

СМЕНА ПОКОЛЕНИЙ, ИЛИ ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТНОГО СОЗНАНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Обсуждаются результаты социологического исследования, которое проведено авторами статьи совместно, а теоретическое обобщение результатов этого исследования получено при поддержке РГНФ (проект № 12-03-00198 «Биоэтика как форма самосознания современной культуры») на основании применения методологической процедуры семиотической диагностики, предложенной И. В. Мелик-Гайказян. Прослежена динамика мировоззренческих и ценностных трансформаций у студентов-медиков и выявлена ее культурная детерминация. Данное исследование выполнено в рамках решения одной из задач проекта – определить направленность символизации биоэтики в философско-антропологических измерениях современной культуры.

Ключевые слова: биоэтика, социология, информационно-синергетический подход, медицинское образование, семиотическая диагностика, модели врачевания.

В 2012/13 учебном году в Сибирском государственном медицинском университете проведено социологическое исследование, целью которого было изучение мнения студентов по основным морально-этическим проблемам медицинской практики. Задача данного исследования заключалась в выявлении динамики трансформаций мировоззренческих и ценностных приоритетов студентов и связанных с ними изменений отношения к основным проблемам биоэтики, опираясь на результаты предыдущего исследования, проводившегося в 2005 г. [1]. Следующая задача встала в результате решения первой – обнаруженные трансформации потребовали философского анализа произошедших изменений и определения их причин.

Анкетирование проводилось дважды: до начала изучения курса биоэтики и после, чтобы проследить изменения представлений студентов об основных этических и профессиональных проблемах, освящаемых курсом.

Методом группового раздаточного анкетирования был опрошен 181 человек лечебного и педиатрического факультетов. Данная выборка не является репрезентативной, и полученные данные не могут экстраполироваться на всех студентов-медиков, однако полученные данные могут дать некоторый характерный срез в сопоставлении с аналогичным опросом, проводившимся в 2005/06 учебном году среди студентов этого же вуза, изучающих биоэтику [1].

В ходе исследования были получены интересные данные. При первом опросе на вопрос, нужна ли клятва врача, утвердительно ответили 87 %, 8 % отрицательно, остальные затруднились с ответом. В ходе повторного опроса на этот же вопрос 90 % ответили утвердительно, а 10 % – отрицательно и никто не затруднился с ответом. Ответ на аналогичный вопрос в 2005 г. почти не отличался от данных этого года (89 % «да» и 9 % «нет»).

Согласились с утверждением, что медицинский профессионализм включает в себя моральные качества врача и предполагает приобретение этического знания, 94 %, не согласились 4 % и 2 % затруднились с ответом. Повторное исследование также практически не выявило изменений в ответе на этот вопрос. (В 2005 г. согласились с данным утверждением 99 % опрошенных студентов.)

Неблагополучие дел в отечественной медицине объяснили недостатком материальных ресурсов 15 %, духовно-нравственным кризисом общества 11 % и 72 % затруднились с ответом. Повторный опрос выявил более четкий взгляд на проблему: 57 % в качестве причины указали на недостаток материальных ресурсов, 29 % – на духовно-нравственный кризис и всего 14 % затруднились. (В 2005 г. студенты сразу в ходе первого опроса высказали более определенное мнение, тогда затруднившихся было всего 13 %).

Опрос показал, что в ходе изучения курса биоэтики изменился взгляд на начало жизни человека, если в момент первого опроса альтернативу «с рождения» выбрали 54 %, то после прохождения курса ее отмечали уже 70 %.

Курс также повлиял и на мнение, касающееся проблемы абортов. На допустимость искусственного аборта до изучения курса указали 45 % (33 % высказались против и 22 % затруднились), после изучения курса этот процент снизился до 32 %, соответственно противников абортов стало 44 %, а затруднившихся – 24 %.

Если сравнить отношение к абортам мужчин и женщин, то, как и в 2005 г., можно заметить у женщин более либеральное отношение к данной проблеме.

После освоения курса мнение о допустимости искусственного аборта у женщин снижается на 15 %, у мужчин на 25 %. Также возрастает и процент тех, кто считает аборт убийством, – среди женщин до 72 %, а среди мужчин до 74 %.

То мнение, что врач должен иметь право отказаться от проведения аборта по моральным соображениям, стали разделять после изучения курса уже 92 % мужчин и 87 % женщин, причем процент затрудняющихся сократился до нуля среди мужчин и до 5 % среди женщин.

Если проследить динамику ответов в 2005 г., то сторонников искусственного аборта было примерно столько же (разница составляет всего 1 %), однако было больше противников (на 8 %) и, соответственно, меньше затруднившихся с ответом. Признавали аборт убийством тогда на 6% больше студентов и меньше на 10 % признавали право врача отказаться от аборта по моральным убеждениям.

О допустимости эвтаназии до начала освоения курса высказывались 59 %, после – 50 %. Мнение о допустимости ЭКО не изменилось и составило 83 %, каждый четвертый как до, так и после курса считает допустимым клонирование человека. В 2005 г. сторонников эвтаназии было меньше на 10 %, ЭКО на 16%, однако идею о допустимости клонирования поддерживало на 12 % больше.

На вопрос «Допустимо ли, по Вашему мнению, применение лечебных методик, основанных на использовании фетальных (включая абортивные) тканей и «лишних» эмбрионов человека, полученных при ЭКО?» 48 % ответили «да» (после курса таких ответов стало на 13 % меньше), 28 % – «нет» (после курса этот ответ, напротив, стали выбирать на 10 % чаще) и 24 % затруднились ответить.

Для авторов исследования было важно выявить принадлежность опрашиваемых к той или иной конфессии, так как принадлежность к той или иной религиозной конфессии может существенно влиять на отношение человека к той или иной медицинской технологии. 62 % указали православие, 7 % – ислам, 8 % – буддизм и 20 % – атеизм. Несколько человек не пожелали отвечать на этот вопрос. Однако отнесение себя к той или иной конфессии является зачастую формальным, на что указывают ответы студентов, относящих себя к православию, – 41 % считают допустимыми аборты, 54 % (!) – эвтаназию, 23 % – клонирование.

В анкете был задан открытый вопрос, где студентам предлагалось назвать человека, который являлся бы для них идеалом врача. Интересно, что 60 % опрошенных студентов не смогли назвать идеал врача, затруднившись с ответом или просто написав: «такого нет». Из 40 % ответивших на этот вопрос чаще других называли Пирогова (15 человек), ближайших родственников, родителей (12 человек), также называли выдающихся медиков от древности (Авиценна) до современных (Л. Рощаль), героев сериалов и книг и даже врачей-писателей (Чехов, Булгаков). Примечательно, что 12 человек не стали указывать конкретных имен, напи-

сав просто «да», имея в виду, что такой идеал есть. Последний из закрытых вопросов был сформулирован таким образом: «Если бы по окончании вуза Вам была предоставлена возможность выбора, где бы Вы предпочли работать?». Местом своей будущей работы 41 % видят Россию, а 44 % хотят работать за рубежом. Примечательно, что те студенты, которые указали в качестве идеала врача своих родных, в подавляющем большинстве случаев планируют жить и работать в России, что указывает на значительное влияние семейных традиций в этой группе. Студенты, относящие себя к православию, указали, что хотят жить в России в 47% (38% хотят за рубеж), а среди атеистов, напротив, выше процент тех, кто хочет уехать (58 % против 33% желающих остаться). Результаты 2005 г. показали, что желающих уехать за границу было на 11 % меньше, а остаться в России на 16% больше. Используя статистический критерий Стьюдента, можно сделать вывод о значимости полученных отличий в ответах на этот вопрос в 2005 и в 2013 г.

Время, прошедшее с момента первого опроса (2005 г.), это, по сути, время смены поколения студентов. Действительно ли пришло новое поколение студентов с другими ценностями, смыслами, принципами? Результат проведенного исследования позволяет сделать вывод, что это так. Разница не столь глобальна, но видимая динамика изменений в этой области явно прослеживается. В 2013 г. по сравнению с 2005 г. студенты гораздо хуже отвечали на открытые вопросы, на вопросы, требующие аргументации, чаще выбирали альтернативу «затрудняюсь ответить», что говорит о снижении способности выражать свои мысли, отстаивать свою точку зрения, иметь собственное мнение по спорным вопросам. Для этого года также характерно увеличение числа тех, кто относит себя к атеистам: сегодня это каждый пятый (20 %), в 2005 г. их было в два раза меньше (10 %). Анализ открытого вопроса «Назовите три Ваших заветных желания» показал, что основные желания большинства студентов не распространяются далее учебной деятельности: окончить вуз, получить диплом, сдать сессию, сдать анатомию, сдать биологию и т. п. В прошлом опросе у большего числа студентов желания распространялись на будущую профессиональную деятельность (стать хорошим врачом). Меньше стало желаний, связанных с личностным развитием. Несколько неожиданным стал ответ студентки лечебного факультета: «Открыть свою кондитерскую». Отсутствие идеала врача, отсутствие серьезных целей в жизни, нежелание аргументировать свои ответы по поводу допустимости или недопустимости эвтаназии – это говорит о мировоззренческой неопределенности, аморфности, безразличии.

При проведении философского анализа полученных результатов социологического исследования предпринята попытка сначала ответить на вопрос, каковы же причины произошедших изменений ценностных ориентаций студентов 2013 г. в сторону неопределенности? Здесь существуют несколько вариантов ответа. Во-первых, сегодня многие студенты либо плохо, либо вообще не умеют анализировать действительность (что выявляется в работе со студентами на семинарских занятиях). Во-вторых, им все равно, т. е. проявляется их неадаптированность, невстроенность в окружающую действительность. Резонно возникает в связи с этим вопрос: но была ведь перед поступлением в медицинский вуз профориентация? Большой отсев студентов после первого курса говорит о том, что это не профориентированные студенты. Студентка 1-го курса, заветным желанием которой является открытие своей кондитерской, не так уж уникальна в своей незаинтересованности будущей профессией.

В-третьих, изменился культурный контекст. В последнее десятилетие значительно выросло количество сериалов, художественных фильмов о врачах и о медицине вообще. Новые биомедицинские технологии дают возможность создания занимательных сюжетов, как реалистичных, так и фантастических. В изменении символического контекста появляется не просто много жизненных разных вариаций, но происходит и их повседневная визуализация (однополые браки, суррогатное материнство и т. д.), и, как следствие, это становится привычно, уже не шокирует.

В 2005 г. не было «Интернов» (премьера прошла в 2010 г.), не был так популярен сериал «Доктор Хаус», а сегодня его персонажи (Хаус, Уилсон) становятся идеалами врача для студентов-медиков. Появляются новые символы, новые образы врача. Весьма трудно представить существование в прошлом врача типа доктора Хауса, гениального, ориентированного на творчество и уникальность во врачебной профессии. Доктор Хаус немислим в медицине прошлого как далекого, так и близкого (например, в системе советского здравоохранения).

При получении медицинского образования важно еще следующее: понимают ли студенты, какими врачами они станут в реальности и, соответственно, где они будут работать. К этому надо быть готовым, по крайней мере, осознавать. Исходя из результатов проведения семиотической диагностики принципов биоэтики [2], выделили новые образы основных моделей врачевания, для этого обратились к «этическому квадрату» Р. Г. Апресяна [3], представляющему собой базовую схему ценностного сознания. Также опирались на работы И. В. Мелик-Гайказян, в которых разработана концептуаль-

ная модель диагностики технологий информационного общества [4], представлено биоэтическое измерение проблем профессионального образования [5] и предложена оригинальная методологическая процедура – семиотическая диагностика моделей властных взаимоотношений [6].

Р. Г. Апресян при помощи «этического квадрата» (табл. 1) иллюстрирует выделение двух основных антитез ценностного сознания: «универсальное (всеобщее) – партикулярное (частное)» и «я – другие», которые он рассматривает как «фундамент, над которым возвышается все здание, его базовые императивно-ценностные или этические системы» [3, с. 90]. Р. Г. Апресян представляет их как координаты, на пересечении которых и конституируются основные ценности.

Таблица 1
«Этический квадрат» Р. Г. Апресяна

	Партикуляризм	Универсализм
Я	Гедонизм – этика наслаждения	Перфекционизм – этика совершенства
Другие	Утилитаризм – этика пользы	Агапизм – этика человечности

Автором «этического квадрата» предложена и аксиологическая интерпретация этой модели [3], которую, в свою очередь, можно представить как модель поведения в профессиональной деятельности врача [2, с. 43], что получило отражение в табл. 2.

Таблица 2
Биоэтический квадрат

Реализация этики наслаждения (гедонизм) Врач, исходя из своего понимания блага, содействует собственным целям (творческим). Коллегиальная модель взаимоотношений с пациентом	Реализация этики совершенства (перфекционизм) Врач, исходя из того, что каждый разумный человек считает благом, содействует своим целям. Техническая модель взаимоотношений с пациентом
Реализация этики пользы (утилитаризм) Врач, исходя из своего корпоративного понимания блага, содействует целям других. Контрактная модель взаимоотношений с пациентом	Реализация этики альтруизма (агапизм) Врач, исходя из того, что каждый разумный человек считает благом, содействует благу других. Патерналистская модель взаимоотношений с пациентом

Табл. 2 представляет собой базовую схему этической составляющей взаимоотношений врача и пациента, и речь идет прежде всего об отношении врача к пациенту: какими ценностями руководствуется врач в своей профессиональной деятельности, что, в свою очередь, определяется изначально

целями, которые ставит врач при осуществлении этой деятельности. Как схема она не отражает всего многообразия, всей полноты оттенков во взаимоотношениях врача и пациента, но фиксирует типичные модели этих взаимоотношений и соответствующие им ценностные ориентации.

Представленные модели взаимоотношений врача и пациента были выявлены и описаны американским философом Робертом Витчем [7].

Реализация этики наслаждения (гедонизм).

Ярким примером данной этической позиции врача является доктор Хаус, для которого пациенты прежде всего интересные медицинские загадки. Хаус сам выбирает пациента, а пациент выбирает Хауса, соглашаясь на лечение у него. Реализуется коллегиальная модель взаимоотношений врача и пациента, так как в данном случае их отношения по сути своей партнерские. У пациента есть цель вылечиться (нередко речь идет о жизни и смерти больного). Притом врач преследует свои цели, реализует свой интерес в нахождении правильного диагноза, а следовательно, и в излечении больного.

Позиция врача может быть выражена так: «Не могу вылечить, но буду искать любыми путями, пробовать всевозможные методы и найду ответ на вопрос».

Отношения врача и пациента в этом типе врачевания субъектно-субъектные. Притом в отношении пациента к врачу случаются ситуации, когда пациент превращает врача в объект своих притязаний, тогда возникает объект-субъектная позиция взаимоотношений. Выразить ее можно так: «Ты как субъект превращаешь меня, врача, в объект твоих притязаний, твоего вызова, наподобие того, как учитель в школе бывает вынужден следовать требованиям учеников» [8, с. 120]. При таких взаимоотношениях обостряется проблема доверия врачу пациенту, а отсюда появляется и хаусовская позиция «все врут».

Каждый новый больной для доктора Хауса – это объект заманчивейшего исследования, эксперимента. Следует отметить, что сегодня считается неэтичным называть пациента, над которым ставится эксперимент, не только объектом, но даже испытуемым. Этичным считается термин «участник» эксперимента, исследования [9], а не «испытуемый»¹, т. е., по сути, провозглашается своеобразное равенство (коллегиальность) между экспериментатором и тем, кто согласился на участие в эксперименте. А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт и Г. Джонс, авторы книги по медицинской этике, подчеркивают, что к участникам эксперимента необходимо относиться как к потенциальным партнерам в проекте, ценность которого они могут оце-

нить, поскольку люди должны активно участвовать в исследовании, а не просто подвергаться ему [9]. В данной модели врач в принципе готов к изменению своего понимания блага.

Реализация этики пользы (утилитаризм).

Данная этическая позиция характерна для врачей, соблюдающих корпоративную этику, работающих в медицинских учреждениях, где силен корпоративный дух. Взаимоотношения врача и пациента выстраиваются в соответствии с контрактной моделью по Р. Витчу. Понятие «контракт» имеет здесь не юридический смысл, а символический. «В нем два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидающейся взаимной выгоды. Но обязанности и выгода, даже если они выражены несколько туманно, имеют свои границы. Основные принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости необходимы для модели контрактного типа. Ее предпосылкой служат доверие, даже когда видно, что полной взаимности интересов нет» [7, с. 71].

В модели контрактного типа осуществляется разделение морального авторитета и ответственности. Врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой, а у пациента есть законные основания верить, что оказание помощи будет идти в соответствии с его ценностными ориентациями.

Одну из вариаций контрактной модели, выходящей далеко за рамки юридического понимания ее, описывает И. Ялом: «Мы встречались раз в неделю на протяжении нескольких месяцев на основании не отвечающего никаким нормам контракта. Сторонний наблюдатель мог бы назвать это психотерапией, потому что я записывал Полу к себе в журнал приема, а она садилась в кресло, предназначенное для пациентов, и проводила там ритуальные пятьдесят минут. И все наши роли были размыты. Например, никогда не возникал вопрос об оплате. С самого начала я знал, что у нас не обычный терапевтический контракт между больным и врачом, и я никогда не спешил упоминать о деньгах в присутствии Поли: это было бы вульгарно. И не только о деньгах, но и о других столь же неделикатных темах – плотской жизни, адаптации в браке, светских отношениях».

Жизнь, смерть, духовность, покой, трансцендентность – вот о чем мы говорили. Это единственное, что заботило Полу. Больше всего мы говорили о смерти» [10, с. 21–22].

Позиция врача в данной модели врачевания: «Не могу вылечить, значит, не буду лечить». Это не значит, что врач занимает некую аморальную позицию. В данном случае он действует последователь-

¹ Испытуемый (англ. subject) в данном контексте означает «подвергающийся».

но в соответствии с клятвой Гиппократова, где говорится, что врач на благо больного будет действовать в соответствии со своими силами, т. е. в соответствии со своими знаниями и умениями. Медицина не всесильна, поэтому, если врач видел, что пациент смертельно болен и скоро умрет, то он просто покинул больного, говоря, что случай безнадежный и он ничего сделать не может. Такая своеобразная сортировка больных существовала уже в античности и продолжалась на протяжении многих веков, пока в XVII в. Френсис Бэкон не отметил недопустимость подобной ситуации в практике врача. К тому времени медицина накопила такой опыт, который позволял ей поддерживать смертельно больных, облегчать им страдания. Он писал: «Долг медика не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в смягчении страданий, вызванных болезнью; и состоит он не в том лишь, чтобы ослаблять боль, почитаемую опасным симптомом; если недуг признан неизлечимым, лекарь должен обеспечить пациенту легкую и мирную кончину, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная эвтаназия...» [11, с. 269]. Притом, говоря об эвтаназии, Бэкон не имел в виду убийство пациента.

Врач в данной этической позиции руководствуется пониманием блага, как это принято в данной корпорации, при смене ее неизбежно произойдет и смена понимания блага (это не только благо пациента, да и оно будет пониматься врачом по-своему, с точки зрения утилитаризма). Поэтому, как правило, реализуется субъектно-объектная позиция взаимоотношений врача и пациента.

Реализация этики совершенства (перфекционизм). Примечательно, что здесь характерно стремление врача непременно победить болезнь, вылечить пациента (достичь совершенства в своей профессии). В этом стремлении он незаметно для себя примеряет роль Бога. «Вы просто ремонтник», – говорит главная героиня в фильме «Оскар и Розовая дама» профессору Дюссельдорфу, который лечил Оскара и чувствовал вину из-за того, что он не смог вылечить и спасти мальчика. И Роза напоминает ему, что он не Бог.

В силу того что врач выступает в качестве «ремонтника», неудивительно и применение врачом технической (инженерной) модели врачевания. Главная цель в данной модели – исправить поломку, произошедшую в организме больного человека. Техническая модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. В медицинской практике происходит переоценка значимости аппаратно-инструментальных данных. Р. 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» [7, 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.

В этой модели происходит своего рода обожествление научно-технических достижений в медицине, по крайней мере использование современной техники и новейших методик исследований поднимается на недостижимую высоту. Врач, реализующий этику совершенства (и самосовершенствования), стремится к инновациям, он будет внедрять новое даже ценой здоровья и жизни других. Например, пересадка органов, по словам микрохирурга профессора В. Ф. Байтингера, это «область хирургии, пренебрегающая принципами, на которых зиждется хирургическое и терапевтическое лечение: не вреди и помогай больному помогать самому себе. Благополучие человека, которое до сих пор медицина никогда не приносила в жертву, ныне подвергается риску при изъятии ткани у здорового органа» [12, с. 103]. Подавление же нормальных защитных механизмов (иммунодепрессия) у реципиента (человек, которому пересаживается донорский орган) «связано с серьезным риском для жизни больного» [12, с. 104]. Вообще необходимо отметить, что в медицине в принципе невозможно обойтись без нововведений, ведь даже первое применение утвердившегося метода к новому больному уже является нововведением (т. е. своего рода экспериментом).

В медицинской практике много примеров реализации этики совершенства. Но наиболее яркий – это деятельность Святослава Федорова, создавшего медицинский хирургический конвейер (операцию проводят несколько хирургов, причем каждый делает строго определенную ее часть, а главный этап операции выполняется самым опытным хирургом). Универсализм при этом проявляется в полной мере, пациенты выступают как объекты врачебных манипуляций. Отрицательная сторона – люди все-таки не являются созданиями, подобными автомобилям, сошедшим с конвейера и практически идентичным друг другу. Каждый человек уникален и является неповторимой индивидуальностью, игнорирование

этого может привести к серьезным врачебным ошибкам.

Не могу вылечить, тогда буду совершенствовать известные мне методики лечения, искать, создавать новые технологии – такова установка врача в данной позиции.

Реализация этики альтруизма (агапизм).

Данная позиция в медицине проявляется прежде всего в этике заботы и ответственности (субъект-объектная позиция врача). Она нацелена на другого, здесь в идеале главная цель врачевания состоит не в обслуживании, а в служении пациенту. Как пишет К. Дёрнер, «чем серьезнее заболевание человека, тем более ограничено его восприятие, и потому значительно большей оказывается ответственность врача» [8, с. 132].

Модель взаимоотношений по Р. Витчу – патернализм, наполненный такими моральными ценностями, как милосердие, сострадание, любовь к пациенту, но в то же время исключая автономии пациента. В современных условиях этика заботы может выступать как неопатернализм, когда врач на самом деле лучше пациента понимает, что тот хочет на самом деле [8, с. 132]. Яркий пример альтруистического отношения к больному и подлинного милосердия явил в своей жизни и профессиональной деятельности Д. Д. Яблоков, образ которого запечатлелся в памяти современников прежде всего как образ врача на коленях у постели больного.

Кинематограф представил образ такого врача в художественном фильме «Джузеппе Маскатти: исцеляющая любовь», основанном на реальных фактах жизни врача XX в. (канонизирован римской католической церковью). Джузеппе Маскатти – итальянский врач, всю жизнь отдавший спасению больных. Жертвовал всем: временем, материальным благополучием, здоровьем, личной жизнью.

Каждая из четырех позиций имеет свои «экстремальные» проявления в виде сублимаций и девиаций. Возможные крайности в каждой позиции представлены в табл. 3.

Таблица 3

Примеры сублимации и девиации

Реализация этики наслаждения (гедонизм)	Реализация этики совершенства (перфекционизм)
Сублимация – в творчестве (доктор Хаус).	Сублимация – в стремлении быть равным Богу.
Девиация – Герта Оберхойзер	Девиация – Франкенштейн
Реализация этики пользы (утилитаризм)	Реализация этики альтруизма (агапизм)
Сублимация – в благотворительности.	Сублимация – в самоотверженном служении.
Девиация – медицина в фашистской Германии	Девиация – в дистанцированном патернализме (доктор в повести Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича»)

Девиация при реализации этики гедонизма: единственной обвиняемой женщиной на Нюрнбергском процессе над врачами была Герта Оберхойзер, которой нравилось ставить эксперименты на людях, и она временами заменяла своих коллег, которым не так легко давались исследования на живых людях [13]. По свидетельству очевидцев, Оберхойзер воспринимала пациентов как подопытных «морских свинок» [14], а не людей. Впоследствии Гертю Оберхойзер обвиняли в крайней жестокости и садизме.

При реализации этики утилитаризма девиация проявляется, когда интересы одного человека или меньшинства могут быть принесены в жертву ради блага общества, всего человечества. Медицина в фашистской Германии – яркое проявление такой девиации. Врачи – элита общества, говорил Гитлер. Некоторые врачи искренне считали, что они борются за здоровье общества, проводя стерилизацию больных, неполноценных, ущербных. Попав на скамью подсудимых за эксперименты над заключенными концлагерей, они оправдывали свои деяния тем, что действовали на благо всего человечества. Лукавая подмена клятвы Гиппократова, в которой врачи клялись действовать на благо каждого (индивидуального) пациента, а здесь благо отдельного человека подменено благом всего человечества (довольно безликого и оправдывающего любые злодеяния).

Сегодня эта девиация проявляется в отношении к инвалидам, умирающим, старикам и т. д., когда ставится вопрос о рациональности использования средств в здравоохранении, а также о смысле страдания (точнее, обосновывается его бессмысленность в связи с его бесполезностью). Вместо достоинства человека обсуждается качество и ценность жизни (как производная экономики, как цена) [8, с. 125]. Отсюда обоснование эвтаназии, притом выдвигаются те же экономические аргументы, что приводились в фашистской Германии о бесполезности содержания обществом безнадежных больных, увечных.

Другой вариант девиации, связанный с превращением (чем дальше, тем больше) пациента в клиента, проявляется наиболее ярко в пластической хирургии, а также в тех ситуациях, когда проводятся излишние операции, потому что так хочет пациент.

Примером девиация в этике совершенства является доктор Моро, герой Г. Уэллса («Остров доктора Моро», 1896), который взял на себя прерогативу божественного творения. Он, бог своего острова, убежденный в отсутствии принципиальной разницы между видами, создает человекообразных рабов, используя для этого различных животных. Погибает доктор Моро от рук своих созданий.

Такою же божественную прерогативу дерзнул на себя взять и доктор Франкенштейн. История молодого врача изложена в фантастической повести М. Шелли «Франкенштейн, или Современный Прометей» (1818). Моделью для писательницы послужили врачи, на что указывается в строках, где Франкенштейн рассказывает о том, как он, будучи еще юным, открыл свое призвание: «Мне было тринадцать лет... когда я случайно обнаружил... том сочинений Корнелиуса Агриппы... Когда я вернулся домой, моим первым желанием было изучить все сочинения этого автора, а также Парацельса и Альберта Великого» [15, с. 97]. Желание Франкенштейна познать секрет жизни переросло в манию, в результате которой он создает существо, глубоко страдающее и мстящее своему создателю, разрушая все, что последнему дорого. В конечном итоге и сам доктор Франкенштейн становится жертвой своего создания.

В фантастических литературных произведениях XIX в. поднимается проблема ответственности врача-ученого за свое творение. Об этом же говорит и притча об исследовательской этике Михаила Булгакова «Собачье сердце». Булгаков указывает на то, что мы не можем конструировать сущность человека (экзистенциальную и биологическую) и манипулировать жизнью и смертью. Ни профессор Преображенский, ни товарищ Швондер в конечном счете не способны были изменить поведение гибрида человека и животного.

Есть своя девиация и в реализации этики альтруизма, классический пример которой описал Л. Н. Толстой в повести «Смерть Ивана Ильича»: холод и равнодушие врача, дистанцирование от больного. Модель дистанцированного поведения врача, как правило, проявляется в отношении к умирающим пациентам. Для врача это способ психологической защиты самого себя. Но пациент в таком случае остается брошенным, погруженным перед лицом смерти в одиночество. Он догадывается о своем безнадежном состоянии, но ему не с кем поделиться своей тревогой, не от кого услышать слова сострадания, не с кем погрузиться в милосердное понимающее молчание.

Проблему такого девиантного поведения врача в повседневной практике (и не обязательно с умирающими пациентами) поднимает в своих «Записках врача» В. В. Вересаев. Вспоминая визит своей сестры к профессору невропатологу, он отмечает веселое, равнодушное лицо врача, его тон, каким говорят только с маленькими детьми. В итоге «всякая вера пропала в лечение, назначенное этим равнодушным, самодовольным человеком, которому так мало дела до чужого горя» [16, с. 376].

Итак, этический квадрат позволяет систематизировать модели врачевания в соответствии с различными этическими позициями и моделями поведения. В процессе получения медицинского образования существует необходимость освоения студентами всех моделей взаимоотношений врачевания, а соответственно, и усвоения тех целей, а также соответствующих им этических составляющих, другими словами, ценностных парадигм, на которых эти модели основываются. Для того чтобы в будущей профессиональной деятельности современного студента-медика исключить появление девиации, необходимо его моральное воспитание с первых курсов. Это воспитание должно осуществляться не только через изучение гуманитарных дисциплин (и прежде всего биоэтики), но, самое главное, и в процессе изучения клинических дисциплин. Усвоение этической составляющей профессии врача должно пройти трудный маршрут от этики альтруизма к этике совершенства и далее к этике гедонизма (что поможет исключить девиацию), а также в другом направлении: от этики альтруизма к этике утилитаризма, а от нее к этике гедонизма. Последнее направление в случае его игнорирования приводит к появлению врачей-дилетантов, т. е. в конечном итоге к их низкой компетентности.

Анализ «этического квадрата» в применении к моделям поведения врачей [2] позволяет сделать вывод о важности формирования у студентов-медиков базовых профессиональных моральных ценностей, таких как милосердие, сострадание, забота, ответственность, и умения реализовывать их в любой модели врачевания.

Резюмируя, следует отметить актуальность и необходимость учета культурной детерминации восприятия студентами проблем биоэтики и своей профессиональной деятельности как в преподавании биоэтики, так и других профильных дисциплин.

Резюмируя, следует отметить актуальность и необходимость учета культурной детерминации восприятия студентами проблем биоэтики и своей профессиональной деятельности как в преподавании биоэтики, так и других профильных дисциплин.

Список литературы

1. Мещерякова Т. В., Герасимова О. В. Осознание ценности жизни в пересечении этических позиций (анализ результатов социологического исследования динамики отношения к проблемам биоэтики российских студентов-медиков) // Бюл. Сиб. медицины. 2006. Т. 5, № 5. С. 142–146.
2. Горбулёва М. С., Мелик-Гайказян И. В., Мещерякова Т. В. Меч и скальпель: семиотическая диагностика трансформаций властных взаимоотношений как культурных детерминаций основных принципов биоэтики. Томск: Изд-во ТГПУ, 2013. 160 с. (Серия «Системы и модели: границы интерпретаций»).
3. Апресян Р. Г. Ценностные парадигмы воспитания // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2008. Вып. 1 (75). С. 89–94.
4. Мелик-Гайказян И. В. Концептуальная модель диагностики технологий информационного общества // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2010. Вып. 5 (95). С. 42–51.

5. Мелик-Гайказян И. В. Диагностика memory turn, или биоэтическое измерение проблем профессионального образования // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2012. Вып. 4 (119). С. 244–247.
6. Мелик-Гайказян И. В. Семиотическая диагностика: способ измерения эгоизма власти // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2013. Вып. 11 (137). С. 260–267.
7. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67–72.
8. Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача / пер. с нем. И. Я. Сапожниковой, Э. Л. Гушанского. М.: Алетейа, 2006. 544 с.
9. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика: учеб. пос.; пер. с англ. / под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 400 с.
10. Ялом И. Истории для души / пер. с англ. Е. Климовой, М. Будыниной. М.: Эксмо, 2013. 832 с.
11. Бэкон Ф. Сочинения в двух томах. 2-е изд., испр. и доп. / сост., общ. ред. и вступ. статья А. Л. Субботина. М.: Мысль, 1978. Т. 2. 575 с.
12. Байтингер В. Ф. Пересадка сердца – прошлое и будущее. Томск: Красное знамя, 2007. 114 с.
13. Оберхойзер Герта. URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Оберхойзер,_Герта (дата обращения: 29.09.2013).
14. Testimony Entered as Evidence in the Medical Case. URL: <http://www.usmmm.org/research/doctors/karolewska.htm> (дата обращения: 29.09.2013)
15. Шелли М. Франкенштейн, или Современный Прометей. Последний человек. М.: Наука, Ладомир, 2010. 667 с.
16. Вересаев В. В. Полное собрание сочинений: в 4 т. М.: Правда, 1985. Т. 1. 558 с.

Мещерякова Т. В., кандидат философских наук, ведущий научный сотрудник кафедры.

Томский государственный педагогический университет.

Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

E-mail: mes-tamara@yandex.ru

Герасимова О. В., старший преподаватель кафедры.

Томский государственный педагогический университет.

Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061.

E-mail: okamastro@mail.ru

Материал поступил в редакцию 30.09.2013.

T. V. Meshcheryakova, O. V. Gerasimova

THE CHANGE OF GENERATIONS OR THE PROBLEM OF SHAPING THE AWARENESS VALUE OF FUTURE DOCTOR

In the article the results of sociological research conducted by the authors are discussed and theoretical summarizing of the research results acquired with the support of RFH (project No. 12-03-00198 “Bioethics as a Form of Self-consciousness of Modern Culture”) based on the use of semiotic diagnostics methodological procedure developed by I.V.Melik-Gaykazyan. The dynamics of value and outlook of medical students observed and its cultural determination are explored. The given research was conducted as a part of solving one of the project’s tasks: definition of bioethics symbolization’s direction in philosophic-anthropologic dimensions of modern culture.

Keywords: *bioethics, sociology, information-synergetic approach, medical education, semiotic diagnostics, models of healing.*

References

1. Mescheryakova T. V., Gerasimova O. V. Realization of value of living at the intersection of ethic positions (analysis of results of sociological research related to dynamics of medical students attitude to bioethical problems). *Bulletin of Siberian Medicine*, 2006, vol. 5, no 5, pp. 142–146 (in Russian).
2. Gorbulyeva M. S., Melik-Gaykazyan I. V., Mescheryakova T. V. *Sword and scalpel: semiotics diagnostics of transformations of imperious mutual relations as cultural determinations of main principles of bioethics*. Tomsk State Pedagogical University Press, 2013. 160 p. (Series: Systems and Models: Limits of Interpretation) (in Russian).
3. Apresyan R. G. Paradigms of value in education. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2008, no. 1 (75), pp. 89–94 (in Russian).
4. Melik-Gaykazyan I. V. Conceptual model of diagnostics of information society technologies. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2010, no. 5 (95), pp. 42–51 (in Russian).
5. Melik-Gaykazyan I. V. Diagnostics of memory turn or bioethical measuring of professional education problems. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2012, no. 4, pp. 244–247 (in Russian).
6. Melik-Gaykazyan I. V. Semiotic diagnostics: method of measuring the selfishness of power. *Tomsk State Pedagogical University Bulletin*, 2013, no. 11, pp. 260–267 (in Russian).

7. Witch R. Models of ethical medicine in the era of revolutionary modifications. *Questions of Philosophy*, 1994, no.3, pp. 67–72 (in Russian).
8. Dörner K. *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Schattauer Verlagsgesellschaft, 2001 (Russ. ed.: Khoroshiy vrach. Uchebnik osnovnoy pozitsii vracha. Per. s nem. I. Sapozhnikova and E. Glushanski. Moscow, Aleteya Publ., 2006. 544 p.)
9. Campbell A. V., Gillett G. R., Jones D. G. *Medical ethics*. Oxford University Press, Incorporated, 2001. (Russ. ed.: Meditsinskaya Etika. Pod. Red. Y. Lopukhin and B. Yudin; per. s angl. Moscow, GEOTAR-MED, 2004. 400 p.)
10. Yalom I. D. *Momma and the meaning of life*. Perennial, 1996. (Russ. ed.: Mama i smysl zhizni. Per. S angl. E.Klimova, M.Budynina. Moscow, Exmo Publ., 2013. 832 p.)
11. Bacon F. *Selected works* (2 Vols). Moscow, Mysl Publ., 1978. Vol. 2. 575 p. (in Russian).
12. Baytinger V. F. *Heart transplantation – yesterday and tomorrow*. Tomsk, Krasnoye Znamya Publ., 2007. 114 p. (in Russian).
13. *Oberhauser Gerta*. URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Оберхойзер,_Герта (accessed 29 September 2013) (in Russian).
14. *Testimony Entered As Evidence In The Medical Case*. URL: <http://www.usmm.org/research/doctors/karolewska.htm> (accessed 29 September 2013).
15. Shelley M. *Frankenstein, or the Modern Prometheus*. Oxford University Press, 1988. (Russ. Ed.: Frankenshteyn ili Sovremynnij Prometey. Poslednij Chelovek. Moscow, Nauka Publ., 2010. 667 p.)
16. Veresayev V. *Complete works* (4 vols). Moscow, Pravda Publ., 1985. Vol. 1. 558 p.

Meshcheryakova T. V.

Tomsk State Pedagogical University.

Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

E-mail: mes-tamara@yandex.ru,

Gerasimova O. V.

Tomsk State Pedagogical University.

Ul. Kievskaya, 60, Tomsk, Russia, 634061.

E-mail: okamastro@mail.ru