

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГУМАНИТАРНЫХ НАУКАХ

УДК 614.253

Е. А. Жукова, Т. В. Мещерякова

ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ АВТОНОМИИ ИНДИВИДА

Рассматриваются философско-методологические аспекты тех изменений во взаимоотношениях врача и пациента, которые произошли в последние десятилетия под воздействием целого ряда причин, одной из которых явилась технизация медицины. Приведен критический анализ концепций автономии, реализуемых в современной медицинской практике и способах ее управления. Ставится проблема установления границ автономии пациента. В статье представлены отдельные результаты выполнения проекта РФФИ № 10-06-00313 «Аттрактивный менеджмент: методологические принципы управления динамикой сложных систем» и обоснована постановка задачи в проекте РГНФ № 12-03-00198 «Биоэтика как форма самосознания современной культуры».

Ключевые слова: биоэтика, автономия пациента, техническая модель, информационная модель, патернализм.

Круг проблем, который сегодня широко обсуждается в биоэтике, подтверждает актуальность той проблематики, которая все чаще привлекает внимание философов, ученых и широкой общественности. В центре ее – проблема человека, его природы и сущности. Биоэтика возникает как ответ на сложную совокупность факторов, которые привели к тому, что человек был вынужден изменить отношение к самому себе.

Под социокультурными предпосылками появления биоэтики мы будем понимать: децентрацию ценностного мира в связи с подрывом авторитета науки в решении мировоззренческих проблем; нарастающие процессы интеграции и глобализации, приведшие к конфликту ценностей; формирование усредненной массовой культуры, в которой происходило разрушение традиционных норм и ценностей, обеспечивавших стабильность существования человека, и навязывание ему стандартизированных ценностей, что делало проблематичным свободу самовыражения человека; кризис, сложившийся в этике в связи с наличием множества несовместимых теоретических этических концепций и их оторванностью от нужд практики, что привело к появлению прикладной этики; формирование социальных движений, направленных на защиту прав и свобод различных категорий граждан; появление биомедицинских технологий, поставивших вопрос о границах человеческого существования [1].

Как следствие изменения отношения человека к самому себе, одним из антропологических измерений в биоэтике становится автономия индивида, которая признается как одна из важнейших ценно-

стей в современной медицинской этике и выражается в виде принципа уважения автономии пациента и ряде моральных правил, призванных обеспечить эту автономию на практике (правило правдивости, конфиденциальности и добровольного информированного согласия).

Признание автономии означает, что врач обязан относиться к пациенту с уважением. Необходимо должным образом его выслушать, предоставить ему всю информацию, необходимую для принятия решений. Это подразумевает объяснение сложных медицинских диагнозов, прогнозов и режимов лечения простыми, доступными для обычного человека словами, причем пациенту необходимо осознать все возможные способы лечения, включая достоинства и недостатки каждого. Согласие он дает добровольно и без принуждения. Со стороны врача должно быть полностью уважительное соблюдение конфиденциальности. Таким образом, людей нужно рассматривать как личности, а не просто как пациентов.

Но вследствие технизации современной медицинской практики происходит деперсонализация отношения к пациенту. Получается это *благодаря и вопреки* принципу уважения автономии пациента, и такой противоположный эффект стал возможен в результате резко отличительных подходов к практической интерпретации автономии.

В современных условиях, больше чем когда-либо, медицина стала представлять собой деятельность прежде всего общественную, а не индивидуальную. Она действует в рамках государственных и правительственных организаций и финанси-

рования, ее знания и методы основываются на общественных и частных разработках и открытиях, она занимается болезнями, которые по природе своей настолько социальные, насколько и биологические.

Некоторые молодые врачи и медсестры видят себя, в первую очередь не как защитники уязвимо-го пациента, а как агенты предпринимателей от здравоохранения, для которых пациент – это коммерческий клиент. Врач при таком отношении снимает с себя ответственность, перекладывая ее на правила, установленные вышестоящими органами, на сами органы и на старших по положению лиц. Он действует по принципу «покупатель всегда прав», перекладывая слишком большую ответственность на компетентного пациента.

В частности, Т. Кох обеспокоен вмешательством государства в деятельность врачей; он назвал медицину «жертвой военного конфликта в Ираке и Афганистане» [2], когда американский президент поощрил принятие военных директив (в отношении заключенных), нарушающих медицинскую этику и международные соглашения. Личная ответственность врача все более замещается корпоративными решениями. Т. Кох подчеркивает, что организации здравоохранения и страховые компании поставили врача в ситуацию порабощения [2]. Они говорят ему, как долго его пациент должен оставаться в больнице и какое выписать лекарство, какие позволяют провести медицинские испытания, меры профилактики и лечения. «Печально, во многих случаях (занимаясь медициной без лицензии) они определяют, жить ли пациенту или умереть» [2].

Технология организации современного здравоохранения приводит к противоречиям целей, которые ставятся перед врачом: сокращение использования услуг и расходов на них; увеличение эффективности, устранение ненужных и потенциально вредных лечений; обеспечение лучшего или более желательного лечения для пациентов; расширение предлагаемого объема услуг; улучшение качества жизни пациентов. Конечно, эти цели часто работают друг на друга, но не всегда. Например, услуги, предоставляемые в России фондом ОМС, в некоторых случаях недостаточны и не обеспечивают не только лучшее, но даже необходимое лечение пациента. А интересы пациента как плательщика и получателя медицинского обслуживания в частной (платной) клинике могут явно находиться в конфликте.

В связи с таким положением дел в медицине М. Родвин выделяет две модели управления: модель согласия и модель конфликта [3]. В модели согласия цели и интересы пациентов, врачей, менеджеров, поставщиков и плательщиков (т. е. третьих лиц, кто оплачивает лечение пациента)

всегда совместимы. В модели конфликта цели и интересы отдельных сторон частично несовместимы, и даже одно лицо может иметь несколько противоречивых интересов. Например, нередко врачи оказываются в ситуации конфликта двойных обязательств: с одной стороны, врач (как доверенное лицо пациента, долг которого защищать интересы больного) обязан сообщить пациенту клинические варианты лечения, их риски и предоставить ему право выбора; с другой – он как представитель медицинской организации обязан поставить предел выбору пациента. А это приводит к ущемлению автономии как пациента, так и врача.

Принцип уважения автономии имеет разнообразные концептуальные интерпретации. Выстраивается их целый спектр: от отрицательных до положительных [4]. Отрицательные антипатерналистические требования исключают использование силы, принуждения и обмана (отрицательная концепция автономных прав). Положительная или «принудительная» модель автономии характеризуется тем, что пациенты обязаны использовать самоуправление и поэтому несут прямую ответственность за большинство принятых решений. Основания для этой интерпретации такие: пациенты как индивидуумы должны максимально использовать себя в качестве моральных субъектов; только пациенты знают те ценности и предпочтения, которые являются основополагающими при принятии решения о собственном здоровье. Но здесь встает вопрос, все ли пациенты фактически желают взять ответственность за свои медицинские решения?

Интерпретация автономии, которая видит ее только в независимости и осуществлении прав личности, приобретает индивидуалистический характер [4], тем самым обедняя кантовское понятие автономии, одним из существенных признаков которой является ответственность человека за свои решения и действия. Отношения врача и пациента – это один из видов сложного социального взаимодействия, и медицинская этика должна всегда устанавливаться в контексте отношений внутри медицинского сообщества и общества вообще. Когда автономия сводится только лишь к независимости, сужается до индивидуалистической парадигмы автономии и становится единственным критерием для принятия решения, то отношения врача и пациента уменьшаются до отношений клиента и техника. Данный тип отношений отражен у Р. Витча [5] в технической, а у Е. Эсмунуэль и Л. Эсмунуэль [6] – в информационной модели взаимоотношений врача и пациента.

Техническая модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного зна-

ния о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. Американский философ Роберт Витч отмечает, что «одно из следствий биологической революции – возникновение врача-ученого. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, научная традиция заключается в том, что ученый должен быть “беспристрастным”. Он должен опираться на факты, избегая всех ценностных суждений» [5, с. 67]. Данный подход опирается на устаревшее представление о природе научного знания. Для такого врача выбор метода лечения представляет собой техническую процедуру, на которую никак не влияют личные предпочтения и ценности врача благо пациента (его здоровье) определяется через совокупность объективных признаков, а мнение пациента здесь не учитывается как необъективное, ненаучное. Соответственно, такой подход приходит в резкое противоречие с принципом уважения автономии пациента.

Определенный вариант поведения врача как нейтрального техника можно проследить и в информационной модели, описанной Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль. Иногда ее определяют как «научную», «инженерную» или «потребительскую». В соответствии с ней от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение.

«Информационная модель допускает четкое разграничение объективных фактов и пожеланий больного. Несмотря на вероятность определенной необъективности больного, которому не всегда доступно понимание причинно-следственной связи в течение того или иного заболевания, именно на него, в конечном счете, возлагается ответственность за выбор решения. Таким образом, концепция автономии больного по этой модели заключается в контроле над формированием врачебного решения» [6, с. 49].

Передача информации пациенту осуществляется двумя путями: во-первых, в *доступной* для него форме, во-вторых, она должна быть *значима* для пациента. Информирование обязано гарантировать, что со стороны пациентов есть понимание ключевых моментов, затрагивающих состояние их здоровья, и без разумного уровня понимания информированное согласие как неотъемлемая составляющая автономии пациента теряет свое мо-

ральное значение. «Информационный обмен» является центральной частью процесса принятия решения.

На выборы пациентов влияет тот путь, которым представлена информация, а также кем она дается¹. Люди чрезвычайно отличаются по их способности постигать смысл, значение технической информации. Для многих пациентов очень важным является совет специалиста, когда они оказываются перед целым комплексом пугающих их сведений и связанных с ними дилемм². Поэтому, с одной стороны, подход врача к пациенту, осуществляемый как подход нейтрального техника, оказывается негуманным, с другой стороны, он невозможен.

Врач как профессионал должен быть экспертом в области диагностики, вариантов лечения и последствий. Но пациент также является экспертом, он своего рода специалист в области знания собственных беспокойств, своей истории, корней семьи, личной жизненной философии и образа жизни. Как эксперт, врач не может быть просто техником. Даже если проводить аналогию между ученым и врачом, все равно это не оправдывает «беспристрастность» врача. При любой форме выбора (в деятельности и ученого, и врача) в качестве обоснования необходима система ценностей. «Выбор того, что имеет “значение”, что представляет “ценность”, должен производиться постоянно. И это тем более верно по отношению к прикладным наукам, в том числе и к медицине. Врач, который полагает, что его задача в том, чтобы предоставить все данные пациенту, а решение – за пациентом, обманывает себя» [5, с. 67].

Таким образом, в деятельности врачей произошла трансформация практик врачевания, сложилась своеобразная антиномия в моделях взаимоотношений врача и пациента: патернализм и антипатернализм. Патернализм в условиях изменившегося отношения человека к самому себе перестал удовлетворять (и пациентов, и врачей) как единственная модель врачевания. В силу своего отношения к пациенту как к ребенку и тем самым игнорирование его как личности патернализм в некоторых ситуациях стал представлять опасность в силу неинформирования пациентов о тех рисках, которые несут с собой медицинские вмешательства [5, с. 68]. Опасным для пациента может оказаться и наличие существенных различий во взглядах врача и пациента, обусловленных культурными традициями. В таком случае врач может принять решение,

¹ В облике нейтралитета, в зависимости от того, как информация представлена, профессионалы способны проявить тайное и возможно принудительное влияние на решения пациента.

² Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль поэтому считали, что наиболее приемлемой является совещательная модель взаимоотношений врача и пациента.

противоречащее целям и ценностям пациента или даже являющееся сомнительным с позиции медицинской этики.

В связи с этим показательным является следующий пример. В 2007 г. в Томске проходила конференция на тему: «Конструирование человека». Ее организаторы обратились с просьбой к магистру здравоохранения, доктору медицины и профессору Корнельского университета Сьюзан Миллер прочитать одну лекцию, но двум составам слушателей, различающимся своей подготовкой в биоэтике. Коллега из США выбрала для этой лекции тему «Смерть и умирание в свете культурных и этических норм». В лекции, прочитанной в формате case-study, каждой аудитории был предложен для обсуждения один и тот же случай: «Мистер J. – 87-летний пациент с заболеванием коронарной артерии и болезнью Альцгеймера. За последние шесть месяцев он стал более агрессивным, забывчивым и вспыльчивым. Его жена, ей 83 года, боится оставаться с ним одна. Кардиолог указывает, что батарейке в кардиостимуляторе пациента уже десять лет и ее нужно заменить. Что вы посоветуете семье?». В первой аудитории, в составе которой слушателями были врачи среднего и более старшего возраста (обученные и воспитанные в традициях патернализма), ответ был единодушен: менять кардиостимулятор не стоит из-за преклонного возраста пациента и его неизлечимого состояния. Реакция же второй аудитории, состоящей из студентов, приятно удивила С. Миллер, потому что они стали обсуждать вопрос о том, насколько драматична ситуация, и попытались понять ее с позиции уважения ценности жизни человека независимо от его возраста и состояния.

Патерналистское решение (опирающееся на профессионализм врача по принципу «доктор лучше знает то, что является благом для пациента») в ситуации отказа от какого-либо медицинского вмешательства ставит две проблемы: во-первых, проблему моральной оправданности такого решения; во-вторых, атрибуции этого решения как подлинно патерналистского.

Что понимают врачи под благом пациента в описанном примере? Не сменить кардиостимулятор – это означает принять решение о прекращении жизни пациента. Врачи считают, что для него в том состоянии, когда болезнь Альцгеймера приводит к необратимым изменениям в психике, фактически к потере личности, это благо. Однако воз-

никает вопрос (мы полагаем, что вопрос риторический): а для кого данное решение является благом – для самого пациента или для окружающих? Студенты оказались более чуткими к моральной стороне, предложенной для анализа ситуации.

Примерами второй проблемы, на наш взгляд, являются случаи из врачебной практики: хирурги с огромным опытом, специалисты высочайшего уровня (многие годы проработавшие в парадигме традиционной медицинской деонтологии) отказывают пациентам в удовлетворении их просьбы о проведении более широкого медицинского вмешательства, чем это первоначально предполагалось по медицинским показаниям. Отказывают не по каким-то идейным, религиозным или иным соображениям, а потому что благо других пациентов ставят на первое место. Например, перед проведением операции по поводу удаления пупочной грыжи пациент с целью улучшения своей внешности просит врача заодно удалить и лишний подкожный жир в области живота. Хирург отказывает, мотивируя свое решение тем, что не может (и не хочет) тратить время на прихоти пациента в то время как его квалификация, силы и время необходимы пациентам, нуждающимся в помощи по жизненным показаниям.

При этом врачами преследуется благо не тех пациентов, которые хотели исправить что-то в своей внешности, и, следовательно, возникает вопрос: всегда ли внешне патерналистское решение врача является таковым на самом деле. Несомненно то, что патернализм в рассмотренных случаях проявляет себя с положительной стороны как регулятор использования дефицитных медицинских ресурсов наиболее гуманным способом.

Современные медицинские технологии дают возможность не только исправить внешность человека (и даже его психику), но и конструировать личность. При нынешних возможностях медицины желания пациентов могут быть эгоистичны, неразумны, противоречить медицинской этике (например просьба об эвтаназии). Если же говорить в целом, то наблюдается опасная тенденция превращения медицинской профессии в простое предоставление услуг. Патерналистская практика врачевания в этих условиях оказывается тем рационально сдерживающим моментом, который заставляет задуматься о приоритетах врачебной деятельности, а если смотреть более широко, то и о границах автономии пациента.

Список литературы

1. Мелик-Гайказян И. В. Концептуальная модель диагностики технологий информационного общества // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2010. № 5. С. 42–51.
2. Koch T. Weaponising medicine: "Tutti fratelli," no more // J. of Medical Ethics. 2006. № 32. P. 249–255. URL: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/32/5/249>

3. Rodwin M. A. Conflicts in Managed Care // The New England J. of Medicine. 1995. March 2. № 9. P. 604. URL: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/332/9/604>
4. Stirrat G. M. and Gill R. Autonomy in medical ethics after O'Neill // Journal of Medical Ethics. 2005. № 31. P. 128. URL: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/31/3/127>
5. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67–72.
6. Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // ЖАМА. 1992. Октябрь. С. 47–52.

Жукова Е. А., доктор философских наук, профессор кафедры.
Томский государственный педагогический университет.
Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

Мещерякова Т. В., кандидат философских наук, доцент кафедры.
Сибирский государственный медицинский университет.
Московский тракт, 2, Томск, Россия, 634050.
E-mail: mes-tamara@yandex.ru

Материал поступил в редакцию 08.12.2011.

E. A. Zhukova, T. V. Mescheryakova

PHILOSOPHICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF BIOETHICAL AGENDA OF PATIENTS' AUTONOMY

During the last decades relationships between a doctor and a patient changed considerably due to a number of reasons including technicalization of medicine. In the article philosophical and methodological aspects of those changes are examined. Critical analysis of autonomy concepts implemented in modern medical practice is given and in the ways of its management. The problem of setting patient's autonomy borders is raised. The paper presents some results of the project RFBR № 10-06-00313 "Attractive Management: Methodological Principles of Managing Complex Systems' Dynamics" and grounded in the draft statement of the problem RFH № 12-03-00198 "Bioethics as a form of Self-consciousness of Modern Culture".

Key words: *bioethics, patient autonomy, technical model, information model, paternalism.*

Zhukova E. A.
Tomsk State Pedagogical University.
Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

Mescheryakova T. V.
Siberian State Medical University.
Moskovsky tr., 2, Tomsk, Russia, 634050.
E-mail: mes-tamara@yandex.ru