

БИОЭТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ЧТО ПРЕПОДАВАТЬ?

Таратухин Е.О.¹

Аннотация

Сложность преподавания врачам биоэтического блока дисциплин (этико-правовых, связанных с коммуникацией, пациенто-ориентированностью) заключается в неоднозначности самих категорий этического, различающихся как исторически, так и культурно. Деонтологический императив, который мог бы стать универсальной мерой этического, имеет схожие ограничения и даже, если успешно исполняет нормативную функцию, может приводить к моральным страданиям в случае невозможности его реализации. Другие варианты метаэтики также имеют ограничения. Дополнительную сложность создаёт отправная точка обозначения нормы в биоэтике – определение здоровья, имеющего биопсихосоциальную природу. Всё вместе это оказывается серьёзным вызовом для преподавания биоэтического блока дисциплин. Возможным решением оказывается *virtue*, формирование «врача-виртуоза», способного справляться с этическим релятивизмом – той неизбежностью, которая всегда присутствует в межчеловеческих отношениях.

Ключевые слова

отношения врач-пациент, медицинское право, профессиональное выгорание, коммуникация, деонтология, этика добродетели, педагогика, обучение врачей.

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Для корреспонденции: Таратухин Евгений Олегович, cardio03@list.ru

Говоря о биоэтике как области знания и как обобщённом названии для ряда дисциплин высшей школы, необходимо определиться с её предметом и объектом, а также с целями её существования в академическом пространстве. Определений биоэтики существует немало, но этимологически это понятие вполне однозначно: категории хорошего и плохого (правильного и неправильного) относительно изучения жизни. Исторически (1927 г., Фриц Яр; 1970 г., Ван Ренсселер Поттер) биоэтику связывают с использованием животных в научных экспериментах и с экологической тематикой. К медицинским наукам и к практической медицине биоэтика стала иметь непосредственное отношение к концу XX века, подразделившись на множество субдисциплин и дискурсивных полей. Именно в ней нашли реализацию некоторые «вечные» вопросы клинической практики и вопросы допустимых границ при изучении нового о человеке.

Сегодня биоэтика – колоссальное информационное пространство, включающее в себя и академические дисциплины, и научные философские направления, и пространства медиа (рецензируемых и массовых), и нормативные институции. Но во всей полифонии дискурсов, обозначающих себя «биоэтическими», ключевыми вопросами остаются те, что содержатся в самом термине: это понятие жизни и это категории правильного и неправильного. Объектом биоэтики можно назвать способы обозначать некую практику как правильную или неправильную, а в качестве её предмета – предпосылки выделения таких категорий на оси «хорошо-плохо», которые затем прилагаются непосредственно к планируемым или реально существующим практикам обращения с живыми объектами.

Важно подчеркнуть, что при всём многообразии речей, произносимых под шапочным названием биоэтики (будь то способы повышения приверженности пациентов к лечению [1] или проблемы допустимости редактирования генома [2]), ключевым вопросом остаётся то, на каком основании устанавливаются аксиологические категории, применяемые затем к конкретному явлению. И хотя подобную точку зрения можно назвать моральным релятивизмом, с негативной коннотацией потенциальной вседозволенности, вряд ли кто-то, не лукавя, станет утверждать, что вообще в культуре возможно нечто более определённое,

чем релятивизм. Относительность (т.е. неабсолютность) любого этического решения может стать тяжким бременем для людей, принимающих эти решения – в частности, для врачей. Полнота и верность возможны для конкретной ситуации, конкретного субъекта, а значит, на первый план выходит не этика как комплекс подходов к принятию решений, а лицо, чьей обязанностью это решение является. Нельзя также забывать, что юридически все решения относительно своего здоровья человек принимает сам, основываясь на полноте предоставленной информации¹. Поскольку абсолютно всю информацию нельзя не только довести до сведения, но она в принципе не известна, диалог врача с пациентом вынужденно упирается в те или иные приоритеты, реализуясь в итоге в той или иной интенциональности. Принятое пациентом решение всё же будет в значительной мере зависеть от полученной информации, а особенно, от её окрашенности. На первый план, таким образом, выходит коммуникативная компетентность врача вкупе с умением выбирать оптимальное решение текущей коммуникативной ситуации. Задача же прикладной этики в таком случае будет состоять в развитии *virtue* тех людей, которые непосредственно связаны с принятием решений.

«Био-» в медицинской этике

Наиболее известным приложением биоэтических размышлений является нравственная сторона взаимоотношений пациента (и законных представителей пациента) с врачом (и системой оказания медицинской помощи). Проблемы медицинской этики имеют древнюю историю, но важно понимать, что моральная сторона взаимодействия врача-клинициста и пациента – больного, существенно отличается от моральной стороны работы с биологическим телом этого самого пациента. Собственно, биомедицина (сегодня принявшая доказательную парадигму) отличается принципиально от коммуникативной стороны отношений врач-пациент, работы с пациентом как человеком разумным – человеком-в-социуме. Это отличие проходит примерно по той же линии, где лежит граница естествознания и гуманитарных наук. В то же время обе эти стороны объединяются психосоматическими связями социального человека с его же биологией.

¹ Статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023).

Обозначение того, что хорошо (должно, правильно) в биологической перспективе, может существенно отличаться от нормальности для пациента как личности. Ближайший пример – косметологические вмешательства и границы дисморфоманий.

Понятие нормы – а именно от нормы отталкивается патология – в биомедицине формулируется благодаря таксономии эмпирически выявленных свойств изучаемых объектов. Сходства и различия признаков, эволюция признаков, а также эволюция сходств и различий – в совокупности создают таксономию, то есть классификацию. Будучи классифицированными, любые свойства могут изучаться в динамике, а также становится возможным прогнозирование. Медицина, являясь частной наукой (по Fodor J., [3]), объединяет знание разных дисциплин для изучения конкретного объекта в его конкретном наборе ситуаций: человек в здоровье и в болезни. Медицина накладывает на процессы, происходящие в организме человека, рамку референциальности – сетку координат. Биомедицина (то есть научная медицина) для обозначения координат, внутри которых и происходит категоризация, опирается на редукционизм. Другие медицинские практики (например, традиционная китайская медицина, гомеопатия, разного рода психосоматические концепции), рассматривая те же самые процессы того же самого организма пациента, обозначают их совершенно по-иному. Соответственно, способы влияния также отличаются, как и понятие нормы, а также допустимых не патологизируемых отклонений от нормы. В этом смысле антагонизм понятий патогенеза и салютогенеза – пример разных парадигм медицинского мышления.

В философской этике можно проблематизировать любой концепт. Для неё не прозвучит странным вопрос: что лучше – жить или умереть? Для медицинской этики очевидно, что отправной точкой, точкой зрения, является здоровье, а категории «хорошо» и «плохо» так или иначе замыкаются на достижении либо, напротив, разрушении здоровья. Но такая исходная простота нивелируется сложностью самого понятия здоровья, которое (согласно Всемирной организации здравоохранения и 323-ФЗ от 2011) имеет кроме физического ещё психологический и социальный компоненты.

О том, какая ситуация патологична, биомедицина судит благодаря временному

измерению таксономии объектов своего изучения: представлению о потенциальном пути развития ситуации, прогнозе, результатах лечебных и профилактических вмешательств. На биомедицинском уровне, таким образом, вопросы этического характера снимаются, благодаря достаточно точному пониманию того, что нормально и хорошо, а что – ненормально и значит плохо.

Здоровье психосоциальное

В определении здоровья преобладающая часть связана с уровнем психологического и социального благополучия. В отличие от основанных на естественно-научных категориях представлений о здоровье физическом, психологическое и социальное объясняются в категориях гуманитарного знания. Социальный уровень здоровья предполагает примерно те же качества, что присущи здоровью на уровне физическом, – но в условиях социальной жизни человека. Социокультурная среда требует высокой степени адаптивности, в ней человек подвержен постоянно меняющимся обстоятельствам. Сам человек постоянно изменяется ввиду получения нового опыта; изменяются ценности, изменяются пути достижения целей, способы совладания с трудностями, а также сами способы категоризации какой-либо ситуации как благоприятной или неблагоприятной.

Всё это требует от социального человека высочайшей степени адаптивности, а переживание происходящего посредством психологического уровня организации (испытывание эмоций, формирование паттернов поведения и мышления) соматизируется, постепенно приводя к патологическим состояниям и заболеваниям [4]. Психосоциальное здоровье выстраивается в рамках коммуникации людей непосредственно и опосредованно через культурные объекты, артефакты, высказывания.

Этика

А что же такое этика? В когнитивных науках под этикой понимается определённая интенциональность. «Мораль», то есть «нравы» являются принятыми, одобряемыми паттернами поведения в социальной группе. «Мораль» (mores) восходит к протоиндоевропейскому mood, то есть настрой, настроение. Очевидно, что своёй корнепозитивная этичность связана с просоциальным поведением, тогда как

антисоциальное поведение неэтично. Философская этика позволяет подняться на более абстрактный уровень и проблематизировать даже сами способы обозначения этического и неэтического (религиозная этика, эволюционная этика, натуртеология и др.). Метаэтические концепции (деонтология, консеквенциализм, эмотивизм и др.) предоставляют инструменты для категоризации конкретных ситуаций. Решение одного и того же вопроса («дилеммы») может принципиально отличаться в зависимости от прилагаемой к решению метаэтики. Например, в ситуации триажа – военной сортировки больных и раненых – невозможно реализовать деонтологический императив оказания помощи всем, в силу вступает утилитарная точка зрения, дающая больше шансов тем, у кого их больше исходно. При этом, эмотивистская точка зрения может вмешаться, внося когнитивное искажение в виде предпочтения человека определённой расы, гендера, внешности и т.д. Нельзя не добавить и понятие морального дистресса [5], явления, связанного с постоянной необходимостью принимать этически-нагруженные решения, а также объективной невозможностью полностью реализовать деонтологический императив. Классический мысленный эксперимент «дилемма вагонетки» – попытка поиграть с аргументацией в пользу того или иного решения. Общим выводом в результате проведения данного эксперимента следует считать оформление непреодолимых ограничений самой природы человека, не позволяющих достигать абсолютного решения. Все решения дилеммы относительны и основаны лишь на имеющейся в распоряжении субъекта информации.

Категориями, которые можно поставить на верхний уровень дискурса, которые определяют все другие дискурсы вокруг, являются: 1) принципиальная неизвестность будущего и 2) разобщённость людей. Первая требует создания всё новых моделей прогнозирования и предсказания будущего, вторая – коммуникативных инструментов, позволяющих наиболее полно транслировать детали и оттенки переживаемых смыслов. Всё развитие культуры состоит в накоплении знания и поиске новых способов познания, чтобы иметь возможность более точно прогнозировать естественный ход событий или результаты вмешательства. Очевидно, что принятое человеком решение есть форма вмешательства.

Преодоление разобщённости – вторая грандиозная задача, решение которой стало

продвигаться с развитием информационных технологий. До них коммуникация сводилась к тонкостям невербальной семиотики, дополняющей вербальную. В любой ситуации дополнительная информация может изменить принятое решение, и потенциальный объём такой информации бесконечен.

В итоге принятие этически-нагруженных решений сводится, если не принимать в расчёт алгоритмы, регламенты, кодексы, к сбору максимально возможного количества информации о ситуации, о вариантах развития ситуации в зависимости от принятого решения. Вопрос встаёт в том, какая именно информация нужна, и это замыкает круг рассуждения, возвращая к вопросам здоровья, болезни, нормы и патологии.

Что преподавать?

Исходя из изложенного выше, возникает простой вопрос: что именно должно преподаваться врачам в рамках биоэтического (или шире – этико-правового) блока? Попытки продвигать деонтологические императивы полезны и важны, но лишь до тех пор, пока собственная система ценностей обучающихся не станет конфликтовать с ними. Императив в форме клятвы врача, закреплённый в 71 статье 323-ФЗ от 2011, устанавливает обобщённую нормативную правовую основу для этики. Само по себе это верно с точки зрения здравого смысла, но в то же время выглядит как оксюморон: этическое, будучи назначенным, а не продиктованным культурными практиками, может перестать быть благом для некоторых вовлечённых лиц. Дебаты вокруг абортот и эвтанази, хотя обе эти практики имеют чёткое законодательное определение, подчёркивают неоднозначность отношения к ним обществ разных стран. Деонтологические нормы могут транслироваться через пример моральных авторитетов, – и пример врачей, ставших олицетворением достоинства профессии, занимает важное место в образовании. Однако снова встаёт вопрос о том, для всех ли обучающихся (разных стран, культур, этносов, поколений) какой-либо представитель сообщества действительно авторитетен. Вопрос также встаёт о контексте – технологические, экономические, политические и многие другие аспекты современной медицины отличаются кардинально от того, что было несколько десятков, а тем более – сотен лет назад [6]. Как бы поступал какой-либо моральный авторитет прошлого

в современном мире, вопрос закономерный. Аргументация в формате «отсылка к авторитету» не сработает по отношению к совершенно новому контексту. Наконец, деонтологические нормы не всегда вполне реализуемы, нередко обстоятельства требуют решений, не вполне совпадающих с требованиями клятв, этических кодексов, заповедей. Примером может служить необходимость фетотиды при ряде патологий плода и по решению беременной женщины. Для врача-гинеколога это может быть серьёзным моральным и правовым вызовом [7]. И всё же деонтология находится в центре медицины как культурной практики, является её исходной неотъемлемой частью, а потому вопрос скорее стоит в том, каким образом врач может соответствовать эталону без существенного ущерба самому себе: светить другим сгорая, но не выгореть.

Эмотивистская этика, вероятно, наименее приемлема в реальной практике, поскольку напрямую противоречит как деонтологической норме (оказывать помощь всем независимо ни от чего), так и юридической (базовые права человека). Однако уметь рефлексировать на тему своего отношения к ситуации, к пациенту и его законным представителям, уметь использовать эмпатию и другие психологические механизмы важно для помогающего специалиста. Это часть полноценной коммуникации.

Утилитарная этика понятна и прямолинейна. Любые решения уровня выше отдельного пациента, абстрагируясь от человека как такового, на уровне организации, – принимаются с позиции максимизации пользы и минимизации ущерба. При этом, ущерб всегда вероятен, а польза не всегда абсолютна. Утилитарная этика более, чем любая другая соответствует духу доказательной медицины. Умение взвешенно принимать решения, аргументировать их, включая в правовые рамки, важно для формирования профессионала.

Альтернативой и в то же время синтезом разных подходов к принятию этически-нагруженных решений оказывается этика *virtue*, или «добродетели». В отличие от других метаэтических подходов, данная этика ставит в центр не способ принятия решений, но субъекта их принятия. Тем самым достигается универсальность индивидуализации. Сложностью *virtue*, однако, является требование к личности врача – «виртуоза». Привлечение максимального объёма информации, умение задавать вопро-

сы и получать ответы, которые затем взвешиваются, осмысляются; принятие непростых решений и с точки зрения собственного ресурса, ресурса пациента и его близких; учёт культурного, социального, правового контекста. Этика «добродетели» является ответом на неизбежный релятивизм, поскольку именно в сложном неопределённом ввиду своей относительности контексте выход может быть найден благодаря взвешенности, балансу, гармонии всех факторов и аспектов. Важно также отметить связь этики заботы и этики добродетели [8].

В итоге, можно сделать вывод: преподавание биоэтики должно заключаться в развитии этических компетенций в гораздо большей степени, чем в накоплении знания о вариантах решения дилемм, полифонии мнений на этот счёт. Вариант формулировки этической компетенции врачей был предложен ранее [9]. Ключевым и в какой-то мере универсальным её наполнением можно назвать социальный интеллект, богатый репертуар коммуникативных приёмов, навыки осознанности и рефлексии. Развитие социального интеллекта состоит в 1) умении осмыслять аксиологические детали конкретной практической ситуации, 2) умении осуществлять коммуникацию для поиска полутонов и понимания тонких граней, влияющих на ценностное содержание ситуации взаимодействия. Решение этих вопросов не может основываться лишь на философской этике, но должно включать ряд психологических направлений, элементы культурной истории и культурной антропологии, юриспруденцию, вопросы организации и экономики здравоохранения. Важны они и для внутренней работы помогающего специалиста, для разрешения собственных экзистенциальных вопрошаний, влияющих на совладание с повседневными и профессиональными трудностями.

Заключение

Результатом освоения курса биоэтики студентом или врачом должно быть не просто знание о проблемах и о путях их решения, предлагаемых разными специалистами в области этики. Недостаточно и знания деонтологического императива, поскольку объективная невозможность всегда ему соответствовать может приводить к внутреннему психологическому конфликту врача.

То, чему действительно можно научить, находится в сфере умений задавать нужные

вопросы и находить на них ответ. Это относится к коммуникации с пациентом и законными представителями пациента, то есть к психологической компетентности. Это относится к внутренней работе, повышению собственного уровня образованности, знакомству с тем, что уже создано в культурной истории челове-

ства для решения задач, вновь стоящих перед каждым поколением и отдельным человеком. Такую компетентность можно назвать культуральной. В совокупности они позволят развивать то самое *virtue* помогающего специалиста, способного находить лучшие решения в непреодолимой относительности и неизвестности.

Список литературы

1. Strassle C.L., Schwan B., Berkman B.E. (2022) Autonomy concerns with using contracts to enhance patient adherence. *Bioethics*, 36 (6), 666–672. DOI: 10.1111/bioe.13030.
2. Palacios-González C. (2021) Reproductive genome editing interventions are therapeutic, sometimes. *Bioethics*, 35 (6), 557–562. <https://doi.org/10.1111/bioe.1284628>.
3. Fodor J.A. (1974). *Special Sciences (Or: The Disunity of Science as a Working Hypothesis)*. Synthese, 28(2), 97–115.
4. Таратухин Е.О. Иерархия факторов риска // Российский кардиологический журнал. – 2017. – №9. – С.28–33. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-9-28-33.
5. Ноздрачев Д.И., Замятин К.А., Мирошниченко М.Д. Моральный дистресс в паллиативной помощи детям: классические проблемы и вызовы пандемии COVID-19 // Человек. – 2022. – Т. 33. – №3. – С.138–158.
6. Родионова Ю.В. В поисках современного образа врача: на каких примерах учиться у великих? Часть I // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т.22. – №2S. – 3600. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3600. EDN: XQNFGJ
7. Габай П.Г., Карапетян Р.Ю. Селективный фетотид: проблемы регламентации и правовые риски, связанные с его осуществлением // Право и практика. – 2020. – № 1. – С.51–60.
8. Часовских Г.А. Экзистенциальная проблематика философии сестринского дела Дж. Травелби и К. Мартинсен в перспективе паллиативной помощи // Человек. – 2023. – Т.34. – №3. – С. 111–128.
9. Таратухин Е.О. Этическая компетентность как компонент подготовки врачей // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т.21. – №2. – 3208. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3208.

References

1. Strassle C.L., Schwan B., Berkman B.E. (2022) Autonomy concerns with using contracts to enhance patient adherence. *Bioethics*, 36 (6), 666–672. DOI: 10.1111/bioe.13030.
2. Palacios-González C. (2021) Reproductive genome editing interventions are therapeutic, sometimes. *Bioethics*, 35 (6), 557–562. <https://doi.org/10.1111/bioe.1284628>.
3. Fodor, J.A. (1974). *Special Sciences (Or: The Disunity of Science as a Working Hypothesis)*. Synthese, 28(2), 97–115.
4. Taratuhin E.O. Ierarhiya faktorov riska // Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. – 2017. – №9. – S.28-33. DOI:10.15829/1560-4071-2017-9-28-33.
5. Nozdrachev D.I., Zamyatin K.A., Miroshnichenko M.D. Moral'nyj distress v palliativnoj pomoshchi detyam: klassicheskie problemy i vyzovy pandemii COVID-19 // Chelovek. – 2022. – T. 33. – №3. – S.138–158.
6. Rodionova Yu.V. V poiskah sovremennogo obraza vracha: na kakih primerah učit'sya u velikih? Chast' I // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2023. – T.22. – №2S. – 3600. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3600. EDN: XQNFGJ
7. Gabaj P.G., Karapetyan R.Yu. Selektivnyj fetocid: problemy reglamentacii i pravovye riski, svyazannye s ego osushchestvleniem // Pravo i praktika. – 2020. – № 1. – S.51–60.
8. Chasovskih G.A. Ekzistencial'naya problematika filosofii sestrinskogo dela Dzh. Travelbi i K. Martinsen v perspektive palliativnoj pomoshchi // Chelovek. – 2023. – T.34. – №3. – S. 111–128.
9. Taratuhin E.O. Eticheskaya kompetentnost' kak komponent podgotovki vrachej // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2022. – T.21. – №2. – 3208.

BIOETHICS IN MEDICAL EDUCATION: WHAT TO TEACH?

Taratukhin E.O.¹

Abstract

The difficulty of teaching doctors a bioethical block of disciplines (ethical and legal, related to communication, patient-centeredness) lies in the ambiguity of the ethical categories themselves, which differ both historically and culturally. The deontological imperative, which could become a universal measure of the ethical, has similar limitations and, even if it successfully fulfills a normative function, can lead to moral suffering if its implementation is impossible. Other versions of metaethics also have limitations. Additional complexity is created by the starting point for designating a norm in bioethics - the definition of health, which has a biopsychosocial nature. All together, this turns out to be a serious challenge for teaching the bioethical block of disciplines. A possible solution is virtue, the formation of a "virtuoso doctor" capable of coping with ethical relativism - that inevitability that is always present in interpersonal relationships.

Keywords

patient-clinician relationships, medical law, professional burnout, communication, deontology, virtue, pedagogics, clinicians' tuition.

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

For correspondence: Taratukhin E.O., cardio03@list.ru