



МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ

Милица Е.Е.

Трансформация моделей взаимодействия врача и пациента

В данной статье рассматривается проблема взаимодействия врача и пациента в рамках медицинской практики со времени становления медицины как науки до современного этапа развития пациент-центрированного подхода.

Ключевые слова: взаимодействие врач-пациент.

Истоки медицинского знания идут из глубины веков. С древнейших времен незащищенность человека перед природой и собственной беспомощностью, приводила к попыткам справиться со страхом болезней и смерти посредством мистических представлений. Профессия врача сформировалась в древнем Египте и соседних к нему государствах около 3-х тысяч лет назад. Главной составляющей целительства, а также неотъемлемой частью заботы и ухода за больными являлась магия: мистические обряды, заговоры, заклинания и внушение составляли основу храмовой медицины. Деятельность врачей-целителей, в большей мере, ограничивалась восстановлением внешних и видимых дисфункций человеческого организма.

В V веке до н.э. грекам удалось поднять медицину из положения культовой служительницы до уровня важнейшей государственной дисциплины. Великий реформатор античной медицины Гиппократ, во многом отказавшийся от мистических, религиозных оправданий физических нарушений и страданий человеческого организма, заложил основы развития медицинской системы, которая базировалась на эмпирико-рационалистическом подходе. Именно в это время, опираясь на натуралистическое наблюдение и практический опыт, происходило формирование основных медицинских канонов, как сугубо профессиональных, так и этико-деонтологических. Созданная Гиппократом «Клятва врача», поставила здоровье и благополучие больного человека выше личных интересов представителей медицинской профессии, их классовой и статусной принадлежности. На протяжении многих веков эта присяга являлась исходным пунктом профессиональной этики врача и принималась выпускниками медицинских учебных заведений. До настоящего времени она остается выдающимся памятником гуманизма.

Во времена Древнего Рима Гален говорил о тождестве медицины и философии. В эллинистическую эпоху философствование означало общение с людьми, посвященными в тайны мироздания и природы человека. Такое общение с философом-врачом зачастую приобретало психотерапевтический характер: философ становился духовником – врачом-души. Потребность в таких врачах всегда была велика, поскольку страх, тревога и стрессовые состояния являются вечными



проблемами человечества, сопутствуя органическим заболеваниям и, нередко, выступая их причиной.

После упадка Римской империи в Европе повсеместно господствовали схоластические традиции средневековой медицины. Врачам разрешено было вести практику только после окончания медицинских факультетов. Они сохраняли недоступную для посторонних власть над медицинскими знаниями, использовали специальную терминологию и латынь для написания рецептов. Врач, наделенный властными полномочиями, находился в высокопоставленном положении и утверждал монополию на медицинское знание и свое право исключительной независимости суждений, расценивая пациентов как находящихся в неведении беспомощных младенцев.

События французской Революции инициировали развитие эмпирической науки и положили конец эре заточения неизлечимо больных, а также психически больных людей в условиях заключения. Развивающаяся медицина 19 –го века рассматривала отдельные симптомы заболевания как уникальные индикаторы специфической патологии. Такой подход требовал от врача системных анатомических и клинических знаний для диагностики заболеваний, оставляя пациента в зависимом положении от экспертного мнения врача. Подобное взаимодействие, предполагающее ведущую роль врача и пассивную роль пациента формировало патерналистскую модель отношений в диаде врач-пациент [1].

В начале 20-го века, со времени появления первых психоаналитических теорий в психологии, в рамках различных психотерапевтических школ началось формирование представлений о личности пациента. Важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии становится требование относиться к пациенту как к личности, признание его индивидуальности, уникальности. В качестве центральной детерминанты эффективной терапии рассматривается характер отношений «психотерапевт – пациент», а не психотерапевтические техники и навыки терапевта. Идея взаимодействия пришла на смену идее воздействия психотерапевта на клиента и послужила стимулом для критики биомедицинских воззрений ведущих клиницистов, согласно которым пациент воспринимался как объект лечебных манипуляций, без учета субъективных переживаний. М. Балинт в 50-х годах XX в. предпринял попытку объединить медицину и психоанализ. Рассматривая болезнь как явление, одновременно детерминированное биологическими и психосоциальными причинами, он отметил динамическую природу уникальных эмоциональных отношений в системе врач-пациент и ввел понятие «доктор как лекарство», подчеркивая решающее значение личностных особенностей врача как субъекта общения в терапевтическом процессе.

В 60–70-е гг. происходит формирование биоэтики – формы медицинской этики, основным моральным принципом которой, является принцип уважения прав и достоинства человека. Американский врач – биоэтик Роберт Вич выделил 4 модели взаимоотношений врача и пациента: технологическую, патерналистскую, контрактную и коллегиальную. Согласно технологической модели, врач выступает



как биотехнолог, оставаясь лично отстраненным, в соответствии с традициями классической научности, нивелирующими субъективность в исследовании любого объекта. Патерналистская модель предусматривает наделение врача абсолютной мерой ответственности и авторитетным правом принятия решений относительно здоровья пациента. Контрактная модель заключается в регламентировании взаимоотношений врача и пациента договором о взаимном уважении прав и обязанностей друг друга. Коллегиальная модель устанавливает отношения партнерства и равенства в диаде врач-пациент [2].

За последние 20 лет в медицине сформировался повышенный интерес к понятию пациент – центрированного подхода, который является результатом переориентации здравоохранения с биомедицинской модели здоровья на биопсихосоциальную модель. «Новая медицинская парадигма» превращает пациента из пассивного объекта исследований в активного участника лечебного процесса, утверждая детерминантами успешного лечения и удовлетворенности пациента степень доверия и согласия между врачом и пациентом, информированность пациента и его осознанность в принятии решений.

Практика показывает, что патернализм не может быть полностью исключен из общения с пациентом, однако переход к рыночным отношениям в медицине, которые дополнили взаимоотношения врача и пациента такими понятиями как производитель и потребитель медицинских услуг, неизбежно влекут изменения в области их социального взаимодействия. Эталон современного врача – это не только квалифицированный специалист, но и субъект общения, наделенный совокупностью социальных способностей и личностных свойств, позволяющих его носителю обеспечивать высокую степень индивидуальности услуги в соответствии с требованиями потребителя.

Таким образом, трансформация моделей взаимодействия врача и пациента требует совершенствования компетентности медработников в сфере общения и способствует взаимной удовлетворенности участников медицинского процесса.

Литература

1. Кветной И.М. От Гиппократов до Хьюмтрена. – М.: Вузовская книга, 2001. – 156 с.
2. Биоэтика: проблемы и перспективы. – М.: Институт философии РАН, 1992.