

ЛЕЧЕНИЕ И ЗАБОТА: ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ В ФОКУСЕ ГУМАНИТАРНО-МЕДИЦИНСКИХ ДИСКУССИЙ¹

Бурное развитие медицинского знания, начавшееся во второй половине XX в., сопровождается непрекращающимися дискуссиями, в ходе которых наряду с врачами принимают участие представители различных направлений гуманитарной мысли. За прошедшие десятилетия участникам этих дискуссий удалось артикулировать целый ряд проблем, вызванных медицинским прогрессом. Предлагаемая статья фокусируется на наиболее значимых идеях, касающихся медицинского технократизма, гуманизации медицинского образования, необходимости изучения альтернативного медицинского опыта и опыта самих пациентов, фундаментального раскола медицинской практики на лечение и уход, порождающего глубокие этические проблемы.

Ключевые слова: гуманитарно-медицинские дискуссии, технократизм, альтернативный медицинский опыт, пациентский опыт, лечение, забота

В 1950-е гг. во всех индустриально развитых странах мира серьезно возросли государственные расходы на содержание национальных систем здравоохранения, что привело к быстрому росту возможностей медицины. Возросло число медицинских работников, и медицинская помощь стала более доступной. Благодаря появлению новых вакцин были достигнуты успехи в профилактике таких опасных болезней, как оспа, полиомиелит и др., а массовое применение антибиотиков – в лечении широкого спектра инфекционных заболеваний. Внедрение новых медицинских технологий привело к новым стандартам диагностики и лечения, а использование аппаратов искусственного жизнеобеспечения позволило сохранять жизнь пациентам, оказавшимся в критических, «пограничных» состояниях. Бесспорные успехи медицины усилили общую веру в научно-медицинский прогресс, а в медицинском сообществе укрепился технократический стиль мышления и представления о важности технически изощренной медицинской практики.

На рубеже 1960–70-х гг. эпидемиологи, медицинские социологи и демографы указали на возникновение новой социально-демографической тенденции: продолжительность жизни в развитых странах выросла, а основной причиной смертности стали болезни сердца, рак, диабет и другие хронические заболевания. Специалисты заговорили о начале очередного «эпидемиологического перехода». В новой ситуации биомедицинская модель оказания помощи, связанная с оперативными вмешательствами, вакцинациями и назначением ударных доз антибиотиков, оказалась поставлена под вопрос. Рост числа пациентов с хроническими заболеваниями выявил недостаточность тех подходов, которые были хороши

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке РФНФ в рамках научно-исследовательского проекта № 15-03-00348.

при решении проблемы острых инфекционных заболеваний. Врачи все чаще были вынуждены констатировать свою неспособность полностью вылечить пациентов и указывали на необходимость непрерывного контроля над протеканием конкретного хронического заболевания, сопровождающегося периодами «обострения» и «ремиссии». Кроме того, врачи были вынуждены признать, что в подавляющем большинстве случаев причинами распространения хронических заболеваний и их «обострений» в конкретных случаях оказываются образ жизни пациентов, их культурное окружение и социально-экономический статус.

Данные обстоятельства привели к тому, что уже на исходе 1960-х отдельные администраторы и лидеры медицинского сообщества пришли к выводу о том, что сложившаяся медицинская практика столкнулась с серьезным вызовом, на который необходимо искать ответ. В свою очередь, некоторые интеллектуалы-гуманитарии попытались артикулировать основные проблемы развития современной медицины, сосредоточившись как на анализе их причин, так и на поиске путей их решения. Эта совместная озабоченность породила волну гуманитарно-медицинских дискуссий, захватившую разные страны. Начавшись несколько десятилетий назад, они не утихают до сих пор. Целый ряд вопросов, затронутых в ходе этих дискуссий, сохраняет свое значение и сегодня. В рамках данной статьи будут рассмотрены лишь некоторые из них.

Критика технократизма и гуманизация медицинского образования

В 1970-е гг. гуманитарно-научная и медицинская общественность стран Северной Америки и Западной Европы активно включилась в публичные обсуждения вопросов, касающихся развития медицины, здравоохранения, прав пациентов и т.п. Ведущие представители философии, социологии, истории, социокультурной антропологии, а также медицинские теоретики в один голос заговорили о проблемах, порожденных стремительным прогрессом в области медицинского знания. Количество появившихся с этого момента научных публикаций по данным вопросам уже не представляется возможным измерить².

Одной из самых первых проблем, на которую обратили внимание участники дискуссий, оказалось чрезмерное увлечение врачей новыми медицинскими технологиями, стремление решать свои профессиональные проблемы чисто техническими средствами – используя разнообразные приборы и оборудование, назначая сильно действующие лекарства, прибегая к оперативным вмешательствам. С особой силой критика медицинского технократизма развернулась в США, где на протяжении всего столетия уделялось повышенное внимание технологическому оснащению медицинских учреждений, и врачи чаще всего склонялись к агрессивным моделям лечения и диагностики³. Критика медицинского

² Zola 1972; Foucault 1973; Conrad 1976; Illich 1976; Navarro 1976; и др.

³ Пейер 2012. С.135-162.

технократизма в США соединилась с попытками осмыслить «биомедицинскую модель», которая утвердилась в медицине в XX веке. Наряду с гуманитариями важный вклад в эту критику внесли и врачи, главным образом, психиатры, педиатры и врачи общей практики.

Американский врач-психиатр Дж. Энгель в середине 1970-х гг. был первым, кто попытался перенести дискуссию об опасностях медицинского технократизма в публичное пространство, он стал активно выступать перед разными аудиториями, а также публиковать статьи в ведущих научных изданиях. По мнению Энгеля, современная медицина остро нуждается в новой модели, которая могла бы улучшить работу врачей и их отношения с пациентами. Медики в больницах и университетах привыкли опираться на биомедицинскую модель, которая с середины XX в. все более основывается на данных биохимии. С этих позиций они привычно редуцируют страдания пациентов до уровня отклоняющихся от нормы биологических изменений, определяемых как «заболевания». Однако при этом не принимаются в расчет ни психологические, ни социальные факторы этих страданий, которые не менее серьезно воздействуют на состояние пациентов, чем изменения на биологическом уровне. Чтобы преодолеть этот упрощенный взгляд, Энгель предложил использовать всеохватную модель, которую он назвал «биопсихосоциальной моделью». Перейдя к новой модели, медики смогут преодолеть границы современной биомедицины, лучше понимая природу заболеваний и содержание помощи, которую они способны оказать. Но в чем заключаются причины приверженности медиков и всей медицины биомедицинской модели? По мысли Энгеля, это вызвано тем, что биомедицина является не только наукой, но и догмой. Культурная значимость биомедицины в западном мире столь велика, что не только медики, но и подавляющее большинство людей просто не замечают того, что медицинское знание и медицинская мысль определяют все стороны нашего мышления. В поисках истины наука легко отказывается от одной теоретической модели в пользу другой, но биомедицина, по сути, догматизирует собственную теоретическую модель. Оптимистично глядя в будущее, Энгель предположил, что биомедицина сможет избавиться от своих недостатков. При помощи наиболее критически мыслящих врачей и при поддержке ученых-гуманитариев, она должна стать биопсихосоциальной медициной⁴.

Вслед за Энгелем вердикт о торжестве медицинского технократизма был высказан и многими другими участниками дискуссии, в т.ч. за пределами США. Впечатляющую оценку сложившейся ситуации дал британский врач-психиатр К. Хеммингс. «Медицина потеряла из своего поля зрения личность пациента и его опыт болезни. Она неадекватно отвечает на потребности пациентов в поиске смысла. Собираение медицинских историй постепенно деградирует как искусство. Все больше

⁴ Engel 1977. P.129-136.

доверия возлагается на технические процедуры и анализы. Вместо психосоциальных вмешательств научная медицина зациклена на технологической фиксации данных. Лечение считается более важным, чем уход. Пациентов ремонтируют как машины, что также ведет к дегуманизации докторов. Повсюду существует увлеченность квантификацией, объективацией и измерением. Собранные биологические данные считаются более реальными и клинически значимыми и не считаются связанными с психосоциальными данными, которые, как правило, игнорируются»⁵.

Российские медики включились в дискуссию позднее, со схожими аргументами. Один из ведущих отечественных педиатров Н.П. Шабалов на первых страницах своего учебника для студентов медицинских вузов так обрисовал ситуацию: «Одной из характерных черт медицины нашего времени является широкое распространение и внедрение в обучение (студентов, врачей) и клиническую практику всевозможных диагностических и лечебных алгоритмов, протоколов, стандартов, разработанных на основе принципов «доказательной медицины» и утвержденных международными, национальными консенсусами, съездами и т.д. Положительные стороны этого очевидны: ускорилось и стало более точным выявление патологии, появился непрерывный контроль ее динамики – мониторинг, увеличилась безопасность медицинских вмешательств, средний уровень медицинской помощи возрос и стал доступнее для большего количества пациентов, уменьшилась частота явной иатрогении и пр. Однако при этом неуклонно увеличивается отчуждение врача от больного; сокращаются психологический контакт между пациентом и медицинским работником, размышления врача у постели больного; теряется индивидуальный подход к лечению конкретного человека. Врач все больше лечит не больного, а болезнь, что увеличивает частоту неочевидной иатрогении»⁶. Схожее мнение высказал и один из лидеров российской реаниматологии и первопроходец в области «медицины критических состояний» А.П. Зильбер: «Благодаря техницизму... расширилась курабельность и операбельность больных, повысились диагностические возможности медицины и, следовательно, результаты ее усилий. Но техницизм еще больше сократил возможности психологического контакта с больным, потому что между больным и врачом взгромоздились комплексы аппаратов – взгромоздились в прямом и переносном смысле»⁷.

Размышляя о причинах засилья технократизма в современной медицине, некоторые исследователи правомерно указывали, что его истоки следует связывать с особенностями медицинского стиля мышления – «медицинской философии», восходящей корнями к новоевропейскому картезианству. Важный вклад в становление технократического стиля

⁵ Hemmings 2005. P. 92.

⁶ Шабалов 2003. С. 3.

⁷ Зильбер 2006. С. 48.

мышления внесла также промышленная революция, которая привела к формированию в медицинском сознании особого мифа о технократической трансценденции – веры в то, что с помощью технологий врачи могут преодолевать границы природы, включая старость и смерть⁸.

Пожалуй, наиболее убедительные идеи были высказаны теми исследователями, которые связали проблему медицинского технократизма со спецификой современного медицинского образования. Ф. Юсман и Дж. Уорнер обратили внимание на то, что вплоть до начала XIX в. в образовании будущих врачей присутствовала серьезная гуманитарная подготовка, медики черпали знания из философии и истории медицины, а главным местом, где они обучались, была библиотека. Позднее студенты-медики перебрались в клинические больницы и лаборатории, а гуманитарную литературу им заменили эксперименты и тесты⁹. Идея о том, что современным поколениям докторов не хватает гуманистического начала в образовании, посещала многих медицинских администраторов и руководителей медицинских вузов, но в силу разных управленческих, культурных и политических причин исправить ситуацию оказалось возможным отнюдь не везде. Поэтому особого внимания заслуживают те примеры, где эту проблему попытались решить за счет введения курсов гуманитарных дисциплин в программы медицинского образования.

В 1967 г. в США в г. Херши, Пенсильвания, был открыт медицинский колледж, появление которого символизировало перемены в американском медицинском образовании. Его декан Дж. Харрелл считал, что будущие выпускники должны быть ориентированы на ценности гуманистической медицины и способны понимать, как влияет образ жизни, семья и поведение на состояние здоровья человека. Первыми были созданы кафедры семейной и коммунальной медицины, наук о поведении и гуманитарных наук. Преподаватели гуманитарных наук первоначально занимались со студентами только по трем дисциплинам – религии, истории и философии науки. Кафедра *medical humanities* (гуманитарно-медицинских дисциплин) была первой в мире академической структурой такого рода¹⁰. В июне 1973 г. в США была создана еще одна такая структура, но большего масштаба – Институт гуманитарных наук в медицине при медицинском отделении Техасского университета в Галвестоне. У его истоков стояли историк медицины Ч. Бернс и философ У. Тристрам Энгельгардт. Студентам-медикам стали читать курсы по литературе, искусству, праву, религии, истории медицины и философии¹¹. В 1970-е гг. образовательные программы по гуманитарным наукам в медицине были введены в других американских университетах – Огайо (1974), Ил-

⁸ Davis-Floyd, St John 1998. P. 259.

⁹ Huisman, Warner 2004. P. 5.

¹⁰ Hawkins, Ballard, Hufford 2003. P. 1001-1005.

¹¹ Hudson Jones, Carson 2003. P.1006-1009.

линойсе (1976), Мичигане (1977), Нью-Йорке (1978). К 2003 г. они действовали в 26-ти университетах США. Преподавание *medical humanities* велось также в Канаде, Аргентине, Германии, Швейцарии, Англии, Швеции, Хорватии, Норвегии¹². В России введение курсов по медико-гуманитарным дисциплинам произошло в самом начале 1990-х гг. Первой такой дисциплиной стала биоэтика – область знания, пришедшая на смену медицинской этике (в СССР – медицинской деонтологии)¹³.

Преподавание гуманитарно-медицинских дисциплин в вузах дало шанс на гуманистический ренессанс в медицинском образовании в развитых странах. Оценить, насколько этот шанс удалось реализовать, до сих пор пока крайне сложно. Несмотря на очевидные успехи энтузиастов *medical humanities* как в плане образования, так и в плане издания талантливых научных работ, засилье технократизма в современной медицине продолжает иметь место. Именно поэтому критика медицинского технократизма, уже с позиций весьма респектабельного гуманитарно-медицинского знания, продолжается до сих пор. Хороший пример – сравнительно недавняя книга Й. Сайферта с провокационным названием: «Философские болезни медицины и их лечение». Ее автор, католический философ и позднее создатель Международных академий философии в США (1980) и Лихтенштейне (2004), заявляет: «Медицина не может быть сведена к ее научным и техническим аспектам, но при этом образующие ее философские аспекты в настоящее время пребывают в кризисе. Медицина обладает философским и этическим измерением. Она превращается в анти-медицину, если не служит целям, которые ей присущи изначально. Лишь философия, а не естествознание, способна их прояснить. Если медицинская теория и практика основывается на ошибочных целях, то медицина страдает от «философских болезней» различной степени тяжести. Их лечение заключается в критике философских ошибок, влияющих на ее теорию и практику, и в осмыслении и практическом осуществлении этически релевантных целей». Согласно Сайферту, философия должна восполнить пробелы в современном медицинском образовании, напомнить врачам о том, что они являются не ремесленниками, а научно подготовленными целителями, которые призваны служить семи благим целям: спасению человеческой жизни, сохранению здоровья, уменьшению боли, заботе о телесной целостности и др. Сегодня эти цели являются объектом драматичного свободного выбора врача¹⁴.

Альтернативный медицинский опыт

В рамках дискуссий о современном состоянии медицины врачи и гуманитарии указали еще на целый ряд проблем, среди которых: усиливающийся разрыв между медицинским знанием и медицинской практи-

¹² Dittrich 2003. P.951-1038.

¹³ Михель И.В. 2015. С.6-12, 115-129.

¹⁴ Seifert 2004.

кой, т.е. разрыв между возможностями докторов знать и объяснять и их возможностями лечить и оказывать помощь; возрастающая стоимость современной медицины, особенно биомедицинских исследований, и вытекающая из этого малодоступность дорогостоящих форм медицинской помощи для малообеспеченных пациентов; недостаточная эффективность медицинской помощи, вызванная сложностью реальных социальных и культурных условий, в которых приходится работать медикам в ходе взаимодействия с пациентами и их окружением. В связи с этим на повестку дня был поставлен вопрос о том, какие еще средства, кроме гуманизации медицинского образования, позволили бы изменить сложившийся порядок вещей, сделав медицинскую помощь более эффективной, а пациентов более удовлетворенными ею. Некоторые врачи, а среди гуманитариев – медицинские антропологи, указали на необходимость изучения и использования альтернативного медицинского опыта, т.е. опыта других медицинских систем, отличных от западной биомедицины с характерным для нее культом технических инноваций.

Важным шагом на пути к изучению альтернативного медицинского опыта стало внимание лидеров медицинского сообщества и гуманитариев развитых стран к народным системам врачевания, существующим по всему миру, что привело к ряду научно-образовательных и культурных инициатив и к развитию специализированных исследований по комплементарной и альтернативной медицине (КАМ). Начало было положено в 1978 г., когда во время международной конференции по вопросам первичной медико-санитарной помощи была принята «Алма-Атинская декларация», ставшая одним из самых значительных международно-правовых документов в области здравоохранения. В числе прочих идей в ней имелся тезис о возможности привлечения в качестве медицинских помощников так называемых «народных лекарей»¹⁵.

Спустя два десятилетия мировое медицинское сообщество решительно повернулось к миру альтернативных медицинских практик. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала «Общее руководство по методологиям научных исследований и оценке народной медицины» (2000 г.), в котором акцент был сделан на оценке растительных лекарственных средств и лечебных процедур, применяемых в различных направлениях народной медицины, а также специально был затронут вопрос об оценке их безопасности и эффективности¹⁶. Год спустя по инициативе ВОЗ был подготовлен обширный обзор о распространении в различных частях света практик народной и неконвенциональной медицины, а также даны важные терминологические определения, на базе которых предлагалось вести обсуждение этих вопросов. В частности, для обозначения биомедицины эксперты ВОЗ предложили исполь-

¹⁵ Primary Health Care. 1978. P.4-5.

¹⁶ Общее руководство. 2000.

зовать термин «аллопатическая медицина», а для практик отличных от нее – «народная», «комплементарная» и «альтернативная медицина». «Народная медицина» широко распространена в развивающихся странах, т.е. в таких частях света, как Африка, Азия, Латинская Америка и Океания, а «комплементарная» и «альтернативная медицина» в развитых странах Европы, Северной Америки и в Австралии. Эксперты ВОЗ определили народную медицину как «включающую различную связанную со здоровьем практику, подходы, знания и верования, а также медикаментозные средства, растительные, животные и/или минеральные по своей природе, спиритуальную терапию, мануальную терапию и упражнения, используемые по отдельности или в сочетании, для поддержания благополучия, а также лечения, диагностики и профилактики болезней». «Комплементарная медицина» - это совокупность медицинских практик, которые дополняют официальную «аллопатическую медицину» и обычно регулируются государством. В их числе – Аюрведа, китайская традиционная медицина, хиропрактика, гомеопатия и т.д. «Альтернативная медицина» - те направления врачевания, которые обычно ускользают от государственного контроля, но распространены в обществе, в связи со спросом отдельных групп на духовное и магико-религиозное врачевание. «Комплементарная» и «альтернативная медицина» (КАМ) образуют «неконвенциональную медицину», причем КАМ может содержать в себе все те же элементы, что и «народная медицина»¹⁷.

В том же 2001 г. ВОЗ приняла важный документ, в котором была сформулирована ее официальная политика в отношении народной медицины на предстоящее пять лет. В принятой «Стратегии» были поставлены основные задачи для стран-членов организации, обусловленные необходимостью «обеспечить наибольшие преимущества в области здравоохранения для наибольшего числа людей» в условиях ограниченности ресурсов¹⁸. В 2003 г. в Женеве состоялась 56-я сессия высшего руководящего органа ВОЗ – Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, на которой также был рассмотрен вопрос об отношении к народной медицине. Признавая значимость всех ранее принятых резолюций и текст «Стратегии», Ассамблея одобрила основные цели в области народной медицины «по разработке политики, повышению безопасности, эффективности и качества, обеспечению доступа и содействию рациональному использованию»¹⁹. Вслед за Женевскими документами 2003 г. по инициативе ВОЗ был принят еще ряд решений, указывающих на растущее стремление мирового медицинского сообщества активно использовать опыт разных форм медицинского знания и традиций врачевания²⁰.

¹⁷ Legal Status of Traditional Medicine. 2001. P.1-4.

¹⁸ Стратегия ВОЗ в области народной медицины. 2001.

¹⁹ Народная медицина. 2003. С.2.

²⁰ Михель Д.В. 2014. С. 32-39.

Изменение позиции мирового медицинского сообщества и ВОЗ как его руководящего органа по отношению к народной медицине на рубеже XX–XXI вв. невозможно объяснить сиюминутными конъюнктурными интересами докторов. Этот поворот во многом был предопределен позицией населения в разных странах, которое на исходе XX в. стало активно пользоваться препаратами и методами КАМ. Анализируя популярность неконвенциональной медицины на Западе, эксперты ВОЗ отмечали, что в 1990-е гг. число обращений к практикам КАМ значительно выросло, как и объем продаж препаратов натурального происхождения, ассоциируемых с КАМ²¹. Те же тенденции были отмечены в 1990-е гг. в России, где колоссальную популярность приобрели различные натуральные препараты и биологически активные добавки. В статистике ВОЗ отмечалось, что популярность КАМ и народной медицины в равной мере растет в развивающихся и в развитых странах. К началу 2000-х гг. в Африке народную медицину использовали до 80% населения, а в Китае она по своему объему достигала 40% всех оказанных медико-санитарных услуг. В то же самое время процентный показатель для населения, которое хотя бы один раз обращалось к КАМ, составлял 48% в Австралии, 70% в Канаде, 42% в США, 38% в Бельгии и 75% во Франции²².

Обсуждая причины популярности народной медицины в развивающихся странах, специалисты ВОЗ указывали на тот простой факт, что численность медицинских работников повсеместно уступает числу народных целителей. При этом популярность народной медицины у населения вызвана ее ассоциацией с религиозными системами и традиционным доверием населения к местным врачевателям. В то же время причины популярности КАМ в развитых странах, где численность медицинских работников весьма высока, были совсем другими. Эксперты ВОЗ отметили, что популярность КАМ на Западе обусловлена, прежде всего, высоким уровнем распространения хронических заболеваний и тем фактом, что КАМ дает пациентам более приемлемые средства, чем официальная биомедицина. Эксперты также обратили внимание, что в развитых странах отмечается низкое количество жалоб на целителей КАМ по сравнению с жалобами пациентов на биомедиков, чьи методы, как правило, отличаются инвазивностью.

Растущая популярность КАМ в развитых странах вызвала соответствующую реакцию со стороны правительств. В середине 1990-х гг. парламент Норвегии рассмотрел вопрос о наилучшем способе включения КАМ в национальные службы здравоохранения. В 1999 г. парламент

²¹ В Великобритании рынок растительных и гомеопатических средств и масел для ароматерапии с 1992 по 1996 г. вырос на 41%. В США с 1997 по 1998 г. уровень продаж такого натурального препарата, как усло Святого Джона, используемого против депрессии, вырос на 2800%, а общий объем продаж натуральных препаратов за тот же период – на 3,87 млрд. долларов. Ernst. 2000. P. 252.

²² Стратегия ВОЗ в области народной медицины. 2001. С. 1-2.

Великобритании поставил перед правительством вопрос о выделении средств на изучение возможностей КАМ с позиций доказательной медицины. С середины 1990-х гг. в Великобритании и США сильно возросло количество медицинских факультетов, где будущим докторам начали преподаваться курсы КАМ. В 1992 г. в США было создано Отделение альтернативной медицины в Национальных институтах здравоохранения, а в 1999 г. на его основе – Национальный центр по комплементарной и альтернативной медицине. Администрация президента США создала специальную комиссию по альтернативной медицине, ответственную за разработку законодательных и административных рекомендаций для получения максимальной пользы от КАМ для общества. В 1999 г. Парламентская ассамблея Европейского союза призвала государства-члены ЕС содействовать официальному признанию КАМ на медицинских факультетах, содействовать ее использованию в стационарах, стимулировать докторов изучать КАМ на университетском уровне. В конце 1990-х гг. Европейское агентство по оценке медицинских изделий развернуло активную работу по вопросам качества, безопасности и эффективности лекарственных средств растительного происхождения²³.

Поворот официального здравоохранения в развитых странах в сторону народной/неконвенциональной медицины побудил многих исследователей задаться вопросом о релевантности «традиционных медицинских культур» системе первичной медицинской помощи. Особенно активно включились в обсуждение этого вопроса медицинские антропологи, имевшие серьезный опыт в изучении медицинских традиций в различных культурах. Они показали, что народная медицина не является системой примитивных верований и случайных приемов лечения; некоторые формы народной медицины весьма эффективны, и не следует отказываться от их использования; формы народной медицины различаются между собой по способам производства и распространения знания; народная медицина способна к развитию и интеграции с современной медициной. Антропологи предложили отказаться от ставшего привычным противопоставления «традиционной» и «современной» медицины²⁴. Они также пришли к пониманию, что системы, прежде считавшиеся «традиционными», на самом деле вполне «историчны» и открыты влияниям со стороны процессов модернизации и прогресса. Как и предполагалось, многие представители медицинских систем в развивающихся азиатских странах довольно скоро начали адаптировать отдельные элементы западной биомедицины. Врачи китайской традиционной медицины и врачеватели Аюрведы стали носить белые халаты, использовать термометры, делать своим пациентам инъекции, пользоваться рентгеновскими установками и т.д. Между тем, и в развитых странах – Европе,

²³ Стратегия ВОЗ в области народной медицины. 2001. С. 19.

²⁴ Dunn 1976. P. 136.

России, США и Канаде - с 1990-х гг. в некоторых медицинских учреждениях стали широко использоваться различные приемы диагностики и лечения, характерные для других медицинских традиций. Широко распространилась акупунктура, пульсовая диагностика, ароматерапия, различные виды физиотерапевтических упражнений, спа-процедуры и т.д.

Отмечая способность различных направлений народной медицины к развитию и интеграции с биомедициной, антропологи заговорили о феномене медицинского плюрализма. Исходная мысль состояла в том, что в сложных обществах с характерным для них этнокультурным разнообразием медицинский плюрализм является неизбежным явлением. Впервые феномен медицинского плюрализма попал в поле зрения медицинских антропологов, когда они начали изучать разнообразные медицинские традиции в Азии, но некоторое время спустя медицинский плюрализм был открыт и в условиях развитых стран на Западе. Х. Баер представил развернутое научное исследование о медицинском плюрализме в наиболее индустриально развитой стране мира - США²⁵.

Исследования культурных, социальных, экономических аспектов медицинского плюрализма не оставило вне поля зрения антропологов вопрос о том, какую роль в его существовании играет позиция самих пациентов. Изучение этого вопроса в Африке привело к важному открытию о том, что медицинский плюрализм является антиподом более глубокого явления, которое было названо «медицинским синкретизмом». В частности, было отмечено, что множественность медицинских традиций обеспечивается не столько в реальности, сколько в сознании пациентов. Для простых африканцев было вполне естественно всякий раз делать четкий выбор в пользу того или иного вида медицинской практики. Если речь шла о необходимости решения личной или социальной проблемы, отождествляемой с психическим расстройством, то пациенты не искали дорогостоящих услуг психиатров, а обычно прибегали к помощи местного колдуна. Если было необходимо лечить инфекционное заболевание или требовалась хирургическая помощь, они обычно отправлялись в больницу, где обращались за помощью к дипломированному врачу. Таким образом, было показано, что пациенты, как правило, всегда действовали прагматично и демонстрировали способности к одновременному использованию различных способов сохранения здоровья²⁶.

Некоторые медицинские антропологи считают, что исследования разных медицинских систем и медицинского плюрализма, на самом деле, не имеют большого значения. Если занять позицию пациента, исповедующего медицинский синкретизм, то ему на практике приходится иметь дело не столько с разными медицинскими системами, сколько с различными видами болезней, с каждой из которых связан свой тип вра-

²⁵ Baer 2001.

²⁶ Pool, Geissler 2005. P. 44-45.

чевателей. Плюрализм иерархических медицинских систем – следствие медицинского, но не пациентского взгляда на вещи²⁷. Тем не менее позиция теоретизирования «снизу», с точки зрения пациента, имеет большое число приверженцев среди современных антропологов. При этом она не только имеет значение для развития медико-антропологической теории, но и вполне актуальна для нужд практического здравоохранения. Она позволяет объяснять причины размытости границ между биомедициной и другими моделями оказания медицинской помощи, их гибридизацию и открытость социокультурным трансформациям.

Пациентский опыт

В 1970-е гг. в свете дискуссий о состоянии медицины их участники не могли не обратиться к вопросу о том, какое место в сфере медицинской практики занимает сам пациент. Постановка этой проблемы ознаменовала возвращение пациента в современную культуру и оказалась едва ли не самым значительным достижением этих дискуссий.

Похоже, первым затронул этот вопрос М. Фуко, который в книге «Слова и вещи» (1966) предрек «смерть субъекта» в будущей системе западного научного знания. Хотя к медицине сам Фуко этот вывод не применял, в другой своей знаковой книге, посвященной именно становлению современной западной медицины, он недвусмысленно намекнул на то, что субъект в медицине давно исчез. В самом начале XIX в., когда во Франции происходило формирование современного медицинского знания, медицина из «слушающей» превратилась в «наблюдающую»; в ней утвердился особый «клинический взгляд», который исключал необходимость иметь дело с рассказами больных о себе, но допускал обращение только с отчетливо наблюдаемыми фактами²⁸.

В 1976 г. британский социолог Н. Джюсон подтвердил тезис Фуко, опубликовав знаменитую статью о том, как в западной медицине всего за одно столетие произошло подлинно драматическое событие: из т.н. «медицинской космологии» полностью исчез пациент, и его место заняли данные клинического наблюдения (организм больного человека), а затем и данные технически изолированного биомедицинского знания²⁹. Доктора теперь почти не расспрашивают больных, концентрируя внимание на т.н. «объективных методах исследования», предпочитая рассказам своих пациентов данные, предоставляемые лабораторией и измерительными приборами. Исчезновение пациента из поля медицинского восприятия, логичнее всех обоснованное в статье Джюсона, впоследствии стало не только темой ученых дискуссий, но вошло в более широкое пространство культурной рефлексии. Отражением ее стал знаменитый американский телесериал «Доктор Хаус» (2004–2012 гг.), главный герой которого

²⁷ Last 1981. P. 387-392.

²⁸ Фуко 1998. С. 166-189.

²⁹ Jewson 2009. P. 622-633.

врач-диагност Грегори Хаус выступает как фигура, олицетворяющая последовательно антигуманистическую позицию. Излюбленная формула доктора Хауса гласит: «Все лгут». Ее суть означает, что доктору не следует доверять словам пациента ни при каких обстоятельствах. Верить можно только свидетельствам холодного медицинского разума.

С середины 1970-х гг. регулярные попытки возвращения пациента в поле гуманитарно-медицинского знания стали предпринимать медицинские антропологи, прежде всего, представители знаменитой Гарвардской школы, в которую вошла целая группа антропологов и врачей, исповедующих принципы гуманистической и культурно-ориентированной психиатрии. На страницах созданного ими журнала «Culture, Medicine and Psychiatry» они начали публиковать свои аналитические работы, посвященные осмыслению пациентских (популярных) представлений о медицинских проблемах и более широкой проблематике пациентского опыта.

Врач-психиатр Л. Айзенберг первым попытался проанализировать различия между профессиональными представлениями врачей и «популярными» представлениями пациентов. Он смог сделать это, установив ставшее принципиальным для всех медицинских антропологов методологическое различие между «заболеванием» и «болезнью»: «пациенты страдают от болезни, врачи диагностируют и лечат заболевание»³⁰. По Айзенбергу, «заболевание» выступает особой биомедицинской категорией, с помощью которой врачи определяют состояние плохого здоровья у пациента. Руководствуясь биомедицинской моделью, они соотносят его с расстройством того или иного органа или биологическим отклонением от нормы в целом. Напротив, «болезнь» выступает выражением непрофессиональных, популярных представлений о плохом здоровье, фиксируя внимание на самочувствии и неспособности больного выполнять свои повседневные обязанности. Иначе говоря, «болезнь» соотносится с психосоциальными аспектами существования индивида.

Приняв введенное Айзенбергом различие между «заболеванием» и «болезнью», гарвардские медицинские антропологи акцентировали внимание на двух способах медицинской реакции на них. Они обозначили их как «лечение» (curing) и «исцеление» (healing). Лечение, широко применяемое в рамках биомедицины, представляет собой вмешательство, нацеленное на устранение патологии в органах и исправление физического или биохимического дефекта. Исцеление, характерное для некоторых направлений в психиатрии и широко применяемое во всех этнических традициях врачевания, выступает как влияние на представления и поведение пациента различными средствами, принятыми в этой культуре. Оно считается культурно опосредованным воздействием.

Наиболее видный представитель Гарвардской школы, врач-антрополог А. Клейнман пришел в своих исследованиях к пониманию того,

³⁰ Eisenberg 1977. P. 11.

что лечение – многомерный терапевтический процесс, который наряду с собственно лечением (наложением рук и инструментов), должен включать общение между врачом и пациентом, согласование их представлений («объяснительных моделей»), использование слов, символов и ритуалов³¹. Коммуникация между врачом и пациентом в процессе лечения важна в двух отношениях: во-первых, она позволяет достигать непосредственного терапевтического эффекта, во-вторых, она позволяет пациенту придать смысл осуществляемым медицинским вмешательствам³². «Там, где лечится только заболевание, помощь может быть менее удовлетворительной для пациента и клинически менее эффективной, чем там, где заболевание и болезнь лечатся вместе»³³. Идея о терапевтическом аспекте коммуникации между врачом и пациентом привела Клейнмана к еще одному важному выводу: для пациентов с серьезными хроническими заболеваниями, а также для пациентов, длительно пребывающих в медицинских стационарах и испытывающих серьезные страдания из-за своей болезни, их собственные рассказы имеют большое значение – как моральное, так и терапевтическое. Вспоминая о работе в ожоговом центре, где ему пришлось иметь дело с тяжело пострадавшей девочкой-пациенткой, Клейнман в своей наиболее известной работе о пациентском опыте пишет, что ее рассказы о собственном страдании серьезно облегчали ей боль; но этого совершенно не было тогда, когда другие врачи и медсестры отказывались выслушивать ее истории³⁴. Поставив на повестку дня вопрос о пациентских рассказах (нарративах), Клейнман указал дорогу и другим исследователям, которые занялись систематическим изучением пациентских историй и пациентского опыта в целом.

Британский врач общей практики С. Хельман, глубоко усвоивший идеи Гарвардской школы, активно использовал их в своей лечебной работе и в качестве антрополога. По замечанию самого Хельмана, антропологический опыт и живое общение с пациентами, как у них дома, так и в кабинете врача, помогли ему больше, чем многие часы, потраченные на освоение трудных медицинских теорий. Согласно Хельману, способность выслушать пациентов и усвоить их далекие от профессиональных взглядов представления о простуде, вирусах и микробах, почти всегда помогали ему добиться лучших результатов, чем он мог рассчитывать³⁵.

В США активную роль в изучении пациентского опыта сыграла также доктор Р. Шэрон, с ее идеей создания особой «нарративной медицины». Начиная с 1980-х гг. она подчеркивала важность подробнейшее документирование и анализа рассказываемых больными историй. Она и

³¹ Kleinman 1980.

³² Csordas, Kleinman 1990. P. 11-25.

³³ Kleinman, Eisenberg, Good 2006. P. 146.

³⁴ Kleinman 1988. P. X-XII.

³⁵ Helman 1978. P.107-137; 1981. P. 548-552; 2007.

ее единомышленники рассматривали «нарративную медицину» как инструмент для стимула врачей к профессиональному росту. «Нарративная медицина» стала восприниматься и как средство восстановления доверия между врачами и пациентами, укрепления атмосферы сотрудничества, инструмент для лучшего понимания врачами пациентов и более качественной заботы о каждом из них³⁶. Дж. Пеннебейкер показал, что в Техасе врачам удалось обнаружить новые аспекты общения с пациентами. У пациентов, делившихся своими историями о болезни, наблюдались клинически подтверждаемые проявления улучшения иммунитета. Пациенты из числа евреев, переживших Холокост, по разным причинам (в т.ч. религиозным) склонялись к рассказыванию историй о своих прошлых страданиях, руководствуясь принципом «признание – благо для души». Пеннебейкер, принимая психоаналитическую перспективу, увидел в этих историях способ избавления от застарелых психических травм; коммуникация престарелых пациентов с врачами улучшала не только психическое здоровье пациентов, но и их физическое состояние³⁷.

Многие западные антропологи и социологи увидели в практике собирания пациентских историй возможность изменить ситуацию в медицине, демократизировать существующие внутри нее отношения между врачами и пациентами, врачами и средним персоналом. Канадский социолог А. Франк выстроил свои научные убеждения о ценности анализа пациентских историй, опираясь на собственный непростой опыт (ему удалось справиться с онкологическим заболеванием). Итогом осмысления этого опыта стало также осознание моральной значимости работы по сбору и изучению рассказов о боли, болезни и страдании³⁸.

В художественной литературе немало историй о тяжелой болезни, рассказанных известными писателями. В России это, например, книга Н.А. Островского «Как закалялась сталь» (1934), а в недавнем прошлом – драматическое повествование И.Е. Ясиной³⁹. У нарративов, вознесшихся до уровня высокой литературы, как правило, героический финал. Они должны отвечать требованиям воспитания, быть моральным уроком. Медицинские антропологи чаще имеют дело с «рассказами», которым не суждено стать предметом для широкой читательской аудитории. Поэтому в них не всегда заявляется о победе, не всегда звучит голос надежды, но часто присутствует признание поражения. По роду своих научных исследований медицинским антропологам часто приходится изучать пациентский опыт в особых культурных условиях. Страдание переживается и испытывается не вообще, а в пределах конкретных культурных миров и обычно артикулируется посредством эмоционально

³⁶ Charon 2006. P.220.

³⁷ Pennebaker 2003. P.1-16.

³⁸ Frank 1997.

³⁹ Островский 1954; Ясина 2011. С.87-121.

насыщенных культурных метафор и устойчивых образов. В этом смысле, культура – не только совокупность смыслов, которые мы осознаем, но и совокупность определенных эмоций, которые формируют наши чувства и подталкивают нас к определенным действиям. Используемые в конкретной культуре символы и метафоры позволяют осознать и прочувствовать опыт страдания, пережить его на уровне рассудка и эмоций. Кроме того, благодаря символам и метафорам достигается возможность управления опытом собственного страдания. Бесспорно, это не контроль, но все же некая возможность справиться или совладать с тем, что в тебе и что сильнее, чем можно себе представить.

Л.-Э. Ребунн изучала пациентские истории на северо-востоке Бразилии. Их предметом часто оказывались т.н. «этнические психозы»: «дурной глаз» (*mal olhadoj*), «нервы» (*nervos*), «болезненный страх» (*susto*) и т.д. По ее сведениям, бразильянки часто прибегают к выражению «проглотить лягушку», когда им приходится описывать свое болезненное состояние и вызвавшие его причины. В упоминаемых местными женщинами представлениях о причинах болезни важное место занимает гнев и другие сильные негативные эмоции (зависть, тревога, страх). Подавление гнева является весьма распространенной формой поведения, которая предписана обществом. «Проглатывание лягушки», или подавление гнева, в глазах самих бразильянок вызывает и физический, и социальный вред. Однако, по их убеждению, поступать иначе нельзя, ибо это может вызвать еще более серьезные последствия – гнев мужчин. И многие знают об этом не понаслышке. Так, одна из собеседниц Ребунн говорит ей: «Я то и дело должна проглатывать лягушек, поскольку я совершенно завишу от своего мужа... Даже когда я права, а он нет, я должна глотать ее, и я подчиняюсь. Я должна оправдываться, я должна смиряться и подчиняться, и даже благодарить его за грубость»⁴⁰.

Врачи и гуманитарии, обратившиеся к анализу пациентского опыта, резонно увидели в нем важное средство для исправления сложившейся в современной медицине ситуации, помеченной такими явлениями, как тяга к технократизму, забюрократизированность, невнимание к личности пациента. Некоторым из них, на своем локальном участке, уже удалось переломить ситуацию к лучшему, но дискуссия о важности изучения пациентского опыта продолжается, в том числе в России⁴¹. Проблемы, присущие современной медицине в целом, еще далеки от разрешения.

Медицинская схизма: лечение vs. забота

В ходе продолжавшихся долгие годы гуманитарно-медицинских дискуссий постепенно выкристаллизовалась еще одна важная тема – об этических противоречиях внутри медицины. Некоторые участники стали отчетливо высказывать мысль о том, что современная медицина

⁴⁰ Rebhun 1994. P. 360-382.

⁴¹ Лехциер 2009. С. 22-40; 2012. С. 110-123; Готтлиб 2010. С. 64-70.

словно бы стала сбиваться с пути, по которому шла многие столетия, и отступила от своего предназначения. Эта тема подавалась с разных позиций, но чаще всего – с позиций медицинской этики.

В 1985 г. группой ведущих американских философов, специализирующихся в области медицинской этики, был опубликован сборник работ. В нем была сделана попытка осмыслить ситуацию, при которой произошло расщепление традиционной медицинской заботы о здоровье больного на лечение (curing), сестринский уход (caring) и собственную заботу больного о самом себе (coping). Редакторы сборника указывали на то, что причиной этого расщепления стал стремительный технологический прогресс, который привел к тому, что лечение стало более сложным и отделилось от остальных форм заботы о пациенте. Кроме того, произошла профессионализация сестринского ухода, поскольку врачам, осуществляющим сложное техническое воздействие на организм пациента, понадобились специалисты, способные поддерживать пациента морально и духовно и помогать врачам в исполнении их обязанностей. Пациент же, который продолжает оставаться главным объектом медицинской заботы, если он не способен самостоятельно справиться со своими проблемами, может обращаться за профессиональной помощью к врачам и сестрам. Рекомендую всем сторонам этой тройственной системы отношений ответственно и уважительно относиться друг к другу, авторы предположили, что новый тип отношений по поводу здоровья пациента должен регулироваться особой этикой заботы⁴².

Один из наиболее авторитетных авторов сборника, Э. Пеллегрино, поставил перед собой задачу обосновать приоритет заботы над всеми прочими компонентами медицинской помощи. Согласно Пеллегрино, забота всегда составляла суть медицинской профессии, придавая ей монолитность и наделяя уникальным этическим свойством, которым не обладал ни один другой вид занятий: для врача интерес больного всегда ставится выше собственных интересов. В XX в., особенно после Второй мировой войны, когда лечение стало технически сложным, но более эффективным, возник острый соблазн выделить его в качестве самостоятельного компонента. При этом в условиях коммерциализации лечебного дела перед врачом то и дело возникает вопрос о том, как согласовать свои финансовые и профессиональные интересы. Пеллегрино считает, что выбор врача в пользу пациента не должен составлять труда, поскольку коммерциализация лечения постыдна и для врача, и для пациента. Подлинную этическую проблему он видит в другом – в принятии таких медицинских решений, которые всегда были бы во благо пациента. Принятие медицинского решения – или момент клинической истины – способно превратиться в этическую дилемму, когда врачу приходится выбирать между биологическим благом для пациента, представлениями

⁴² Bishop, Scudder Jr. 1985. P. 1-7.

самого пациента о благе, которые могут варьироваться в зависимости от его нравственных или религиозных убеждений, и благом для пациента как личности. Этот процесс всегда оказывается сложным и составляет самую суть морально-этических проблем для современных врачей. По мнению Пеллегрينو, если оставаться на позициях этики заботы, то «хорошие медицинские решения» смогут интегрировать все виды блага в единое целое. Тем не менее реальная медицинская практика вновь и вновь будет ставить врача перед этическим выбором – лечить (стремиться к биологическому благу для пациента) или попытаться добиться всех целей сразу, т.е. осуществить подлинную заботу⁴³. Пеллегрينو также затронул весьма важный вопрос о том, как в рамках оказания медицинской помощи следует согласовывать между собой индивидуальное благо пациента и социальное благо. С точки зрения медицинской этики, как во времена Гиппократов, так и сегодня, для врача благо пациента стоит выше всякого прочего блага – и собственного, и общественного. Тем не менее многие виды оказания медицинской помощи (продление жизни детям, старикам, инвалидам) в настоящее время требуют серьезных материальных затрат, и, по словам Й. Ньюхауса, оказываются «предметом роскоши» даже для экономики развитых стран⁴⁴. Пеллегрينو видит решение этого вопроса в том, что врачу не следует брать на себя функции, которые не относятся к медицинской профессии – распоряжаться ресурсами или думать о благе общества. Дело врача – пациент и его здоровье⁴⁵.

Значимый вклад в дискуссию внес немецкий врач К. Дернер, написавший книгу о том, какими этическими представлениями должен руководствоваться хороший врач. Он исходил из того, что современная мода на морально-этические исследования ничего не дает, поскольку со времен Гиппократовой клятвы для самого врача ничего не изменилось: заботой врача являются страдания пациента. Тем не менее кое-то изменилось вокруг. После Нюрнбергского процесса над нацистскими врачами, совершившими преступления против пациентов, в обществе утвердилось мнение, что необходимо контролировать врачей, используя разнообразные правовые и общественные механизмы. Однако, по мысли Дернера, такой подход чреват тем, что он вынуждает самих врачей забыть об изначальной этической сущности их профессии. Перекладывая ношу ответственности за принятие медицинских решений на пациентов, их родственников, юристов и др., врачи, тем самым, оказываются свободными от моральных обязательств по заботе о пациентах⁴⁶.

Дернер опирался на идеи американского философа У. Рича, высказанные в его докладе «Предательство при оказании помощи», прочитанном по случаю 50-летнего юбилея Нюрнбергского процесса. Говоря о

⁴³ Pellegrino 1985. P.8-30.

⁴⁴ Newhouse 1977. P.115-125.

⁴⁵ Pellegrino 1985. P.23-27.

⁴⁶ Дернер 2006. С. 40-47.

принципе информированного согласия, впервые четко сформулированном на страницах «Нюрнбергского кодекса», Рич спросил, не перенесли ли врачи свою ответственность на плечи пациентов. Вслед за ним Дернер заметил, что даже если бы все пациенты нацистских врачей добровольно дали бы им согласие на проведение над собой преступных медицинских экспериментов, то тогда ситуация осталась бы прежней: врачи не имели морального права причинять им вреда. Согласно Ричу и Дернеру, этические проблемы медицины начались с того момента, когда она приняла на себя не свойственные ей обязанности – заботу об общественном благе. К схожим выводам пришел и историк медицины Д. Ротман. В исследовании о влиянии права и биоэтики на развитие медицины он указал, что в период второй мировой войны в США и других странах правительство, возложив на врачей много новых обязанностей, не предоставило им больше возможностей для карьерного роста и достижения материального благополучия. Во время войны, когда интересы общества многократно превысили интересы каждой отдельной личности, произошла драматичная трансформация. Медицина из искусства заботы о пациенте превратилась в средство защиты общественно-государственных интересов. Медики вступили в Золотой век научных исследований, но при этом отступили от заветов Гиппократовой этики заботы⁴⁷.

Вопрос о соотношении лечения и заботы разделил участников дискуссии на два лагеря. Многие вслед за Пеллегрини и Дернером пришли к выводу, что в рамках оказания медицинской помощи лечение и забота неразделимы, поскольку забота лежит в основе всей профессии⁴⁸. Другие вынуждены были признать, что в современной медицинской практике неизбежно преобладает модель лечения, а модель заботы является вторичной, поскольку для этого не хватает ни времени, ни эмоциональных сил, ни правовых оснований. Различия в выводах участников дискуссий следует считать следствием их подходов. Пеллегрини, Дернер и др. исходят из нормативного подхода, размышляя о том, какой *должна* быть медицинская помощь, а их оппоненты – из результатов эмпирических исследований, наблюдая ситуацию такой, какой она *оказывается* на текущий момент. Вслед за Апесоа-Варано, пришедшей к тому, что реальная ситуация, как у пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, часто не оставляет медикам возможности для заботы⁴⁹, к такому же выводу пришел Клейнман. Причины растущего внутри медицины раскола между лечением и заботой он связал с технократизированным медицинским образованием, коммерциализацией лечебного дела и вытекающей из этого маргинализацией тех групп, что вынуждены заниматься уходом за пациентами (медсестры, нянечки, родственники пациентов). Он заме-

⁴⁷ Rothman 1991. P. 30-69.

⁴⁸ Kottow 2001. P. 53-61.

⁴⁹ Apeso-Varano, Barker, Hinton 2011. P. 1469-1483.

тил, что забота-уход повсюду считается женским занятием, и на это не влияет то обстоятельство, что среди врачей неуклонно растет число женщин. По Клейнману, раскол медицины на «лечебную» и «ухаживающую» имеет не только морально-экономические, но и терапевтические последствия. Это отчетливо видно в ситуации с хроническими заболеваниями, большинство из которых требуют постоянного внимания и не могут быть вылечены в принципе. Последствия таких заболеваний в долговременном плане могут быть крайне тяжелыми. При диабете, например, осложнения сопровождаются приобретением различных форм инвалидности – слепотой, ампутацией конечностей, почечной недостаточностью. Медицинский прогноз в случае с хроническими заболеваниями, в т.ч. психическими расстройствами, врачи часто считают благоприятным, но в реальности стакан часто оказывается наполовину пуст, а не наполовину полон. Лекарства и различные вмешательства облегчают страдания пациентов лишь частично. Во многих случаях дело заканчивается новыми осложнениями или смертью⁵⁰.

Обсуждение итогов дискуссий об этических противоречиях внутри медицины и драматическом расколе между лечением и заботой позволяет указать еще на одно следствие этой медицинской схизмы – растущее недоверие пациентов к врачам. Оно проявляется в разных формах и называется в том, что пациенты часто ищут возможность увернуться от стандартных назначений врачей, госпитализации, исполнения тех или иных процедур и приема лекарств. Подобно тому, как культурная икона биомедицины доктор Хаус утверждает, что пациенты лгут, так и сами пациенты опасаются медицинского надувательства, которое может сопровождать недобросовестное лечение и опасные для здоровья врачебные ошибки. Кризис доверия между врачами и пациентами, имеющий место и в рамках репродуктивной медицины⁵¹, это итог медицинского раскола на лечение и заботу, когда все стороны осознают, что медицинская практика отстает от медицинского знания (диагностики), а стоимость медицинских услуг высока и потому эти услуги доступны не всем.

Существует ли выход из ситуации, столь драматично обозначенной участниками дискуссий? С позиций нормативно-этического подхода, необходимо признать, что более гармоничное соединение лечения и заботы в рамках медицинской практики является желаемой целью. Однако эмпирические свидетельства, неоднократно предъявленные в ходе дискуссий, показывают, что до этого синтеза еще далеко. Рецепты решения этой драматичной проблемы остаются столь же правомерными, сколь и паллиативными – гуманизация медицинского образования, изучение альтернативного медицинского опыта, изучение опыта самих пациентов. Пока ничего из этого не принесло окончательной уверенности

⁵⁰ Kleinman, Hanna 2008. P. 287-301.

⁵¹ Здравомыслова, Темкина 2009. С. 179-191.

в том, что ситуация внутри современной медицины полностью переменялась к лучшему. Тем не менее необходимо признать, что многое все же меняется, и тот факт, что дискуссии о проблемах развития современной медицины артикулируют все новые темы и сюжеты, означает, что этот злободневный вопрос продолжает оставаться в поле общественно-го внимания, на острие гуманитарно-медицинской мысли.

БИБЛИОГРАФИЯ / REFERENCES

- Готлиб А.С. Нарративная медицина глазами российский врачей: попытка эмпирического анализа // Вестник Самарского гос. ун-та. 2010. №5 (79). С. 64-70.
- Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетейя, 2006.
- Здравомыслова Е., Темкина А. «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: Сб. ст. / Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Изд-во Ев-ропейского ун-та в Санкт-Петербурге, 2009. С.179-191.
- Зильбер А.П. Этюды критической медицины. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
- Лехциер В.Л. Нарративная медицина: светлая утопия доктора Риты Шэрон // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012. С.110-123.
- Лехциер В.Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию // Социологический журнал. 2009. №4. С. 22-40/
- Михель Д.В. Народная медицина в современном мире: международно-правовые и социокультурные аспекты // Актуальные проблемы социально-гуманитарных исследований. Сб. научных статей. Саратов: Изд-во «Кубик», 2014. С. 32-39.
- Михель И.В. Биоэтика в контексте истории: философские исследования биоэтического движения. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015.
- Народная медицина // Пятьдесят шестая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. WNA56.31. 28 мая 2003 г.
- Общее руководство по методологиям научных исследований и оценке народной медицины. Женева: ВОЗ, 2000.
- Островский Н.А. Как закалялась сталь // Сочинения. Киев: Молодь, 1954.
- Пейер Л. Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, Западной Германии и Франции. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2012.
- Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2002-2005 гг. Женева: ВОЗ, 2001.
- Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
- Шабалов Н.П. Педиатрия: учебник для медицинских вузов. СПб.: Спецлит, 2003.
- Ясина И. История болезни // Знамя. 2011. № 5. С. 87-121.
- Gotlib A.S. Narrativnaya meditsina glazami rossiiskii vrachei: popytka empiricheskogo analiza // Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo universiteta. 2010. №5 (79). S. 64-70.
- Dermer K. Khoroshii vrach. Uchebnik osnovnoi pozitsii vracha. M.: Aleteiia, 2006.
- Zdravomysova E., Temkina A. «Vracham ya ne doveryayu», no... Preodolenie nedove-riya k re-produktivnoi meditsine // Zdorov'e i doverie: gendernyi podkhod k re-produktivnoi med-itsine: Sb. st. / Pod red. E. Zdravomysovoi i A. Temkinoi. SPb.: Izd-vo Evropeiskogo un-ta v Sankt-Peterburge, 2009. S.179-191.
- Zil'ber A.P. Etyudy kriticheskoi meditsiny. M.: MEDpress-inform, 2006.
- Lekhtsier V.L. Narrativnaya meditsina: svetlaya utopiya doktora Rity Sheron // Obshche-stvo remissii: na puti k narrativnoi meditsine: sb. nauch. tr. / pod obshch. red. V.L. Lekhtsiera. Samara: Samarskii universitet, 2012. S.110-123.
- Lekhtsier V.L. Sub"ektivnye smysly bolezni: osnovnye metodologicheskie razlichiya i podkhydy k issledovaniyu // Sotsiologicheskii zhurnal. 2009. №4. S. 22-40/
- Mikhel' D.V. Narodnaya meditsina v sovremennom mire: mezhdunarodno-pravovye i sotsiokulturnye aspekty // Aktual'nye problemy sotsial'no-gumanitarnykh issledovani. Sb. nauchnykh statei. Saratov: Izd-vo «Kubik», 2014. S. 32-39.
- Mikhel' I.V. Bioetika v kontekste istorii: filosofskie issledovaniya bioeticheskogo dvizheniya. Saratov: Sarat. gos. tekhn. un-t, 2015.

- Narodnaya meditsina // Pyat'desyat shestaya sessiya Vsemirnoi Assamblei Zdravookhraneniya. WHA56.31. 28 maya 2003 g.
- Obshchee rukovodstvo po metodologiyam nauchnykh issledovaniy i otsenke narodnoi meditsiny. Zheneva: VOZ, 2000.
- Ostrovskii N.A. Kak zakalyalas' stal' // Sochineniya. Kiev: Molod', 1954.
- Peier L. Meditsina i kul'tura. Kak lechat v SShA, Anglii, Zapadnoi Germanii i Frantsii. Tomsk: Sibirskii gosudarstvennyi meditsinskii universitet, 2012.
- Strategiya VOZ v oblasti narodnoi meditsiny 2002-2005 gg. Zheneva: VOZ, 2001.
- Fuko M. Rozhdenie kliniki. M.: Smysl, 1998.
- Shabalov N.P. Pediatriya: uchebnik dlya meditsinskikh vuzov. SPb.: Spetslit, 2003.
- Yasina I. Istoriya bolezni // Znanya. 2011. № 5. S. 87-121.
- Apesoa-Varano E.C., Barker J.C., Hinton L. Curing and Caring: The Work of Primary Care Physicians with Dementia Patients // Qualitative health Research. 2011. Vol. 21 (11). P. 1469-1483.
- Baer H. Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, Ethnicity, and Gender. Madison: University of Wisconsin Press, 2001.
- Bishop A.H., Scudder Jr. J.R. Introduction // Bishop A.H., Scudder Jr. J.R. (eds.) Caring, Curing, Coping. Lynchburg, Va.: Alabama University Press, 1985. P. 1-7.
- Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. Oxford: OUP, 2006.
- Conrad P. Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior. Lexington: D.C. Heath, 1976.
- Csordas T.J., Kleinman A. The Therapeutic Process // Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method / Ed. by T.M. Johnson, C.F. Sargent. N.Y.: Praeger, 1990. P. 11-25.
- Davis-Floyd R., St John G. From Doctor to Healer: The Transformative Journey. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1998.
- Dittrich L.R. (ed.) Special Theme Issue on Medical Humanities // Academic Medicine. 2003. Vol.70 (10). P. 951-1038.
- Dunn F.L. Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems // Leslie C. (ed.) Asian Medical Systems: A Comparative Study. Berkeley: University of California Press, 1976. P. 133-158.
- Eisenberg L. Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness // Culture, Medicine, and Psychiatry. 1977. Vol.1 (1). P. 9-23.
- Engel G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science. New Series. 1977. Vol.196 (4286). P. 129-136.
- Ernst E. Prevalence of Use of Complementary/Alternative Medicine: A Systematic Review // Bulletin of the World Health Organization. 2000. Vol.78 (2). P. 252-257.
- Foucault M. The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception [1963]. N.Y.: Tavistock, 1973.
- Frank A. Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics. Chicago: Un-ty of Chicago Press, 1997.
- Hawkins A.H., Ballard J.O., Hufford D.J. Humanities Education at Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, Pennsylvania // Academic Medicine. 2003. Vol. 70 (10). P. 1001-1005.
- Helman C.G. "Feed a Cold, Starve a Fever" – Folk Models of Infection in an English Suburban Community, and their Relation to Medical Treatment // Culture, Medicine, and Psychiatry. 1978. Vol. 2 (2). P.107-137.
- Helman C.G. Culture, Health and Illness. 5 ed. London: Hodder Arnold, 2007.
- Helman C.G. Disease versus Illness in General Practice // Journal of Royal College of General Practitioners. 1981. Vol. 31 (320). P. 548-552.
- Hemmings C.P. Rethinking Medical Anthropology: How Anthropology is Failing Medicine // Anthropology and Medicine. 2005. Vol. 12 (2). P. 91-103.
- Hudson Jones A., Carson R. Medical Humanities at the University of Texas Medical Branch at Galveston // Academic Medicine. 2003. Vol. 70 (10). P. 1006-1009.
- Huisman F., Warner J.H. Medical Histories // Locating Medical History: The Stories and Their Meanings / Ed. F. Huisman, J.H. Warner. Baltimore: Johns Hopkins Un-ty, 2004.
- Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York: Pantheon Books, 1976.
- Jewson N. The Disappearance of the Sick-man from Medical Cosmology, 1770–1870 // International Journal of Epidemiology. 2009. Vol. 38 (3). P. 622-633.

- Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley: Un-ty of California Press, 1980.
- Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York: Basic Books, 1988.
- Kleinman A., Eisenberg L., Good B. Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research // Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2006. Vol.4 (1). P.140-149.
- Kleinman A., Hanna B. Catastrophe, Caregiving and Today's Biomedicine // BioSocieties. 2008. Vol.3. P.287-301.
- Kottow M.H. Between Caring and Curing // Nursing Philosophy. 2001. Vol.2 (1). P.53-61.
- Last M. The Importance of Knowing about Not Knowing // Social Science and Medicine. 1981. Vol. 15 (3). P. 387-392.
- Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Geneva: WHO, 2001.
- Navarro V. Medicine under Capitalism. London: Croom Helm Ltd., Publishets, 1976.
- Newhouse J.P. Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey // Journal of Human Resources. 1977. Vol. 12 (1). P. 115-125.
- Pellegrino E.D. The Caring Ethic: The Relation of Physician to Patient // Caring, Curing, Coping / Ed. by A.H. Bishop, J.R. Scudder Jr. Lynchburg, Va.: Alabama Un-ty Press, 1985. P. 8-30.
- Pennebaker J.W. Telling Stories: The Health Benefits of Disclosure // Social and Cultural Lives of Immune Systems / Ed. by J. Wilce. London: Routledge, 2003. P. 1-16.
- Pool R., Geissler W. Medical Anthropology. London: Open University Press, 2005.
- Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO, 1978.
- Rebhun L.-A. Swallowing Frogs: Anger and Illness in Northeast Brazil // Medical Anthropology Quarterly. 1994. Vol. 8 (4). P. 360-382.
- Rothman D.J. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York: Basic Books, 1991.
- Seifert J. The Philosophical Diseases of Medicine and Their Cure: Philosophy and Ethics of Medicine. Vol.1 Foundations (Philosophy and Medicine). Dordrecht: Kluwer, 2004.
- Zola I. Medicine as an Institute of Social Control // Sociological Review. New Series. 1972. Vol. 20 (4). P. 487-504.

Михель Дмитрий Викторович, доктор философских наук, профессор, декан социально-гуманитарного факультета Саратовского государственного технического университета им. Ю.А. Гагарина; dmitrymikhel@mail.ru

Health and care: the development of medicine as a focus of discussions in medical studies and in the humanities

The rapid development of medical knowledge, which began in the second half of the twentieth century, is followed by ongoing discussions, in which, along with the doctors, intellectuals from different areas of humanities take part. Over the past decade, the participants in these discussions failed to articulate a series of problems caused by medical advances. This article focuses on the most significant ideas about the medical technocracy, the humanization of medical education, the need to explore alternative medical experience and experience of the patients themselves, the fundamental split between curing and caring in medical practice, generating profound ethical problems.

Keywords: discussions in medical humanities, technocracy, alternative medical experience, patient's experience, curing, caring

Dmitry Mikhel, professor, Dean of School of Humanities, Arts and Social Sciences, Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, dmitrymikhel@mail.ru