

© 2008 г. Мушич-Громыко В. Г.

О ДОБРОДЕТЕЛИ В МЕДИЦИНЕ

Осуществляется попытка рассмотреть понятие «медицинская этика» с точки зрения дуализма мышления человека с одновременной опорой на введенную форму мышления (замысел↔ядро↔итог), а также на понятия: гармония, долг, обязанность, добродетель, комплиментарность, репрезентация и некоторые другие.

Ключевые слова: медицина, медицинская этика, мышление, гармония, добродетель.

«Что происходит с медицинскими добродетелями, когда в практике медицины сталкиваются различные стили и нормы или когда несоответствие между моральными традициями и моральной практикой в медицине становится велико?» [1]. «Имеется ли в медицине сущностное ядро добродетелей, которое остается инвариантным при социокультурных и исторических трансформациях? Или существуют ли «медицинские революции», в ходе которых различные системы добродетелей и пороков скачкообразно сменяют друг друга? Становятся ли прежние добродетели пороками, а пороки добродетелями? Если добродетели медицины меняются, то нужно знать какова причина и природа этих изменений. А также можно ли критиковать медицинские нормы? И, наконец, важен вопрос о том, какими должны быть добродетели в медицине?» [1].

«Преданный», «искренний» – что говорят эти термины? Мы слышали слова: «говорить о добродетелях – стало модно». Попробуем разобраться с добродетелью вообще: примеры - бережливость, скромность и самопожертвование. Добродетель бывает наградой сама по себе: ее нельзя купить. Образцом медицинской добродетели является врач – мудрый, терпеливый, заботливый, друг пациента, который мчался верхом, пешком в ночную бурю не ради гонорара, а побуждаемый священным долгом и ответственностью. Теперь это стало культурным мифом?!

Историческая реконструкция обнаруживает несоответствие между мифом и реальностью. Нужно исходить из того, что существует мораль и показная мораль. Как их отличить? Такие вопросы задает только философ. Но коль вопрос поставлен, то и не философ должен на уровне гипотезы, предположения сказать: маска моральности может скрывать некомпетентность, несостоятельность и порок. К некомпетентности может присоединяться научное невежество и клинические надувательства ради каких-то показателей. Практика медицины не может рассматриваться как только чистая техника или клиническое умение (с возрастающим в нем научным и техническим компонентом). К сожалению, есть признаки, которые указывают на то, что требования когнитивной и технической адекватности становится всепоглощающим. Для медицины, как представляется, важен также медицинский авторитет. Причем авторитет в виде сплава человекоразмерных факторов – компетентности и человечности. Но есть ряд проблем, для которых медицинская этика не знает однозначных ответов (аборты, смерть мозга, эвтаназия, доступность лекарственных форм и технической оснащенности, информированное согласие, торговля органами, использование в экспериментах человеческих субъектов, проверка на человеке медицинских препаратов и т.д.). О. Уайльд как-то заметил, что если некто является преступившим закон, то это ничего не говорит против качества его прозы. С философской точки зрения это ошибочное мнение. Ошибочное потому, что не учитывает факты дифференциации такой «прозы» на типы мировоззренческих стилистик. В качестве «прозы» можно принимать медицинскую практику, так сказать – «клиническую «прозу»». Всякая литература есть моральная практика в ее раздвоенности и пропозициональности мышления.

С другой стороны, мы не должны сбрасывать со счета общей направленности медицины как гуманитарно-гуманистической дисциплины, хотя эта общая направленность и дает сбой в каких-то своих частных проявлениях. Трудно говорить о добродетели какого-то конкретного действия. Менее сложно говорить о медицине в целом. Однако есть один аспект, который хотелось бы отрефлексировать. Таблетки нам помогают! Эта убежденность столь радикально существует в нашем сознании, что на периферии сознания едва замечается и понимает гроза – «вреда этих таблеток». Из двух зол выбирают наименьшее – еще одно хорошее мнение (таблетка – это концентрат ре-

презентаций). Но так ли это? Мы знаем о вреде таблеток (информированы об этом вреде), но часто мы сами и наши медицинские друзья и охранители знают об этой проблеме? Как они ее решают? Ведь отменить таблетки и назначить что-то естественное – природное – это всегда риск (а вдруг что-то пойдет не так). И опять возникает проблема путей развития медицины как науки, а также тупиковых путей ее развития. Этика, в свете последней проблемы, стоит в растерянности перед врачом, ничего ему не предлагая. Есть и другая проблема, сходная с последней – это проблема генетической наследственности. Отчасти эта проблема есть реверс к путям развития цивилизации и подлинности понятия «медицинская этика».

Как видим, репрезентация, которую мы обозначаем как «медицинская этика» – многозначна. Медицина с неизбежностью является моральной социальной практикой! Это очевидность. Но не является ли эта очевидность сходной с проблемой наподобие вопроса о движении Солнца и Земли. Понятие «обязанность», проистекающая из сущности медицины, а также «долг» входят в диалектическое противоречие с «обязанностью» и «долгом» со стороны других людей к медицинским работникам, государства в той же самой роли. Если медицина поставлена на коммерческую основу, то «долг» и «обязанность» со стороны специалистов от медицины начинают подменяться коммерческой «выгодностью» или «невыгодностью». Там где онтология «невыгодности» оформляется сплетением самых разных обстоятельств, то одна из сторон пропозиции, выраженная фразой – «если я не за себя, то кто за меня», начинает уклоняться от репрезентации в имени гармония – в сторону репрезентации «дисгармония». Пациент, безропотно подчиняющийся асоциальному корпоративному давлению той же медицинской системы, также опирается на мотивацию: «если я не за себя, то кто за меня». Но это уже горько фаталистическая мотивация, резюме которой – «дело спасения утопающих – есть дело рук самих утопающих». Граждане объединяются в наиболее общую систему в имени «государство» с целью защитить себя там, где человек не может защитить себя в одиночку (перед стихиями, войной, болезнями, криминалом и т.д.). Поэтому чистая коммерциализация медицины строго неэтична, как неэтичной может быть деятельность и в своей сфере конкретных пациентов на своих рабочих местах. Единичное и общее представляет собой слож-

ную репрезентацию, которая восходит к гармонии именно тем, что учитывает интересы, как общего, так и единичного.

В реплике, человек должен твердой привычкой к обязанности как творческой склонности делать то, что обязан «делать», есть подводный камень. Его сущность заключена в том, что «твердая привычка» есть мало рассуждающая механистичность, приносящая, безусловно, пользу, но и вред, когда идет речь о нестандартных, нештатных ситуациях. Творчество врача ограничено. Консилиумы предотвращают ошибки, и усиливают творческий потенциал медицины. Этот творческий потенциал еще более усиливается научно-медицинскими исследовательскими программами. Но почему-то вопрос медицинской этики остается все-таки второстепенным (первостепенным остается правовой аспект медицины – хотя общепризнано, что он не охватывает всей глубины жизненных реалий). Обязанность поддерживает добродетель, а добродетель поддерживает обязанность. Но достаточно ли только этого? Говорить о медицинской добродетели – значит говорить об истинной цели медицины. В медицине существуют репрезентации в виде норм и правил, идентифицирующие присущую ей форму и содержание. Но эта идентификация может проходить по уровню функциональному – и только! Но может происходить по смешанной модели, когда к функциональному началу прибавляется мировоззренческое. Мировоззренческое начало всегда прибавляется к функциональному, хотя первое и пропозиционально по своей сущности. Дуальность оборачивается либо этичностью, либо неэтичностью. Когда мы задумываемся о подлинной цели медицины, то стоит принять во внимание непроизвольную стилистически-мировоззренческую типологичность, которая своими мотивациями и аргументациями может в действии уже непосредственно склоняться либо к помощи пациенту, либо к чему-то промежуточному. Низовой вариант – это конечно мало вероятностный вариант (по сравнению с другими профессиями) – тем не менее, он в медицине существует. Процедуры институциональности и одобрения через профессиональное сообщество усиливают нормы этики медицинских работников, но больше в лечении принудительного порядка.

Подлинной этикой медицинской является гармония, гармонизация – как все то, что не антагонизирует закону причины и следствия. А также все то, что позволяет реализации структуры мысли и деятельности через совпадение за-

мысли и итога. Может ли добродетель превращаться в свой антипод? Нацистский врач, проводящий эксперименты на людях, имеет дальнюю цель – найти средства для лечения, но людей «избранной арийской расы». Контекстом данного случая в виде «арийской расы» и идеологии этого контекста со всей очевидностью указывает, что такая репрезентация «добродетели» существует. Если же обратиться к иным контекстам в виде понятия «человечество», со всеми атрибутами мировоззренческих долей, конкретных носителей этих долей, то такая репрезентация уже превращается в глобально отрицательную репрезентацию. Регулирующим механизмом медицинской практики в целом является общество или культура, которые требуют от медицины не только определенных форм и содержания, но и соответствия кадровой политики – основной цели медицины. Но здесь же встает проблема теории и практики добродетелей, в рамках которых осуществляются и интерпретируются медицинские добродетели. Не является секретом, что медицина развивается как «индустриализация» медицины или медицинского производства. Всякое производство требует развитой логики отношений сложившихся корпорации с внешним миром. Эти отношения опять же функциональны, с одной стороны, а с другой стороны – существенное требование медицинской этики ставит вопросы об организационных формах самой медицинской практики таким образом, чтобы слова Конфуция: «Прекрасно там, где человечность. Как может умный человек в ее краях не поселиться?» – завершались итогом – подбором кадров не только по профессиональному принципу, но и этическому. И опять мы приходим к дихотомии того, что необходима особая практика экспертиз, с помощью которых бы кадровая политика была сугубо позитивной.

Размышляя о медицинской этике нельзя не заметить, что это понятие сходно со многими другими. Например, с понятием «милосердие». Во многих источниках, связанных с подобной тематикой, которую мы обсуждаем, за милосердие признается такая форма милосердия, которую осуществляет аноним, неизвестный получателю. Может ли этическая помощь осуществляться абстрактно, в форме так сказать ненамеренной доброжелательности? С нашей точки зрения, конечно же может, хотя бы потому что существует опосредованные связи. Политик, общественный деятель, законодатель, исполнительная власть, в лице конкретных персоналий, своей деятельностью создают

системы ценностей и системы идеалов, которые позднее и для них самих, и для врачей и пациентов (принимающих эти системы ценностей как некий норматив) возвращаются категорическим императивом – повелением сущностей этих систем человеку, заставляя его осуществлять жизнедеятельность вообще и профессиональную деятельность, в частности, в русле дуальности указанных систем. Законы причины формируют позитивные и негативные форматы представлений, которые далее, следствием же, возвращаются к субъектам. Структура причины и следствия в виде «замысла↔ядра ↔итога» может возвращаться к человеку, социуму позитивными импульсами тогда, когда происходит совпадение итога и замысла. «Хотели как лучше, а получили как всегда» - не тот вариант, который выражает медицинскую этику.

Для того чтобы совпадение итога и замысла осуществлялось как можно чаще, нужно понимать, что происходит в «ядре» причины и следствия – как логической системы. «Ядром» указанной философской абстракции (и одновременно лингвистической), является человек, вне зависимости от того, где он находится вообще (в медицине или вне ее рамок). В любом случае он (непосредственно или опосредованно) влияет на нормативную базу медицинской этики. В ядре же всегда осуществляется корреляция (позитивная или негативная) в отношении к замыслу. Если корреляция принимает формы забвения релевантности «ядра» и «замысла», «замысла» и «итога», то дисперсия распределений этических постулатов принимает необратимый характер, и мы получаем то, что получаем в виде разочарований. Следовательно, медицинская этика – это проблема не только медицины, но и социума в целом. «Ядро» - как формация, в которой согласованность «замысла» и «итога», всегда подразумевается на самом деле пропозиционально, (вспомним о словах Конфуция), что и создает феномены рассогласованности. Для того что избежать этой рассогласованности необходимо философской рефлексией понять, что есть комплементарность между «ядром» и «замыслом». Комплементарность сама по себе (как ключ к замку), не обеспечивает позитивных решений, поскольку эта комплементарность функциональна по своему внешнему смыслу и не связана пока со смыслами (позитивными или негативными), пропозиции мышления, (которые, конечно, нужно относить к внутренним смыслам всякой комплементарности). Комплементарность носит характер дуальности, где одна сторона этой дуальности есть функциональная, а другая

– одна из сторон пропозициональности мышления. Отраженная комплементарность «замысла» и «итога» через диалектику «ядра» мышления и принятия решений – есть гармония, а точнее, последовательность гармоний как соотнесенность позитивно-корреляционная, когда функциональная гармония осуществляется под эгидой мировоззренческой гармонии. При этом еще раз подчеркнем, что гармония – гармонизация есть все то, что не антагонизирует закону причины и следствия. В чем же могли бы заключаться примеры того, о чем мы говорим? Рождение ребенка – выражает закон причины и следствия. Следствие (рождение ребенка) становится причиной для родителей на новом уровне отношения родителей. Заботы о ребенке, в самых ее различных смыслах этих забот, не антагонизирует закону причины и следствия еще и с той стороны, в которой подразумевается долгая и счастливая жизнь ребенка, вплоть до его старости.

Таким образом, в медицине «родители» в «лице» функциональных обязанностей медицинских работников и их мировоззренческих представлений, «рождают» этические принципы, которые долго живут, если союз таких «родителей» гармоничен и долговечен без сбоев в сторону преимущества функционального «родителя». Рассматриваемым вопросом замкнулся круг? Нет, он разомкнулся именно потому что высшая форма творчества лежит в уровнях отношений между людьми. Отношения же выражают основные потребности человеческого существования, в том числе потребности медицинского обслуживания как исторически непрерывной практики, которая выходит за пределы индивидуального в социальное, а из социального в индивидуальное, теми или иными формами этических репрезентаций.

Литература

1. *Вартовский М.* Модели, репрезентация и научное понимание. М., 1988г.

***Новосибирский государственный университет
экономики и управления***

5 ноября 2008 г.