

ФЕНОМЕН ЗДОРОВЬЯ: ОТ НОРМОСТАТИСТИЧЕСКОЙ К БИОЭТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ PHENOMENON OF HEALTH: FROM NORMALISTIC TO BIOETHICAL MODEL

С. В. Пустовит, В. В. Березина
S. Pustovit, V. Berezina

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика,
г. Киев, Украина,
pustovit-sv@ukr.net
P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine*

Нормостатистическая модель здоровья формирует сознательные и ценностные установки у врача, в которых исчезают неповторимые, уникальные качества индивида, она не учитывает жизненную ситуацию пациента. В биоэтической модели здоровье рассматривается как результат реализации ценностей и принципов биоэтики во взаимоотношениях врача и пациента, в отношении пациента к природе, другим людям, к самому себе, к своему здоровью, к своей жизни. Биоэтические принципы способствуют индивидуализации медицинской этики и интеграции в структуру личности пациента ценностей свободы, уважения собственного достоинства, реализации заложенного духовного потенциала, коммуникативных и социальных интенций как приоритетных в системе ценностей.

Normostatistical model of health forms conscious and valuable attitudes of physician, in which the unique qualities of the individual are disappeared, this model does not take into account the patient's life situation. In the bioethical model health is considered as a result of the realization of the values and principles of bioethics in the relationship between a doctor and a patient, in relation of patient to nature, other people, himself, his health, his life. The bioethical principles contribute to the individualization of medical ethics and integration values of freedom, dignity, respect for self-esteem into the patient personality structure, to realization of spiritual potential, communicative and social intentions as priorities in the system of person's values.

Ключевые слова: нормостатистическая модель здоровья, биоэтическая модель здоровья, жизненный мир пациента.

Keywords: normostatistical model of health, bioethical model of health, the life world of the patient.

Медицина как социальная практика глубоко гуманистична и интерсубъективна, она направлена на оказание помощи страдающему от болезни человеку. В этом заключается ее глубокий экзистенциальный смысл и высшее предназначение. Благодаря возникновению нового технологического направления – биомедицины – синтеза клинической медицины и биологических наук (физиологии, биохимии, генетики и др.), стали очевидными многослойность и неоднозначность *феноменов здоровья и болезни*, начала и конца человеческого существования. Этот факт внес фундаментальную неопределенность в восприятие границ человеческого тела и человека в целом, актуализировал феноменологический и экзистенциальный подходы к этим явлениям. Изменение содержания и характера современной медицины как науки и практики, приобретение ею статуса мощного социального института требуют пересмотра ее философских основ и формирования новой современной онтологии медицины, исходя из достижений мировой философской мысли: философии науки, экзистенциальной антропологии, феноменологии, герменевтики [1].

Витальные потребности человеческого существования всегда были в центре внимания врачей: борьба с эпидемиями и заболеваемостью, формирование здорового образа жизни, избегание боли и психофизических страданий, рождение, умирание и смерть человека. Но вместе с тем, медицинская практика по своей сути всегда была трансисторичным и транскультурным явлением человеческой жизни, в котором таится ответ на вопрос: «В чем смысл существования человека?». Таким образом, медицина может быть охарактеризована не только как исторически и предметно непрерывная социальная практика по сохранению жизни и здоровья человека и человечества, но и как уникальное явление, выходящее за рамки праксиса, как то, что способствует самоидентификации человека как существа высшего, наделенного духовными устремлениями.

Одновременно с зарождением в Европе клиник в медицинском научном дискурсе постепенно формируется медицина – наука о болезнях, возникают научные представления о формах патологии, классификации болезней, их опасностях и прогнозах. На их почве возникает так называемая «нормостатистическая» модель здоровья «как нормы», «как отсутствия болезней». Если у древних греков понятие нормы было связано с психофизической целостностью организма, моральными ценностями личности, балансом внутреннего и внешнего, соответствием организма идеальному плану природы, с представлениями о человеке как микрокосме, то в XX в. *норма* и *нормальное* начинают трактоваться преимущественно в соматическом контексте, врач перестает слушать жалобы пациента, его равнодушное отношение к жизненной ситуации больного сменяется техническими алгоритмами.

Кто хочет знать болезнь, должен устранить индивида в его неповторимых и уникальных качествах. Естествоиспытатель-экспериментатор, врач-клиницист теперь не столько наблюдают за природой, сколько моделируют ее. Таким образом, нормостатистическая модель медицины формирует сознательные и ценностные установки, прообраз будущего и средство достижения этого будущего для медицинского общества и остальной части общества.

Как следствие, возникает моделирование, основанное на идее медицины как активной инвазивной стратегии и тактики, противостоящей «первородной» природе болезни. *Природа и естественное* из высшей истины превращаются в слепое пятно, черную комнату (ящик Пандоры), чудовище, которое необходимо обуздать с помощью рации – уменьшить жизненный порыв и снизить непредсказуемость. Имманентность болезни и здоровья подвергается рационализации и опредмечиванию. Для обозначения перехода, границы, зазора между красивым и безобразным, здоровым и больным, нормальным и патологическим предлагается использовать понятие «нормы». В результате подобных метаморфоз клиническая медицина становится соединением лошади и трепетной лани. С одной стороны, это инвазивная тактика борьбы с болезнью, экспериментирования и исследования с целью «предвзятого допроса природы» о ее тайнах [2]. Под этот допрос подпадает и сам пациент, становясь объектом гипердиагностики и гипертерапии. С другой – потребность «смягчения» невыносимой жизненной ситуации пациента, духовная и психологическая поддержка и забота о нем, так как смысл и цель клинической медицины заключается еще и в помощи, паллиативе, заботе о немощных и страждущих. Ее цель не только и не столько в провокации «стропливой» болезни путем ее анатомирования, исследования, испытания, но и сглаживание ее проявлений, *усмирение и умиротворение*, обучение пациента жить и быть счастливым перед лицом существующих и возможных болезней.

Пациент как единичный уникальный случай постепенно, если не растворяется, то превращается в нечеткий фон для медикализованной точки зрения – более или менее выгодно оттеняя ее «дисциплинарную» суть. Однако ценности «рационализированной, выверенной согласно научным парадигмам» практики часто не соответствуют ценностям «элементарной человеческой жизни», основанной на здравом смысле, интуиции, чувствах, повседневной практике. Не следует забывать, что мир повседневного опыта, интуитивных озарений, бессознательных ощущений и предсказаний является предпосылкой любого научного знания, его пределами и критикой.

По нашему мнению, для того, чтобы вернуть гуманистический смысл клинической практике, необходимо выйти за рамки понимания ее цели как исключительно борьбы с болезнью и отклонениями от нормы и привести в деятельность врача понимание сложности, нелинейности, неоднозначности событий жизни, судьбы пациента, понимание социокультурных контекстов и паттернов, жизненной ситуации, иерархии индивидуальных и общечеловеческих ценностей.

Отношения врач–пациент являются примером опыта нашей ограниченности, они обусловлены парадоксальной невозможностью объективирования тела пациента. Этот факт лежит в основе многих современных подходов к понятию здоровья и находит свое отражение в феномене *телесности*, как пространстве между телом и душой, понятии, соединяющем тело и душу. Телесность означает одновременно идущий процесс одухотворения тела и «овнешнения» души. С одной стороны, телесность каждого пациента абсолютно индивидуальна, с другой – эффективная терапия без дискурсивного практического разума врача невозможна. Поэтому в изучении феномена здоровья ключевой момент – это то, как связаны между собой опыт тела и *научная картина болезни*. С точки зрения феноменологического метода способ появления живого тела не есть простое расширение в математическом смысле. Телесность, естественный опыт живого тела свободна от любой попытки ее освоения через овеществление [3].

В современных философских представлениях о здоровье, основанных на идеях феноменологии, экзистенциализма, герменевтики, здоровье выступает как *ценность, жизненный опыт, опыт телесности, жизненный путь, свобода, со-Бытие*. Здесь здоровье – не чувства и не желания, не возможности и не потребности, а условие и свобода быть «здесь и сейчас», проживать каждое мгновение субъективной жизни как уникальное и неповторимое со-Бытие, факт нашего сопребывания в мире людей и вещей.

Трансцендентальная феноменология Э. Гуссерля, герменевтический феноменология Хайдеггера, феноменология восприятия М. Мерло-Понти, философская герменевтика Г.-Г. Гадамера сформировали феноменологические предпосылки для пересмотра нормостатистической картины болезни. Размышляя об опасностях патернализма, асимметричности отношений врач-пациент в статье «Авторитет и критическая свобода», Г.-Г. Гадамер фактически предвосхищает такие этические принципы современной медицинской практики, как *автономия пациента и информированное согласие* [4]. С одной стороны, социальные институты основываются на доверии и авторитете, с другой – профессионал склонен злоупотреблять своим авторитетом, навязывая непрофессионалам, неспециалистам собственные взгляды. Всегда существует тонкая этическая грань между авторитетом и авторитарностью. Слепо полагаясь на мнение эксперта, автоматически заключая «делку с техникой», мы отказываемся от свободы воли. Врач-эксперт является носителем медицинских знаний и, как таковой, может быть выслушанным, но это еще не означает, что он превосходит пациента в жизненном опыте и мудрости, понимании психосоматических закономерностей его заболевания, стиля и образа жизни.

Среди экзистенциалистов наиболее значимыми для медицины фигурами стали С. Кьеркегор, К. Ясперс, Г. Марсель, Ф. Ницше, Ж.-П. Сартр и Л. Бинсвангер. И феноменология, и экзистенциализм обращаются к проблеме духовного опыта и «заботы» пациента о своем здоровье, направленные на интерпретацию этого опыта

в терминах человеческой субъективности, свободы выбора, экзистенциального смысла, темпоральности, ситуативности и историчности.

Онтология фундаментальной жизненной ситуации пациента объясняет разнообразие современных моделей-концепций здоровья: *потребительской, психосоматической, валеологической, биоэтической, экологической*, основанных на установках и ценностях трансцендентальной антропологии. Потребительская модель проявляет себя в применении медицинских технологий с целью удовлетворения однозначно сформулированных пожеланий пациента, не связанных с медицинскими показаниями. Валеологическая модель здоровья подчеркивает важность самостоятельного овладения человеком технологиями здоровья, совершенствования и использования как традиционных, так и нетрадиционных методов сохранения и развития индивидуального здоровья. Валеологический поворот в медицине вызван идеями об активной заботе каждого человека не только о теле, но и о душе, о психофизической целостности. В последнее время ученые-медики больше внимания уделяют экологическим факторам, их роли в сохранении человеком здоровья, их влиянию на формирование неспецифических заболеваний. В медицине возникают такие понятия, как экологическое здоровье и экологическая патология, экологическая модель здоровья.

В биоэтической модели здоровье рассматривается как результат реализации ценностей и принципов биоэтики во взаимоотношениях врача и пациента, в отношении пациента к природе, другим людям, к самому себе, к своему здоровью, к своей жизни. Биоэтические принципы способствуют индивидуализации медицинской этики и интеграции в структуру личности пациента ценностей свободы, уважения собственного достоинства, реализации заложенного духовного потенциала, коммуникативных и социальных интенций как приоритетных в системе ценностей. В этой модели пересматривается социальная роль пациента, который начинает рассматриваться как часть экспертной системы наряду с другими ее элементами: медицинскими работниками, членами этических комитетов, спонсорами и центрами медицинских исследований, юристами-представителями медицинского права. В конечном результате, как итог взаимоотношений врача и пациента, возникающих в ходе оказания медицинской помощи, самые важные, значимые решения принимаются не врачом, несмотря на его авторитарные и властные полномочия и медицинские знания, а пациентом – «профаном», неспециалистом в медицинской области. Только он один в свете сегодняшних достижений медицинской этики и биоэтики, может окончательно авторизовать предложения врача и подтвердить свое желание сотрудничества и следования рекомендациям врача в ходе терапевтического процесса.

Возникает перспектива и возможность «управления» индивидуальным и общественным сознанием и здоровьем при помощи раскрытия креативных и духовных планов личности и их соединения с ценностями оздоровительных технологий и медицинских практик. Таким образом, тема человеческого здоровья выходит за рамки медицинского научного дискурса и начинает рассматриваться в контексте феноменологической, экзистенциальной, герменевтической рациональности. Здоровье в этой перспективе начинает выступать как опыт со-Бытия, бытия с самим собой, с природой, с другими живыми существами, вещами, с другими людьми, опыт озабоченности повседневными делами, который захватывает всю человеческую жизнь без остатка. Оказывается, что вопрос здоровья и болезни – это не вопрос соответствия природы идеальному представлению о норме, а вопрос поддержания внутренней динамической целостности опыта, онтологической открытости человека миру, его этической бдительности, направленности вовне, способности переживать полноту, интенсивность, сосредоточенность и внимание на «самых вещах», среди которых самая главная «вещь» – это человек.

Таким образом, в процессе дифференциации медицины, оснащения ее новой техникой и технологиями, патерналистская модель взаимоотношений «врач-пациент» трансформируется в модель «врач-пациент-информационная система (компьютер)», «абонент-координатор-консультант», «врач-технический персонал». Новейшие грид-технологии (разновидность электронных технологий, позволяющих создавать виртуальную среду для совместной работы специалистов, разделенных географически; осуществлять контроль и управление оборудованием в удаленном режиме; агрегировать большое число индивидуальных компьютеров и их ресурсов для решения сложных задач; распределять среди населения и специалистов огромные объемы данных и др.) открывают принципиально новые возможности оптимизации медицинской помощи в хирургии, терапии, травматологии. Достоинства информационной, электронной медицины и телемедицины состоят в том, что пациент, не выходя из дома, может быстро и легко связаться с врачом или пройти медицинское телеконсультирование (*second opinion internet–medicine*), не спеша проанализировать дневник (архив) общения с врачом и т.д. Грид-медицина позволяет перейти от бумажной к цифровой истории болезни, к ее электронной версии, которая «перемещается» из одной клиники в другую – туда, где в данный момент находится пациент [5].

Доказательная медицина ознаменовала своим появлением процесс интеграции науки, клинической экспертизы, блага и ценностей пациентов. Стимулируя рост требований к медицине и здравоохранению, в свою очередь, доказательная медицина становится «дорожной картой» клинической практики и базовой составляющей клинического мышления и биоэтики. Вместе с тем, доказательная медицина имеет и ряд недостатков, препятствующих ее интеграции в широкую клиническую практику. Она фокусируется на отдельных, «избранных» областях медицины; изучение заболеваний, не входящих в эти области, может оказаться вне ее интересов. Доказательная медицина способствует повышению стоимости услуг здравоохранения, так как рекомендует новые и, следовательно, дорогостоящие средства лечения, для которых получены «лучшие доказательства» их эффективности. Необходимо также отметить и «встречное движение» со стороны частных страховых компаний, предпочитающих мало

затратные лечебные тактики, и не заинтересованных в том, чтобы их клиенты получали дорогостоящее лечение, отвечающее последним международным стандартам и требованиям доказательной медицины [6].

Процесс внедрения информационных технологий в медицину характеризуется возникновением феномена «человек осведомленный». Этот человек – прообраз робота должен воспринимать информацию как нечто нейтральное, лишённое смысла, чувств и эмоциональной окраски. Но это не совсем так. Любая информация, например, реклама медицинского препарата в интернет-СМИ, имеет свой собственный месседж, заложенный в нее создателями, и ищет своего потребителя. Имплицитно эта информация направлена на изменение мира переживаний и сознания ее потребителя и может скрывать манипулятивные цели. С другой стороны, большинство переживаний и чувств человека, таким образом, переносится в виртуальный мир, интернет-пространство, информационное пространство. Чем больше тот или иной пациент в чем-то становится «информирован», тем меньше у него остается стимулов о чем-то самостоятельно мыслить. В результате современный пациент в курсе многих новейших биомедицинских технологий, но ничего не знает точно и ничего не предпринимает. То есть, хотя он и оперирует постоянно растущими массивами образов и цифровых данных, которые заимствует из интернета, но по-настоящему разбирается в них все меньше и меньше.

Компьютеризация медицины способствует стандартизации медицинских услуг и приближает ее к идеалу доказательной медицины, основанной на систематических научных исследованиях. Тем не менее, существуют риски технологий для сохранения подлинной человеческой природы и жизни на земле [7]. Они связаны, во-первых, с тем, что на современного человека воздействуют не одна, а множество технологий. Во-вторых, оценка такого риска комплексна и высокотехнологична, для этого недостаточно самонаблюдения, требуются сложная аппаратура, опыт профессионала. В-третьих, человек может осознанно идти на риск ради экзистенциальных целей, например, участие в клинических испытаниях новых лекарственных препаратов.

Приближается эра нанотехнологий, когда возможным станет многое. Различные нейроинтерфейсы и имплантаты, разработанные уже сегодня, будут значительно усовершенствованы, поэтому их биологическая совместимость с нервными тканями станет еще более качественной. Наступит время самой настоящей виртуальной реальности и полноценного взаимодействия с компьютерами. Будем ли мы готовы к самому главному в истории переходу в стадию постчеловечества и останемся ли мы «хорошими», гуманными существами, на которых возложена свыше надежда планеты и миссия самого Творца?

ЛИТЕРАТУРА

1. *Пустовит, С. В.* От нормостатистической модели здоровья к фундаментальной жизненной ситуации пациента. Вклад Г.-Г. Гадамера / С. В. Пустовит, В. В. Березина // Практична філософія. – 2017. – №2. – С. 79–91.
2. *Слотердайк, П.* Критика циничного розуму / П. Слотердайк; пер. з нім. А. Богачева. – К.: ВК ТОВ «Тандем», 2002. – 544 с.
3. *Gadamer H.-G.* Griechische Philosophie II. – 1985. – GW 6. – Tübingen: Mohr Siebeck (UTB), 1999. – P. 5.
4. *Gadamer H.-G.* Dove si nasconde la salute / [ed. it a cura di A. Grieco e V. Lingiardi]; [tr. it. dal tedesco di M. Donati e M.E. Ponzio]. – Milano: RaffaelloCortina, 1994. – P. 93–101.
5. *Ходжибаев, А. М.* Новейшие информационные ГРИД-технологии в электронной медицине / А.М. Ходжибаев, Ф.Т. Адылова // Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2005. Т. 3. № 1. С. 23–34.
6. *Nunes R.* Evidence-based medicine: a new tool for resource allocation? // Medicine, health care and philosophy. – 2003. – № 6. – P. 297–301.
7. *Пустовит, С. В.* Европейская биоэтика: теория и практика. / С. В. Пустовит. // Интегративная антропология. – 2013. – № 2. – С. 9–15.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ БИОТЕХНОЛОГИЙ (СЛУЧАЙ УЧЕНОГО ХЭ ДЖЕАНКВЕЯ)

ON ETHICAL PROBLEMS IN BIOTECHNOLOGY (HE JIANKUI CASE)

М. М. Рогожа

M. Rohozha

*Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко, г. Киев, Украина
mrogozha@ukr.net*

Taras Shevchenko National University of Kiev, Kiev, Ukraine

Этические проблемы биотехнологий рассматриваются в статье на примере случая исследователя Хэ Джеанквея, который осенью 2018 г. обнародовал в СМИ информацию о том, что он редактировал гены эмбрионов, которые после рождения стали девочками-близнецами. Сомнительное с этической точки зрения и спорное с научной точки зрения тестирование ставит под вопрос этическую нейтральность научных исследований на людях и акцентирует внимание на поиске оснований для социальной ответственности ученых.