

Обзорная статья

УДК 614.253:616-052

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-51-57>

## Размышления об этике пациента

Георгий Саввич Табатадзе<sup>1</sup>, Ольга Владимировна Костенко<sup>✉1</sup>, Виолетта Георгиевна Табатадзе<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

<sup>2</sup>Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2, Волгоград, Россия

**Аннотация.** В статье рассматривается одна из наименее исследованных нравственно-этических проблем – поведение пациента по отношению к врачу и медперсоналу. Показано, что субъективные нравственно-психологические качества пациента имеют важнейшее значение. Анализируется такой важный фактор, определяющий поведение пациента, как мотивации, которыми он руководствуется. Выделяются нравственно-этические качества пациента, необходимые для гармонизации отношений «пациент – врач». Многолетние эмпирические наблюдения в системе взаимоотношений пациента и врача позволяют обосновать выводы, что характер связей между ними опосредуется целями, которыми они руководствуются; что поведение пациента зависит от уровня его духовности, его нравственно-этических качеств, интересов, ценностей; что гармонизация отношений врача и пациента обеспечивается не только тем, что врач «должен», но и тем, что «должен» пациент, то есть совместными усилиями.

**Ключевые слова:** врач, пациент, мораль, нравственные нормы, нравственные ценности, мотивации, нравственно-этическое поведение, медицинская этика

Статья поступила 10.12.2021; принята к публикации 20.02.2022; опубликована 15.05.2022.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-1-51-57>

## Reflections on the ethics of the patient

Georgy S. Tabatadze<sup>1</sup>, Olga V. Kostenko<sup>✉1</sup>, Violetta G. Tabatadze<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

<sup>2</sup>Children's Clinical Dental Polyclinic No. 2, Volgograd, Russia

**Abstract.** The article deals with one of the least studied moral and ethical problems – the behavior of the patient in relation to the doctor and medical staff. It is shown that the subjective moral and psychological qualities of the patient are of crucial importance. Such an important factor determining the patient's behavior as the motivations that guide him is analyzed. The moral and ethical qualities of the patient necessary for the harmonization of the patient-doctor relationship are highlighted. Long-term empirical observations in the system of patient-doctor relationships allow us to substantiate the conclusions that the nature of the connections between them is mediated by the goals they are guided by; that the patient's behavior depends on the level of his spirituality, his moral and ethical qualities, interests, values; that the harmonization of doctor-patient relations is ensured not only by the fact that the doctor "should", but also by what the patient "should", i.e. by joint efforts.

**Keywords:** doctor, patient, morality, moral norms, moral values, motivations, moral and ethical behavior, medical ethics

Submitted 10.12.2021; accepted 20.02.2022; published 15.05.2022.

С древних времен людям, занимающимся врачеванием, уделялось особое внимание, к их моральным качествам, нравственному облику, внешнему виду предъявлялись особые требования. Но в процессе врачевания участвуют две стороны. Пациент является одним из активных участников этого процесса. Поэтому его нравственно-этическое поведение по отношению к врачу – это не менее важная сторона медицинской этики. Этой стороне вопроса уделялось

и уделяется недостаточно внимания. В древних источниках мы находим лишь фрагменты этических наставлений пациенту. Можно отметить, например, отдельные рекомендации по уважительному отношению к врачу в Древнем Египте, Древней Индии (буддизм). Гиппократ наставлял пациента следующим образом: «Жизнь коротка, путь искусства долог, удобный случай скоропреходящ, опыт обманчив, суждение трудно. Поэтому не только сам врач должен

употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности», или другое его высказывание: «больной должен вместе с врачом бороться с болезнью». И сегодня дело обстоит не на много лучше.

Сложилось превратное представление о том, что пациент всегда прав. Одностороннее понимание одного из основных принципов Гиппократов «Не навреди» привело к такому положению в медицине, при котором почти во всех конфликтах виновными остаются медицинские работники. Между тем, многое в лечении и профилактике зависит от усилий обеих сторон. И здесь очень важно не только этическое поведение врача, но и нравственное поведение пациента. В силу невоспитанности, низкой культуры части населения еще не редки случаи нетактичного поведения отдельных категорий пациентов, что вызывает соответствующую реакцию врача. Грубость, фамильярность, ничем не обоснованные претензии на получение того или иного вида медицинской помощи, а то и хулиганские выходки — далеко не полный перечень нарушений лиц, обратившихся за помощью к медицинским работникам. И неслучайно медики поднимают вопрос о моральном и правовом воздействии на таких нарушителей.

Очевидно, что соблюдение врачом нравственных норм во многом зависит и от нравственного поведения пациента. Дело в том, что в рамках сегодня понимаемой медицинской этики, когда речь идет в основном о врачебной этике, невозможно комплексно описать этические отношения в медицинской практике, так как рассматривается в этом случае одна сторона реализации этических норм — со стороны врача, но не другая сторона — пациент. Именно во взаимосвязи сторон полноценно реализуются нравственно-этические качества. Врач и пациент — объективно носители этики, но именно в их взаимодействии проявляется субъективная сторона применения нравственно-этических принципов и норм.

Нравственно-этическое поведение врача и пациента по отношению друг к другу — это сложная проблема философско-психологического характера. Главное — это культурно-нравственный уровень участников этих отношений. Контакт «врач — пациент» является межличностным и его результат в равной степени зависит от двух сторон. Такая общепринятая норма, как «пациент всегда прав», не может эффективно работать в этой системе отношений. Только высокий культурный и нравственный уровень обеих сторон позволяет избежать негативных, конфликтных ситуаций.

Отношения между двумя участниками всегда являются объективно-субъективными. К. Маркс писал, что «сущность человека есть абстракт, присущий отдельному индивиду» [1]. Объективно-субъективная основа действий пациента связана с чувством самосохранения, и нравственное поведение направлено на достижение этой цели. Нравственно-этические и моральные качества пациента являются индивидуальными по форме выражения, но имеют социальное

содержание. Этика пациента базируется на общепринятых нормах поведения и морали, дополняясь личным отношением к своему заболеванию, конкретному врачу, медицинским работникам и медучреждению. Пациент попадает в принципиально другую жизненную ситуацию, отличную от его повседневности, невольно испытывает психологический стресс. Поэтому общепринятые нормы нравственного поведения человека в таких экстремальных для пациента условиях искажаются, а нередко вообще нарушаются и возникает ситуация, когда взаимоотношения с врачом и медперсоналом зависят именно от этического поведения пациента. Важнейшую роль здесь играют субъективные нравственно-психологические качества пациента. Как говорил Марсилио Фичино, важно, что победит в нас: «Зверь в нас — это инстинкт, человек в нас — разум» [2].

Определяя поведение пациента через психические и духовные его характеристики, следует отличать «нравственное поведение человека вообще» от его нравственного поведения в изменившихся условиях. Болезнь создает психологическое напряжение, которое уменьшается только путем установления позитивного контакта с врачом и успешностью лечения. Эмоции, которые определяют поведение пациента, нередко затрудняют понимание им своего состояния, и только врач может разъяснить его положение и возможные последствия. Личность пациента есть системное качество, приобретаемое индивидом в процессе совместной деятельности и общения, стороны делятся информацией и ее оценкой и принимают совместное решение [3].

Пациент перестает быть независимым человеком, теперь он нуждается в людях, от которых зависит его здоровье, которые смогут удовлетворить его желание вылечиться и быть здоровым. Он начинает осознавать свое реальное положение, необходимость взаимопонимания между ним и медперсоналом и соответственно перестраивает свое эмоциональное состояние и нравственно-этическое поведение. Стремление пациента взаимодействовать с медперсоналом, зарождение веры в их возможности вынуждают его вести себя дисциплинированно, проявлять уважение к медперсоналу. Это есть основа установления партнерских отношений между ними.

Одним из важных факторов, влияющих на поведение пациента, являются мотивации, которыми он руководствуется. Мотивации являются источником поступков пациента, направленности его мышления. Различные мотивации обуславливают поведение пациента и побуждают действовать определенным образом и в определенном направлении, но основным мотивом является стремление к полному выздоровлению. На его мотивации, на его эмоциональное состояние влияет противоречивое сочетание, используя термины З. Фрейда, «инстинкта жизни» и «инстинкта смерти». Пациент как бы отчуждает от себя свое здоровье, ощущая превосходство врача. И такая морально-нравственная ситуация трансформирует его этические ценности. Это проблема моральная и психологическая

для обеих сторон. «Эго» пациента не может смириться, что борьба «инстинкта жизни» и «инстинкта смерти» зависит не от него. И как только он преодолевает подобное отчуждение, он, реально оценив ситуацию, преодолевает свое «эго». И отношения «пациент – врач» нормализуются.

Фрейд, наблюдая за своими пациентами, говорил, что пациент может влюбиться во врача, или, наоборот, бояться, и даже ненавидеть его. Не впадая в такие эмоциональные крайности, отметим, что речь не идет о любви и прочих сентиментах в отношениях пациента к врачу. Врач может и не нравиться пациенту. Любить и ненавидеть тех, с кем вступаешь в отношения по поводу своего здоровья, вовсе не обязательно. А вот сотрудничество, уважение, терпимость, понимание особенностей характера врача необходимо. В равной степени это относится и к врачу.

Таким образом, субъективное нравственно-этическое поведение пациента определяется сложившимися объективными факторами, которые определяют его действия и поступки. Проблема в том, насколько рационально пациент может осмыслить и оценить свое положение и действовать рационально. Осознание объективной реальности и преодоление своего «эго» позволяет пациенту полноценно взаимодействовать с врачом, тем самым включиться в процесс лечения, стать его участником. Но, это не значит, что пациент уже не может объективно воспринимать врача и объективно оценивать его действия, воспринимать все, как есть. Диалектика объективного и субъективного состоит в том, что его объективность нарушается озабоченностью своим здоровьем, желанием видеть улучшение своего здоровья, исцеление.

Если применить Гиппократовский принцип «Не навреди», который относится к деятельности врача к пациенту, то можно считать главным принципом поведения больного – «Не навреди себе сам». С одной стороны, этот принцип объективный, так как больной в целом зависит от врача, с другой стороны, субъективный, так как зависимость пациента относительна, ибо в процессе лечения он предъявляет требования к медицинскому персоналу: требует внимания, вежливости, качественного лечения и т. п. При этом пациент часто проявляет недоверие к врачу, нетерпение, предъявляет необоснованные претензии лично врачу. Пациент забывает, что медицинский персонал – это люди, которым не чужды все человеческие эмоции, симпатии и антипатии.

Важных нравственно-этических качеств пациента, необходимых для гармонизации отношений с медперсоналом, значительно меньше, чем предъявляется врачу и медперсоналу. В общем контексте их следует рассматривать как понимание ответственности пациента перед собой и перед медицинским персоналом. Выделим наиболее существенные, на наш взгляд, нравственно-этические качества пациента, необходимые для гармонизации отношений «врач – пациент»:

- пациент должен управлять своими эмоциями, не вести себя конфликтно и уметь поддерживать хорошие отношения с медицинским персоналом;

- уважать личность врача и медработников, независимо от национальной и половой принадлежности, его религиозных, этнических чувств и т. п. Основной принцип этики – «уважение прав и достоинств человека» – может быть сформулирован в данном случае как уважение достоинства, личности врача;

- пациент должен доверять профессионализму врача, доверять медицинскому персоналу. Если пациент доверился врачу, следует доверять ему во всем. Только на этой основе может сформироваться готовность к сотрудничеству и взаимопониманию, стремление следовать предписаниям врача. Врачи и медперсонал очень болезненно переживают все проявления неуважения и недоверия к ним;

- на основе принципа «не навреди себе сам» весь процесс лечения со стороны пациента должен строиться на понимании, что действия врача направлены на его излечение.

Отметим, что пациент должен сознавать, что его жалобы, как ему кажется, на неудовлетворительные действия врача и медперсонала, особенно если они оскорбительны, вызовут соответствующую, естественно негативную, реакцию врача и всего медперсонала.

Конечно, при всей зависимости от врача, пациент относительно самостоятелен. Его свобода «заключается в том, что пациент должен дать согласие на лечение, причем оно должно быть информированным, то есть врач должен предложить больному все варианты помощи, которую он может оказать с обоснованием и прогнозом последствий. Само по себе это бывает проблематично, да и пациенты часто руководствуются соображениями немедицинского характера в выборе варианта лечения» [4], например, стоимостью лечения. Выбор всегда определяется возможностями и интересами пациента. Нередко пациенты не считают себя больными и поэтому к роли пациента адаптированы плохо. Их поведение создает лишние проблемы врачу. «Врач несет юридические и этические обязательства перед своим пациентом и должен оказать ему компетентную медицинскую помощь, основываясь на реальной необходимости для пациента, а не на том, что считает нужным кто-то еще» [5]. В то время как пациент такой ответственности, в общем-то, не несет, только в экстремальном случае.

Часто пациент не может оценить свое состояние, не проявляет готовность принять предлагаемый курс лечения, вплоть до отказа от медицинской помощи. Это обусловлено, как показали исследования, например, Табатадзе В.Г. [6], возрастом, социальным положением, уровнем культурного развития, местом проживания, типом высшей нервной деятельности, темпераментом, умственным развитием, положением в семье. Единственно, что может врач, в таких ситуациях, это попытаться, уважая личность пациента, убедить его в необходимости лечения, в принятии оптимальной стратегии лечения. Нормальной, в этом смысле, в ходе медицинского лечения следует считать ситуацию, когда пациенты вовлечены и активно участвуют в процессе принятия решения. Однако, на наш взгляд, активность пациента в принятии решения

о курсе лечения проявляется как право «совещательного голоса», так как последнее слова все равно за врачом.

3. Фрейд выделял четыре психологических механизма поведения человека (имитации, идентификации, чувства стыда и вины) [7]. Рассмотрим их применительно к поведению пациента.

Имитация и идентификация – механизмы, которые определяют конкретное поведение пациента. Например, нередко пациент попадает под влияние поведения других больных и имитирует их поведение, как негативное, так и позитивное, особенно в том случае, когда диагнозы совпадают. Пациент может задаться вопросом – почему диагнозы совпадают, а курс лечения отличается, тем самым у него возникают «лишние» вопросы к врачу, что, конечно, не способствует нормализации отношений с врачом.

Стыд и вина, с одной стороны, представляют собой негативные качества, так как сковывают действия пациента, принятие им решения, изменяют его рациональное отношение к реальности. С другой стороны, позитивные механизмы, поскольку они ограничивают определенное поведение или подавляют его, способствуют эмоциональному перестроению, рациональному восприятию ситуации, отходят на задний план неприятные ожидания, чувство угрозы его здоровью со стороны медицинских работников, что, в итоге, способствуют позитивному взаимодействию пациента с врачом.

Любые действия пациента по отношению к медперсоналу – это отношения, связанные с его нравственно-этическими принципами, он либо соблюдает их, либо нарушает их. Это основа поведения пациента, его ответственности перед собой и медперсоналом. Соответственно не только статус больного, но и его нравственно-этические качества определяют отношение к нему всего медперсонала.

Поведение пациента основано на моральных идеалах соответствующего общества. В общепсихософском плане становление этики пациента следует рассматривать как процесс его социализации, то есть как определенный процесс освоения им этических норм, принятых в данном обществе. Это происходит в результате его субъективного восприятия этих норм, влияния семейных традиций, религиозных предписаний, норм, возникающих в общении с другими людьми и т. п. Пациент оценивает и приобретает общепринятые качества, ценности, убеждения, формы поведения, то есть социализируется осознанно. Попадая в новое для себя положение, пациент, осознавая его, социализируется как бы заново.

Нравственно-этическое поведение пациента охватывает различные противоречивые нормы и ценности, которые регулируют его образ действий по отношению к медработникам. В сложившейся устойчивой социальной системе протекание таких событий обычно строится в соответствии с определенными нормами, за выполнением которых никто специально не следит, но которым люди, тем не менее, следуют достаточно строго. В своей

совокупности эти нормы, которых придерживается каждая из сторон в ходе регулярных взаимодействий, очерчивают то, что принято называть социальной ролью.

Поэтому можно говорить о социальной роли врача и социальной роли пациента. Наличие этих ролей и норм организует действия сторон: каждая из них, вступая в контакт, более или менее отчетливо представляет себе, чего следует ожидать от другой стороны и чего ожидает от нее другая сторона. Такая определенность взаимных ожиданий может не только упорядочивать отношения «врач – пациент» и облегчить взаимодействие, но и усложнить отношения, если эти ожидания не оправдываются. Тогда, «как правило, обе стороны, чаще всего даже не осознавая этого, ведут себя в ходе взаимодействия так, «как положено», «как принято» [8]. На наш взгляд, это наихудший вариант взаимоотношений между врачом и пациентом, ибо строится на общепринятом и содержит в себе безразличие врача к пациенту и пациента к врачу. Для каждого из них существует, так сказать, «врач вообще» и «пациент вообще». Такое взаимодействие можно назвать безличностным, или деперсонализированным. Также обезличенными являются отношения врача и пациента, когда врач, как специалист, не признает мнения пациента и доминирует в ходе всего лечения.

Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности. Но этот стандарт должен быть дополнен и обязательным уважительным отношением пациента к врачу как личности.

Другой вариант построения отношения «пациент – врач» основывается на их отношениях как личностей, в нравственно-этическом смысле, признающих и уважающих друг друга. Конечно, эти личности находятся при этом в неравном положении. Врач обладает определенными научными знаниями, опытом и умеет их применить. Пациент при этом ведет себя дисциплинированно, выполняя все предписания врача. Наибольшей свободой действий, свободой принимать решения обладает врач, а чтобы его уважали и доверяли, врач не должен злоупотреблять этой свободой. Наоборот, его свобода действий должна способствовать установлению взаимопонимания между ним и пациентом.

Считается, что наиболее оптимальные нравственно-этические отношения «пациент – врач» возникают тогда, когда пациент равноправен в своем взаимодействии с врачом, когда пациент информирован настолько, что может обсуждать с врачом и спорные вопросы. «Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы... Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает

равенство достоинства и уважения, ... общность ценностей, которым каждая из сторон привержена» [9]. С этим мнением можно согласиться только в общесоциологическом плане, но не в нашем случае. Уже изначально пациент не равноправен с врачом, как в юридическом, так и в этическом плане. Не может быть равноправия в вопросах, которые относятся к компетенции врача. Более того, врач и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентаций, они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. Единственной основой их гармоничных отношений может стать совпадение интересов: один стремится вылечить, другой – вылечиться. Наиболее полное совпадение интересов характерно для ряда болезней, которые принято называть хроническими. В этом случае чаще всего достигается взаимопонимание, и внимание к мнению друг друга позволяет выработать решение о том или ином медицинском назначении совместно.

Несколько отличаются спецификой взаимоотношения пациента и врача при контрактных отношениях. Здесь на первый план выступают материальные возможности пациента, в соответствии с которыми врач предлагает варианты лечения и объясняет возможные последствия. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. Но, в конечном счете, пациент все равно оказывается зависимым от врача. Однако данная зависимость регулируется условиями контракта, и если они не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным и обратиться к другим специалистам.

Во взаимоотношениях между пациентом и врачом существуют ситуации, при которых отношения не могут быть нормальными:

- когда психологические, эргономические, профессиональные условия в клинике не «работают» на нравственную составляющую лечения. «Если же какой-то из этих компонентов нарушен, хотя бы он и не представал перед нами в виде морального агента лечения, негативное отношение пациента сразу примет форму отрицательной нравственной оценки деятельности врача и всего медицинского персонала клиники» [10];

- когда врач самостоятельно принимает решение;
- пациент выдвигает свое понимание причин и методов лечения, решение врач принимает под влиянием мнения пациента;

- пациент предъявляет большое количество жалоб на врача. Он убежден, что его «неправильно лечат».

Но даже в этих случаях «долг врача перед пациентом – приложить все свое умение для достижения запланированного результата, однако он не может полностью отвечать за пациента», а потому «пациент должен осознавать, что во многом успех лечения зависит от него самого» [11].

Одно из наиболее серьезных препятствий в установлении гармоничных индивидуальных отношений

«пациент – врач» – это следование обеих сторон сложившихся стереотипов. Например, «врач должен», «врач обязан», «пациент должен», «пациент обязан». Если обе стороны не могут освободиться от стереотипов, то существующая реальность искажается. Стереотипы мышления не дают возможности рационально мыслить и воспринимать ситуацию. Не менее серьезным препятствием являются иллюзии пациента. Они так же, как и стереотипы, искажают восприятие действительности, мешают рационально оценить свое положение, поскольку в мышлении преобладают не реализуемые надежды, мечты – «бог поможет!», «со мной этого не может произойти» и т.п. Пациент должен избавиться от поработающих его мышление стереотипов и иллюзий и, осознав действительность, вести себя сообразно с ней.

Как видно из вышесказанного, все сводится к мышлению пациента и его нравственно-этическим понятиям и ценностям, которыми он руководствуется. Мышление пациента, как и любого человека «... представляет собой сложную, иерархически упорядоченную систему неявных доминант, образцов, принципов, форм и категорий теоретического освоения мира» [12]. Положение больного провоцирует определенную корректировку ценностей и доминант, тем самым преобразует мышление пациента. Его мышление направлено на условия, в которых пациент оказывается и которые готовят изменения его нравственно-этических установок. Его мышление становится относительно самостоятельным, ибо выходит за рамки общепринятых правил, норм и традиций. Результатом его рациональной оценки ситуации являются конкретные действия, выбор поведения для достижения своей цели. Он может рационально оценить ситуацию как угрожающую ему, его индивидуальности, и тогда его поведение препятствует установлению контактов с врачом, изменению своего поведения в соответствии со сложившимися условиями. Чем выше уровень развития мышления пациента, тем больше возможностей установления нормальных этических отношений с врачом. На врача в такой ситуации ложится дополнительная морально-нравственная нагрузка, ибо он должен обладать определенными знаниями и навыками, чтобы научить пациента сотрудничать и взаимодействовать в процессе лечения. Он должен правдиво, уважая личность пациента, без иллюзий, показать пациенту истинное положение вещей. В этом плане взаимоотношения врача и пациента есть социальное взаимодействие в конкретной сфере, которое выражает характер связей между ними, связей, опосредуемых целями, которые каждая из взаимодействующих сторон преследует.

Разумное, рассудительное отношение пациента к своему положению позволяет ему объективно осмыслить необходимость единства его и медперсонала. Мысль о выздоровлении начинает преобладать в мышлении и определять целесообразные действия пациента. Теперь он осознает границы, что этически

допустимо и что этически недопустимо в его поведении, что поощряется, а что считается неприемлемым и неприемлемым для него в данных условиях. Это один из возможных вариантов поведения пациента.

Другой вариант эгоцентристский, он связан с субъективистским складом мышления пациента, для которого главное – он и его болезнь. Он и болезнь не разделимы. Пациент абсолютизирует себя как личность и начинает вести себя так, что отталкивает медперсонал. Он воспринимает врача и медперсонал как противоположные ему субъекты, а не как личности, интересуется только собой, своим состоянием, считает, что он должен быть главным объектом внимания врача и медперсонала, при этом не проявляет к ним должного уважения, не осознает своей личной моральной (нередко и юридической) ответственности за неблагоприятные последствия своих действий.

Третий вариант – личностно-психологической тип мышления пациента, он связан с готовностью и его возможностями целенаправленного восприятия и соответствующим пониманием того, что с ним происходит. Он стремится не разочаровать медперсонал своим поведением.

Но мышление пациента отягощено чертами его характера, который специфически противоречиво проявляется в данном случае. Как пациент ведет себя, как действует, как чувствует и воспринимает ситуацию, как мыслит, в значительной мере, определяется его характером. В его характере, как и любого человека, могут сочетаться противоположные качества, которые либо препятствуют установлению нормальных отношений с медперсоналом, либо способствуют. Способствуют такие черты характера, как уравновешенность, уступчивость, несамостоятельность, нерешительность, безразличность и способность приспосабливаться, слабая воля, зависимость от других людей и подверженность влиянию «авторитета» и т. п. Препятствия возникают тогда, когда пациент честолюбив, самостоятелен, а нередко властолюбив, вспыльчив, упрям, враждебен или критически настроен по отношению к врачу и медперсоналу, безответственен, то есть обладает качествами, которые делают его, как говорят врачи, «проблемным пациентом». Особенности характера пациента, в значительной мере, определяют нравственно-этическое поведение пациента.

Важным в отношениях пациента к врачу, с психологической точки зрения, может быть внешний вид врача, его манеры, жесты, мимика, манера общения. Справедливости ради отметим, что перечисленные факторы не менее важны и для врача в его восприятии пациента.

Таким образом, единственно главной нравственно-этической задачей пациента является установление гармоничных отношений с врачом и медперсоналом. Упрямство пациента, эгоизм, нежелание осознать реальное положение вещей, уважать медработников мешает увидеть действительность, в которой он существует. Осознать реальность, воспринять ее

такой, какой она является, есть единственная возможность, единственное моральное и интеллектуальное требование, которое должен осуществить пациент. Вместо того, чтобы быть наблюдателем, пациент должен стать участником лечебного процесса. Он должен не просто реагировать на слова врача и интерпретировать их по-своему, а понимать его. Но даже будучи вовлеченным, пациент должен оставаться объективным, то есть видеть врача, таким, как он есть, а не таким, каким он хочет его видеть. Как говорил древнеримский мыслитель Плавт Тит Макций: «Кто желает съест орех, должен разбить скорлупу» [13]. Пациент должен изменить себя психологически, не выискивать недостатки у врача и медперсонала, не судить о них по своим меркам, не требовать для себя чего-то особенного, не предъявлять невыполнимые требования, а действительно понимать, что выход в сложившейся ситуации может быть найден только благодаря совместным усилиям.

### Дополнительная информация

**Вклад авторов.** Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### Additional info

**Author contribution.** All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Funding source.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. В 30 т. Т. 3. М., 1955. 630 с.
2. Гордеева М. Сандро Боттичелли. М.: ООО Издательский дом «Комсомольская правда», 2010. 48 с.
3. Шамшури В.И. Правовые взаимоотношения между врачом и пациентом // Здравоохранение. 1998. № 6. С. 7–14.
4. Седова Н.Н. Мысли о биоэтике. Избранные статьи и фрагменты. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. 188 с.
5. Силуянова И.В. Патернализм и информированное согласие: этическое и правовое регулирование отношений «врач – пациент» // Медицинское право. 2005. № 2. С. 14–19.

6. Табатадзе В. Г. Взаимоотношения врача-ортодонта и ребенка-пациента в стоматологической практике: дис. ... кандидата медицинских наук. Волгоград, 2007.
7. Фрейд З. Социология. Основы общей теории. М.: Норма, 2003. 912 с.
8. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. М.: Кнорус, 2016. 216 с.
9. Кон И.С. Социологическая психология. М., 1999. 560 с.
10. Бондаренко Н.Н. Стоматолог и пациент: права, обязанности, ответственность. М.: Мед. книга, 2004. 96 с.
11. Красильникова И.П. Долг и ответственность врача // Сибирский медицинский журнал. 2000. № 4. С. 105–107.
12. Ивин А.А. Теория аргументации: учебное пособие. М.: Гардарики, 2000.
13. Андриевская К., Агеев М. Энциклопедия мудрости. М.: Изд-во «Росса», 2007. 814 с.

#### REFERENCES

1. Marx K., Engels F. Works. In 30 vol. Vol. 3. Moscow, 1955. 630 p. (in Rus.).
2. Gordeeva M. Sandro Botticelli. Moscow: LLC Publishing House "Komsomolskaya Pravda", 2010. 48 p. (in Rus.).
3. Shamshurin V.I. Legal relationship between a doctor and a patient. *Zdravookhraneniye = Healthcare*. 1998;6:7–14. (in Rus.).

4. Sedova N.N. Thoughts on bioethics. Selected articles and fragments. Volgograd: Publishing House of VolgGMU, 2018. 188 p. (in Rus.).
5. Siluyanova I.V. Paternalism and Informed Consent: Ethical and Legal Regulation of Doctor-Patient Relations. *Meditinskoye pravo = Medical Law*. 2005;2:14–19. (in Rus.).
6. Tabatadze V. G. The relationship of an orthodontist and a child patient in dental practice: dissertation of a candidate of medical sciences. Volgograd, 2007. (in Rus.).
7. Freud Z. Sociology. Fundamentals of the general theory. Moscow: Norma Publ., 2003. 912 p. (in Rus.).
8. Sedova N.N. Bioethics: textbook. Moscow: Knoruz Publ., 2016. 216 p. (in Rus.).
9. Kon I.S. Sociological psychology. Moscow, 1999. 560 p. (in Rus.).
10. Bondarenko N.N. Dentist and patient: rights, obligations, responsibility. Moscow: Med. book Publ., 2004. 96 p. (in Rus.).
11. Krasilnikova I.P. Doctor's duty and responsibility. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal = Siberian Medical Journal*. 2000;4:105–107. (in Rus.).
12. Ivin A.A. Argumentation Theory: A Study Guide. Moscow: Gardariki Publ., 2000. (in Rus.).
13. Andrievskaya K., Ageev M. Encyclopedia of Wisdom. Moscow: Rossa Publishing House, 2007. 814 p. (in Rus.).

#### Информация об авторах

**Г.С. Табатадзе** – доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7254-2499>, E-mail: [tabatadze.48@mail.ru](mailto:tabatadze.48@mail.ru)

**О.В. Костенко** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4078-487X>, E-mail: [olyakostenko@mail.ru](mailto:olyakostenko@mail.ru)

**В.Г. Табатадзе** – кандидат медицинских наук, заведующая ортодонтическим отделением Волгоградского государственного автономного учреждения здравоохранения «Детская клиническая стоматологическая поликлиника № 2», Волгоград, Россия, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9663-0298>, E-mail: [violetta.tabatadze@mail.ru](mailto:violetta.tabatadze@mail.ru)

#### Information about the authors

**G.S. Tabatadze** – Doctor of Philosophy, Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in Sociology of Medicine of Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7254-2499>, E-mail: [tabatadze.48@mail.ru](mailto:tabatadze.48@mail.ru)

**O.V. Kostenko** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with the course of Sociology of Medicine of Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4078-487X>, E-mail: [olyakostenko@mail.ru](mailto:olyakostenko@mail.ru)

**V.G. Tabatadze** – Candidate of Medical Sciences, Head of Orthodontic department of the Volgograd State Autonomous Healthcare Institution "Children's Clinical Dental Polyclinic No. 2", Volgograd, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9663-0298>, E-mail: [violetta.tabatadze@mail.ru](mailto:violetta.tabatadze@mail.ru)