

Бутина А. В., Кузуб О. С.

ОСНОВАНИЯ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск

Работа посвящена анализу ключевых аспектов ориентированного на пациента подхода к оказанию медицинской помощи в условиях широкого распространения цифровых и телекоммуникационных технологий в современном обществе. Произведена теоретическая реконструкция основных моделей коммуникации врачей и пациентов, представленных в научной литературе. Дан анализ компонентов экзистенциального ландшафта медицинской коммуникации, ведущими из которых являются доверие и автономия личности пациента. Установлено, что цель взаимодействия врача и пациента в условиях электронного здравоохранения определяется как постановка диагноза и выдача медицинского заключения, а не как последующее выздоровление. Сформулирован вывод об антиномии цифрового здравоохранения, состоящей в том, что активное внедрение цифровых технологий в современную медицину, с одной стороны, служит демонстрацией могущества человека и его превосходства над собственной природой, однако, с другой стороны, индивид все более объективируется и становится уязвимым перед вызовами биомедицинских и цифровых технологий. Все это приводит к росту экзистенциальных рисков как для пациентов, так и для врачей, связанных с кризисом доверия и человеческого достоинства. Исследование направлено на развитие научной дискуссии о проблемах и перспективах коммуникации врачей и пациентов в реалиях современного цифрового общества.

Ключевые слова: врач и пациент; коммуникация; цифровое общество; электронное здравоохранение; доверие; цифровая экзистенция.

Для цитирования: Бутина А. В., Кузуб О. С. Основания коммуникации врача и пациента в условиях цифровизации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(2):195–200. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-2-195-200>

Для корреспонденции: Бутина Анастасия Васильевна, канд. филос. наук, мл. науч. сотр. лаборатории цифровой антропологии медицинских систем Сибирского государственного медицинского университета, e-mail: anabutina@yandex.ru

Butina A. V., Kuzub O. S.

THE FOUNDATIONS OF PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION IN CONDITIONS OF DIGITALIZATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Siberian State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 634050, Tomsk, Russia

The article presents analysis of key aspects of patient-oriented approach to medical care support in conditions of wide prevalence of digital and telecommunication technologies in modern society. The theoretical reconstruction of main models of “doctor-patient” communication presented in scientific publications is made. The analysis of components of existential landscape of medical communication, (the leading ones are trust and autonomy of patient’s personality) was carried out. It is established that purpose of physician-patient interaction in conditions of e-health care is defined as diagnosis and issue of medical report but not follow-up recovery. The conclusion was made about antinomy of digital health care which consists in fact that active introduction of digital technologies into modern medicine, on one hand, serves as demonstration of power of man and his superiority over his own nature. On the other hand, individual is becoming more and more objectified and becomes vulnerable to challenges of biomedical and digital technologies. All this results in increasing of existential risks for patients and physicians associated with crisis of trust and human dignity. The study is targeted to developing of scientific discussion about problems and perspectives of communication between doctors and patients in realities of modern digital society.

Keywords: doctor; patient; communication; digital society; e-health care; trust; digital existence.

For citation: Butina A. V., Kuzub O. S. The foundations of physician-patient communication in conditions of digitalization. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(2):195–200 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-2-195-200>

For correspondence: Butina A. V., candidate of philosophical sciences, the Junior Researcher of the Laboratory of Digital Anthropology of Medical Systems of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Siberian State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: anabutina@yandex.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 14.06.2022
Accepted 29.10.2022

Введение

Вопрос о вовлечении пациента в процесс оказания ему медицинской помощи и лечения уже долгое время сохраняет актуальность. В условиях цифрового общества удовлетворенность пациента качеством оказания ему медицинских услуг становится одним из ключевых показателей деятельности медицинской организации. Нормой в современном об-

ществе становится и получение медицинским персоналом дополнительного образования в области коммуникации с пациентом.

По мнению некоторых авторов [1], стиль профессионального диалога врача и пациента, учитывающий пространство жизненного мира последнего, способствует получению более точного и глубокого представления о личности обратившего за медицинской помощью и его проблемах со здоровьем.

Задачей врача становится не только оказание собственно медицинской помощи, но и содействие осознанию сложившейся клинической ситуации, а также ориентация на необходимый пациенту курс лечения.

Отметим, что всего несколько десятилетий назад отношения в паре «врач — пациент» едва ли можно было назвать равноправными. Доминирующая со времен Гиппократа патерналистская модель коммуникации врача и пациента означала, что врач обладал полным контролем над медицинской информацией и решение о назначении лечения пациенту принималось им самостоятельно и на его усмотрение. Сегодня данная модель взаимодействия между врачом и пациентом стала заменяться совместным принятием решений. На такую трансформацию повлияло, во-первых, распространение информированного согласия — важнейшего принципа, акцентированного на принятии рационального терапевтического решения, предполагающего равноправные партнерские отношения. Во-вторых, причиной стало и внедрение инструментов мобильного здравоохранения (mHealth), технологические возможности которых способствуют не только совместно принятию решений, но и активному участию пациента в лечении и мониторинге его физического состояния, формируя тем самым персонализированную медицину.

Врачи при этом утрачивают абсолютный авторитет в принятии решения о назначении лечения и часто становятся для пациентов лишь проводниками медицинских данных. Все это способствовало снижению уровня доверия к врачу как источнику диагноза, часто неадекватным представлениям пациентов о функциях врача и протоколах оказания медицинской помощи, которая стала восприниматься как социальная или коммерческая услуга [2]. К числу важных институтов, влияющих на трансформацию коммуникации между врачом и пациентом в условиях информатизации, относятся СМИ, которые усложнили процесс формирования безусловного доверия к врачу, формируя информированного пациента, обладающего собственным образом здоровья и отстаивающего свои ожидания от лечения не только с точки зрения научных знаний.

В современной науке проблема коммуникации врача и пациента в условиях цифровизации рассматривается сразу с нескольких сторон. Среди актуальных российских исследований необходимо отметить работы, вышедшие в 2021 г. в тематическом выпуске журнала «Человек», констатирующие, что экспансия биомедицинских технологий в социальное пространство ставит человека перед новым вызовом — биотехнологизацией, которая затрагивает не только аспекты здоровья, но и возможности радикального улучшения природы человека. Развитие цифровых технологий, по мнению редакторов выпуска, неразрывно связано как с постановкой глобальных гуманитарных проблем и дискуссиями в сфере этики, так и аккумуляцией антропологических рисков цифровизации [3].

В сфере социальных и философских наук имеет место констатация антропологического кризиса в современной медицине, связанного прежде всего с такими тенденциями, как сциентизация медицины, популярность идей трансгуманизма, медиализация и фармакологизация культуры [4]. Однако предметом их пристального внимания является также оценка уровня доверия между врачом и пациентом [5]. Классическое определение доверия, сформулированное Э. Гидденсом, указывает на наличие в его содержании сразу двух аспектов. Во-первых, это «уверенность в надежности человека» [6] или персонифицированное доверие, которое можно трактовать как сотрудничество, основанное на взаимной ответственности и уверенности в честности другого. Во-вторых, это доверие к «символическим знаковым или экспертным системам» [6], которые формируют наше материальное и социальное окружение. Иными словами, доверие распространяется не только на межличностные отношения, но и на всю сферу социальных отношений. Аналогичные элементы включает и феномен доверия в системе взаимоотношений «врач — пациент». С одной стороны, присутствует так называемое институциональное доверие, т. е. общая установка на доверие к социальным ролям «врач» и «пациент» и институту здравоохранения в целом. С другой стороны, коммуникация врача и пациента сопровождается специфической формой межличностного доверия, формирующаяся в ходе лечебно-реабилитационного процесса и обладающая специфическими характеристиками [7].

В современной прикладной этике активно обсуждается вопрос о формировании договора или терапевтического альянса между врачом и пациентом, где первый прикладывает усилия к пониманию потребности пациента, а пациент — к принятию медицинской помощи [8]. При этом значительную роль в реализации такого соглашения вновь играет доверие между врачом и пациентом. Высокий уровень доверия обычно способствует активному принятию пациентом медицинских рекомендаций, и наоборот. Кроме того, значительный уровень доверия в большинстве клинических случаев приводит к более быстрому выздоровлению пациентов, низкий же уровень может привести к отказу пациента от диагностики и лечения [9].

Британские исследователи Р. Каба и П. Суриакумаран утверждают, что при рассмотрении общения, основанного на взаимном участии двух лиц, сам термин «отношения» не применим к структуре или функциям коммуникации, скорее он выступает абстрактным обозначением деятельности двух взаимодействующих систем или ролей [10]. Несмотря на то что на протяжении многих веков отношения врача и пациента претерпевали существенные изменения, во все времена их специфика определялась возможностью установления доверительного общения между двумя ранее незнакомыми людьми по вопросам сугубо личного характера.

Очевидно, что условия формирования эффективной коммуникации между врачом и пациентом

различаются как в историко-темпоральном, так и в географическом отношении. Однако ключевыми задачами настоящего исследования являются поиск, реконструкция и анализ экзистенциальных оснований коммуникации врача и пациента в ситуации перехода к цифровому обществу.

Материалы и методы

Ключевой методологической установкой авторов является подход к анализу экзистенциальных медиа-исследований и цифровой культуры, предлагаемый в работах шведского ученого Аманды Лагерквист [11, 12], позволяющий построить интерпретацию искусственной социальности как экзистенциального ландшафта.

Для достижения цели исследования мы начнем с анализа и реструктуризации теоретического поля проблемы в научной литературе. Далее определим специфику экзистенциального ландшафта взаимодействия врача и пациента в современную цифровую эпоху. В завершении сформулируем выводы относительно перспектив этого взаимодействия.

На поведение пациентов, использующих технологии цифрового здравоохранения, телемедицины, а также сервис поиска медицинской информации в сети Интернет, влияет множество факторов, включая их экономический статус, уровень образования и другие определяющие демографические данные. Поэтому в настоящей работе также использованы данные всероссийского опроса населения об искусственном интеллекте и роботизации, проведенного ВЦИОМ в июне 2021 г. по заказу АНО «Национальные приоритеты» (выборка опроса составила 1600 человек в возрасте 18 лет и старше) [13].

Результаты исследования

Процессам цифровизации в системе здравоохранения часто присваивается характеристика социальной революции. Действительно, скорость их распространения, масштаб и необратимость для культуры подтверждают этот тезис. Исследователи Р. Каба и П. Суриакумаран полагают, что отношения врача и пациента в исторической перспективе зависят как от медицинской ситуации, в которой происходит коммуникация, так и от ее социального контекста — социально-политического и интеллектуально-научного климата времени [10]. В своем исследовании они подробно обсуждают модели медицинской практики следующих периодов:

- Древний Египет (4000—1000 гг. до н. э.);
- Греческое Просвещение (примерно 600—100 гг. до н. э.);
- Средневековая Европа и период Инквизиции (с 1200 по 1600 г. н. э.);
- Французская революция (конец XVIII в.);
- Отношения врача и пациента с 1700 г. по настоящее время.

Наибольший интерес для настоящего исследования представляет заключительный период, длящийся и сегодня, поскольку в его рамках коммуникация

врача и пациента несколько раз претерпевала значительную трансформацию.

Так, Р. Каба и П. Суриакумаран отмечают, что в начале XVIII в. врачей было сравнительно мало, а их пациенты принадлежали преимущественно к высшему классу и аристократии. Это неравенство статуса, как ни странно, обеспечивало превосходство пациента, а врачам часто приходилось конкурировать между собой, чтобы угодить пациенту. При этом врач уделял внимание не столько физическому осмотру пациента, сколько его потребностям и переживаниям, проявляющимся как симптомы.

Ситуация меняется только с появлением больниц, где лечение получали и малообеспеченные члены общества. В этот период модель лечения сосредоточивается не на симптоме, а на диагностике патологического поражения внутри тела пациента. Эта новая практика требовала осмотра тела пациента, а также экспертных клинических и анатомических знаний, которыми обладал врач, чтобы сформулировать диагноз. В результате медицинская коммуникация выстраивается уже между доминирующим врачом и пассивным пациентом [10]. Возвращение пациенту статуса активного участника медицинской практики стало возможным лишь в конце XIX в. благодаря распространению психоанализа. Интерес к личности пациента, диалогичный характер коммуникации с врачом в итоге привели к возникновению модели медицины, ориентированной на пациента [10].

В середине XX в. появляется концепция британского врача и психотерапевта Майкла Балинта «Врач как лекарство». Балинт утверждал, что «самым мощным терапевтическим инструментом, которым обладает доктор, является он сам» [14]. При этом коммуникацию между врачом и пациентом, по его мнению, необходимо выстраивать по модели «взаимных инвестиций». Консультация врача не должна носить разовый характер, она с необходимостью принимает форму серии эпизодов, в которых врач узнает все больше информации о личности пациента и имеет возможность выстроить каждую последующую встречу более эффективно. Таким образом, отношения между врачом и пациентом становились взаимными инвестициями, которые со временем приносили пользу обеим сторонам [14].

В 1956 г. исследователи Т. Сас и М. Холлендер предложили сразу три модели взаимоотношений врача и пациента: активно-пассивную модель, руководства-сотрудничества и взаимного участия. Первые две модели преимущественно ориентированы на врача и носят патерналистский характер. И только третья делает больший упор на медицину, ориентированную на пациента [15].

Одним из ведущих исследователей моделей взаимоотношения врача и пациента в ситуации социальных трансформаций был американский биоэтик Р. Вич, который в 1972 г. выделил уже четыре типа коммуникации, сформировавшихся исторически:

технический, сакральный, коллегиальный и контрактный [16].

Для модели технического типа характерно возникновение образа «врача-ученого» в результате революции в области биологического знания [16]. Такой ученый-прикладник в процессе своей медицинской практики, казалось бы, должен опираться исключительно на факты, избегая ценностных аспектов во время взаимодействия с пациентом. Однако на деле это чаще всего оказывается невозможным, более того, «врач, который полагает, что его задача в том, чтобы предоставить все данные пациенту, а решение — за пациентом, обманывает себя» [16]. Вич настаивает, что врач ни в коем случае не может быть просто специалистом, выполняющим технические функции, всякий раз ему приходится обращаться к ценностным и экзистенциальным основаниям собственных действий.

Модель сакрального типа является полной противоположностью предыдущей, поскольку выражает тенденцию отождествлять фигуру врача со священником. В этой модели часто возникает коммуникационный феномен, который Вич определяет в качестве «синдрома „как“». Основным признаком этого синдрома служит фраза «я вам как врач говорю». Вич задается вопросом, что позволяет человеку с медицинским образованием формулировать определенные рекомендации как врачу, а не как другу или священнику [16]. Очевидно, что при таком типе взаимодействия имеется явная тенденция со стороны врача формулировать медицинские рекомендации как моральные предписания, что подчас подавляет свободу и достоинство пациента.

В коллегиальной модели врач и пациент видят друг в друге партнеров, стремящихся к общей цели — ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Здесь решающую роль играет доверие, «таков солидарный способ взаимодействия соратников», — считает Вич [16].

Тем не менее наиболее соответствующим реальным условиям оказывается контрактный тип отношений между врачом и пациентом. Понятие контракта в данной модели лишено какого-либо юридического контекста, здесь «два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидающейся взаимной выгоды» [16]. Лишь в этой модели может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. При этом она позволяет избежать отказа от морали и ответственности со стороны врача, что можно наблюдать в модели технического типа, и аналогичного отказа со стороны пациента, характерного для сакральной модели.

Реконструкция экзистенциального ландшафта коммуникации врача и пациента показывает, что центральное место во всех подходах занимает принцип автономии личности. Тем не менее цифровая трансформация здравоохранения способствует возникновению огромного количества этических и экзистенциальных проблем, о которых не упоминают Р. Вич и его предшественники. В современной ситу-

ации, когда система здравоохранения претерпевает существенные изменения под влиянием информатизации и цифровизации, кажется, что возникают все условия для расширения автономии потребителей медицинских услуг. Однако практика электронного здравоохранения обостряет витальные и экзистенциальные риски лечения пациентов. Например, популярные инструменты mHealth (персональные датчики, подключаемые к интеллектуальным устройствам через мобильные приложения) дают пациентам ощущение большего контроля над состоянием своего здоровья. Но формируемая ими картина состояния здоровья пациента сложна и может быть нарушена информационным шумом. Как отмечает исследователь Н. Леви, основное затруднение состоит не в недостатке информации, а в ее избытке и противоречивом характере [17]. Отсюда возникает необходимость в переосмыслении идеала расширения автономии в коммуникации врача и пациента.

Цифровизация в системе медицинской помощи требует новых видов знаний, многие экспертные задачи в здравоохранении заменяются технологиями машинного анализа и искусственного интеллекта. Это снижает риск человеческой ошибки, повышает надежность данных и увеличивает их доступность для неспециалистов, однако сам алгоритм интерпретации остается скрытым. Современный пациент нуждается в экспертной оценке результатов цифровой диагностики, представленной третьей стороной. Здесь Н. Леви обращает внимание на то, что мы живем в эпистемологически «грязной» среде, которая формируется за счет агентов, претендующих на статус экспертов в медицинской области. К их числу он относит лиц, которые себя именуют таковыми, не имея должной квалификации и статуса, научные институты, якобы гарантирующие качественную экспертизу, фармацевтические гиганты и издательства, продвигающие коммерческие продукты компаний [17].

Помимо перечисленных агентов, загрязнению информационного поля также способствуют предвзятость СМИ в публикации информации медицинского содержания и нестабильность медицинских рекомендаций. Все это подчас приводит к снижению доверия обычных людей к авторитету эксперта и способности пациентов отличать надежные источники от ненадежных.

К значимым элементам экзистенциального ландшафта коммуникации врача и пациента при переходе к цифровому обществу относятся и доверие этих субъектов друг другу.

С учетом степени автономности пациента можно выделить два вида доверия. Первый вид — это некогнитивное, или «слепое», доверие, которое характеризуется ассиметричной коммуникацией, поскольку доверитель (пациент) сам не контролирует доверительного управляющего (врача). Отношения между врачом и пациентом, построенные на данном типе доверия, предполагают, что для пациента довериться — это единственный способ облегчить стра-

Здоровье и общество

дания. Это также означает, что врач несет всю ответственность за целесообразность вмешательства.

Второй вид — когнитивное доверие, основанное на примате знания. Такое представление о доверии базируется на подозрении, т. е. установке, что доверие еще необходимо оправдать.

Обсуждение

Очевидно, что в условиях цифрового общества на первый план должно выйти когнитивное доверие с его скептической установкой. Однако все не так однозначно.

Результаты исследования отношения граждан Российской Федерации к цифровизации и роботизации, проведенного ВЦИОМ в 2021 г., показали, что, хотя большинство россиян положительно оценило внедрение технологий искусственного интеллекта в промышленности (78%), науке (74%), экономике (65%), сфере досуга (62%) и безопасности (61%), оценка респондентами применения искусственного интеллекта в сфере здравоохранения носит более сдержанный характер. Так, 35% опрошенных относятся к цифровой трансформации медицины скорее отрицательно, еще 7% испытывают затруднения в формулировании однозначной оценки [13]. Данный факт свидетельствует о том, что при внедрении технологий цифрового здравоохранения врач вновь превращается в исследователя-прикладника, все чаще прибегающего к коммуникации с пациентом, соответствующей техническому типу в концепции Р. Вича.

В рассмотрении трансформации коммуникации врачей и пациентов в условиях цифровизации и внедрения инструментов mHealth остается нераскрытым вопрос об автономии пациентов в принятии решений относительно их здоровья. Мобильные технологии являются продуктом потребительской культуры, индустрии красоты и здоровья, а также рекламы, транслирующей в массы перфекционистские нормы и ценности. Большая часть рекламы, используемой в сфере здоровья и красоты, служит для манипулирования эмоциями потребителей, используя соблазнительный язык надежды, желания, расширения возможностей и успеха, подкрепленный сообщениями о страхе, вине и стыде. Таким образом, само их использование, как и их действие, не всегда будут соответствовать желаниям потребителя-пациента, а скорее формировать его потребность.

Все это позволяет нам согласиться с мнением исследователей Р. Р. Белялетдинова и О. В. Поповой [3] о ключевой антиномии цифрового здравоохранения: широкое внедрение цифровых технологий в медицину и здравоохранение демонстрирует могущество человека, его превосходство над собственной природой, однако очевидна и уязвимость индивида как объекта перед вызовами биомедицинских и цифровых технологий, ранимость человеческого достоинства и рост экзистенциальных рисков.

Заключение

Трансформация системы здравоохранения и медицинской помощи изменила доверительную динамику взаимоотношений врача и пациента. Свободный доступ к медицинским знаниям через научную литературу и интернет изменили возможности людей в получении информации, касающейся собственного здоровья и болезни.

Цель взаимодействия врача и пациента в условиях электронного здравоохранения определяется как постановка диагноза и выдача медицинского заключения, а не как последующее выздоровление.

В современных условиях ценность «со-бытия» между участниками медицинской коммуникации значительно снижается. Мы полагаем, что распространение цифрового здравоохранения, обеспечивающего доступность медицинских услуг большему кругу нуждающихся в них лиц, приведет к возврату традиционной «врач-ориентированной» модели коммуникации, в которой пациент воспринимается в качестве объекта воздействия.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Максимов И. Л. Коммуникация врач-пациент как актив медицинской помощи. В кн.: Здоровье человека в XXI веке: Сборник научных статей, Казань, 30—31 марта 2018 года. Казань; 2018. С. 276—80.
2. Li Y., James L., McKibben J. Trust between physicians and patients in the e-health era. *Technol. Soc.* 2016;46:28—34.
3. Белялетдинов Р. Р., Попова О. В. Редактируя человека. Вступительная статья приглашенных редакторов. *Человек.* 2021;32(6):7—9.
4. Камалиева И. Р. Антропологический кризис в современной медицине. *Философия и культура.* 2018;(5):65—70. doi: 10.7256/2454-0757.2018.5.26164
5. Камалиева И. Р., Невелева В. С. Доверие как основание отношения «врач — пациент» в современной медицине: философско-антропологическая интерпретация. *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология.* 2019;(4):504—14. doi: 10.17072/2078-7898/2019-4-504-514
6. Гидденс Э. Последствия современности. М.: Праксис; 2011. 352 с.
7. Шестопалова Л. Ф., Бородавко О. А., Кожевникова В. А., Бучок Ю. С. Доверие как фактор формирования терапевтического альянса между врачом и пациентом. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2019;10(4):758—64.
8. Ludwig M., Burke W. Physician-Patient Relationship. *Ethics in Medicine,* 2014. Режим доступа: <https://depts.washington.edu/bh-dept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/physician-patient-relationship>
9. Banerjee A., Sanyal D., Dynamics of doctor-patient relationship: a cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J. Fam. Community Med.* 2012;19(1):12—9.
10. Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int. J. Surg.* 2007;5(1):57—65.
11. Lagerkvist A (ed.). *Digital Existence: Ontology, Ethics and Transcendence in Digital Culture.* Routledge; 2019.
12. Lagerkvist A. Existential media: Toward a theorization of digital thrownness. *New Media Soc.* 2017;19(1):96—110.
13. Россияне об искусственном интеллекте и роботизации. Режим доступа: <https://wciom.ru/presentation/prezentacii/rossijane-ob-iskusstvennom-intellekte-i-robotizacii>
14. Balint M. *The doctor, his patient and the illness.* London: Pittman Medical; 1964.
15. Szasz T., Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Arch. Int. Med.* 1956;97:585—92.

16. Вич Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. *Вопросы философии*. 1994;(3):67–73.
17. Levy N. Taking responsibility for health in an epistemically polluted environment. *Theor. Med. Bioeth.* 2018;39:123–41. doi: 10.1007/s11017-018-9444-1

Поступила 14.06.2022
Принята в печать 29.10.2022

REFERENCES

- Maksimov I. L. Doctor-patient communication as an asset of medical care. In: Human health in the 21st century [*Zdorov'e cheloveka v XXI veke*]. Kazan; 2018. P. 276–80 (in Russian).
- Li Y., James L., McKibben J. Trust between physicians and patients in the e-health era. *Technol. Soc.* 2016;46:28–34.
- Belyaletdinov R., Popova O. Human Editing. Editors' Introductory Remarks. *Chelovek*. 2021;32(6):7–9 (in Russian).
- Kamalieva I. R. Anthropological crisis in modern medicine. *Filosofiya i kul'tura = Philosophy and Culture*. 2018;(5):65-70. doi: 10.7256/2454-0757.2018.5.26164 (in Russian).
- Kamalieva I. R., Neveleva V. S. Trust as the Basis of the “Doctor — Patient” Relationship in Modern Medicine: Philosophical and Anthropological Interpretation. *Vestnik Permskogo Universiteta. Seriya Filosofiya Psikhologiya Sotsiologiya = Perm University Herald. Series “Philosophy. Psychology. Sociology”*. 2019;(4):504–14. doi: 10.17072/2078-7898/2019-4-504-514 (in Russian).
- Giddens E. Consequences of modernity [*Posledstviya sovremennosti*]. Moscow: Praxis; 2011. 352 p. (in Russian).
- Shestopalova L., Borodavko O., Kozhevnikova V., Buchok Yu. Trust as a Factor of Formation of the Therapeutic Alliance between Doctor and Patient. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya = Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2019;10(4):758–64 (in Russian).
- Ludwig M., Burke W. Physician-Patient Relationship. *Ethics in Medicine*, 2014 Available at: <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/physician-patient-relationship>
- Banerjee A., Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: a crosssectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J. Fam. Community Med.* 2012;19(1):12–9.
- Kaba R., Sooriakumaran P, The evolution of the doctor-patient relationship. *Int. J. Surg.* 2007;5(1):57–65.
- Lagerkvist A. (ed.). *Digital Existence: Ontology, Ethics and Transcendence in Digital Culture*. Routledge; 2019.
- Lagerkvist A. Existential media: Toward a theorization of digital thrownness. *New Media Soc.* 2017;19(1):96–110.
- Russians on artificial intelligence and robotics [*Rossiyanе ob iskusstvennom intellekte i robotizatsii*]. Available at: <https://wciom.ru/presentation/prezentacii/rossijane-ob-iskusstvennom-intellekte-i-robotizacii> (in Russian).
- Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pittman Medical; 1964.
- Szasz T., Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Arch. Int. Med.* 1956;97:585–92.
- Veatch R. Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Vo-prosy filosofii*. 1994;(3):67–73 (in Russian).
- Levy N. Taking responsibility for health in an epistemically polluted environment. *Theor. Med. Bioeth.* 2018;39:123–41. doi: 10.1007/s11017-018-9444-1