

ФИЛОСОФИЯ

УДК 177.7:124.5

DOI: 10.17072/2078-7898/2022-3-406-415

**ИДЕЯ «АРХЕОЛОГИЯ ВЗГЛЯДА» В ПРОЦЕССЕ
ВЫСТРАИВАНИЯ ДОВЕРИЯ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ***Филиппович Мария Сергеевна**Курский государственный университет (Курск),
Курский государственный медицинский университет (Курск)*

Интеракция между больным и врачом преломляется через феномен доверия. В античности забота индивида о себе происходила через метафорические объекты: сны и их пересказывание, ревизию, зеркало и т.д. В эпоху Просвещения доверие становится в некотором роде экономической характеристикой, которая измеряет отношение к человеку и формирует представление о нем. В моральном контексте феномен доверия проявляется через симпатию, которая означает как «социальная смазка» (А. Смит), которая обеспечивает развитие чувства братства и вместе с тем вносит смысловые коррективы в определение личного пространства. В философии XX в. в трудах П. Штомпки, Э. Гидденса, М. Фуко, А. Селигмана доверие предстает в ином объяснении: философы формируют это понятие через этическое поведение, стремятся найти различие через соотношение с ее синонимами (уверенность, вера). Социальная функция доверия вплетается в медицинскую сферу в аспекте взаимоотношений между пациентом и врачом. Интеракция пациента и врача сопровождается вербальным и невербальным общением (в статье предпринимается попытка объяснить доверие через последний вид общения), которое позволяет первому ожидать определенного высказывания и/или выстроить поведение: отнестись к врачу с подозрением или довериться ему. Паттерн поведения врача обуславливает заключение о нем самом со стороны больного. Пациент следит за тем, как его осматривают, и дает внутреннюю оценку. В процессе коммуникации их взаимоотношение переходит от патерналистской модели отношений к коллегиальной (согласно концепции Р. Витча). Врач через осмотр (профессиональный или поверхностный) формирует представление о болезни в то же время о (не)соответствии ожиданию пациента. В сопоставлении внешнего через внутреннее у больного проявляются компоненты заботы: социальные практики (наблюдение и/или выявление симптомов врачом например) в индивидуальном человеческом бытии (Е.Н. Болотникова).

Ключевые слова: Мишель Фуко, доверие, пациент, археология взгляда, врач, социальная интеракция, фрагильность, медиализация, забота о себе.

**THE IDEA OF «ARCHAEOLOGY OF PERCEPTION» IN THE PROCESS
OF TRUST CREATION BETWEEN PATIENT AND PHYSICIAN***Maria S. Filippovich**Kursk State University (Kursk),
Kursk State Medical University (Kursk)*

An interaction between a patient and a physician is refracted through trust. Ancient Greek philosophers considered self-care through metaphorical objects: dreams and their interpretation, revision, mirror, etc. In the Age of Enlightenment trust becomes a certain kind of economic characteristic that measures an atti-

tude to a person and shapes an idea of him. In the moral context, the phenomenon of trust is presented through sympathy — «social lubrication» (A. Smith), which promotes development of the feeling of brotherhood and brings semantic changes to the definition of personal space. In philosophy of 20th century, in works of P. Sztompka, A. Giddens, M. Foucault, A. Seligman, trust receives a different interpretation: the philosophers define it through ethical behavior, try to differentiate trust from synonyms such as confidence, belief. The social function of trust comes to the medical field of relationships between a patient and a physician. Social interaction between them includes verbal and nonverbal communication (the article attempts to explain trust through the latter). In the process, the patient expects certain words to be said by the physician and/or takes a certain line of behavior, choosing either to trust or not to trust the doctor. The physician's behavior determines the patient's attitude to him. The patient watches the actions of the physician, giving him a certain inner estimate. In the process of communication, their relationship transfers from the paternalistic to the collegial model (according to R. Witch's conception). Through medical examination (professional or superficial) the physician constructs a picture of the disease and, as a result, either satisfies or not satisfies the patient's expectations. Through juxtaposition of the external and the inner there are manifested components of the patient's self-care: social practices (e.g. observation and/or detection of symptoms by the physician) in individual human existence (E.B. Bolotnikova).

Keywords: Michel Foucault, trust, patient, archaeology of perception, physician, social interaction, fragility, medicalization, self-care.

Введение

Процесс установления доверия между людьми играет ключевую роль в формировании положительного и продуктивного фундамента взаимоотношений как на личностном, так и на организационном уровнях. Не удивительно, что это свойство социальной коммуникации подвергается внимательному изучению: в зависимости от направленности исследовательского интереса доверие становилось этической категорией морали, приобретало религиозные черты в контексте веры (Аристотель, Б. Спиноза, С. Кьеркегор, Г. Зиммель, В. Франкл и др.), рассматривалось в качестве предмета изучения в социально-психологическом и организационном направлении (Э. Гидденс, Т.М. Бердсли, А. Селигман, П. Штомпка, Э. Эрикссон, Д. Браун и др.).

Социально-политические, культурные потрясения XX в. заставили переосмысливать ценности и знания предыдущих поколений: стали возникать философские течения — структурализм, экзистенциализм, феноменология и др., отражающие иную позицию на взаимодействия человека с действительностью. Представители появившихся новых подходов (Э. Гуссерль, М. Фуко, Ж.-П. Сартр, М. Хайдеггер и др.), на которые мы акцентируем внимание в данной статье, под доверием подразумевали социальный акт, который требует «подтверждения истинности в основаниях» [Емель-

яненко В.В., 2012, с. 24]. В феноменологическом, семиотическом и герменевтическом подходах объектами доверия являются «Я», «Мир», «Абсолют» и «Другой», которые иллюстрируют вышеобозначенное отношение к окружающей действительности и, в частности, конкретному человеку посредством вербальной и невербальной коммуникации.

Современные условия социальной реальности также подвергаются изменениям. Формирование, налаживание, закрепление доверительного взаимоотношения становится неотъемлемой частью развития социального обмена, в частности, наиболее отчетливо этот процесс и включенность в него феномена доверия проявляется в медицинской сфере. Герменевтические и семиотические направления предусматривают наличие методов (которые были описаны М. Шелером, Ю. Хабермасом, М. Мерло-Понти, К. Ясперсом и др.), способных раскрыть коммуникативные системы для взаимного понимания, обоюдного доверия между индивидами.

Конструирование социальной жизни, т.е. той ее части, которая охватывает взаимоотношения людей, подразумевает присутствие доверия. В статье этот феномен описывается с социальной стороны. Доверие как «социальная смазка» (по А. Смитю) позволяет человеку ожидать определенного ответа со стороны другого или окружающей действительности (П. Штомпка), т.е. проявления заботы о себе через действие другого.

Забота о себе: определение понятия в контексте доверия

Реабилитированное античное греческое понятие *epimeleia heautou* — забота о себе стало для Мишеля Фуко фундаментальным в исследовании *Histoire de la sexualité*. Культура построения себя (*lacultur de sua*) посредством нравственных упражнений, правильных поступков избавляет от страстей внешних. Различие культуры и заботы обусловлено тем, что первое подразумевает раскрытие себя, т.е. самопознание. Второе же рассматривается как сосредоточение на себе, которое главным образом направлено на формирование способности управления собой — врачевание. Третье понятие, которое обозначало бы отношение к себе — пайдейя (*paideia*), — своего рода образование или воспитание.

Эти понятия образуют дискурсивное поле, в котором делается попытка объяснить отношение человека к себе. Они являются скорее духовными функциями в определении и построении узнавания собственной сущности, иными словами, забота о себе — это преодоление сомнений по отношению к собственной личности, уточнение, формирование четкого представления о самом себе через субъективное познание — установление доверия к себе. Мишель Фуко в третьем томе об истории сексуальности отмечает стоическую линию поведения: человеку следует самосовершенствоваться, заниматься «самоисправлением» души, чтобы тело подчинялось душе, обуздывая желания [Фуко М., 1998а]. Постоянный контроль тела позволяет человеку изучить себя, понять слабости, принуждает слушаться и тем временем критично воспринимать оценку другого человека, в том числе врача.

Несколько противоположным понятием, но более близким к нашей теме, является *therapheia* (по мнению Эпикура, *physiologia*), которое употребляется Платоном для определения заботы в качестве попечения о здоровье.

Возьмем один из известных примеров взаимодействия больного и врача в Древней Греции. В античный период город Эпидавр являлся известным центром врачевания. По обе стороны от главной дороги располагались театр и храм Асклепия. В храме на входе была построена двойная колоннада, где передняя часть

служила человеку, расположившемуся внутри помещения после утомительной дороги, местом отдыха. Больному должен был присниться священный сон, в котором появлялся Асклепий, и на следующий день асклепиады расшифровывали его.

После сна больной в разговоре передавал образы, ощущения и символы, которые врач должен был правильно поймать «взглядом». Фуко серьезно подошел к прояснению «взгляда» и проблеме «видеть и говорить». До момента формирования медицинского знания в качестве специализации оно представляло собой универсальный способ отношения человека к самому себе [Афанасьевский В.Л., 2018, с. 23].

Е.Н. Болотникова [Болотникова Е.Н., 2016] формулирует идею, что «забота о себе» вплетается в социальные практики, которые присутствуют в педагогике, медицине и постепенно переходят в экономику, экологию и т.д. Заботящийся о себе человек раскрывает социальное в индивидуальном. Метафорически это понятие позволяет увидеть элементы индивидуального бытия.

Философский дискурс болезни XX в. строится в пределах следующих моделей [Билибенко А.В., 2013]. Первая, экзистенциально-феноменологическая, которая развивается в рамках соответствующей психиатрии и включает главным образом онтологическую реабилитацию психического заболевания, развивает экзистенциальную теорию, где психическое заболевание понимается в качестве результата изменения пространственных и временных ориентиров, а также трансформации оснований человеческого бытия. Вторая модель формируется в рамках антипсихиатрии — она развивается в пределах социальной антропологии болезни. Психическое заболевание понимается с социальных позиций в качестве маргинальности и несоответствия общепринятым нормам, а практика психиатрической помощи — как практика не лечения, а изоляции. Третья модель акцентирует эпистемологическую трактовку болезни. Психическое расстройство при этом не просто анализируется в ракурсе истории общества и культуры, но и посредством этого анализа вскрываются механизмы и основания самой культуры и истории.

Короче говоря, постепенно формируется новое представление о том, что болезни присущи

реальные свойства, а не нарочито придуманные или приписанные из-за субъективного подозрения человека в нестандартном поведении или мировоззренческом восприятии окружающей действительности, и, в сущности, соответствует сфере реального. Начинает устанавливаться научный понятийный аппарат, иными словами, происходит рождение новой дисциплины.

Фрагильность социальной интеракции

Недоверие больного и рациональное любопытство врача создают возможность для первого стать одновременно субъектом и объектом собственного знания. Подвергаясь наблюдению со стороны врача, пациент связывает некоторые ожидания с последующим заключением специалиста. В то же время сам пациент формирует представление о результате осмотра: он основывается на проявлении паралингвистических характеристик высказывания (жестах, мимике и т.д.) [Виноградова Е.В., 2016]. В исследовании И.Р. Камалиевой и В.С. Невеловой, рассматривается система отношений «врач – пациент», в которой наличествует дефицит доверия [Камалиева И.Р., Невелева В.С., 2019], и здесь важно подчеркнуть, что данная лакуна проявляется во время переживания пациентом болезни.

Для того чтобы снизить собственную недоверчивость к будущему заключению, пациент «наполняет» смыслом недопонимание в момент интеракции, поэтому ожидание состоит из соотношения доверия к врачу как эксперту и недоверия из-за лакуны в информационном поле самого пациента. Кроме того, всматривание в жестиколяционно-мимическое сопровождение, осуществляемое врачом, выравнивает сформированное и ожидаемое представления о будущем высказывании.

В этом социальном процессе больной и врач устанавливают коллегиальную модель взаимоотношений (по Р. Витчу): критический осмотр врачом пациента предусматривает возникновение дополнительных вопросов, ответы на которые больной формулирует согласно складывающемуся отношению к специалисту. Социальная практика обмена (жалоб, уточнений, предписаний, предыдущий и текущий анамнез и проч.) между ними находится на грани патерналистского отношения врача к больному, но, тем не менее, не сводится к нему в абсолютном значении. Р. Витч [Витч Р., 1994] относит к па-

терналистскому виду отношений отсутствие прав и полное подчинение пациента врачу. Однако, по нашему мнению, это возможно в случае физического или духовного недостатка воли пациента или знания о собственном теле. Т. Сас и М. Холлендер разработали модель [Kaba R., Sooriakumaran P., 2007], включающую три направления — активно-пассивное, управляемое сотрудничество и партнерство, где второй тип предполагает участие больного в принятии решения о своем здоровье, и все-таки роль врача остается преобладающей в силу его квалификации и опыта и больной не протестует против профессионального мнения.

Возникновение доверия сопряжено и с потребностью заполнить пустое информационное пространство. Ведь доверие, согласно выдвинутому тезису А. Селигмена, является отсутствием уверенности в определенном знании о предмете, событии и т.д. Значит, это ограничение у больного придает решающее значение для постановки диагноза и влечет снижение недоверия к врачу.

Одно из качеств этого снижения заключено в объяснении А. Сильвером понятия «симпатия» по Адаму Смиту, которое «создает для общества определенного рода “социальную смазку” (social lubrication) и становится ключом к установлению социальной психологии морального порядка, свободного от авторитарных идей, которыми служили религиозные, экономические и политические институты» [Silver A., 1997, p. 10]. Однако в данном случае Алан Сильвер объясняет суть доверительного отношения, сложившегося в период Просвещения, когда развивалось коммерческое общество, в котором необходимо было наличие этого качества.

Таким образом, зарождается дружественное отношение и компенсируется отсутствие знания, которое можно получить при взаимодействии с другим. А. Селигмен определяет, например, «эмоциональную ценность для индивидов», «моральную оценку как вершину человеческой добродетели» и «как форму социальной солидарности» в качестве социальных атрибутов, которые отождествляются с доверием [Селигмен А., 2002, с. 43].

Доверие является хрупкой социальной интеракцией, которая управляется системой ролевых ожиданий. Если их оказывается недоста-

точно, то могут предприниматься попытки ее сохранения, чтобы обрести уверенность. При наблюдении пациентом того, как врач совершает манипуляции или того, что его поведение соответствует известным нормативным шаблонам, у первого возникает чувство уверенности. Однако, «увидев поведение, которое неприемлемо» [Филиппович Ю.С., Стрекалов Г.С., 2021, с. 39], согласно усвоенной моральной системе больной может насторожиться. (Здесь требуется некоторое уточнение, которое касается исследования А. Селигмена. В нем доверие и уверенность имеют разные значения, разница заключается в присутствии определенного знания, возможности объяснения и соответствии ожиданию — в данном случае ожиданию пациента.)

А.Ф. Филиппов в «Социологии пространства» рассматривает «кухню» и «дом» как «социальные характеристики, отражающие практические правила, эмоции или рутинные действия» [Филиппов А.Ф., 2008, с. 239], которые приписаны именно этим местам. Мы можем применить социальные характеристики к другим местам, например, к кабинету врача или расширить площадь места до больницы. Их наличие также может сформировать уровень доверия пациента. Или, например, намеренный осмотр стола и иной мебели, расположение письменных предметов и технических средств ориентирует пациента на формирование ожидания и вердикт. Следовательно, место также определяет «действие и поведение в том или ином пространстве», которые «социально обусловлены» и которые наделяют человека властью [Чеснокова Л.В., 2021, с. 208].

При этом врач не столько нуждается в обозначении и означивании ощущаемых пациентом симптомов, сколько для него важна его пронизательность во время осмотра. С.Е. Ильин так это подметил, что «быть может, <...> врачи не столько лечат, сколько создают и материализуют болезни» [Ильин С.Е., 2017, с. 11]. Авторитет взгляда, по Фуко, позволяет «остерегаться вмешательства» [Фуко М., 1998b, с. 166]. Немота регулирует его чистоту, дает возможность слушать и обозначать симптомы через наблюдение. Они становятся видимыми благодаря тому, что являются слышимыми.

Молчаливое наблюдение, с одной стороны, вызывает у пациента симпатию и, соответ-

ственно, доверие, поскольку врач концентрируется на личном опыте без интерпретации ощущений самим пациентом. Искусство наблюдения у врача скорее вызовет и уверенность, поскольку осмотр ведется без постороннего вмешательства — наблюдают только глаза. Одно лишь условие — умение наблюдать: включенное присутствие врача, профессиональный осмотр, который не требует физического прикосновения. Это условие, которое касается получения впечатления, а следовательно, заключение об объекте (диагнозе) может стать обстоятельством для выводов, которые станут истинными следствиями [Фуко М., 1998b].

Присутствие идеи «археологии взгляда» в медицинском пространстве

Сближение духовной практики и медицины, которые Фуко обозначил в качестве «медицилизации» культуры, приводит к тому, что внимание к телу соотносится с его расстройствами и немощью. Стоицистическая школа в лице Эпиктета, Сенеки и Марка Аврелия подразумевала осознание своего состояния как патологического и нуждающегося в исцелении.

Заглядывание внутрь себя, распознавание страстей, недугов ориентирует человека на отделение себя от окружения, но в то же время происходит осознание себя — экстерииоризация индивида, соединяющегося с природой.

Движение медицинского дискурса в историческом контексте трансформирует взгляд врача. Изменение отношения к человеческому телу как к объекту с середины XVIII в. начинает высвечивать его скрытую сторону. «Само медицинское тело с его тканями и органами, в которых дислоцируется болезнь, предстает как плод нового дискурса» [Афанасьевский В.Л., 2018, с. 24]. Перемены определяются внесением социальной теории в медицинскую историю опыта, т.е. увеличение числа людей в медицинском пространстве рационализирует человеческое поведение в отношении собственного тела.

В Российской империи XVIII в. местные жители Арзамаса игнорировали штаб-лекаря и почитали местных знахарей [Лепехин И.И., 1795, с. 72]. Между тем суть недоверия между врачом и больным определяется степенью доступности объяснения, невербальной формой общения и уровнем развития медицинского знания. С повышением уровня грамотности ширится практи-

ка ведения ежедневных записей, дневников состояния здоровья, написание писем друзьям, в которых описывается состояние не только физиологическое, но и душевное, составляются собственные жизнеописания, мемуары.

Степень недоверия между больным и врачом характеризуется сформированным профессиональным навыком последнего, который может *правильным* образом описать симптомы и сообщить диагноз первому. То есть больной ожидает соотнести опыт врача с поставленным им самим диагнозом — предугадать диагноз и подкрепить свое ожидание опытом врача. Язык в истории культуры, особенно в медицинском дискурсе, имеет два подозрения с точки зрения Фуко: первое заключается в том, что язык говорит, скрывая основной, глубинный смысл, и второе — что язык не ограничивается вербальной формой. «Каждая культура вырабатывает собственные техники интерпретации, которые по сути есть способы подозревать язык в том, что он хочет сказать не то, что говорит» [Дьяков А.В., 2010, с. 124].

В «Рождении клиники», опубликованной в 1963 г., французский философ соотносит «пространство тела и пространство болезни», которые «обладают свободой скольжения относительно друг друга» [Фуко М., 1998b, с. 33]. Иными словами, как объясняет В.Л. Афанасьевский, болезнь связывается с телом через измеряемые акциденции, т.е. вялость, слабость, жар, вес и проч. Таким образом, формируется представление о диагнозе болезни и новом отношении к больному. В статье Н.В. Волоховой о биоэтическом измерении философского наследия Л.Н. Толстого указывается на то, что «человек от рождения лишен инстинкта смерти» [Волохова Н.В., 2015, с. 47]: он не может предугадать, услышать «чуждый природы звук». И тем не менее человек готовится, старается найти симптомы, предшествующие если не смерти, то болезни, о чем очень точно пишет отечественный классик в «Смерти Ивана Ильича» [Волохова Н.В., 2000, с. 90].

Боль — проявление внутреннего через внешнее, т.е. это информационный компонент, условный знак, который может прочитать врач или передать больной. Это чувство дополняет привычные пять. Биолог Отто Левенштейн в работе «О чувствах» [Маклюэн М., Фиоре К.,

2012, с. 86] указывает на то, что единственным источником сведений о боли может быть только больной, поскольку не прекращающиеся срезывания нервного пути, связанного с больным органом, представляют собой бессистемный процесс, который не только отдаляет от диагноза, увеличивая время его постановки, но и уменьшает доверие пациента.

В «Рождении клиники» Мишель Фуко описывает троицу зрение—осязание—слух, которая становится сложной организацией «распределения невидимого». Каждая из трех составляющих передает информацию о больном человеку, который находится рядом с ним. И если врач может определить с помощью осзания твердые массы, а с помощью слуха — шум аневризмы, то присутствующий рядом с больным вряд ли сможет поставить диагноз, не станет к нему прикасаться и больной точно почувствует что-то неладное.

Тенденция понижения уровня доверия в обществах происходит с различной интенсивностью. Одними из медиативных факторов, которые усиливают или ослабляют общую тенденцию, становятся глубоко укоренившиеся исторические традиции, отражающиеся в так называемых культурах доверия или, наоборот, — в культуре недоверия или цинизма. В странах с высоким уровнем доверия (Норвегия, Швеция, Голландия, Япония, США, Германия) люди действуют, опираясь на принцип: «Другой достоин доверия до тех пор, пока не окажется, что он является обманщиком». В странах с низким уровнем доверия (Бразилия, Нигерия, Италия, Франция, Россия, Польша) понимают этот принцип наоборот: «Каждый является потенциальным преступником, обманщиком, взяточником, агентом, пока он нам не докажет, что он порядочный человек» [Штомпка П., 2012, с. 410].

В настоящее время степень недоверия больного повышается пропорционально накоплению медицинского знания. Новые методики и технологии лечения становятся менее понятными из-за медицинского дискурса. Единственным способом налаживания взаимного доверия становится глаз. «Он [глаз] стал хранителем и источником ясности, располагая властью заставить выйти на свет истину, которую принимал лишь в той мере, в какой она была освящена; открываясь сам, он открывает исти-

ну первого открытия: передом которым отмечен, начиная с мира классической ясности, переход от Просвещения к XIX веку» [Фуко М., 1998b, с. 13–14].

С XIX в. начинается описание и уточнение того, что было за гранью видимого и высказанного. Взгляд врача стал тождественным слову, больной может не рассказывать о недуге, но ткани, запах, движение — то, что доступно взгляду, может высказываться. «Взгляд — ...то, что создает индивида в его неустрашимом качестве и делает возможным создание вокруг него рационального языка. <...> на индивида можно, наконец, распространить структуру научного рассуждения» [Фуко М., 1998b, с. 15]. В.Л. Афанасьевский замечает в работе о Фуко, что объектом наблюдения медицинской практики является индивид в его единичной конечности. «Клинический опыт — это первое в западной истории открытие конкретного индивида на языке рациональности, это грандиозное событие в отношении человека к самому себе, а языка к вещам» [Фуко М., 1998b, с. 15].

При молчании больного, его нежелании рассказывать *все* врачу все-таки удастся уловить знаки болезни и рассказать первому о себе. Это становится неким способом узнавания *себя через другого*. Иначе говоря, установление истины, подлинной персоналии больного. От врача теперь требуется развивать не только наблюдательность, чтение и интерпретацию, но и внимательный осмотр, исследование мест возможной концентрации симптомов.

Медицина, являясь наукой о теле, предстает в качестве интерпретации, когда язык между больным и клиницистом уходит на второстепенные позиции. «Врач и больной втягиваются в бесконечно увеличивающуюся близость и связываются: врач взглядом, который насторожен и всегда направлен к постижению больного; больной — совокупностью незаменимых и немых качеств, которые его выдают, иначе говоря, демонстрируют и варьируют точные упорядоченные формы болезни» [Фуко М., 1998b, с. 41]. Болезнь в теле рассматривается как совокупность знаков, как носитель симптомов-означающих, поэтому знаковая интерпретация симптома и болезни, патологии и тела позволяет сформулировать проблему «истины тела», тела индивидуального.

Заключение

В медицинском контексте доверие остается необходимой чертой выстраивания взаимоотношений для успешного лечения болезни. В ходе рассмотрения системы отношений «врач – пациент» выявляются коммуникативные особенности, связанные с невербальной оценкой двух коммуникаторов: молчание, наблюдение, слушание (т.е. упомянутая выше триада М. Фуко). Благодаря им оба субъекта взаимодействия разрабатывают комплексное понимание предмета коммуникации. Согласно концепции Д. Льюис и Э. Вейгерта [Lewis J. Weigert A., 1985] о сущности доверия, необходимым его условием является когнитивный компонент. Для того чтобы сформировать доверительное отношение больного к пациенту, нужно обладать знанием, которое, однако, не может полностью установить данное отношение. В связи с этим необходим вспомогательный компонент — эмоциональный. Можно сказать, что два элемента — когнитивный и эмоциональный — влияют на выстраивание социального поведения между пациентом и врачом.

Внимательный взгляд врача создает у пациента впечатление включенности, эмпатии, и, как следствие, формируется доверие к нему. Последовательное исследование болезни взглядом или иной сопровождающий его невербальный акт придает пациенту уверенность для последующего действия: сомневаться в профессионализме врача или довериться поставленному диагнозу.

Список литературы

- Афанасьевский В.Л.* «Археология врачебного взгляда» М. Фуко как критика современного медицинского дискурса // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. 2018. № 12(3). С. 21–34.
- Билибенко А.В.* Социальная антропология болезни: Д. Купер, Э. Гоффман, Ф. Базалья // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. 2013. № 4(28). С. 105–110.
- Болотникова Е.Н.* Философские интерпретации концепта «забота»: от «лекарства» в античности до «здорово быть» в современности // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. 2016.

№ 2(244). С. 98–104. DOI: <https://doi.org/10.5862/jhss.244.12>

Виноградова Е.В. Коммуникативные факторы медицинского дискурса, влияющие на взаимоотношение «врач – пациент» // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 4-й междунар. науч.-практ. конф. (Тверь, 14 апреля 2016 г.) / под общей редакцией Е.В. Виноградовой. Тверь: Твер. гос. мед. акад., 2016. С. 12–18.

Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. №3. С. 67–72.

Волохова Н.В. «Путь смерти» Л.Н. Толстого (категория смерти в его религиозно-нравственной философии) // Вестник Московского университета. Серия 7: Философия. 2000. № 3. С. 84–98.

Волохова Н.В. Этика жизни и этика смерти (на материале философского наследия Л.Н. Толстого) // Проблемы интеграции образовательных систем России и Беларуси в гуманитарном хронотопе постсоветского пространства: сб. науч. ст. / отв. ред. Е.И. Боев; Юго-Зап. гос. ун-т. Курск: Университетская книга, 2015. С. 47–52.

Дьяков А.В. Мишель Фуко и его время. СПб.: Алетейя, 2010. 672 с.

Емельяненко В.В. Феномен доверия как предел интенции в воззрениях Эдмунда Гуссерля // Наука и бизнес: пути развития. 2012. № 12(18). С. 22–26.

Ильин С.Е. Метафизика взгляда. Этюды о скользющем и проникающем. СПб.: Алетейя, 2017. 576 с.

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. Вып. 4. С. 504–514. DOI: <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2019-4-504-514>

Лепехин И.И. Дневные записки путешествия доктора и академии наук адъюнкта Ивана Лепехина по разным провинциям Российского государства 1768 и 1769 году. СПб.: Тип. Императорской Академии Наук, 1795. Ч. 1. 554 с.

Маклюэн М., Фиоре К. Война и мир в глобальной деревне / пер. с англ. И. Летберга. М.: АСТ: Астрель, 2012. 224 с.

Селигмен А. Проблема доверия / пер. с англ. И.И. Мюрберг, Л.В. Соболевой. М.: Идея-Пресс, 2002. 256 с.

Филиппов А.Ф. Социология пространства. СПб.: Владимир Даль, 2008. 290 с.

Филиппович Ю.С., Стрекалов Г.С. О некоторых особенностях феномена «культура отмены» // Коллекция гуманитарных исследований. 2021. № 1(26). С. 36–41. DOI: [https://doi.org/10.21626/jchr/2021-1\(26\)/5](https://doi.org/10.21626/jchr/2021-1(26)/5)

Фуко М. История сексуальности – III: Забота о себе / пер. с фр. Т.Н. Титовой, О.И. Хомы; под общ. ред. А.Б. Мокроусова. Киев: Дух и литера; Грунт; М.: Рефл-Бук, 1998. 288 с.

Фуко М. Рождение клиники / пер. с фр. А.Ш. Тхостова. М.: Смысл, 1998. 310 с.

Чеснокова Л.В. Приватность и публичность как социально-пространственные категории // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2021. Вып. 2. С. 202–211. DOI: <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2021-2-202-211>

Штомпка П. Доверие — основа общества / пер. с пол. Н.В. Морозовой. М.: Логос, 2012. 448 с.

Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship // International Journal of Surgery. 2007. Vol. 5, iss. 1. P. 57–65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>

Lewis J., Weigert A. Trust as a Social Reality // Social Forces, 1985. Vol. 63, no. 4. P. 967–985. DOI: <https://doi.org/10.2307/2578601>

Silver A. Two Different Sorts of Commerce // Public and Private in Thought and Practice: Perspectives on a Grand Dichotomy / ed. by J. Weintraub, K. Kumar. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1997. P. 43–74.

Получена: 06.12.2021. Доработана после рецензирования: 20.03.2022. Принята к публикации: 15.05.2022

References

Afanas'evskiy, V.L. (2018). [«An archaeology of medical perception» by M. Foucault as criticism of the modern medical discourse]. *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i sotsial'no-ekonomicheskikh nauk* [Actual Problems of the Humanities and Socio-Economic Sciences]. No. 12(3), pp. 21–34.

Bilibenko, A.V. (2013). [Social anthropology of disease: D. Cooper, E. Goffman, F. Basalgia]. *Uchenye zapiski: elektronnyy nauchnyy zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta* [Scientific Notes: The online academic journal of Kursk State University]. No. 4(28), pp. 105–110.

Bolotnikova, E.N. (2016). [Philosophical interpretation of the concept «care»: from «medicine» in antiquity to the «great to be» in the present]. *Nauchno-*

tekhnicheskie vedomosti Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo politekhnicheskogo universiteta.

Gumanitarnye i obschestvennye nauki [St. Petersburg State Polytechnical University Journal. Humanities and Social Sciences]. No. 2(244), pp. 98–104. DOI: <https://doi.org/10.5862/jhss.244.12>

Chesnokova, L.V. (2021). [Privacy and publicity as socio-spatial categories]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya* [Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology]. Iss. 2, pp. 202–211. DOI: <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2021-2-202-211>

D'yakov, A.V. (2010). *Mishel' Fuko i ego vremya* [M. Foucault and his time]. St. Petersburg: Aleteyya Publ., 672 p.

Emel'yanenko, V.V. (2012). [The phenomenon of trust as the limit of intention in the views of Edmund Husserl]. *Nauka i biznes: puti razvitiya* [Science and Business: Ways of Development]. No. 12(18), pp. 22–26.

Filippov, A.F. (2008). *Sotsiologiya prostranstva* [Sociology of space]. St. Petersburg: Vladimir Dal' Publ., 290 p.

Filippovich, Yu.S. and Strekalov, G.S. (2021). [Some features of cancel culture]. *Kollektsiya humanitarnykh issledovaniy* [The Collection of Humanitarian Studies]. No. 1(26), pp. 36–41. DOI: [https://doi.org/10.21626/j-chr/2021-1\(26\)/5](https://doi.org/10.21626/j-chr/2021-1(26)/5)

Foucault, M. (1998). *Istoriya seksual'nosti – III: Zabota o sebe* [The history of sexuality. Vol. 3: The care of the self]. Kiev: Dukh i Litera Publ., Grunt Publ., Moscow: Repl-Buk Publ., 288 p.

Foucault, M. (1998). *Rozhdenie kliniki* [The birth of the clinic]. Moscow: Smysl Publ., 310 p.

Il'in, S.E. (2017). *Metafizika vzglyada. Etyudy o skol'zyschem i pronikayuschem* [Metaphysics of eyesight. Etudes on sliding and penetrating]. St. Petersburg: Aleteyya Publ., 576 p.

Kaba, R. and Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. Vol. 5, iss. 1, pp. 57–65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>

Kamalieva, I.R. and Neveleva, V.S. (2019). [Trust as the basis of the «doctor – patient» relationship in modern medicine: philosophical and anthropological interpretation]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya* [Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology]. Iss. 4, pp. 504–514. DOI: <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2019-4-504-514>

Lepekhin, I.I. (1795). *Dnevnye zapiski puteshestviya doktora i akademii nauk ad'yutanta Ivana Lepekhina po raznym provintsiyam Ros-*

siyskogo gosudarstva v 1768 i 1769 godu [Daily notes of the travel of the doctor and the Academy of Sciences, adjunct Ivan Lepekhin to various provinces of the Russian state in 1768 and 1769].

St. Petersburg: Imperial Academy of Sciences Publ., pt. 1, 554 p.

Lewis, J. and Weigert, A. (1985). Trust as a social reality. *Social Forces*. Vol. 63, no. 4, pp. 967–985. DOI: <https://doi.org/10.2307/2578601>

McLuhan, M. and Fiore, Q. (2012). *Voyna i mir v global'noy derevne* [War and peace in the global village]. Moscow: AST, Astrel' Publ., 224 p.

Seligman, A. (2022). *Problema doveriya* [Problem of trust]. Moscow: Ideya-Press Publ., 256 p.

Silver, A. (1997). Two different sorts of commerce. *J. Weintraub, K. Kumar (ed.) Public and Private in Thought and Practice: Perspectives on a Grand Dichotomy*. Chicago, IL: University of Chicago Press, pp. 43–74.

Sztompka, P. (2012). *Doverie — osnova obschestva* [Trust is a base of the society]. Moscow: Logos Publ., 448 p.

Vinogradova, E.V. (2016). [Communication factors of medical discourse affecting on «physician – patient» interaction]. *Meditinskiy diskurs. Voprosy teorii i praktiki: materialy 4 mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (Tver', 14 aprelya 2016 g.)* [Medical Discourse. Issues of Theory and Practice: Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference (Tver, April 14, 2016)]. Tver: TSMU Publ., pp. 12–18.

Vitch, R. (1994). [Models of moral medicine in the era of revolutionary changes]. *Voprosy filosofii*. No. 3, pp. 67–72.

Volokhova, N.V. (2000). [«The Way of Death» by L.N. Tolstoy (the category of death in his religious and moral philosophy)]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 7: Filosofiya* [Moscow University Bulletin. Series 7. Philosophy]. No. 3, pp. 84–98.

Volokhova, N.V. (2015). [Ethics of life and ethics of death (based on the philosophical heritage of L.N. Tolstoy)]. *Problemy integratsii obrazovatel'nykh sistem Rossii i Belarusi v humanitarnom khronotope postsovetskogo prostranstva* [Problems of integration of educational systems of Russia and Belarus in the humanitarian chronotope of the post-soviet spaces]. Kursk: SWSU Publ., Universitetskaya Kniga Publ., pp. 47–52.

Received: 06.12.2021. Revised: 20.03.2022. Accepted: 15.05.2022

Об авторе

Филиппович Мария Сергеевна

соискатель кафедры философии,
Курский государственный университет,
305000, Курск, ул. Радищева, 33;

ассистент кафедры социальной работы
и безопасности жизнедеятельности,
Курский государственный медицинский
университет,
305041, Курск, К. Маркса, 3;

e-mail: filippovichms@kursksmu.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7432-3660>
ResearcherID: G-7580-2017

About the author

Maria S. Filippovich

Graduate Student of the Department of Philosophy,
Kursk State University
33, Radischev st., Kursk, 305000, Russia;

Assistant Lecturer of the Department
of Social Work and Life Safety,
Kursk State Medical University
3, K. Marx st., Kursk, 305041, Russia

e-mail: filippovichms@kursksmu.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7432-3660>
ResearcherID: G-7580-2017

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом:

Филиппович М.С. Идея «археология взгляда» в процессе выстраивания доверия между пациентом и врачом // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2022. Вып. 3. С. 406–415.
DOI: 10.17072/2078-7898/2022-3-406-415

For citation:

Filippovich M.S. [The idea of «archaeology of perception» in the process of trust creation between patient and physician]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofia. Psihologia. Sociologia* [Perm University Herald. Philosophy. Psychology. Sociology], 2022, issue 3, pp. 406–415 (in Russian). DOI: 10.17072/2078-7898/2022-3-406-415