждый человек имеет право на самоопределение, признание независимости в вопросах, связанных с его жизнью и здоровьем. Уваже-

ние автономии пациента со стороны врача означает обеспечение и реализацию всеми профессиональными средствами, включая коммуникативные и эмотивные, права пациента распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения. То есть даже если пациент отказывается от собственного выбора, обязанностью врача является помочь ему в принятии решения, особенно в случаях вмешательств, которые предполагают вторжение в телесную и психическую организацию человека, которые могут изменить дальнейшую жизнь пациента.

Автономия – самоуправление, самоопределение, свободное волеизъявление. Люди поступают автономно, когда они, а не другие, принимают решения, влияющие на их жизнь, и действуют на основе этих решений. Быть автономным – значит быть самоопределяемым.

Автономия нарушается, когда нас прямо или косвенно призывают действовать, или когда мы действуем, находясь в заблуждении, или под влиянием факторов, которые вредят нашему выбору. Формами принуждения может быть не только явное принуждение, но и убеждение или профессиональная манипуляция поведением пациента. Убеждение не обязательно нацелено на контроль. Убеждая пациента сдать анализы, врач чаще всего хочет повлиять на поведение, но не стремится контролировать его. Принуждение связано с применением силы или угрозы, чтобы контролировать другого. Например, когда врач угрожает отказом в помощи, если пациент не соглашается на медицинскую манипуляцию, он стремится контролировать больного. Принудительный характер может носить лечение в психиатрической больнице, если пациент направляется туда недобровольно.

Другой формой влияния является манипуляция, когда заставляют кого-либо выполнить нужное агенту влияния действие. В медицинских отношениях манипуляции распространены и необходимы для осуществления врачебного руководства пациентами. Встречаются также информационные манипуляции. В частности, ученых в биомедицинских исследованиях нередко критикуют за сокрытие важной информации и обманчивое преувеличение преимуществ. Чрезмерно привлекательные предложения компенсации и медицинского обслуживания также часто рассматриваются как манипулятивные. Причем все эти формы нарушения автономии преподносятся как благо для пациента.

Автономия и патернализм

Последовательное проведение в жизнь принципа автономии преследовало сломать исторически сложившуюся конфигурацию отношений врача и пациента. На основе утверждения принципа автономии возникают антипатернистские движения в медицине. Патернализм стал рассматриваться как одна из моделей отношений врача и пациента после публикации статьи Р. Витч [Витч, 1994, с. 68]. Опираясь на опыт американской медицины, он выделил четыре модели: патернистскую, коллегиальную, техническую и контрактную. Патернализм воспринимался в качестве исторически уходящей формы, утверждению принципа автономии более соответствовал принцип коллегиальности, предполагающий равное положение и сотрудничество между пациентом и врачом.

Однако патернализм несопоставим по своему характеру и значению с другими предложенными Витчем моделями. Патернализм – базовая модель отношений врача и пациента, при которой врач принимает ответственность за свои решения и действия, а пациент полагается на квалификацию и опыт врача. Патернализм строится на доверии в качестве основы взаимодействий между врачом и пациентом. Выдающийся советский врач Л. Кассирский утверждал в книге «О врачевании», что «отчуждение в отношениях между врачом и больным противно самой природе врачевания» [Кассирский, 1970].

Патернализм обозначает врачебное руководство пациентом, опирается на объективно существующую профессиональную иерархию. Он всегда будет оправдан, пока есть общественное разделение труда. Нравственное измерение отношений в медицине закрепляет их особый характер. Важно, чтобы доверие пациента не порождало врачебный авторитаризм.

Патернализм является основой для взаимодействия врача и пациента во всех отраслях медицины. Так, патернистское начало сыграло чрезвычайно важную роль в истории психиатрии [Иванюшкин, 1994, с. 78]. С утверждением патернистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение самой психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, а во-вторых, формирование отношения об-

щества к «помешанным» как к больным людям. До этого отношение к ним в западноевропейских странах было по преимуществу полицейским. Главная заслуга того, что «сумасшедшие были подняты до достоинства больных», принадлежит французскому врачу Филиппу Пинелю, который в 1793 г. буквально снял цепи с душевнобольных в парижской государственной больнице Бисетр. Его реформа психиатрии сразу же оказалась апофеозом врачебного патернализма. Пинель прямо сравнивает своих пациентов с детьми, а созданный им тип психиатрической больницы – с семьей [Иванюшкин, 1994, с. 78].

Неслучайно, что существенной частью антипатернализма в США, а затем в европейских странах стало антипсихиатрическое движение, которое привело к деинституционализации¹ психиатрии, поскольку нарушения прав человека в этой отрасли медицины были вопиющими. К ним добавились требования защиты автономии участников биомедицинских исследований. С середины 1970-х гг. принцип автономии и антипатернализм стали прочно ассоциироваться с биоэтикой.

Однако превалирование моделей отношения врача и пациента, основанных на принципе автономии, привело к заметным трансформациям, которые стали настораживать. Главное их следствие – разобщение врача и пациента, юридизация, т.е. сведение отношений к договорным обязательствам и, как следствие, их бюрократизация, утрата доверия, возникновение разных форм ухода пациента – отказ от комплаентности (приверженности назначенному лечению), усиление трендов самолечения, один из конкретных примеров – антивакцинаторство. Принцип автомо-

¹ Деинституционализация – реорганизация оказания медицинской и социальной поддержки за счет сокращения стационарных учреждений и создания условий для оказания медицинской помощи вне больничных стен. В узкоспециальном значении деинституционализацией называют процесс реформирования психиатрической службы, который начался во второй половине XX в. Показательным примером стала Италия, где под руководством психиатра Франко Базальи в 1978 г. был принят знаменитый «Закон 180». Были упразднены все государственные психиатрические больницы в стране и заменены на общественные службы и амбулаторные психиатрические центры [Ястребов, 1999]. Деинституционализация государственных психиатрических больниц, завершившаяся масштабным исходом из них пациентов, была осуществлена в Соединенных Штатах в 70–80-е гг. ХХ в.

мии индивида апеллирует к представлению о «человеке self-made», для которого забота ассоциируется исключительно с зависимостью, а беспокойство о ней – с признаком слабости [Лехциер, 2019, с. 41].

Автономия пациента в России

Принцип автономии, как и биоэтика, пришел к нам из США в 1990-е гг. Если в европейских странах адаптация нового социального опыта и новых социальных навыков, которые появлялись с биоэтикой, не имела шокового характера, то в новой России на волне тотального отрицания советского прошлого, в том числе в организации и регулировании социальных взаимодействий в медицине, некритически воспринимались новые идеи и направления, без должного социокультурного проживания внедрялись новые принципы и нормы, часто получавшие искаженный деформированный характер. Иллюстрацией этому служит то, какой вид у нас приняла практика информированного добровольного согласия. ИДС – это процедурное правило биоэтики, инструмент реализации принципа автономии. Без оценки того, какие акценты для нас важнее и не противоречат культурному коду и медицинскому этосу, стала распространяться идея главенства автономии пациента, а практика ИДС стала внедряться в качестве не столько этического, сколько юридического регулирования. В результате сегодня, кроме выполнения важной и нужной функции – обеспечения права пациента выражать свою волю в медицинских вопросах (это право закреплено в ст. 20 ФЗ 323) [Федеральный закон, 2011], в нашей стране институт ИДС получил гипертрофированный, юридизированный и принудительный смысл. Врачи рассматривают информированное согласие как прикрытие в случаях судебного разбирательства, ИДС ассоциируется с бюрократическим, формальным подписанием бумаг, с содержанием которых пациент даже не знакомится. Исходя из «духа и буквы» уважения автономии в биоэтике, сначала следует информировать, а затем уже получать согласие. В российских медицинских учреждениях ИДС подписывают часто до всякой встречи с врачом. Пациент должен подписать несколько формуляров до информирования.

Если он этого не сделает, то ему могут отказать в медицинской помощи за исключением экстренных случаев. Такая практика разобщает врачей и пациентов, подрывает доверие, смысл ИДС сводит к функции защиты врача в случае судебных и иных разбирательств, но в конечном итоге приводит к росту исков против врачей [Сидорова, Жичина, 2016, с. 242]. Получается, что признание автономии пациента в его юридическом, а не биоэтическом прочтении через превентивное внедрение ИДС послужило одним из факторов формирования незддоровой атмосферы противостояния врачей и пациентов, когда пациенты заранее готовы фиксировать нарушения их прав, превентивно подозревая врачей в недобросовестном исполнении своих профессиональных обязанностей.

Примером несовпадения юридического и этического подходов является ситуация выражения согласия подростками. Российское законодательство устанавливает, что с 15 лет подросток может самостоятельно выражать согласие на медицинское вмешательство. Однако если принимать во внимание ценностный аспект, то в нашей культуре семейная связанность родителей и детей в этом возрасте еще очень высока, чтобы устранять родителей от принятия решения. Поэтому следует рекомендовать, чтобы подросток, по крайней мере прежде чем обозначить свое решение, обсудил его с родителями. Правовое закрепление содержание нормы ИДС фиксирует «минимум нравственного» (В.С. Соловьев), поскольку ориентируется на закрепленные в законе представления только об указанных в законе правах пациента, но не на его ценности, лежащие в основе моральных ожиданий.

Автономия vs забота

Европейская биоэтика и социальные отношения в медицине находились в иной психологической и интеллектуальной ситуации, которая не обязывала отрицать свой опыт как отсталый, не полноценный, не соответствующий «демократическим идеалам», позволяла осмотреться, взвесить, изучить, что подходит для национальных моделей здравоохранения и что нет, и исходила из понимания того, что континентальная медицина традиционно

имела отличия от атлантической – британской и американской. С течением времени в европейских клиниках стали чаще вспоминать о позитивной роли патерналистских отношений между врачом и пациентом. О заботе в качестве фундаментальной формы социального взаимодействия рассуждали многие философы. Так, М. Хайдеггер говорил о том, что забота есть модус человеческой экзистенции как формы онтологической связи с Другим, М. Фуко в «заботе о себе» продолжал сократовскую интенцию, применяя ее к поискам самоидентичности.

Немецкий врач и философ медицины К. Дёрнер открыто полемизировал с принципом самоопределения, закрепленным в институте информированного согласия. Он зафиксировал конфликт между стратегиями права пациента на медицинский выбор и заботы как имманентной этики врачевания. Либеральный принцип автономии, сформулированный в контексте априорного подозрения медиков в возможном злоупотреблении властью над пациентом, может вызывать у врача чувство этической мести: перекладывая медицинские решения на плечи пациентов, врач снимает с себя ответственность, при этом он может добиться согласия от пациента на то вмешательство, которое нужно врачу. К. Дёрнер полагает, что подход, основанный на получении информированного согласия, сложившийся в результате самокритики медицины после Нюрнбергского трибунала над нацистскими врачами-преступниками (хотя тема самоопределения пациента исторически старше, она возникла в Европе в конце XIX в.), приведший в итоге к понятию биоэтики, искажается в условиях рынка и власти корпораций.

Конкурентные общественные отношения проникают в медицину. Философ считает, что в первую очередь этика заботы вос требована в современной медицине, где преобладает работа с хроническими больными, предполагающая длительный контакт врача и пациента. В этой ситуации наиболее важна именно логика хорошей заботы, логика созависимости всех субъектов медицины, а также то, что оппозиция власти и равенства, проис текающая из правового смысла автономии, уходит в этом случае на второй план, и наиболее значимой для повседневных медицинских практик становится оппозиция внимательности и пренебрежения, т.е. морально-психологическое прочтение отношений вра-

ча и пациента. Забота не противоречит выбору, но является его предпосылкой и средой. Забота становится основанием и для ответственности, которую Дёрнер понимает как ту же заботу, осознаваемую как долг [Лехциер, 2019, с. 44].

В русле этики заботы происходит коррекция либерального понимания автономии. Модель автономного выбора должна признавать, что не все люди полностью автономны, что «автономия возникает только после длительного периода зависимости, и что во многих отношениях мы остаемся зависимыми от других на протяжении всей нашей жизни» (Tronto, 1993, р. 162), что практики заботы не препятствуют тому, чтобы те, о ком заботятся, выносили свои суждения, что, наконец, «одной из целей заботы является прекращение зависимости» (Tronto, 1993, р. 163). «Поскольку люди иногда автономны, иногда зависимы, иногда обеспечивают уход за теми, кто находится на иждивении, их лучше всего охарактеризовать как взаимозависимых. Думая о людях как о взаимозависимых, мы можем понять как автономные, так и вовлеченные элементы человеческой жизни. В целом общество, которое серьезно относится к вопросам заботы, будет участвовать в обсуждении вопросов общественной жизни исходя не из концепции автономных, равных, рациональных субъектов, преследующих отдельные цели, а из концепции взаимозависимых субъектов, каждый из которых нуждается в заботе и предоставляет заботу различными способами, и у каждого из которых есть другие интересы и задачи вне сферы заботы» (Tronto, 1993, р. 163–164).

Социальный философ из Нидерландов Аннамири Мол написала книгу о логике заботы, которая, по сути, стала ответом на засилье концепта автономии [Mol, 2008]. Мол ставит под сомнение идеал медицинского выбора, который едва ли не навязывается пациенту. Моральное содержание врачебной деятельности противопоставляется экономической и правовой логике автономного выбора в условиях конкуренции, вменяемого пациенту современной системой здравоохранения. Методология А. Мол нацелена на поиск «хорошей заботы», которая будет способствовать эффективному врачеванию, дарить человеку чувство поддержки, а не равнодушного исполнения профессиональных функций.

Заключение

В ситуации абсолютизации автономии пациента происходит замещение морального смысла отношений в медицине как солидарных на конкурентные, антагонистические. Субъектность пациента и врача определяется не личностной ценностью, а тем, что они презентируют свой экономически окрашенный и закрепленный в праве интерес. Поэтому этическое регулирование отношений в медицине замещается юридическим. В эту канву хорошо вписывается переход от медицинской помощи к медицинской услуге, т.е. экономическое измерение медицины рассматривается как определяющее, нивелируя ценностно-смысловое содержание и таким образом разрушая морально-психологические основы взаимодействия врача и пациента. Таким образом, можно зафиксировать, что в медицинских отношениях возникает противоречие между солидарным, коллективистским, взаимозависимым характером взаимодействий и конкурентным, индивидуалистическим, ориентированным на автономию.

Развивая концепты логики заботы в медицине, ее сторонники не отвергают необходимости и ценности медицинского выбора, который может и должен совершать пациент (выбор медицинской системы, больницы, врача, типа медицинского вмешательства и т.п.). Это повседневность любого современного общества, в том числе российского, повседневность клинических практик, включающих подписание пациентами протоколов информированного согласия перед официальными действиями врачей в учреждениях биомедицины [Лехциер, 2019, с. 38]. Но эти действия должны быть вписаны в этически понимаемую логику заботы и уважения человеческого достоинства, а не подчинять процесс оказания медицинской помощи экономической целесообразности, навязанной врачу и пациенту современной системой здравоохранения.

В российских дискуссиях потребность обосновать этически приемлемую модель отношений врача и пациента, которая бы отвечала современным реалиям, отражение конфликта логики солидарности и конкуренции нашла отражение в противопоставлении медицинской помощи и медицинской услуги. Редуцирование медицины к форме экономических отношений означает отказ от смыслов и норм тысячелетней медицинской этики и деонтологии.

Очевидно, что к этому не готовы прежде всего врачи, и их не устраивает подобное выхолащивание медицинской профессии. В понятие «врач» входит нечто большое, нежели «субъект экономической деятельности». Противопоставить этой тенденции можно обновленные для современной ситуации варианты патернализма, например, разрабатывая и конкретизируя действия врачей в оптике этики заботы, которая на протяжении столетий была моральным выражением врачебной ответственности в российской медицине. Этика заботы не исключает ни выбора пациента, ни его свободного волеизъявления, ни взаимного согласования с врачом медицинских решений.

Таким образом, принцип автономии должен быть адаптирован в культурную модель биоэтики как важная составная часть, но без придания ему центрального смыслообразующего значения в регулировании современных отношений в медицине. Биоэтическое образование нацеливает на уважительное отношение к пациенту, которое и в патернистской модели сохраняет возможность для соблюдения прав пациента, совместного обсуждения стратегии обследования и лечения и не подразумевает антипатернализм.

Литература и источники

1. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67–72.
2. Гребенщикова Е.Г. Медицинская деонтология между традиционной медицинской этикой и биоэтикой // «Русская традиция» в биоэтике: этико-аксиологические основания: кол. моногр. / И.А. Асеева, Н.В. Волохова, Е.Г. Гребенщикова, Е.С. Кравцова, Т.В. Мещерякова, И.П. Михайлова, И.В. Михель, И.В. Силуянова, Т.А. Сидорова; отв. ред. Н.В. Волохова. Курск: Юго-Зап. гос. ун-т, Университетская книга, 2017. 196 с.
3. Иванюшкин А.Я. Биоэтика и психиатрия // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 77–90.
4. Кассирский И.А. О врачевании. М.: Медицина, 1970.
5. Лехциер В.Л. Логика заботы versus логики выбора в современных концепциях медицинской практики // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2019. Т. 11, № 20. С. 36–53.
6. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Ленинград: МЕДГИЗ, 1956.

7. Сидорова Т.А., Жичина Е.Ю. Биоэтическое содержание информированного добровольного согласия // Медицинское право: теория и практика. 2016. Т. 2, № 1 (3). С. 239–244.
8. Силюянова И.В. Избранные. О призвании врача. М.: Изд-во ООО «Форма», 2008. 256 с.
9. Старобинец А.А. Посмотри на него. М.: ACT, 2017. 115 с.
10. Ястребов В.С. Организация психиатрической помощи: Исторический очерк // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. 712 с.
11. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
12. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; New York, 2008. 129 p.
13. Tronto J.C. Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. NY: University Press, 2013.
14. Tronto J.C. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. NY: Routledge, 1993.
15. Veatch R.M. Hippocratic, religious and secular ethics: The points of conflict // Theoretical Medicine and Bioethics Philosophy of Medical Research and Practice. 2012. Vol. 33. Pp. 33–43.