

УДК 316.728+614.255.4

МИФОЛОГИЗАЦИЯ ОБРАЗА ВРАЧА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОСВОЕНИЯ И ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ

В.Ю. Лебедев, А.В. Федоров

ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», г. Тверь

Анализируется мифологизация образа врача в обыденном сознании пациентов. Оценочные фреймы врачей нередко меняются от резко положительных до резко отрицательных; без допущения полутонов. При этом объективная оценка деятельности врача сегодня представляет собой достаточно серьезную проблему как среди пациентов, так и среди специалистов медицинской науки. В обыденном сознании та или иная группа врачей наделяется определёнными групповыми чертами. Авторами статьи предложена собственная типология мифологических взглядов на врачей. Согласно этой мифологии, авторами различаются врачи магического типа, врачи-гуманисты, врачи социалистического типа и врачи-трикстеры. Дополнительно в рамках медицинской культуры авторами выделяются академические врачи, врачи-эксперты, технологи, исследователи и администраторы. Особо выделены типы врачей, закреплённые в массовом сознании как резко отрицательные. Таковы мифологемы «врачей-вредителей», «врачей-коммерсантов» и «врачей-глупцов».

Ключевые слова: *врач, мифологизация, оценочные фреймы, обыденное сознание.*

В одной из наших работ, посвящённых мифологизации медицинского дискурса, были исследованы мифы обыденного сознания, связанные с лечебно-диагностическим процессом [4]. Мифологизация образа врача как тема, требующая отдельного исследования, в предыдущих работах если и упоминалась, то очень кратко. Вместе с тем исследований, посвящённых образу врача в массовом сознании, крайне мало [9]. В условиях растущего медицинского негативизма, обусловленного в том числе несоответствием образа врача в сознании пациента и реалий отечественной медицинской культуры, данное положение становится нетерпимым. Это обуславливает актуальность нашей работы.

Образ врача на протяжении всего времени существования медицины менялся от резко положительных оценок («Врач-философ подобен Богу» – Гиппократ) до диаметрально противоположных «Доктора – это те же адвокаты, с той лишь разницей, что адвокаты только грабят, а доктора – и грабят и убивают» – А.П. Чехов, «Иванов», – реплика Шабельского). Причины этих неоднозначных оценок вряд ли следует искать в резких изменениях уровня квалификации врача; более того – как правило, оценки медицинской деятельности специалиста обществом в основном субъективны. Существующие показатели объективной оценки (уро-

вень обращаемости к специалисту, количество жалоб и благодарностей, процент летальных исходов и неверно поставленных диагнозов) нередко также грешат субъективизмом. Так, количество жалоб, подаваемых на врачей (как правило, за «грубость»), напрямую коррелирует с общим уровнем конфликтности пациента и удовлетворением (или неудовлетворением) требований пациента, порой – совершенно безосновательных. Жалобы не подаются на врачей, «подстраивающихся и подгибающихся» (часто – в ущерб профессиональной чести и достоинству) под изменчивого пациента, особенно – когда требования пациента граничат с самодурством (в условиях внедрения документированных договорных отношений и роста кверулянтных настроений клиентуры это неизбежно, равно как и в высшем образовании). Более того, личностные характеристики и врачей, и пациентов столь разнообразны, что вряд ли приемлемо говорить об образах «идеального врача» для всех или стопроцентного «врача-вредителя». В создании оценочных фреймов врачей-специалистов обществом часто фигурирует квантор общности: «все хирурги – пьяницы», «все гинекологи – сексуально озабоченные» (как правило, это касается мужчин-гинекологов); «все психиатры – сами психи» («Сегодня в халате, а завтра – в палате», «Кто первый халат надел, тот и доктор»), «все участковые терапевты – тупицы». Вместе с тем среди этих «всех» выделяются определенные мифологические типы, которые мы рассмотрим ниже. Данная типология не претендует на всеохватность и универсальность, но позволяет систематизировать большую часть социальной мифологии, касающейся образа врача:

1. Врач магического типа. Специалист данной категории, находясь в лоне ортодоксальной (традиционной) медицины, тем не менее способен, по мнению пациентов, диагностировать и лечить практически без лекарств и диагностических процедур. Такой врач, как правило, наделяется сверхспособностями («у него руки все видят: как пощупал живот – так и сказал, что со мной»; «он как посмотрел на меня – так и сказал: все, надо на операцию»; «он со мной поговорил, я вышла из кабинета и поняла, что здорова»). Как правило, врачи такого типа – преимущественно люди пожилого возраста, часто (но не обязательно) отмеченные научными степенями и (или) званиями. Нередко отсутствие научных заслуг рассматривается пациентами как достижение («не бумажки писал, не лягушек резал, не в микроскоп смотрел – потому что понимал: это все не нужно; нужно людей лечить»). Часто такие врачи окружаются ореолом святости и мученичества («Ему злое начальство не дало в столице устроиться, а здесь не дали диссертацию защитить и отправили на самую маленькую должность»). Так, в романе Л. Улицкой «Казус Кукоцкого» главный герой, Павел Алексеевич Кукоцкий, наделяется таинственным «даром», способным видеть пациента изнутри, вообще не прибегая к средствам диагностики. Похожим даром в этом же романе наделен и старый врач-педиатр из Русаковки. Такими качествами наделяли

Н.И. Пирогова (хрестоматийный случай, когда на театре военных действий в военно-полевой госпиталь был доставлен труп. «Чего же вы его принесли, он же уже окоченел?» – спросил один из хирургов. «Тут Николай Иваныч, он что-нибудь сделает, глядишь – оживет», – ответил второй). Такими же качествами наделяли невролога Х.Б.Г. Ходоса (достаточно известна фраза: «Если не помог Ходос, больше не поможет никто»). Такими же магическими чертами в разное время наделялись С.С. Юдин, В.П. Филатов (офтальмолог), В.М. Часовских.

2. Врач гуманистического типа. Врач такого типа был широко популярен в XVIII – начале XX в. в России. Это в первую очередь Человек, а уже потом – хороший врач. Сложившаяся мифологема такого рода характеризуется следующими особенностями: это врач-бессребренник, альтруист, благодетель. Бесплатно лечит, бесплатно раздает лекарства бедноте (либо дает деньги на их приобретение). Будучи часто семейным врачом, пользующим не одно поколение и не одну семью, часто становится полноправным членом этой семьи со всеми вытекающими последствиями: врач посвящается в многие интимные переживания, семейные тайны – в справедливом расчете на то, что эти тайны будут сохранены. В любое время дня и ночи, при любой погоде, в любом случае можно будет «послать за доктором», который всенепременно придет и сделает так, чтобы было легче; если же пациент incurable, такой врач остаётся с ним до самого конца и часто, действуя в синергии с духовными лицами, помогает умирающему пережить последние минуты, часы или дни. Как правило, он является врачом широкого профиля, поскольку особенности подготовки земских врачей к этому обязывали. Ему присущ идеализм, оторванность от реального мира.

Примерами врачей такого рода обширны: это и бессребренник Ф.П. Гааз, и Е.О. Мухин, и М.Я. Мудров, и Н.И. Пирогов (особенно – в последние годы своей жизни). Среди так сказать «местночтимых докторов» смоленски доктор Янсен. Это многочисленные образы, созданные А.П. Чеховым, В.В. Вересаевым, А.И. Куприным, М.А. Булгаковым и др. Позже данная мифологема врача неоднократно критиковалась, подчас даже её активными апологетами. Так, В.В. Вересаев в одной из своих повестей («Без дороги»), по выражению советской критики, не только показал «провальность и бесперспективность всякого “хождения в народ”», но и бессмысленность подобных романтических идей. Образы докторов, созданные Чеховым, также крайне неоднозначны. Часто упоминаемый как идеал доктор Дымов из «Попрыгуньи» вообще производит впечатление существа бесхребетного и на все согласного, виктимного.

3. Врач социалистического типа – логичное продолжение врача-гуманиста образца начала XX в. Такое продолжение стало возможным благодаря достаточно консервативной системе медицинского образования: врача «нового образца», призванного служить интересам «трудящихся» и на благо всего «социалистического общества», обучала и воспитывала ста-

рая медицинская интеллигенция. Вместе с тем образ идеального врача социалистического государства подвергся значительному изменению: помимо непосредственного участия в лечебно-диагностическом процессе, врач стал также и фигурой политической. «Присяга врача Советского Союза» (с 1971 г.) значительно отличалась от «Факультетского обещания русского врача (лекаря)»: «Принимая с глубокой признательностью даруемые мне наукою права врача и постигая всю важность обязанностей, возлагаемых на меня сим званием, даю обещание в течение всей своей жизни не омрачать чести сословия, в которое ныне вступаю. Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне врачебные (семейные) тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия. Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми своими силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою. Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств. Обещаю быть справедливым к своим сотоварищам-врачам и не оскорблять их личности, однако же, если бы того потребовала польза больного, говорить правду прямо и без лицемерия. В важных случаях обещаю прибегать к советам врачей, более меня сведущих и опытных; когда же сам буду призван на совещание, буду по совести отдавать справедливость их заслугам и стараниям» [1, с. 85–86].

«Присяга врача Советского Союза»: «Получая высокое звание врача и приступая к врачебной деятельности, я торжественно клянусь: все знания и силы посвятить охране и улучшению здоровья человека, лечению и предупреждению заболевания, добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества; быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, внимательно и заботливо относиться к больному, хранить врачебную тайну; постоянно совершенствовать свои медицинские познания и врачебное мастерство, способствовать своим трудом развитию медицинской науки и практики; обращаться, если этого требуют интересы больного, за советом к товарищам по профессии и самому никогда не отказывать им в совете и помощи; беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины, во всех своих действиях руководствоваться принципами коммунистической морали; сознавая опасность, которую представляет собой ядерное оружие для человечества, неустанно бороться за мир, за предотвращение ядерной войны; всегда помнить о высоком призвании советского врача, об ответственности перед Народом и Советским государством. Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь» [там же, с. 92].

Врач социалистического типа – это в первую очередь не врач своих пациентов; его деятельность направлена на интересы общества. Связано данное явление было с медицинскими реформами первых лет советской власти и становлением новой системы здравоохранения, которая в настоящее время в литературе называется не иначе, как «система Н.А. Семашко» [6]. Основными чертами этой системы стали центра-

лизованность системы здравоохранения, равная доступность медицинских услуг для всех категорий населения, единство профилактики и лечения; ликвидация социальных причин заболеваний, привлечение к делу здравоохранения масс общественности.

В данной системе врач признавался не только как лицо, ответственное за индивидуальное здоровье поступающих к нему пациентов; но и как лицо, ответственное за здоровье коллективное. Введение участково-территориального принципа в системе первичной медико-санитарной помощи, ответственность врача за весь участок (терапевтический, педиатрический или участок женской консультации), обязательное выполнение планов по вакцинации, профилактическим осмотрам, санитарно-просветительной деятельности – все это способствовало становлению врача социалистического типа как нового субъекта и объекта системы здравоохранения. В этой же системе существовала и обратная связь – общественность также контролировала и помогала деятельности врача. Сюда следует отнести не только активную санитарно-просветительную деятельность художников, корреспондентов газет др., но и подчас неоднозначную деятельность по «соблюдению социалистической нравственности» в виде общественного и партийного контроля за брачно-семейными отношениями. Данный контроль объяснялся в том числе и стремлением к сокращению числа венерических заболеваний.

В «Факультетском обещании русского врача» не дается никаких указаний о политических взглядах врача, более того – ситуация была очевидной: врач аполитичен. Советское общество сделало из врача еще и блюстителя коммунистической морали, а также борца с ядерным оружием. Интересны и уровни ответственности: до 1917 г. врач нес ответственность перед самим собой, медицинским сообществом и пациентами; советский же врач нес ответственность перед народом и Советским государством. Врач социалистического типа, помимо того, что де факто превращался в общественного и политического деятеля (со всеми вытекающими отсюда последствиями: обсуждением статей в советских газетах, чтением научно-популярных лекций о медицине, санитарно-просветительной работой и т. д.), также нёс и бремя активиста, в результате чего, как и многие советские граждане, стал жертвой политических репрессий. Социальная «охранная грамота», когда-то выданная врачу в царской России, в СССР перестала существовать¹.

¹ К примерам такой «охранной грамоты» следует отнести не только особый статус доктора как одного из немногих представителей интеллигенции (особенно – в сельской местности); но и неприкосновенность врача в системе пенитенциарных учреждений, а также в преступных кругах. Любой, даже самый отвязанный бандит и грабитель в царской России знал: врач – лицо неприкосновенное. Многочисленные примеры из художественной литературы (В. Гиляровский, В. Вересаев и др.) подтверждают этот факт.

Существующая советская система здравоохранения сделала бесплатное оказание медицинской помощи нормой: врач обязан был быть бессребренником, готовым в любой момент оказать помощь любого свойства, получая при этом гарантированный доход от государства. Врач же гуманистического типа, оказывая бесплатную помощь бедноте, состоятельных граждан «пользовал» за вознаграждение. Такая ситуация внешней «бесплатности» медицинской помощи оказалась мощной пропагандистской находкой, продолжающей оказывать влияние на восприятие врача и сегодня.

4. Врач трикстерского типа. Каждый из описываемых нами типов в той или иной мере наделяется трикстерскими чертами (необычность, таинственность, принадлежность к запредельному миру), но врач трикстерского типа – это квинтэссенция всех вышеназванных черт. Примером врача такого типа может служить главный герой популярного сериала «Доктор Хаус». Обладая незаурядными медицинскими (в частности, – диагностическими) талантами, он классический мизантроп, имморалист и циник. Впрочем, все эти черты ему охотно прощаются; основанием для отказа в выдаче социальной «охранной грамоты» может служить только явная беспомощность в том или ином случае.

Максимальная концентрация врачей трикстерского типа наблюдается среди хирургов и судебных медиков, минимальная – среди терапевтов и психиатров. Вообще, условное разделение всех врачебных специальностей на «терапевтические» и «хирургические» имеет под собой достаточно четкий базис, в состав которого входят и аспекты медицинской культуры. Так, социум приемлет грубость, равнодушие и определенный градус «психологической черствости» у хирургов и реаниматологов; но не приемлет такие же качества у врачей терапевтического профиля (что легко выражается в смене врача или поисках другого медицинского учреждения, тем более, что в современных платных клиниках, находящихся в условиях жесткой конкуренции, указанные выше черты предписывается скрывать и подавлять, иначе они конвертируются в финансовый убыток). Принадлежность хирургов и реаниматологов к трикстерам маркируется многими признаками, порой – даже фенотипическими. Антураж операционных и отделений реанимации с определенным санитарно-эпидемиологическим режимом (ограниченный вход, множество непонятных приборов, маски на лицах врачей); типичные атрибуты: кровь, «страшные» хирургические инструменты, различные аппараты, к которым подключены больные. Определенную роль в формировании трикстерского облика хирургов и реаниматологов играет и состояние наркоза (фактически – мнимая смерть или некое среднее состояние), во время которого пациент не имеет представления о проводимых с ним манипуляциях. В массовом сознании часто фигурирует метафора об операционном столе как о жертвенном алтаре, на котором жрецы (операционная бригада) производя определенные манипуляции. Зачастую оперативное вмешательство как единственно радикальная

мера подвергается сакрализации. Огромную роль в этом играют и особенности течения послеоперационного периода: как правило, пациенты после операции быстро идут на поправку, что породило, с одной стороны, хирургический энтузиазм врачей, а с другой – стремление больных выяснять прежде всего возможность хирургического лечения, даже если речь идет о функциональных расстройствах. Хирургам, особенно специалистам по оказанию экстренной помощи, выдается социальная «охранная грамота» на грубость, душевную черствость и резкость в общении по причине постоянного контакта со смертью, из которого хирург часто выходит победителем.

Трикстерские черты врачей-хирургов подчеркивает и определенная методика проведения врачебного обхода в хирургических отделениях. «Свита» в составе заведующего отделением (а в клиниках – ещё и профессора), врачей, ординаторов, интернов, студентов, медсестер заходит в каждую палату отделения. Лечащий врач кратко рапортует о состоянии каждого из курируемых им пациентов, далее следует беглый осмотр профессора (или заведующего отделением) с краткими комментариями и назначениями. Сестры записывают назначения, ординаторы и интерны тоже активно пишут в блокнотах, стараясь не потерять ни единого слова из звучащих *verba magistri*. Такая атмосфера обхода, как правило, с использованием непонятной пациентам лексики (часто – латинской) также внушает пациентам пиетет к врачам.

Совершенно противоположный облик у врачей терапевтического профиля. Стиль обхода, принятый в хирургических отделениях, у терапевтов встречается значительно реже; антураж в виде наркоза и операции отсутствует; методы лечения, не отличающиеся агрессивностью, пациент воспринимает как само собой разумеющиеся, а потому никакого пиетета не испытывает. Нередко терапевты имеют дело с хроническими случаями, для которых нет радикальной тактики лечения, а потому больные порой обречены на частые госпитализации, что формирует нигилистическое отношение и к врачу, и к медицине вообще. Картина хронического заболевания, создаваемая пациентом, безрадостна, а потому – часты антимицинские настроения («терапевты только таблетками кормят, от которых лучше не становится») и обращения к средствам альтернативной медицины. Еще один вариант – длительные поиски клиник и врачей, которые «все смогут». Для пациентов терапевтического профиля важным фактором становится личность врача и его коммуникативные навыки. Неоднократно описаны случаи внушения, при которых пациенту становится легче от банального измерения артериального давления или от назначения капельниц с физраствором. Все эти особенности предрасполагают к тому, что терапевт должен быть доктором, с которым можно поговорить.

Помимо уже описанных нами типов врачей, следует выделить ещё некоторые, не имеющие широкого распространения в массовом сознании пациентов, но тем не менее существующие в реальности. К

таким типам следует отнести академического врача, врача-эксперта, врача-технолога, врача-исследователя и врача-администратора.

Академический врач занят преподаванием, имеет соответствующие звания и должность, его консультации обретают дополнительную социальную ценность и конвертируются в более крупные гонорары. Случаи, с которыми он сталкивается, нередко рассматриваются с точки зрения полезности их разбора на занятиях. Известны случаи, когда врачи этого типа неожиданно и настойчиво предлагали пришедшим на частную консультацию больным принять участие в лекционной демонстрации. Образ академического врача вполне соответствует более общему образу преподавателя высшей школы, что было нами подробно рассмотрено в других работах. При этом данная типологическая разновидность вполне может сочетаться с трикстерским типом, о чем мы также подробно писали. Ставшие классическими образы Преображенского (созданные как Евгением Евстигнеевым, так и Максом фон Зюдовым) несомненно, помимо актёрского мастерства, были семиотизацией, облечением в зрительные формы именно устойчивой мифологизации академического врача. Следует выделить и довольно часто встречающийся типаж врача-преподавателя, совмещающего несколько должностей одновременно. Связано это не только с низким уровнем заработной платы (эту причину следует признать первоочередной), но также и с особенностями научного процесса в медицине. Нередко врач академического типа может быть практикующим врачом, который обучается в аспирантуре и параллельно преподаёт с целью накопления преподавательского стажа. Такой типаж клинициста-преподавателя достаточно широко известен студентам-медикам старших курсов: это преподаватель, умудряющийся объяснить сложнейшие и объёмнейшие темы за десять–пятнадцать минут; хронически опаздывающий и отсутствующий все остальное время занятия. У таких преподавателей занятия порой сводятся к проверке посещаемости в начале и к объяснению темы занятия в конце. Все остальное время студенты могут быть предоставлены сами себе; впрочем, порой они могут привлекаться средним медицинским персоналом для вспомогательных работ. Широкие массы обычно аттестуют этот тип как «эти все могут, но так не скажут, к ним подходы нужны».

Тип врач-эксперт самым непосредственным образом оказывается втянут в существование медицины как социального института. Процедура экспертизы (в любом варианте, будь то экспертиза криминальной смерти, судебно-психиатрическая или даже экспертиза стойкой утраты трудоспособности) может требовать серьёзной квалификации и нестандартного мышления (работники бюро судебно-медицинской экспертизы и сотрудники подобных же комиссий), а может сводиться к тривиальным процедурам анализа уже готовой документации и согласования этих данных с определёнными официальными документами (врачи учреждений медико-социальной экспертизы, врачи-эксперты призывных комиссий,

врачи-эксперты в области профессиональной патологии и т. д.). В последнем случае не деградировавшие профессионально специалисты являются в этой среде скорее счастливым и необычным исключением. Данная тенденция усугубилась с тех пор, когда к экспертной работе врачи иного профиля привлекаться практически перестали, а соответствующие медико-административные экспертные структуры обособились и предельно бюрократизировались. Эксперты часто характеризуются эвристикой «они все за деньги, им дать надо, дашь – вот и сделают всё».

Тип врача-технолога в генезисе медицинской науки возникает сравнительно поздно. Технологи широко распространены среди рентгенологов, врачей ультразвуковой диагностики, и т. д. Обязательная черта такого специалиста – умение обращаться с медицинской техникой и давать заключения только в тех пределах, которые определены функцией данного специалиста в медицинском учреждении, если только эти пределы не расширены специально тем или иным образом (примером может служить образ рентгенолога Юды Нохемовича Мительмана в книге Иона Дегена «Портреты учителей» [2, с. 55–59]). С дальнейшим развитием технического прогресса роль врачей-технологов увеличивается, но их место в диагностике и терапии (с учетом почти повсеместного превращения диагностического процесса в процесс коллективный и многоэтапный) при этом существенно не расширяется. Врачи-технологи характеризуются следующим образом «там такая аппаратура, кроме него никто не разбирается».

Врач-администратор занят целиком или преимущественно организационной, административной работой. Не без оснований говорят, что врачи этого типа сравнительно быстро теряют профессиональные навыки, так что после длительной работы на административной должности их квалификация снижается, порой существенно, хотя продолжает подтверждаться документами, сертификатами и т. д. Для предотвращения такой деградации многие продолжают активно консультировать, оперировать и т. п., а также подбирают кадры помощников таким образом, чтобы значительную часть непосредственной служебной нагрузки можно было бы переложить на них, разгрузив себя психологически и высвободив время для «чистой медицины». Нелепые нововведения администратора могут порой дезорганизовать работу целого лечебного учреждения и способствовать его деградации, оттоку специалистов и формированию дурной репутации заведения, к услугам которого прибегать не следует. Очень часто переход в данный тип мотивирован материальной заинтересованностью, однако порой от предлагаемых должностей отказываются именно из-за опасности профессиональной деградации. Известная в медицинских кругах шутка о том, что «отличники становятся врачами, а двоечники – главными врачами», отнюдь не лишена известной почвы в виде перехода на административную должность при помощи родственных связей, знакомств и «подковерных интриг».

Уровень медицинской грамотности при этом у таких специалистов за-предельно низок, но навыки выживания и подхалимства на высоте.

Тип врача-исследователя связан с основным видом его деятельности – экспериментальные или иные нетривиальные работы, связанные с добыванием достоверного знания. Такой врач-исследователь в полной мере соответствует «социологически-амбивалентным» критериям ученого, указанным Р. Мертоном в рамках его аналитической концепции этоса классической науки. Укажем эти девять полярных императивов, в рамках которых действует ученый: 1) он должен как можно быстрее передавать свои научные результаты коллегам, но он не должен торопиться с публикациями; 2) быть восприимчив к новым идеям, но не должен поддаваться интеллектуальной «моде»; 3) стремиться добывать такое знание, которое получит высокую оценку коллег, но работать он должен, не обращая внимания на оценки других; 4) защищать новые идеи, но не должен поддерживать опрометчивые заключения; 5) прилагать максимальные усилия, чтобы знать относящиеся к его области работы, но при этом помнить, что эрудиция иногда тормозит творчество; 6) быть крайне тщательным в формулировках и деталях, но не должен углубляться в педантизм, ибо это идет в ущерб содержанию; 7) всегда помнить, что знание универсально, но не должен забывать, что всякое научное открытие делает честь нации, представителем которой оно совершено; 8) воспитывать новое поколение ученых, но не должен отдавать обучению слишком много внимания и времени; 9) учиться у крупного мастера и подражать ему, но не должен походить на него [7, с. 11].

Нередко врач-исследователь, как и врач академического типа, совмещает два фронта – исследовательскую и лечебную работы. При этом клиническая работа может быть базисом для научных исследований. Так, клинический анализ новых методов оперативных вмешательств, новых лекарственных средств либо исследование старых лекарственных препаратов в других условиях – все это немислимо без четкой клинической базы. Иногда регистрируются случаи клинических исследований без необходимой на то санкции; но в современных условиях это скорее исключение: любая научная работа, связанная с экспериментом, особенно – клиническим, должна пройти этап комиссии по биомедицинской этике.

Все названные нами типы могут пересекаться между собой. Так, врач-исследователь редких (орфанных) заболеваний в связи со спецификой данной патологии может являться координатором исследовательского проекта, объединяющего клинические больницы нескольких городов, районов и областей. При этом данные о том или ином пациенте с редкой патологией могут в электронном виде передаваться в научно-исследовательский центр непосредственно координатору проекта. Этот же координатор косвенно (через лечащих врачей) курирует лечебно-диагностический процесс каждого пациента с редким заболеванием.

При этом «набирается» достаточно большой статистический материал, на основании которого могут даваться клинические рекомендации, отвечающие критериям доказательной медицины. Таким образом, например, проходят клиническое исследование различные химиотерапевтические протоколы ведения больных с гемобластомами. При этом врач-исследователь-координатор проекта может выступать и как администратор проекта, и как преподаватель медицинского вуза. Данный тип обычно характеризуется как «занимающийся наукой», причем коннотации могут быть как положительными, так и негативными («занимается, а лечить-то не умеет»).

Появление данных «композитных», составных типов, следует расценивать скорее как достоинство, успешно противостоящее сверхспециализации, наметившейся в медицинской науке сравнительно давно. Для такого совмещения нескольких видов деятельности требуется достаточно высокая работоспособность и мощный интеллект. Как правило, такие врачи обладают обширными (порой – энциклопедическими) знаниями не только во многих разделах медицинской науки, но и в областях, от медицины далеких: юриспруденции (особенно это касается судебных медиков), экономике (врачи-администраторы), философии науки и медицинской статистике (врачи-исследователи) и т. д.

В современном обществе также выделяется ряд врачебных типов, стигматизированных как резко отрицательные. К ним относят типы «врачей-вредителей», «врачей-коммерсантов» и «врачей-глупцов». Коротко охарактеризуем каждый из этих типов.

Квинтэссенцией антимедицинских настроений выступает миф о «врачах-вредителях», который сейчас начинает переживать второе рождение, в силу массового недовольства людей бюрократизмом медицины и сомнительным качеством обслуживания. Именно эти чисто социальные причины могут послужить детонатором для генерирования мифа. Знаменитое «дело врачей» 1947 г. уже имело предысторию в виде Третьего Московского процесса (осужденные врачи Д.Д. Плетнев, Л.Г. Левин, И.Н. Казаков). Тогда же появилась и знаменитая стигма «врач-вредитель». На сегодняшний день миф о существовании определенной группы врачей, заинтересованных в убийстве пациентов, продолжает активно развиваться. Причины появления столь устойчивой мифологемы, при этом не вопиюще противоречащие реальности, многочисленны. Во-первых, это нарастание в обществе антимедицинских настроений. Во-вторых, особенность мифологического сознания не допускает права на врачебную ошибку и возможный летальный исход, зато щедро наделяет его всемогуществом (не помог, значит, не хотел). Очевидный факт, что у каждого практикующего врача есть свое кладбище, обыденным сознанием совершенно опускается. Часто на этом «кладбище» оказываются инкурабельные пациенты либо курабельные, но обратившиеся слишком поздно; пациенты с непредвиденными реак-

циями и осложнениями на терапию; пациенты, умершие от длительных хронических заболеваний (обычно уже декомпенсированные), не говоря о суицидентах разных типов. Обыденная мифология до сих пор воспринимает врача как волшебника, способного оживлять умерших. Многие готовы цепляться за последнюю, призрачную надежду, не понимая, что использование средств последней надежды влечет за собой риск. Примером могут служить совершенно фантастические (похожие на подражания Щедрина) идеи Григория Грабового о «запрете смерти на территории РФ» и воскрешении из мертвых. Тем не менее на эти, казалось бы, абсолютно фантастические идеи, обыденное сознание «клюнуло».

Формированию мифа о «врачах-вредителях» способствует и особенность обыденного сознания приписывать положительные прогнозы действию высших, трансцендентальных сил, а отрицательные – влиянию человека. Общеизвестный тезис «Если вылечили – Бог помог, а умер – врачи зарезали» сегодня, к сожалению, продолжает восприниматься как самоочевидная вещь. Предрасполагают к этому и средства массовой информации, нагнетающие соответствующую атмосферу вокруг каждого медицинского судебного разбирательства. При этом количество спасенных жизней, которых, как правило, больше, нежели летальных исходов, во внимание не принимается. Сюда же примыкают бытовые рассказы о неких «противораковых витаминах» (сюжет, распространенный в среде неоязычников, вообще негативно настроенных к врачам и пропагандирующих стихийную натуропатию, в частности питье соков в больших количествах²), не допущенных к продаже благодаря сговору врачей; о выведении в «секретных лабораториях» новых вирусов, как реальных, так и являющихся нелепой выдумкой непрофессионала, вроде «вируса хронической усталости» (вирусная природа которого пока достоверно не доказана, а соответствующая гипотеза говорит не о вирусе СХУ, а о предполагаемом вирусе хронической нейроинфекции, симптомом которой и оказывается хроническая астенизация) и даже «вируса сумасшествия», с последующим их забросом на определенную территорию. Отсутствие грамотности создает режим наибольшего благоприятствования активизации мифологем: там, где не знают различия между бактериями и вирусами, будут охотно слушать юродивого «лектора», рисующего на доске схему пищеварительного тракта бактерий.

Мифологема «врача-коммерсанта» сегодня напрямую коррелирует с ожиданиями общества «врачей-бессребренников», представления о которых сильно примитивизированы. Активно продуцируемые слухи о вымогательствах медиков, о «сговоре» врачей и фармацевтических корпораций имеют под собой достаточно четкий базис в виде мифа о «бесплат-

² Отечественные авторы даже описали особую секту «сокопивцев», пропагандирующую как панацею от всех болезней именно такой метод «исцеления» [3, с. 82]

ности» медицины, хотя, переходя в сферу нетрадиционной медицины, люди охотно соглашаются платить, ведь мифологическое и магическое сознание требует обязательных жертв в обмен на получение благ. Миф о «враче-бессребреннике», уходящий корнями в прошлое, предусматривал, перефразируя известное высказывание, «медицину для всех, даром; и пусть никто не уйдет обиженным». Разговоры о «бесплатности» советской медицины также пребывают в обывательском регистре – медицина, особенно – высокотехнологичная, бесплатной не была никогда. «Бесплатная» для пациентов медицина оказывается де-факто и де-юре платной для всех налогоплательщиков. При этом львиная доля налоговых отчислений например, в страховой медицине, уходит на нужды самой системы: оплату денежных транзакций при движении средств от страхователя к страховщику и обратно, на экспертизу страховыми компаниями страховых случаев и т. д. При этом система обязательного медицинского страхования предусматривает строго определенный набор медицинских услуг; любые другие медицинские услуги сверх этого набора могут быть платными. Непонимание этого очевидного факта ведет к ожиданиям «врача-бессребренника», работающего 24 часа в сутки даже во время отпусков и выходных и питающегося исключительно шоколадками, конфетами и цветами, щедро подносимыми больными как самое высокое вознаграждение³.

Сегодняшняя медицина – это в первую очередь технологии, создаваемые и эксплуатируемые по базовому принципу любой рыночной экономики: принципу выгоды. При этом в страховой медицине, равно как и в платной действует определенный план, выполняя который врач имеет право если не на получение дополнительных прибавок к базовому окладу, то как минимум – на отсутствие строгого выговора от начальства.

Миф о «враче-глупце» сегодня активно распространяется, причем не только среди деятелей альтернативной медицины. Наметившаяся сегодня культурная тенденция к профанации науки и вообще – к десциенции и гносеомахии, коснулась и медицины. В предыдущих работах мы уже указывали на наметившийся «мифологический ренессанс»: сегодня не просто всякая санитарка, но и люди, совершенно далекие от медицины, полагают, что они способны разбираться в медицинской науке не хуже самих медиков. Данная мифологема есть закономерный исход антимедицинских настроений в обществе. Иначе говоря, если, по мнению пациента, врач «ничего не понимает», при этом еще «грубит» и «вымогает», имеет смысл об-

³ Подарки больных врачам и среднему медицинскому персоналу – излюбленная тема многих медицинских интернет-сообществ. Диапазон «подношений» варьирует от традиционных конфет и шоколадок до «подарков», унижающих достоинство врача: недоеденных больными продуктов питания (надкусанных яблок, початых бутылок пива и водки); начатых рулонов туалетной бумаги, упаковок жевательной резинки, ношенных капроновых колготок и т. д. [8].

ратиться к посредникам «высших сил», обладающих «тайным знанием»: к колдунам, шарлатанам и т. д. Невежественное мифомагическое сознание нелепо мечется между религиозным поклонением современным технологиям и вульгарной гносеомахией, приправленной уринотерапией и диагностикой кармы с помощью рамок, возлагая при этом ответственность за все неудачи на кого угодно, кроме себя. В таком случае само сообщество пациентов, включая и потенциальных, берет на себя немалую часть ответственности за нежелательные последствия и плохие исходы. Ответственности, как нередко бывает в делах социальных, комплементарной и дистрибутивной⁴.

Список литературы

1. Введение в биоэтику: учеб. пособие. М.: Прогресс-Традиция; 1998. 384 с.
2. Деген И. Портреты учителей. Тель-Авив: Б.и., 1992. 219 с.
3. Карташевич-Розенфельд П.В., Иваниченко Н.Л. Современные ереси и секты. М.: ГЕРС, 2009. 105 с.
4. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. К вопросу о мифологическом в медицинском дискурсе. Социолого-этнографический очерк // Вестник Тверского государственного университета. Серия: «Философия». 2014. №3. С. 53–68.
5. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. Философия и история науки: место истории медицины в современном вузе, социальное освоение и институционализация // Вестник Тверского государственного университета. Серия: «Философия». 2014. №2. С. 30–42.
6. Механик А. Пирамида Семашко // Эксперт. 2011. № 30–31 (764). С. 68–72.
7. Мирская Е.З. Р.К. Мертон и этос классической науки // Этос науки на рубеже веков. М.: ИФ РАН, 2005. С. 11–27.
8. «Подарки врачам от больных: колготки, колбаса и початая водка»: Комсомольская правда 19 марта 2010 г. [Электронный ресурс] URL:: <http://www.kp.ru/daily/24458/621010/#comment> Дата обращения: 20.01.2015.
9. Евстифеева Е.А., Расседин С.В., Филиппченкова С.И. Новые направления исследований в психологии здоровья // Вестник Тверского государственного технического университета. Серия: Науки об обществе и гуманитарные науки. 2013. № 1. С. 6–15.

⁴ Работа выполнена в рамках деятельности Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество).

MYTHOLOGIZING THE DOCTOR'S IMAGE UNDER THE CONDITIONS OF SOCIAL USE AND INSTITUTIONALIZATION OF MEDICINE

V.Yu. Lebedev, A.V. Fedorov

Tver State University, Tver

The article examines mythologizing of doctor's image in the minds of patients. The frames of doctors' evaluation often vary from strongly positive to strongly negative without halftones. The objective assessment of medical practice today is a fairly serious problem, both among patients and among specialists in medical science. In everyday consciousness, one or another group of doctors is often endowed with certain group characteristics. The authors propose their own typology of mythological views on doctors. According to this mythology, there are doctors belonging to magical type, medical humanists, socialist type doctors, and doctors tricksters. In addition, in medical culture, there are academic physicians, doctors-experts, technologists, researchers, and administrators. In particular, the article highlights the types of doctors portrayed in the mass consciousness in strongly negative terms. These are the myths of «doctors evil», «doctors-businessmen», and «crazy doctors».

Keywords: *doctor, mythologizing, evaluation frames, everyday consciousness.*

Об авторах:

ЛЕБЕДЕВ Владимир Юрьевич – доктор философских наук, профессор кафедры социологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», Тверь. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

ФЕДОРОВ Алексей Васильевич – студент ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия», ассистент Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество), Тверь. E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru

Author's information:

LEBEDEV Vladimir Yurievich – Doctor of Philosophy, Professor of Sociology Dept., Tver State University, Tver. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

FEDOROFF Alexey Vasilievich – Tver State Medical Academy, student. Assistant of the laboratory of multidisciplinary research in bio-sociology and bio-philosophy (Rissians Phylosophical society). E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru