

Татьяна Александровна СИДОРОВА

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В МЕДИЦИНЕ

DOI: <http://doi.org/10.33876/2224-9680/2019-1-17/03>

**Ссылка при цитировании:**

Сидорова Т.А. (2019). Новые технологии как фактор трансформации профессиональной идентичности в медицине. *Медицинская антропология и биоэтика*, 1(17).

---



**Татьяна Александровна Сидорова** – кандидат философских наук, доцент кафедры фундаментальной медицины Института медицины и психологии Национального исследовательского Новосибирского государственного университета (Новосибирск)

<https://orcid.org/0000-0002-8985-092X>

**E-mail:**

vasinatan@mail.ru

---

*\*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Регулятивные возможности нейроэтики в предупреждении дискриминации личности» № 17-29-02053*

---

**Ключевые слова:** врач, идентичность, профессиональная идентичность, профессиональная идентификация, биомедицинские технологии, медицинский эмос, медицинская этика, клятва Гиппократова

**Аннотация:** Идентичность в статье рассматривается в проекции этико-философских и психологических подходов. Понятие идентичности описывает состояние субъекта в аспекте перехода, изменчивости, утраты самоидентификации и поиска аутентичного. Профессиональная идентичность врача представлена в личностном и групповом аспектах. Идентификация врача является результатом усвоения норм и ценностей медицинского эмоса и формирования личностной жизненной истории в контексте длительной истории медицины. В профессии врача выделены уровни означаемого и означающего: предметно-деятельностный и рефлекс-

сивно-символический. Показано, что технологии превращаются в самодостаточную ценность, а технологический прогресс приводит к изменениям в самосознании специалиста, в отношениях врача и пациента, к углублению врачебной специализации, дополнению, а затем замещению умений и компетенций врача техническими средствами. Это обостряет проблему профессиональной идентификации и создает риски для врачебной независимости, объективности и преемственности. Сделан вывод о трансформациях в медицинском этосе, который создается по образцу «техно-логоса».

---

### Идентичность в научных дискурсах

В современной социо-гуманитарной и философской мысли термин *идентичность* употребляется в широком семантическом поле. Понятие идентичности применяется к индивидам, их самосознанию, к культурам и субкультурам, этносам и нациям, к социальным и профессиональным группам, что говорит о сложности теоретического отражения этой категории. Поэтому изучение трансформаций профессиональной идентичности в медицине потребует с одной стороны, конкретизировать предмет и видеть его в фигуре врача и в медицинском сообществе, с другой, – проецировать профессиональную идентичность в фокусы различных научных дискурсов.

В понятии «идентичность» соединяются моменты становления и развития субъекта, стремление обрести идентичность как состояние равновесия, баланса, зафиксировать в себе некоторый «центр», обнаружить «исходное», неподвижное начало, которое будет обеспечивать непрерывность, континуум в длительности его существования. Таким образом, понятие идентичность требует «сильной» субъектности, поскольку выражает поиск аутентичного и состояние субъекта в аспекте перехода, изменчивости, утраты самотождества (Абушенко 2003:346). Так, по утверждению М.М. Бахтина, подлинное Я всегда обнаруживается в точках несовпадения человека с самим собой, в его идентификациях с «Другим» (Бахтин 1992: 183). Оценить, идентифицировать современное состояние медицинского этоса и института врача невозможно вне исторического контекста, в котором происходит сравнение с иным.

Об идентичности в медицине можно говорить в нескольких ракурсах. В философском – это поле самых широких обобщений, где идентичность представляется в качестве онтологической категории, с помощью которой описывается бытие человека, основание его самоопределения в качестве особого рода сущего. Этот ракурс

актуален в осмыслении проблем предельных форм существования – бытия и небытия, жизни и смерти.

В философско-антропологическом ракурсе подчеркивается аспект самоосуществления индивида, экзистенциальные и феноменологические контексты «выхватывания» бытия в специфических локусах человеческой формы существования. В этом случае мы поднимаем вопросы о переживании человеком темпорального единства своей жизни, боли и страдания, присутствие Другого и Иного, в различных антропологических модусах: веры и надежды, счастья, заботы, любви и т.д. Сегодня чувство утраты человеком самотождественности, обнаружение нетождественного в себе становится отправной точкой, исходя из которой проблема идентичности становится «теоретическим котлом». Поэтому тема идентичности человека в контексте биотехнологического конструирования является одной из центральных в биоэтике, и отражается в обсуждении проблемы статуса эмбриона и клонирования человека, искусственной репродукции, констатации смерти, автономии, компетентности и дееспособности пациентов, проблематизации личностной идентичности в нейроисследованиях, при использовании нейроинтерфейсов и т.д. (Тищенко 2001; Сидорова 2005; Попова 2017; Белялетдинов 2017; Лановский 2018). Человек рассматривается как единство и множественность, нечто распадающееся и стремящееся к обретению собственной самости, конструируемое и субстанциальное.

Новые технологии в медицине, например, нейротехнологии, расширяют спектр этических проблем и тем самым актуализируют вопрос об идентичности в новых аспектах. Суверенитет «Я» как совокупность самопредставления и самопрезентации проблематизируется благодаря новым нейро-исследованиям, открывающим возможность визуализировать мозговые процессы и объяснять сознательные и моральные акты исходя из особенностей нейронной деятельности. Обоснование автономии пациента и, далее, его дееспособности в правовом ключе, в некоторых случаях, вероятно, будет зависеть от удостоверения с помощью технологий нейровизуализации и / или моделирования мозговых процессов в нейросетях.

В социально-психологическом ракурсе идентичность понимается как самоудостоверение индивида, личности среди других в системе социально-ролевых и психологически обусловленных детерминант его поведения и самопонимания. Представитель психоаналитической традиции, один из родоначальников дискурса идентичности Э. Эриксон утверждал, что развитие идентичности происходит как взаимодействие трех ипостасей человека: биологической, социальной и индивидуальной («эго») или Сомы, Психеи и Полиса.

Эти три измерения в человеке одновременно дополняют и противоречат друг другу. Центральную роль в их синтезе играет «эго», поэтому путь развития идентичности представляет собой ступенчатую последовательность «Я-синтезов» (Эрикссон 1996). В трудах Дж. Мида, Г. Тэджфела, Дж. Тернера и их последователей утверждается, что социальная идентичность является результатом идентификации человека с конкретной общностью: расой, полом, профессиональной группой, национальностью. По мнению Тэджфела личностная и социальная идентичность – два полюса одного биполярного континуума (Бугайчук, Доссэ, 2013: 214–215). Определяющим механизмом развития социальной идентичности выступает соотношение норм группы с собственной системой ценностей.

### **Профессиональная идентификация врача**

Для медицины социально-психологический ракурс актуален относительно самоопределения акторов социальных взаимодействий в медицинских отношениях, прежде всего врача и пациента, но также и врача в отношениях с коллегами, с родственниками пациентов, с обществом и т.д. В этом ракурсе «кто́йность» субъекта заменяется «что́йностью» – «кто» «чем» («некто») является, при этом осуществляется замена индивидуальной идентичности – групповой (Абушенко 2003: 347). Врач транслирует свою субъектность как представитель медицинского учреждения или сообщества специалистов.

Профессиональную идентичность прежде всего рассматривают как вид социальной, групповой идентичности. С этой точки зрения профессиональную идентичность в медицине можно определить как систему правил и норм профессиональной деятельности медицинского работника, составляющих медицинский этос, и механизм присвоения этих правил к собственному внутреннему кодексу. Таким образом, профессиональная идентификация врача представляет собой формирование внутреннего кодекса в ценностных координатах медицинского этоса. Поэтому изменения в ценностных ориентациях медицинских профессионалов, которые происходят в эпоху биотехнологий, ведут к трансформации личности врача, его идентичности как с точки зрения его внутреннего, морально-психологического содержания, так и внешнего, социально-группового.

Несмотря на противоречия в групповой и индивидуальной идентификации, врач как представитель медицинской профессии, обладает «сильной» субъектностью в силу своей профессиональной независимости. Врач апеллирует к коллегиальной поддержке, но принимает решения независимо. «... врач принимает на себя всю полноту ответственности за профессиональное решение, а потому обязан отклонить любые попытки давления со стороны администрации, паци-

ентов или иных лиц» (Этический Кодекс 1994). Поэтому личностный ракурс идентичности не менее значим, чем групповой в профессии врача. И одновременно врач ограничивает свою субъектность, проявляя объективность в отношении к пациенту. Врач оказывает помощь «...любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, а также иных немедицинских факторов, включая материальное положение» (Этический Кодекс 1994).

Представления врача о самом себе, оценка им жизненного пути как свободного личного выбора, его установки, убеждения и личностные идеалы, усвоенные нормы и цели – все это компоненты одной и той же сущности «Я», которая формируется по мере вхождения в профессию.

Профессиональная идентификация включает не только уровень индивидуальных жизненных историй врачей, но и длительность истории самой профессии. Профессия, точнее профессиональный этос, в лице бесчисленных поколений врачей, формирующих медицинское сообщество вне времени и пространства, обретает свою субъектность и играет конституирующую роль в индивидуальной биографии и идентичности профессионала. Индивидуальное самоопределение врача так или иначе будет связано с самоопределением профессионального сообщества. Автономия профессионала существует на основе автономии профессии (Прокофьев 2017: 18).

В медицине особое значение имеют ритуалы в отношении учителя, который научил профессии, и почитание тех, кто сделал значимый вклад в развитие науки. Помним, что Клятва Гиппократов начинается с обещания «почитать научившего меня наравне с моими родителями, делиться с ним своим достатком и в случае надобности помогать ему в нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому» (Клятва Гиппократов).

Для медицины как ни для какой другой профессии преемственная связь – суть профессиональной культуры и ее этоса. Культуре свойственен кумулятивный характер, в медицине он формируется из вкладов отдельных ученых, медицинских школ, клиник и т.д. Тем более противоречивым представляется современный поворот в характере взаимоотношений ученых, их построение на основе конкуренции, когда методы патентуются, накладываются ограничения и барьеры

для их использования. Так технологизация медицины и медицинской науки влечет за собой внедрение менеджеральных отношений и ценностей, в рамках которых медицинская деятельность уподобляется производственной и коммерческой сфере, а медицинская помощь становится услугой.

Нужно сказать о двояком понимании смысла профессии, которое важно учитывать, обсуждая профессиональную идентичность врача. Используя структуралистскую методологию, выделим в профессии уровень означаемого и означающего. Первый уровень представляет профессию как упорядоченную систему действий, осуществляемых на основе соответствующих знаний и навыков и нацеленных на получение ожидаемого результата. Означаемое – материальный уровень, где функционируют предметы, навыки, люди как исполнители конкретных задач.

Второй уровень – означающее в медицине – нормативные комплексы медицинской этики. Именно с формированием медицинской этики, в которой ценности отрефлексированы и выражены в нормативных требованиях, начинается существование медицины в форме профессиональной деятельности врача, а медицинский этос обретает свой язык. Другим элементом означающего являются символы в медицине, поскольку через них транслируются фундаментальные смыслы медицинского этоса, благодаря чему они становятся знаками инициации, личностное приобщение к которым есть акт идентификации с профессиональным сообществом.

В символах аккумулируется энергия групповой субъектности, которая служит источником идентификации на бессознательном уровне. Сегодня все чаще медицинская символика вбирает в себя знаки господства над жизнью с помощью технологий, дающих врачу власть и могущество. Символический ряд смещается от традиционных знаков, ассоциирующихся с помощью, опорой на природные начала, милосердием, чистотой (посох Гудеа, горящая свеча, крест, белый цвет), к изображению средств, которые в руках врача становятся орудиями покорения, проникновения, преобразования телесности (например, медицинские инструменты).

Медицинский профессионал формируется и воспитывается как технический специалист, где во главу угла ставятся навыки работы с аппаратурой, базами данных, цифровыми технологиями. Н.И. Пирогов в свое время подчеркивал: «Первостепенная цель воспитания, – научить «быть человеком». «Быть человеком – это значит научиться с ранних лет подчинять материальную сторону жизни нравственной и духовной» (Каптерев 2016: 70). Это имело прямое отношение и к профессиональному образованию врачей.

Формирование профессии как социального института происходит в XII в., оно связано со служением призванию, по аналогии с рыцарским и монашеским служением. В английском языке слово *profession* (от лат. *professio*; от *profiteor* – «объявляю своим делом») означало еще и вероисповедание, религиозный обет, пострижение в монахи, вступление в религиозный орден. В профессии человеку надлежало сбыться, вырасти до собственного предела совершенства (Зубец 2003:104).

Врачебная профессия возникла задолго до рождения института профессии. Можно говорить о том, что именно в этой области человеческой деятельности был задан образец профессии как единства навыков, делания и рефлексивного образа этого делания в нормативном кодексе Клятвы – через осознание целей, которые обуславливали мотивы поведения человека, занимавшегося врачебным искусством не только при исполнении служебных обязанностей, но и в любое другое время. Поэтому врач всегда оставался врачом. Несмотря на значительные изменения в отношении к врачебной профессии и шире: ко всей врачебной корпорации в обществе, тем не менее именно через профессию зачастую удостоверяется личностная идентификация. В ответе на вопрос о личности человека, если он врач, всегда звучит, что он – врач, и затем уже следует иная персональная информация.

Таким образом сильная субъектность во врачебной профессии сохраняется. Чехов говорил об исключительности профессий учителя, врача и судьи. В сравнении с врачами судьи также сохраняют сильную субъектность, но учителя, к сожалению, в нашем обществе о принадлежности к учительству не всегда заявляют, а иногда скрывают. В медицине потому и формируется деонтологический этос – система требований, имеющих характер внутреннего убеждения или безусловного долга. Эти нормы обеспечивали беспрецедентную внутреннюю коллегиальную спаянность и требовали морально-психологического оправдания – самоотверженности, основой которой была клятва Гиппократова, и ее квинтэссенции – верности профессии. Сам процесс профессиональной идентификации происходит не столько за счет исполнения означаемого, т.е. предметно-технической стороны деятельности, сколько как следствие усвоения означаемого, когда нормы и символы профессионального этоса становятся основанием внутреннего бессознательного, основой поведения. Это несколько шире, чем отношение к профессии как системе навыков и знаний, как способу зарабатывания жизненных средств. Есть профессии, в которых система означаемого, смыслового содержания оказывается определяющей и медицинская, безусловно, первая среди них.

Однако, не стоит забывать и об исторических условиях, которые в значительной степени меняли медицину как науку, как сферу взаимодействия врача и пациента и как социальную сферу. Решающее значение для самоопределения медицины

сыграла победа научно–рационалистического метода, перестройка социальной основы взаимодействия врача и пациента, которая происходит в контексте формирования общественных систем здравоохранения, в результате чего медицина превращается в один из важнейших факторов социального прогресса. По мнению Р.К. Хорн, современная характеристика профессии включает: приверженность высоким моральным стандартам, альтруистическую ориентацию, обязательную образовательную подготовку, обязательное продолжающееся образование, наличие формальной ассоциации или общества, относительная независимость, общественное признание (Horn 1978). Этим критериям врачебная профессия соответствовала на протяжении столетий. Но современные тренды «технологизируют» моральные стандарты, ставят под вопрос оправданность альтруизма и изменяют оценку медицинских профессионалов в глазах общества.

### **Врач в эпоху новых технологий**

Под технологиями имеются в виду как технические средства, расширяющие возможности врача в клиничко-диагностическом процессе, так и средства, обеспечивающие новые способы взаимодействия с пациентами, например, телемедицина и другие дистанционные средства коммуникации, а также новые способы получения медицинских знаний, организации рабочего пространства и многое другое.

Медицина во все времена была одним из основных заказчиков и потребителей технологических продуктов. К какой бы исторической эпохе мы не обратились, медицинские технологические артефакты свидетельствуют не только об уровне врачевания в той или иной культуре, но и об уровне цивилизационного развития. Одновременно следует отметить и определенный исторический консерватизм в использовании технических средств, например, некоторые хирургические инструменты практикуются в медицине уже на протяжении нескольких тысячелетий. Само это отношение к технике характеризует профессиональный этос. В нем совмещается и стремление к прогрессу в материальной истории, постоянный поиск новых методов лечения, что приводит к технологическому усложнению во врачебной деятельности, но и в то же время сохраняется преемственность, приверженность традициям, нечто неизменное в своих основаниях. Это характеристика применима к хирургической технике и осмотру с применением различных физических методов обследования (пальпации, перкуссии), акушерским манипуляциям и к разнообразному арсеналу клинического наблюдения.

Таким образом сфера означаемого в медицине всегда находилась в этом поле амбивалентных возможностей, которые обеспечивались, с одной стороны, традиционной техникой, выступавшей продолжением физических возможностей



врача и поиском новых средств, позволявшим заглянуть глубже в организм человека, расслоить его ткани, а затем проникнуть в клеточную структуру. Сегодняшнюю технологическую эру в биомедицине символизируют молекулярная биология и использование искусственного интеллекта. Благодаря новым методам исследования усложняется картина патогенеза, становятся возможными более точные вмешательства, повышается эффективность терапии и предотвращаются побочные эффекты. Если лабораторная диагностика стала «ушами» и «глазами» врачей в XX веке, то в XXI веке врачу предстоит работать с результатами генетического анализа и с огромным массивом других данных, обработать которые под силу лишь «умным нейросетям». Это значит, что врачу потребуется постоянное взаимодействие с молекулярным биологом или системой искусственного интеллекта, которая будет дополнять не руки врача, но его разум. На горизонте обозначилась принципиально новая медицина: прецизионная, объединяющая методы молекулярной диагностики на основе омик – наук, включая генетическую (Шевченко 2018). Впрочем, медицина как сложноустроенная система стала меняться сразу в нескольких направлениях, поэтому мы говорим уже не просто о точной медицине, но и о персонализированной, предиктивной, партисипативной (Лехциер 2016, Михель 2017).

Пока многое из образов будущей медицины выглядит как футурологический проект, тем не менее, если обратить внимание на темпы современных трансформаций в медико-клинической деятельности, в изменениях в подходах к пониманию болезней, то очевидно, что утопии могут сбыться раньше, чем мы успеем адаптироваться к ним. Такая ситуация чревата конфликтами, причем не только внешними, связанными со стремительно меняющимися отношениями в медицине между врачом и пациентом, но и конфликтами внутренними – личностными и групповыми.

В контексте технологического прогресса в медицине, врачи чаще оказываются в ситуациях, разрешить которые при помощи имеющихся нормативных средств, они не в состоянии. Об этом говорит, например, хрестоматийный для биоэтики эпизод, описывающий возникновение этического комитета в Сиэтле при определении очередности на первый аппарат «искусственная» почка (Харитонов, Юдин 2011). Это касается вопросов об отключении жизнеподдерживающего лечения, констатации смерти в трансплантологии. Вспомогательные репродуктивные технологии заставили радикально поставить вопрос о пределах манипулирования нерожденной жизнью, о человеческом статусе эмбриона. С применением новых генетических технологий возникают дилеммы относительно того, кто совершает медицинский выбор и каково место врачебного мнения в нем? Врач выступает в роли советчика или консультанта в сфере высокотех-

нологических услуг? Эти и другие вопросы широко обсуждаются в обществе, заставляют менять законодательство, пересматривать понимание нормального.

Примером подобных дилемм может быть случай, описанный Майклом Куком, редактором биоэтического ресурса [bioedge.org](http://bioedge.org): «53-х летний британец стал первым в мире человеком, удалившим простату в целях предупреждения рака, так как у него были обнаружены два дефектных гена BRCA 2, и он сам попросил хирурга об операции. Вначале врачи неохотно шли на операцию, так как пациент с клинической точки зрения оказался совершенно здоров, а оперативное вмешательство имеет риски и определённые последствия – недержание мочи, бесплодие и сексуальные дисфункции. Несмотря на то, что биопсия не показала злокачественных изменений, врачи пошли навстречу. Кук приводит слова хирурга Роджера Кирби о том, что современные знания о природе BRCA 2 заставляют задуматься, и данное решение явилось безусловно правильным для пациента, домоклов меч висит над человеком, имеющим этот ген, он живет в постоянном страхе. Хирург уверен, что большинство носителей это гена последует этому примеру. Однако Марк Гарник, главный редактор Гарвардского ежегодника о заболеваниях предстательной железы оценил это иначе, считая, что данный поступок был совершен на эмоциях, под влиянием страха. Он полагает, что на вопрос, как правильно поступать в данной ситуации, может ответить только надлежащим образом проведённое исследование» (Cook 2013).

Расширение технологических возможностей меняет как врача, так и пациента, обуславливает проблематизацию профессиональной идентичности. Как удастся сохранить ценностные основания, тот баланс и то равновесие, совмещавших коллегиальность и независимость, объективность и заботу в отношении к пациенту, составлявших стержень профессиональной культуры врачей, основу медицинского этоса? Последовательное утверждение автономии пациента становится началом превращения медицины в элемент индустрии потребления. Автономия легитимирует желания пациента, активизируя при этом трансфер технологических возможностей в потребительскую сферу, где совет врача редуцируется до надписи на этикетке, и решение о применении средства для личного апгрейда принимает сам пациент.

В потребительском контексте происходит изменение целей от терапии к улучшению. Часто, когда говорят о медицине как о сфере услуг, то студенты-медики понимают это так, что врач должен «обслуживать», «проявлять услужливость», и это вызывает у них протест. Так приходит оправдание отмены элементарных требований вежливости и внимательности к пациенту. Медицина все больше превращается в глобальный технологический гипермаркет. Современная биоме-

дицина, нацеленная на улучшение человека, носит проективный характер и в этом отношении она противоположна селективному и кумулятивному характеру культуры. То, что в культуре отбирается и накапливается, приобретает значение ценности, формирует устойчивость в развитии и преемственное движение. Проективная технологизированная деятельность объявляет ценностью саму себя, то, что еще не адаптировано культурой, поэтому содержит риск утратить связь с традиционными основаниями, а это в свою очередь, ведет к непредсказуемым последствиям вырывания человека из культурной почвы.

Оценить эту трансформацию можно, обратившись к историческому сравнению. Так уже в XIX в. врачебная деятельность все меньше была организована по принципу свободного ремесла. По мере формирования общественного здравоохранения государство возложило на врачей решение важнейших социальных задач по обеспечению медицинской помощью представителей низших сословий. О заметном изменении в положении врача в начале двадцатого столетия писал немецкий историк медицины Т. Мейер-Штейнег. «До этого времени врач вообще считался лицом, с которым вступали в отношения на основе личного доверия, – факт нашедший себе выражение в создании института «домашнего врача», который не только приходил к своему пациенту в случае заболевания по особому приглашению, но постоянно имел его под своим наблюдением, следя за состоянием его здоровья, и видел свою задачу в возможном предохранении его от заболевания. За последние десятилетия это институт окончательно вымер. Главная причина лежит несомненно в том, что не остается больше места для подобных отношений, так как все более растет число лиц, принадлежащих к больничным кассам, и этим обуславливает так называемый свободный выбор врача, постоянно увеличивающуюся механизацию врачебной деятельности; причиной служит также и то, что врачебное дело все более сводится к договорным и оплачиваемым действиям и что отдельные действия врача, вследствие ничтожной оплаты, понизились в ценности. Трудно предсказать, не приведет ли все это в конце концов к совершенному превращению врачебного сословия в служилое» (Майер-Штейнег 1999: 122).

Сегодня «служивое» положение врача XX века, исполняющего рабочие обязанности в системе общественного здравоохранения, мы рассматриваем как закономерную историческую трансформацию, которая имела свои минусы и плюсы. Видимо, итогом этой трансформации и стала автономизация пациента. Само же врачебное сословие в прошедшем веке в новых социальных условиях развивалось в рамках традиционного этоса. Полагаем, что технологический вызов, сказывается на профессиональной идентичности более радикально. Технологии развивают знания, расширяют компетенции, но если они не сопряжены с

этическим усложнением сферы означающего в профессии, а, наоборот, направлены к примитивизации правил и смыслов, организующих деятельность врача, «опрощающих» поведенческий кодекс, это может иметь разрушительные последствия для профессиональной культуры и этоса. В этих условиях этос начинает перестраиваться по образцу «техно-логоса».

Медицинский этос сегодня все более нормируется, становится управляемым. Хотя саморегулирование медицинской профессии – благая цель, о которой мечтают российские врачи, однако, в современных глобальных вариантах саморегулирования нужно видеть и опасные тенденции. Они связаны с утратой смысла врачебного призвания, с превращением врачебной помощи в услугу в глобальном потребительском гипермаркете. Вот, что по этому поводу утверждает врач и философ В.А. Рыбин. «До недавних пор регуляция врачебных воздействий на организм, «*non licet*» (не дозволено) принципом «*non nocere*» (не вреди), понятным и очевидным для всякого профессионала-медика. Но обладает ли медицина таким регулятивным потенциалом сегодня, когда ее институт трансформируется в некое подобие обширного технологического производства, где, с одной стороны, новые технологии позволяют медикам обслуживать все большее число пациентов, а с другой стороны, неуклонно увеличивается количество специальностей, что в целом изменяет складывающийся веками статус врачебной профессии. Современный врач мыслит и действует уже не как врач-универсал (сельский врач) или «доктор Чехов»), но как узкий специалист и как лицо, нагруженное административной ответственностью, и выполнением «машиноподобных» информационно-учетных функций, вследствие чего этические (т.е. по-настоящему «человеческие») регулятивы все больше воспринимаются им в качестве досадных формальностей и архаических атрибутов» (Рыбин 2009: 11).

Культурно-исторические особенности медицины отражаются как в моделях социальной организации представителей врачебной профессии, так и в топосе, где локализуется занятие врачебным делом: в древности это была храмовая медицина, в Средневековье – монастырь, больница, потом возникла клиническая медицина, апогеем которой стали гигантские клинические госпитали по образцу производственных комбинатов. Наконец, сегодня это место децентрируется и становится принадлежностью не врача, а пациента; так возникает принципиально новая форма – дистанционная медицина, которая применяется кое-где частично, а в некоторых вариантах уже в полном масштабе. В современном состоянии медицины отменяется врачебная монополия на профессиональное знание, которое на протяжении веков служило основанием для врачебного господства и руководства пациентом. Пациенты, прежде чем обратиться к врачу могут

проконсультироваться в Интернете. На арене медицинских отношений появляется активный пациент, который заявляет о соматических правах: на свое тело, на информацию о своем здоровье, о праве знать и или не знать о медицинском диагнозе, о праве решать в вопросах, касающихся собственной жизни.

Сделаем некоторые выводы. Трансформация профессиональной идентичности в эпоху новых технологий может быть обнаружена в том числе в изменении диспозиции врача и пациента в медицинских решениях. Автономия пациента становится основанием потребительского использования новых технологий не по медицинскому назначению, а по желанию. В результате изменяется коммуникативная роль врача от советчика до консультанта. В «гипермаркете медицинских услуг» меняется характер самой медицины, формируется тренд от терапии к улучшению. Ослабевают субъектность врача в силу углубления врачебной специализации, дополнения и замещения умений и компетенций врача техническими средствами. Врач становится элементом сложноустроенного симбиоза человека, технических устройств, информационных систем и технологий, что проблематизирует профессиональную независимость. Изменяются характер медицинского знания, а также способы передачи и получения знаний. В стремлении к точной медицине, тем не менее, возрастает соблазн использовать непроверенные знания, особенно в погоне за утверждением приоритета в условиях рыночных отношений, меняется сам характер знаний об организме, в результате ускользает понимание человека как целостности. Врач все чаще становится экспериментатором и вступает в конкурентные отношения, патентуя вновь открытые методы. Рост бюрократизма и управление в биомедицине по образцам классического менеджмента усиливает самодостаточность и некритическое восприятие новых технологий, увеличивающих дистанцию между врачом и пациентом, а затем устраняющим индивидуальность врача. Абсолютизация веры в технологический прогресс формирует медицину, и общество, где критерием является не человек, а материальное благополучие, качество жизни и т.п.

Коммерциализация биомедицины превращает врача в функционера и провайдера услуг медицинского учреждения. Медицинская этика сужается до корпоративной. Этизация отношений не эквивалентна моральному росту в профессиональном самосознании. Медицинский этос перестраивается по образцу «техно-логоса».

## **Библиография**

Абушенко, В. Л. (2003) Идентичность. *Социология: Энциклопедия*. А.А. Грицаков, В.Л. Абушенко, Минск: Книжный Дом. С. 344–349.

- Бахтин, М.М. (1992) *Эстетическое наследие и современность*. Саранск: Изд-во Мордовского ун-та.
- Белялетдинов, Р.Р. (2017) *Риски современных биотехнологий: философские аспекты*. Автореферат канд. дисс. М.: ИФ РАН.
- Бугайчук, Т.В., Доссэ, Т.Г. (2013) Идентичность как объект исследования социальных наук. *Ярославский педагогический вестник*. № 3. Том II (Психолого-педагогические науки). С. 212–214.
- Зубец, О. П. (2003) Профессия в контексте истории ценностей. *Этическая мысль*. Вып 4. С.103–120.
- Каптерев, П.Ф. *История русской педагогики в 2 ч. Часть 2. Общественная педагогика*. М.: Юрайт.
- Клятва Гиппократа* (<https://ru.wikipedia.org>) (07.05.2019)
- Лановский, М.Ф. (2018) *Идентичность человека в мире современных биотехнологий*. Автореферат канд. дисс. М.: ИФ РАН.
- Лехциер, В.Л. (2015) Медицина 4П и ситуация нового Эдипа: экзистенциальные эффекты биопредикции. *Рабочие тетради по биоэтике*. Вып. 21. М.: Изд-во Московского гуманитарного университета. С.137–171.
- Михель, Д.В. (2016) Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений в начале XXI века. *Рабочие тетради по биоэтике*. Вып. 24. М.: Изд-во Московского гуманитарного университета. С. 35–58.
- Попова, О.В. (2017) *Человек как артефакт биотехнологий*. М.: Канон+РООИ «Реабилитация».
- Прокофьев, А.В. (2017) Автономия профессионала и автономия профессии. Прикладная этика в современной России: вчера, сегодня, завтра. *Ведомости прикладной этики*. Бакштановский В.И. Вып. 50. Тюмень: НИИ ПЭ. С.9-29.
- Рыбин, В.А. (2009) *Эвтаназия. Медицина. Культура. Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологическом аспекте*. М.: «Книжный дом «Либроком».
- Сидорова, Т.А. (2005) *Идентичность человека в контексте проблемы начала жизни в биоэтике*. Автореферат канд. дисс. М.: МГУ им. М.В. Ломоносова
- Тищенко, П.Д. (2001) *Биовласть в эпоху биотехнологий*. М.: ИФ РАН.
- Шевченко, С.Ю. (2018) *Персонализация в медицине: философско-методологический анализ*. Автореферат канд. дисс. М.: ИФ РАН.
- Эрикссон, Э. (1996) *Идентичность: юность и кризис*. А. В. Толстых пер. с англ. М.: «Прогресс».
- Этический Кодекс российского врача* (1994) (<http://odkb76.ru/eticheskij-kodeks-rossiskogo-vracha/>) (07.05.2019)

Харитонов, В.И., Юдин, Б.Г. (2011) «Биоэтика – это не совсем то, что принято понимать как науку...». *Медицинская антропология и биоэтика*, №1.

Мейер–Штейнег, Т. (1999) *Медицина XVII-XIX веков*. М.: Вузовская книга.

Cook, M. *Fear factor: first pre-emptive removal of prostate* ([https://www.bioedge.org/bioethics/fear\\_factor\\_first\\_pre\\_emptive\\_removal\\_of\\_prostate/10528](https://www.bioedge.org/bioethics/fear_factor_first_pre_emptive_removal_of_prostate/10528)) (07.05.2019)

Horn, R.C. (1978) *On Professions, Professionals, and Professional Ethics*. Malvern. Pn: American Institute for Property and Liability Underwriters. P. 8–40.

---

## References

Abushenko, V. L. (2003) *Identichnost'. Sociologija: Jenciklopedija* [Identity. Sociology: Encyclopedia]. Minsk: Knizhnyj Dom.

Bahtin, M. M. (1992) *Jesteticheskoe nasledie i sovremennost'* [Aesthetic heritage and modernity], Saransk: Izdatelstvo Mordovskogo universiteta.

Beljaletdinov, R. R. (2017) *Riski sovremennyh biotehnologij: filosofskie aspekty* [Risks of modern biotechnology: philosophical aspects], Avtoreferat kand.diss. M.: IF RAN.

Bugajchuk, T.V., Dossje, T. G. (2013) Identichnost' kak ob'ekt issledovanija social'nyh nauk [Identity as an object of study of social sciences], *Jaroslavskij pedagogicheskij vestnik* [Yaroslavl Pedagogical Bulletin] № 3. Tom II (Psihologo-pedagogicheskie nauki [Psychological and Pedagogical Sciences]). S. 212–214.

Zubec, O. P. (2003) Professija v kontekste istorii cennostej [Profession in the context of the history of values], *Jeticheskaja mysl'* [Ethical thought], Vyp. 4, S.103–120.

Kapterev, P. F. *Istorija russkoj pedagogiki v 2 ch.* [The history of Russian pedagogy in 2 hours], *Chast'2. Obshhestvennaja pedagogija* [Part 2. Social pedagogy], M.: Jurajt.

*Kljatva Gippokrata* [Hippocratic Oath] (<https://ru.wikipedia.org>) (07.05.2019)

Lanovskij, M.F. (2018) *Identichnost' cheloveka v mire sovremennyh biotehnologij* [Human identity in the world of modern biotechnology]. Avtoreferat kand. diss. M.: IF RAN.

Lehcier, V.L. (2015) Medicina 4P i situacija novogo Jedipa: jekzistencial'nye jeffekty bio-predikcii [4P medicine and the situation of the new Oedipus: the existential effects of bio-prediction], *Rabochie tetradi po biojetike* [Workbooks on bioethics]. Vyp. 21. M.: Izdatelstvo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta. S.137–171.

Mihel', D. V. (2016) Vlijanie ideologii personalizirovannoj mediciny na praktiku prinjatiya medicinskih reshenij v nachale XXI veka [The influence of the ideology of personalized medicine on the practice of making medical decisions at the beginning of the XXI century] *Rabochie tetradi po biojetike* [Workbooks on bioethics]. Vyp. 24. M.: Izdatelstvo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta. S. 35–58.

Popova, O. V. (2017) *Chelovek kak artefakt biotehnologij* [Man as an artifact of biotechnology], M.: Kanon+ROOI «Reabilitacija».

Prokof'ev, A. V. (2017) Avtonomija professionala i avtonomija professii. Prikladnaja jetika v sovremennoj Rossii: vchera, segodnja, zavtra [Autonomy of a professional and autonomy of a profession. Applied ethics in modern Russia: yesterday, today, tomorrow], *Vedomosti prikladnoj jetiki*. [Vedomosti applied ethics], Vyp. 50. Tjumen': NII PJe. S. 9–29.

Rybin, V. A. (2009) *Jevtanazija. Medicina. Kul'tura. Filosofskie osnovanija sovremenogo sociokul'turnogo krizisa v mediko-antropologicheskom aspekte* [Euthanasia. The medicine. The culture. The philosophical foundations of the modern sociocultural crisis in the medical-anthropological aspect]. M.: «Knizhnyj dom «Librokom».

Sidorova, T. A. (2005) *Identichnost' cheloveka v kontekste problemy nachala zhizni v biojetike* [Human identity in the context of the problem of the beginning of life in bioethics]. Avtoreferat kand. diss. M.: MGU im. M.V. Lomonosova

Tishhenko, P. D. (2001) *Biovlast' v jepohu biotehnologij* [Biopower in the era of biotechnology]. M.: IF RAN.

Shevchenko, S. Ju. (2018) *Personalizacija v medicine: filosofskometodologiceskij analiz* [Personalization in medicine: philosophical and methodological analysis]. Avtoreferat kand. diss. M.: IF RAN.

Jerikson, Je. (1996) *Identichnost': junost' i krizis* [Identity: Youth and Crisis], M.: «Progress».

*Jeticheskij Kodeks rossijskogo vracha* [Code of Ethics of the Russian Doctor] (1994) (<http://odkb76.ru/eticheskij-kodeks-rossiskogo-vracha/>) (07.05.2019)

Haritonova, V. I., Judin B. G. «Biojetika – jeto ne sovsem to, chto prinjato ponimat' kak nauku...» [Bioethics is not quite what is commonly understood as a science ...], *Medicinskaja antropologija i biojetika* [Medical anthropology and bioethics], 2011, №1.

Mejer–Shtejneg, T. (1999) *Medicina XVII–XIX vekov* [Medicine of the 17th-19th centuries], M.: Vuzovskaja kniga.

Cook, M. Fear factor: first pre-emptive removal of prostate ([https://www.bioedge.org/bioethics/fear\\_factor\\_first\\_pre\\_emptive\\_removal\\_of\\_prostate/10528](https://www.bioedge.org/bioethics/fear_factor_first_pre_emptive_removal_of_prostate/10528)) (05/07/2019)

Horn, R. C. (1978) On Professions, Professionals, and Professional Ethics. Malvern In: American Institute for Property and Liability Underwriters. R. 8–40.

---

**Keywords:** Key words: doctor, identity, professional identity, professional identification, biomedical technology, medical ethos, medical ethics, Hippocratic oath

**Abstract:** Identity in the article is considered as the projection of ethical-philosophical and psychological approaches. The concept of identity describes the state of the subject in terms of transition, variability, the loss of identity and the search for authenticity. The professional identity of the doctor is represented by per-



sonal and group aspects. The identification of doctors is the result of assimilation of the norms and values of medical ethos and the formation of personal life history in the context of a long history of medicine. The levels of the signified and the signifier are highlighted in the medical profession, they stand for the subject-activity and reflective-symbolic respectively. It is shown that technologies turn into self-sufficient value. The technological progress leads to changes in specialist's self-awareness in the relations between a doctor and a patient, it leads to the deep medical specialization. Besides, the technological progress adduces supplementing and then replacing the doctor's skills and competencies with technical means. This exacerbates the problem of professional identification and creates risks for medical independence, objectivity and continuity. The conclusion is about the transformations in the medical ethos, which is created by the sample «techno-logos».

---

**Author info:**

Tatyana Alexandrovna Sidorova is Candidate of Philosophical Sciences and Associate Professor at Fundamental Medicine Department of Novosibirsk State University.  
**E-mail:** vasinatan@mail.ru

---

**Citation link:**

Sidorova, T.A. (2019). Novye tehnologii kak faktor transformacii professional'noj identichnosti v medicine [New technologies as factor of transformation of professional identity in medicine]. *Medicinskaja antropologija i biojetika* [Medical anthropology and bioethics], 1(17).