

**ДОВЕРИЕ И АВТОРИТЕТ – НЯКОИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД
ПРОФЕСИОНАЛНАТА ТАЙНА В БИОМЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ**

МАРТИН МИРЧЕВ

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

mart_mirchev@abv.bg

**TRUST AND AUTHORITY – SOME CHALLENGES TO THE PROFESSIONAL
SECRET IN BIOMEDICAL CONTEXT**

MARTIN MIRCHEV

Medical University – Varna “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”

Abstract

After the middle of the 20th century, different social trends provoked changes in the relationship between physician and patient. Some of them concern the persistent debate about rights and freedoms in a variety of contexts, and others the ever increasing willingness of individuals to question the legitimacy of systems and authorities in general, including health care systems and physicians. These trends can be explained by the information revolution and the unprecedentedly easy access to information of all kinds – information that is often interpreted too freely or too orchestrated. On the other hand, there is an increasing abundance of human arrogance – that we are knowledgeable and somehow untouchable, as well as the general tendency towards doubt, and pretentiousness – all of them in a way brought down to earth, but also provoked by the last pandemic. Let's assume that this is still a natural product of complicated social relationships. However, as a consequence of such trends, we can examine the risk of undermining one of the cornerstones of the art of medicine – the trust between physician and patient, and the value it represents for professional medical secret. In Western medicine, confidentiality has been a well-recognized and discussed point at least since the time of Hippocrates, and trust has always been a necessary foundation of the patient-physician relationship. Of course, the one who trusts always accepts a certain amount of vulnerability and risk, although sometimes trust is simply inevitable, even if it is not necessarily subordinated to the trustworthiness of the person at whom it is directed. In medical practice, patients often confide because it makes them feel more at ease in situations over which they have little or no control. In this interesting context, we may ask: is the conflict between doubt and trust related to a rational process, or is it emotionally based? Can trust be seen as a value that modern laypersons tend to downplay, even in relation to biomedical practice?

Key words: trust, confidentiality, challenges.

Обикновено доверието се разглежда като многопластова структура с ключово за качеството на взаимоотношенията и взаимодействията значение. Доверието е особен тип отношение, насочено към друг човек, авторитет, институция, за които се очаква да бъдат

благонадеждни, и по този начин се превръща в определящ за тях елемент. Все по-често обаче се сблъскваме с проблемни ситуации, при които наличието на доверие при различните интеракции е изправено пред предизвикателства или директно отсъства.

В наше време, сякаш в сравнение с когато и да е било преди, хората са все по-склонни да не се доверяват, да поставят под съмнение легитимността на системи и авторитети, и в последна сметка – да се дистанцират, да се отчуждават. Кризата на авторитетите обаче далеч не е съвременно явление. Отричането им е част от масовата култура на „масовите“ хора днес, но всъщност пророчески е описано преди почти цял век от Хосе Ортега-и-Гасет, който пише: *„(...) всеки среден индивид носи в себе си усещане за господство и триумф, което го тласка да утвърждава самия себе си такъв какъвто е, да налага като добър и свършиен своя морален и интелектуален багаж. Това доволство от себе си го кара да се затвори за всяка външна инстанция, да не слуша, да не поставя под съмнение своите възгледи и да не се съобразява с другите.“* (Ортега-и-Гасет, 1993) В прочутото си есе „Какво е авторитет“ Хана Арендт пък директно заявява, че авторитетът е *„изчезнал от модерния свят“*. (Arendt, 1954). Недоверчивостта е закономерен социален феномен предвид духа на епохата, но също така е и очевидно обезпокоителен такъв, особено в определени контексти като биомедицинския.

В случая с отношението между лекар и пациент, при което лекарят съвместява и ролята на авторитет, това е проблематично, тъй като връзката между тях се базира преди всичко именно на доверие. (Mechanic, Schlesinger, 1996; Kao, Green, Zaslavsky, Koplan, Cleary, 1998). Ако доверието е компрометирано, това застрашава самото взаимоотношение. Всъщност, то би се обезсмислило.

Усъмняването в медицинския авторитет обикновено намира поне две основни проявления, които могат да съществуват самостоятелно или комбинирано. От една страна това е недоверието, насочено към компетентността и медицинските възможности. От друга – недоверие по отношение на задължението за спазване на медицинска тайна и конфиденциалността, което в днешната информационна ера поражда редица опасения за защитата на личните данни, тяхната първична, вторична и последваща употреба, за които често липсва прозрачност. През последните десетилетия професионалният медицински авторитет се трансформира поради натиск от вътрешни и външни фактори. Това включва от една страна отслабената институционална подкрепа, но още влиянието на

информационната революция и Големите данни, презадоволяващи хората с огромно количество лесно достъпна информация и дори по-голямо количество дезинформация, като границата между двете е твърде размыта. Съпътстващи характерни фактори представляват склонността на хората да се подлъгват по манипулативните уклони на социалните мрежи и медийната пропаганда, но и присъщата *арогантност* на модерния човек, у когото някак тревожно са се настанили усещането за недосегаемост и господство над елементи и явления. Въпреки всичко, последните бяха до известна степен „приземени“ от пандемичната COVID реалност, но едновременно с това в някои отношения бяха и допълнително провокирани. Така или иначе, дните на традиционното разбиране, че „*лекарят знае най-добре*“, когато пациентите сляпо са се доверявали и подчинявали на медицинския авторитет, бързо се превръщат в далечен спомен за съвременните информационни общества, където пациентът вече се е превърнал в потребител и клиент на медицински услуги, очакващ да играе активна роля във взаимоотношенията си с лекаря.

Разбира се, справедливо е да се отчете и другата възможна перспектива към описания проблем – че трябва да се запитаме дали може това занижено доверие – а понякога и открито недоверие – да е всъщност донякъде *заслужено* в светлината на все по-широкото оповестяване на медицински грешки, странични ефекти на лекарствени продукти и ваксини, тромавото приемане на базирани на доказателства медицински иновации и клинични възможности, медицинската некомпетентност, злоупотребата с професионалната тайна и конфиденциалността? Всички тези опасения водят до сериозни промени както в междуличностно доверителните отношения, така и в институционалното доверие. Те подкопават доверието в медицинската професия и в лекарите като цяло. Това още веднъж показва, че притесненията относно доверието на пациентите предизвикват необходимостта от по-добро разбиране за ролята му в отношенията лекар-пациент. Кой са елементите в доверието на пациентите, които остават стабилни? Къде са възникващите точки на слабост, които могат потенциално да застрашат здравните резултати (health outcomes)?

Доверието се оказва многоизмерна конструкция, която може да се опише разнообразно. Вариациите в начина, по който то е концептуализирано и дефинирано, се дължат отчасти на теоретичната разноразличност на много академични дисциплини,

като например социологията и политическите науки, които са провеждали изследвания върху него в собствените си проблемни полета. (Luhman, 1989; Gurtman, 1992).

Обикновено връзката между доверието и авторитета се разглежда през отличителния белег на легитимната власт, а именно вероятността хората да следват команди, препоръки, съвети (Weber, 1958). В отделните дисциплини има забележимо неединомислие относно това как да се дефинира доверието. В контекста на медицинската практика изглежда също няма пълен консенсус и се подхожда към дефиниране през отношенията лекар-пациент по различни начини. Някои теоретици подчертават по-афективния му характер, идентифицирайки го като успокояващо чувство на увереност или вяра в лекаря и неговите намерения. Сред най-често описваните измерения на поведението на лекаря, на които пациентите се смята, че основават доверието си, са компетентността, състраданието, конфиденциалността, надеждността и комуникацията (Anderson, Dedrick, 1990; Thom, Campbell, 1997; Mechanic, 1998).

Разбира се, този, който се *доверява*, винаги приема известна доза уязвимост и риск, макар и понякога доверяването да е просто неизбежно и дори да не е непременно подчинено на надеждността на човека, към когото е насочено. Често в медицинската практика пациентите се доверяват, защото това ги кара да се чувстват по-спокойни в ситуации, над които имат ограничен или никакъв контрол, както е при спешните случаи. В този смисъл актът на доверяване има и функцията на психологически защитен, облекчаващ напрежението механизъм, който може да се отнесе към проява на рационално поведение в застрашаваща здравето или живота ситуация. Доверието може да бъде рационално, стига да бъде насочено към истината – автентичната вяра в някого и в неговите намерения и способности – или да бъде насочено директно към желаната цел, т.е. към това да се получи помощ (Jones, 1996).

Интересна перспектива към доверието е свързана с разглеждането му като ценност. От една страна стои въпросът ценност ли е то само по себе си или ценността може да бъде онагледена само през отношението с другите и през реалния продукт – резултатът от доверителното отношение? От една страна, ако само по себе си доверието не „произвежда“ някаква стойност или резултат, то и „доверяването“ никак би се обезсмислило. От друга страна, може да имаме съображението, че чрез доверието се

засвидетелства уважение към другия или другите, (O'Neil, 2012), и съответно отсъствието му е проява на неуважение (D'Cruz, 2019).

Доверителното отношение има инструментална стойност, тъй като осезаемо увеличава ползите от взаимоотношенията и сътрудничеството, стига, разбира се, това отношение да е реципрочно (Hardin, 2002; Dimock, 2020). В случая с конфиденциалността в отношенията лекар – пациент, обикновено доверителното отношение върви двустранно – пациентът трябва да се доверява на лекаря, че той ще спазва професионалната тайна, а лекарят разчита на откровеност, за да изпълни своята част от ангажимента към пациента. Интересна гледна точка представлява мнението, че дори и доверието да подобрява сътрудничеството и междуличностните интеракции, то не е непременно необходимо (Cook et al., 2005; Skyrms, 2008), тъй като премахва стимула да се „проверяват“ доверителите и реално изключва понякога здравословната минимална доза съмнение.

Едно ключово разграничение в концептуализацията на доверието, което оказва влияние върху теорията за взаимоотношенията лекар-пациент, е разликата между междуличностно доверие и социално доверие (Mechanic, 1996). Междуличностното доверие се отнася до доверието, изградено чрез повтарящи се взаимодействия, благодарение на които очакванията относно надеждното поведение на дадено лице могат да бъдат тествани във времето. Социалното доверие обаче е доверие в колективни институции, повлияно до голяма степен от медиите и от общото социално настроение към определени институции. Следователно, всяко разглеждане на междуличностното доверие на пациентите в лекарите трябва да вземе предвид общата атмосфера на социално доверие в здравните институции. Теоретичната работа, разплитаща възлите, които свързват тези различни елементи на доверие, подчертава жизненоважното значение на социалното доверие при формирането на традиционното междуличностно доверие между пациентите и техните лекари. (Goold, 1998).

В огромна степен доверието между лекар и пациент зависи от споделянето на информация от всякакъв порядък. В малко по-общ план, отчитащ множеството заинтересовани страни, информационната реалност и глада за данни, които захранват информационната индустрия, пряко се поражда опасения за конфиденциалността. Разбираемо хората, които разчитат на медицинска поверителност, може да почувстват,

че им липсва смислен контрол върху това, което се случва с тяхната лична информация. Еволюцията на социалните медии, смарт технологиите, носимите устройства (wearables) за наблюдение на здравето, електронните медицински досиета, представляват разнообразни възможности за преднамерено и непреднамерено разкриване на информация, свързана със здравето и личността. Практическата способност на хората да контролират и защитават поверителността на здравето си е отчасти функция на ефективната сигурност на данните, познанията им за съвременните практики за управление на медицински данни и социално-икономическите привилегии. (Bridges, 2017; Marx, 2007)

Освен това, развитието на Големите данни в дигиталните свят и икономика правят още по-трудно за всяко лице да упражнява контрол върху събирането и използването на медицинска и друга лична информация (Kasperbauer, 2020; Veliz, 2020). Това неимоверно много засилва различните настроения, засягащи основни моменти във взаимоотношенията на доверие и конфиденциалност между лекар и пациент.

В този особен биомедицински контекст изпитанията пред доверието имат сложна обусловеност. Те са зависими както от социалните тенденции, които прецизираме индивидуално и едновременно с това съпреживяваме с другите, така и от различни рационални предразположености на човешките характер и природа. Те са също така повлияни и от емоционалния свят на човека; от начина, по който той интерпретира и конституира своето място във взаимоотношенията. Изглежда съмнението има – като минимум – двойка роля: да пробуди съзнанието така, че то да не приема нищо напълно безкритично, но от друга страна да привежда в действие по-деструктивната си страна – рушенето на устоите на доверието в търсене на конфликтни точки както чрез рационална аргументация, така и чрез ирационални емоции. Тези наблюдения могат да намерят основание дори извън рамките на отношенията лекар – пациент.

В последните няколко години загубата на смисъл в думи като доверие, емпатия и симпатия – оскотяването, елементаризирането на взаимоотношенията между хората, се оказват следствие от реалността. Колко хора от поколенията на последните три-четири десетилетия въобще са си представяли, че в живота си ще видят глобална пандемия и война на праговете на домовете си? Тази брутална реалност превзема „нормалния свят“, в който живеехме до вчера. Доверие, близост, взаимопомощ – примери които все пак

видяхме ограничено приложени в глобален мащаб – отстъпиха пред страх, съмнение, затваряне в себе си, търсене на самодостатъчност и някак твърде индивидуализирано светоусещане. Нещата вероятно имат по-дълбоки емоционални основания: човек съзнателно или подсъзнателно ограничава доверието си във всякакви авторитети, защото се опасява да не бъде подведен от илюзията, че всичко ще бъде наред. Ограничаването на доверието е психологически защитен механизъм срещу реалността, в която живеем. Съмнението в медицинския авторитет и по-частният случай със съмнението по отношение на конфиденциалността изглеждат като едно от следствията на този механизъм.

ЛИТЕРАТУРА

Ортега-и-Гасет, Х. (2015). Бунтът на масите, С., ИК БАРД.

Anderson L.A., R.F. Dedrick. (1990). Development of the Trust in Physician Scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. – In: *Psychol Rep.* 67:1091–100 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2084735/> [Accessed 17.10.2022];

Arendt, H. (1954). What is authority., Available at: <https://www.pevpat-ugent.be/wp-content/uploads/2016/09/H-Arendt-what-is-authority.pdf> [Accessed 17.10.2022];

Bridges, K., (2017). *The Poverty of Privacy Rights*. Stanford: Stanford University Press. <https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php?ID=476013072022122122111074099091101095028032023043029030023009007088117099065127023070033000021120038125121100106025092008094118010060038093078014094070080020085112054044001072102096001106066068095108070002076087092007000117024065106026098100110094088&EXT=pdf&INDEX=TRUE> [Accessed 16.10.2022]

Cook, K. S., R. Hardin, and M. Levi. (2005). *Cooperation Without Trust?* New York: Russell Sage Foundation. https://www.researchgate.net/publication/242279407_Cooperation_Without_Trust [Accessed 16.10.2022]

D’Cruz, J., (2019). Humble Trust. – In: *Philosophical Studies*, 176(4): 933–953. doi:10.1007/s11098-018-1220-6 http://ispcjournal.org/journals/2020/01/PhC_24.pdf [Accessed 16.10.2022]

- Dimock, S.** (2020). Trust and Cooperation. – In: in *Simon*, 160–174 <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781315542294/routledge-handbook-trust-philosophy-judith-simon> [Accessed 13.10.2022]
- Goold, S.D.** (1998). Money and trust: relationships between patients, physicians, and health plans. – In: *J Health Polit Policy Law*. 23:687–95 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9718519/> [Accessed 16.10.2022]
- Gurtman, MB.** (1992). Trust, distrust, and interpersonal problems: a circumplex analysis. – In: *J Pers Soc Psychol*. 62:989–1002 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1619552/> [Accessed 15.10.2022]
- Jones, K.** (1996). Trust as an Affective Attitude. – In: *Ethics*, 107(1): 4–25. doi:10.1086/233694 <https://faculty.philosophy.umd.edu/PGreenspan/Crs/Jones-sl.pdf> [Accessed 16.10.2022]
- Kao A.C, D.C. Green, A.M. Zaslavsky, J.P. Koplan, P.D. Cleary.** (1998). The relationship between method of physician payment and patient trust. – In: *JAMA*. (1998);280:1708–14.) <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188181> [Accessed 15.10.2022]
- Kasperbauer, T.** (2020). Protecting Health Privacy Even When Health Privacy is Lost. – In: *Journal of Medical Ethics*, 46(11): 768–772. <https://jme.bmj.com/content/46/11/768> [Accessed 15.10.2022]
- Luhman, N.** *Trust and Power*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Marx, Gary T.,** (2007). Privacy and Social Stratification. – In: *Knowledge, Technology & Policy*, 20(2): 91–95 https://web.mit.edu/gtmarx/www/priv_social_stratification.pdf [Accessed 15.10.2022]
- Mechanic, D.** (1996). Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q*, 74:171–89 <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-74/issue-02/74-2-Changing-Medical-Organization-and-the-Erosion-of-Trust.pdf> [Accessed 14.10.2022]
- Mechanic D.** (1998). The functions and limitations of trust in the provision of medical care. – In: *J Health Polit Policy Law*. 23: 661–86 https://www.researchgate.net/publication/13566036_The_Functions_and_Limitations_of_Trust_in_the_Provision_of_Medical_Care [Accessed 14.10.2022]
- Mechanic D., Schlesinger M.** (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. – In: *JAMA*. 275:1693–7 <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/403276> [Accessed 14.10.2022]

- Thom DH, B. Campbell.** (1997). Patient-physician trust: an exploratory study. –In: *J Fam Pract.* 44:169–76 https://cdn.medge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1997-volume_44-45/JFP_1997-02_v44_i2_patient-physician-trust-an-exploratory-s.pdf [Accessed 17.10.2022]
- Hardin, R.** (2002). *Trust and Trustworthiness*, New York, NY: Russell Sage Foundation https://www.researchgate.net/publication/318587513_Trust_and_trustworthiness [Accessed 15.10.2022]
- O’Neil, C.,** (2012). Lying, Trust, and Gratitude, *Philosophy & Public Affairs*, 40(4): 301–333. doi:10.1111/papa.12003 https://www.researchgate.net/publication/262957183_Lying_Trust_and_Gratitude [Accessed 15.10.2022]
- Veliz, C.** (2020). *Privacy is Power: How and Why You Should Take Back Control of Your Data*, London: Penguin Random House.) <https://academic.oup.com/idpl/article/12/3/255/6545822> [Accessed 15.10.2022]
- Weber, M.** (1958). “The Three Types of Legitimate Rule.” *Berkeley Publications in Society and Institutions* 4(1):1–1 file:///C:/Users/Acer/Downloads/Weber_Three%20Types%20Rule.pdf [Accessed 15.10.2022]