

УДК 316.663.5

## ОТЧУЖДЕНИЕ МЕДИЦИНЫ ОТ ОБЩЕСТВА: РИСКИ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ВРАЧА

© 2011 г.

*Е.Н. Сухова*

Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского

Kates.87@mail.ru

Поступила в редакцию 4.06.2011

К вопросам профессиональной компетентности и надежности в медицине исследователи подходят сегодня с позиций экономической рационализации и технологического детерминизма. В условиях медиализации взаимодействие общества и медицины описывается, главным образом, в терминах денежной стоимости. Теория комплексных систем стала новой методологией в анализе трансформаций медицины и профессиональной идентичности врача.

*Ключевые слова:* комплексная система, постнаучная медицина, медиализация, экономический рационализм, технологический детерминизм, идентичность врача.

Развитие современной медицины происходит в русле клиент-ориентированного подхода, который, несмотря на его социально-альтруистический смысл, уделяет внимание лишь формальным характеристикам пациента. Здоровье сегодня является, в первую очередь, функцией экономического статуса человека. «Плата за услугу» (fee-for-service system) как компонент трудовых отношений является весомой частью медицинской профессии. Исследования подтверждают, что сама возможность получения денег способствует более эгоистичному образу действий и отсутствию у врачей ориентации на коллектив. Врачи с ориентацией на вознаграждение в большей степени отстранены и независимы в своих действиях, чем те, для кого деньги не являются первостепенной профессиональной ценностью [1]. Многие врачи, таким образом, отчуждаются от коллектива и пациента под неослабевающим давлением экономических стимулов; они каждый раз спешат закончить с историей болезни, чтобы перевыполнить требуемый минимум нагрузки. Подобное поведение грозит разрушением существенных аспектов медицинской профессии. Уход от отношений взаимопомощи «коммунального» типа (communal relationships) к отношениям вознаграждаемой помощи и взаимовыгодного сотрудничества сегодня является одним из проблемных аспектов медицинского сообщества. Снижение качества медобслуживания, отсутствие гордости за свое дело, ослабление ответственности, потеря чувства альтруизма и коллегальности – основные симптомы разрушающе-

го влияния материальных стимулов на социальную идентичность врача.

Деньги всегда были частью медицины, но не такой весомой, как сегодня; кроме того они не служили большинству врачей мотиватором к деятельности. В настоящее же время студенты медицинских школ и институтов становятся частью культуры, в которой медицина описывается преимущественно в понятиях денежной стоимости. Одним из объективных факторов трансформации социальной идентичности врача на Западе (в США, в частности) признается мода на кредиты. Выплачивая крупные задолженности по кредитам, большинство людей считают главным профессиональным приоритетом оптимизацию рабочего времени и повышение прибыли [там же]. Таким образом, можно предположить, что зависимость между качеством медицинского обслуживания и качеством жизни врачей (а именно, желаемым стандартом жизни) имеет обратно пропорциональный характер.

Экономическая сфера все больше подчиняет иные сферы жизнедеятельности общества. Профессиональную принадлежность человека все больше предпочитают оценивать в категориях «престиж» и «статус», избегая разговора о ценностях и требуемых нормах профессиональной практики. Стирание границ между «нормой» и «отклонением» в профессиональном поведении врачей может быть частично оправдано тем, что:

а) врачам приходится работать в условиях постоянного напряжения, рискуя собственным здоровьем;

б) многие болезни изучены недостаточно; не все врачи в своей профессиональной практике встречаются с их многообразными проявлениями (ограниченность познания);

в) некоторые болезни до сих пор считаются неизлечимыми, действие многих лекарственных препаратов до сих пор недостаточно изучено;

г) помимо своих непосредственных обязанностей – лечить и проводить профилактические мероприятия, врачи вынуждены выполнять функции менеджеров, работая с большим объемом документации. Вместе с необходимостью контролировать поток больных менеджерская деятельность приводит к вероятности возникновения ролевого конфликта и, как следствие, ведет к профессиональному выгоранию.

Внутрипрофессиональное взаимодействие, несовершенство материально-технической базы, недостаток квалифицированного, опытного персонала, работа с «проблемными» пациентами и другие аспекты работы врача также осложняют его профессиональную реализацию. Но основная трудность связана с тем, что большая часть врачебной деятельности имеет ситуативный характер. Э. Фрейдсон отмечал, что в практике медицины «...поведение носит в высокой степени ситуативный характер. Наш образ действий определяется больше нашим настоящим, чем нашим прошлым. То, что мы делаем, скорее, результат влияния “ситуации”, а не интернализованных ценностей» [2, р. 90].

Активные дискуссии о том, что врачи должны следовать более гибким стратегиям профессиональной практики, начались в начале XXI века. Именно в это время в западной литературе появляется понятие «постнаучной» медицины («post-normal medicine»), которая приходит на смену логическому позитивизму с его статичностью, универсальностью и объективностью «истины». Постмодерн заставил взглянуть на возможность интерпретации и конструирования реальности: власть, свобода и социокультурный контекст определяют тип «истинного знания» [3]. В медицине постмодерна господствует плюрализм экспертных мнений, смыслов и ситуаций [4]. Однако новое поколение медиков должно работать в условиях иной методологической модели – это «постнаучный» подход, который оперирует понятиями нелинейных, комплексных систем. Позиция сторонников этого подхода состоит в представлении реальности как некоего комплекса, где явления настолько сложны, что их нельзя постичь, просто разбив на составляющие компоненты или применив линейные аналитические формулы. Подобный взгляд на медицину отвечает по-

требности видеть эту область целостной в своем многообразии. Разветвленные контакты и сложная динамика медицины как профессии формируют своего рода контекст, в котором необходимо рассматривать происходящие изменения [5].

Следует назвать некоторые особенности функционирования «комплексных систем». Они образованы сложной сетью индивидуальных и взаимных действий, когда поведение или действие одного агента меняет контекст действий другого. При этом акторы обладают свободой действовать таким образом, что последствия их действий не всегда предсказуемы. Это *нелинейное* взаимодействие характеризуется тем, что незначительные изменения могут привести к катастрофическим последствиям, а, наоборот, ощутимые перемены могут иметь слабый эффект. Комплексная система является своеобразным организмом, чувствительным к изменению внешних условий. Агенты действуют в соответствии со своими *ментальными (интеллектуальными) моделями*, то есть правилами, по которым они реагируют на вызовы внешней среды. В процессе взаимодействия интеллектуальные модели могут меняться, акторы могут обмениваться ими с другими участниками взаимодействия, это объясняет способность комплексной системы учиться и адаптироваться к изменениям во времени. Таким образом, сложность системы связана с интенсивным нелинейным взаимодействием, которое является ответом агентов на информацию, получаемую от других. Примерами комплексных систем являются больницы, процедуры консультации или приемы у врача, менеджмент здравоохранения или собственно система медицинского обслуживания [там же, р. 356].

Основной чертой комплексной системы является слабая предсказуемость, что снижает возможности для контроля за ее развитием. Но учитывая, что комплексная система является многомерным образованием, можно обеспечить необходимый контроль на каждом отдельном ее уровне. Данный подход является скорее методологическим инструментом, позволяющим смотреть на социальное взаимодействие как на сложную связь информации, знания и здравого смысла. Медицина пока не дала четкого ответа на вопрос, сможет ли она когда-нибудь работать с физическими, психологическими и социальными аспектами нездоровья в их целостности.

Многочисленные аспекты медицинской профессии связаны не только с практическим опытом, но и с академической подготовкой будущих врачей. Результаты одного из исследова-

ний, посвященных проблеме соблюдения правил академической подготовки врачей, говорят о несоответствии заявляемых ими установок и реального поведения студентов [6]. Из предложенных 14 сценариев поведения лишь 10 были названы респондентами неправильными или недостойными (среди них – копирование текста работы другого студента; списывание на квалификационных экзаменах; написание работы за другого; представление работ студентов старших курсов как своих собственных). Остальные четыре стратегии (а именно, представление курсовой работы прошлого года по новому курсу; обмен информацией о структуре экзамена по клинической практике; просмотр чужих ответов и списывание; копирование текстов работ и включение в список литературы источников, которые не были прочитаны) были признаны вполне приемлемыми. Высокий уровень кооперации между студентами-медиками, вероятно, следует объяснять, с одной стороны, желанием получить высокий балл, с другой – требованием оказать коллеге помощь, ведь профессиональное сотрудничество признается важным качеством практикующего специалиста.

Иные противоречия академической подготовки медиков связаны с идеологическим аспектом медицины. Общий поток информации, поступающей и распределяемой в поле медицинской профессии, можно разделить на два основных направления – «информация для врача» и «информация для пациента». Учитывая, что многочисленные узкопрофессиональные вопросы и детали врачебной практики остаются за пределами жизненного опыта и знаний пациента, его дискурс ограничивается областью общих вопросов здоровья. Логично предположить, что область практической медицины поделена сегодня между двумя аспектами «материального» и «духовного» характера: технологический детерминизм/экономический рационализм и собственно работа с пациентом. Как правило, развитие медицинских технологий, открытия и достижения современной индустрии здравоохранения формируют положительный образ профессии, борющейся со смертельными заболеваниями и стремящейся к постоянному прогрессу: врачи – те люди, в чьих руках заключено будущее общества. Однако аспекты, связанные с обслуживанием и повседневной заботой о пациентах, отражающие внутреннюю рутинную жизнь профессии, чаще сопряжены с негативными, чем с позитивными моментами. Случаи пренебрежения и риски, связанные с «точечным» решением проблем (*singular cure*), вместо заботы о пациенте (*caring*), отражают

противоречия социокультурного, психологического и этического характера, неизбежно возникающие в межличностном взаимодействии. Односторонний подход к пациенту необходимо преодолеть; следует учитывать не только «то, что ему нужно», но и «то, чего бы ему хотелось» [7]. Данный подход олицетворяет идентичность грамотного врача. Тем не менее все большее число медиков, как представляется, стремятся уйти от опыта переживания болезни пациентом (*suffering experience*) к излечению патологии. В этом смысле врачебная практика все больше теряет чувство социальности, отделяя болезнь от ее носителя. Все эти изменения медицинские социологи связывают с масштабным процессом медиализации.

И. Зола утверждал, что медицина является не только институтом социального контроля, но и «хранилищем правды» [8]. Именно это Т. Парсонс называл «латентной функцией» профессионализма: медицина контролирует и определяет многочисленные аспекты жизни современного общества. Она выполняет важные социальные функции, к которым относятся занятие наукой, профессиональная подготовка и практическое применение знаний, технологий, преподавание [9, с. 131].

Западные социологи медицины (Конрад и Шнайдер) видят логику «медиализации» в расширении производств и финансовых потоков, связанных со здоровьем. Если раньше общество нуждалось в новых методах лечения потому, что речь шла о жизни и смерти, то сегодня медицина располагает сложными методами и технологиями, для которых ищет «своего покупателя» [10]. Основная критика медиализации связана со снижением интереса медицины к вопросам оздоровления как такового и разрушением природы социального – разделением его биологической, психологической и социальной (именно тех аспектов здоровья, которые связаны с экспертным вмешательством и самолечением) сторон. Об этом свидетельствуют случаи злоупотребления препаратами, использование медикаментов не по назначению, побочные эффекты и ощущение ненадежности лечения, профессиональная небрежность [там же].

Развитие технологий в области хирургии (в частности, трансплантологии) наделило медицину особым ореолом, сделав мечты человека о самосовершенствовании и «перерождении» конкретной целью науки [там же]. Однако власть медицины над обществом объясняется не только ее экспертной позицией и потенциалом в борьбе с нездоровьем. Кроме объективной потребности в излечении существуют субъектив-

ные факторы, способствующие проникновению медицинского мышления в ткань повседневной жизни. Склонность видеть во всем медицинскую проблему не обязательно связана с доминантным положением медицины в обществе. Обширный социальный контекст и потребность объяснять и контролировать траектории человеческой жизни объясняют готовность общества принять концепцию «медиализации» в качестве нормы современной жизни. И. Зола отделяет «медиализацию» как процесс от медицины как профессии и собственно врачебной практики. Он говорит о том, что смысл медиализации лежит далеко за пределами мотивов и действий самих врачей: этот процесс обусловлен сложностью мира, в котором мы живем, что заставляет нас обращаться за советом к экспертам. К этому следует добавить индивидуальные склонности, которые стали массовым явлением в нестабильном мире, – видение в незначимых симптомах серьезной проблемы, классификация физиологических и психических особенностей личности как клинических случаев, интерпретация риска как болезни [там же].

Неизбежное подчинение общества медицинской мысли, которая «...по полному праву заняла статус философии человека» [11, с. 295], заложено в самом потенциале медицинской профессии и ее социальной миссии. Именно альтруистическую направленность труда профессионалов (наличие у профессионалов уверенности в том, что их компетенция используется в интересах всей социальной системы) Т. Парсонс назвал одним из трех основных критериев профессиональной роли [12]. Для врача, как он утверждает, профессиональная успешность играет огромную роль. Она связана с возможностью достижения авторитета и статуса в профессиональной группе, повышением профессионального уровня и расширением возможностей врачебной практики, наделением должностями, профессиональным достоинством. Однако актуальный для современной медицины вопрос об экономических выгодах, которые врачи могут извлечь из профессиональной репутации, Парсонс не затрагивает. Помимо экономических эффектов медицина дает своим представителям возможность управлять не только здоровьем пациентов, но и их символическим статусом.

Стигма выполняет роль действующего механизма подчинения общества (в лице пациентов) философии и практике медицины. В своем эссе «Приюты: Несколько эссе о социальном положении психически больных и других лишённых свободы» (1961) И. Гофман показывает, как ме-

няется идентичность обитателей «тотальных институтов». Подавление личности пациентов психиатрических больниц ведет к «институциональному отторжению» – такова реакция людей на переживание опыта насилия над собственной личностью. Людей, испытавших на себе действие институционально поддерживаемой стигмы, Гофман называет людьми с «нарушенной идентичностью» (spoiled identity) [13, с. 294]. Они оказываются отчужденными от большого сообщества и образуют на основе этого признака сообщества исключенных. Возникновение подобных «альтернативных» сообществ (ВИЧ-инфицированных; страдающих алкогольной зависимостью; больных раком) дало продолжение процессу, ознаменовавшему исключение пациента из практики медицинской профессии. Недостаточные возможности и меры по социальной реабилитации больных являются наиболее уязвимым аспектом современной медицины, наряду с теми проблемами, о которых говорилось в начале статьи. Их решение, вероятно, лежит в области таких понятий, как «гражданское общество», «забота» и «социальная ответственность». Изменение ценностей профессиональной культуры медицины являются лишь частью всеобъемлющего процесса отчуждения личности от общества. Его результатом может стать абсолютная индивидуализация социальной жизни и потеря чувства общности.

#### Список литературы

1. Hartzband P. and Groopman J. Money and the Changing Culture of Medicine// The New England Journal of Medicine. 2009. V. 360. P. 101–103.
2. Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge, With new afterwards. Chicago: University of Chicago Press, 1988. 420 p.
3. Hodgkin P. Medicine, post modernism and the end of certainty// British Medical Journal. 1996. V.313. P. 21–28.
4. Muir-Gray J.A. Post modern medicine // Lancet. 1999. V. 354. P. 1550–1553.
5. Kernick D. and Sweeney K. Post-normal medicine// Family Practice. 2001. V.18. P. 356–358.
6. Rennie S.C., Crosby J.R. Are “tomorrow doctors” honest? // British Medical Journal. 2001. V.322. P.274–275.
7. Joachim P. Sturmberg. Preparing doctors for the “post-science” era: focusing back on the patient// Asia Pacific Family Medicine. 2002. V. 1. P. 63–66.
8. Peter Conrad. Types of medical social control // Sociology of Health & Illness. 1979. V.1. P. 1–11. URL: <http://www.andosociology.net/> (дата обращения: 20.05.2011).
9. Парсонс Т. Система современных обществ / Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. М.: Аспект Пресс, 1998. 270 с.

10. Markku Myllykangas, Raimo Tuomainen. Medicalization. URL: <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health/society/medicalisation.html> (дата обращения: 15.05.2011).

11. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.

12. Абрамов Р.Н. Профессиональный комплекс в социальной структуре общества (по работам Т. Парсонса) // СОЦИС. 2005. №1. С. 54–67.

13. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я»: Пер. с англ. СПб: Белый Кролик, 1995. 352 с.

#### **ALIENATION OF MEDICINE FROM SOCIETY: RISKS FOR PHYSICIAN PROFESSIONAL IDENTITY**

*E.N. Sukhova*

Modern researches consider issues of professional competence and reliability in medicine from the perspectives of economic rationalization and technological determinism. Under medicalisation, the society-medicine interaction is being described largely in money terms. Complex systems have become a new methodology in analyzing transformations within medicine and changes in physician professional identity.

*Keywords:* complex system, post-normal medicine, medicalisation, economic rationalism, technological determinism, physician identity.