

АНАСТАСИЯ УГЛЕВА*

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ ДОБРОДЕТЕЛЬ И ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ДОКАЗАТЕЛЬСТВ В МЕДИЦИНЕ**

Получено: 20.10.2021. Рецензировано: 10.11.2021. Принято: 01.12.2021.

Аннотация: В предлагаемой статье рассматривается проблема определения эпистемологической природы доказательств в современной медицине через два ее взаимосвязанных аспекта — предвзятость при сборе данных в рамках рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и личную предвзятость врача, — которые составляют часть общей проблемы *bias* в различных профессиональных сферах. Эта проблема широко обсуждается сегодня в медицинском сообществе, в котором нет единства в понимании того, какие основания для принятия правильного клинического решения считать решающими — РКИ или собственный клинический опыт врача. В данной статье она осмысливается с точки зрения современной эпистемологии добродетелей, позволяющей поставить вопрос об ответственности врача не с позиции профессиональной деонтологической морали, а с точки зрения интеллектуальной добродетели. Добродетельная природа медицинской профессии заключается в способности субъекта принимать ответственное клиническое решение в ходе познавательного процесса и поиска оптимального соотношения между стандартизированными протоколами диагностики, профилактики и лечения и собственным клиническим опытом, благодаря которому индивидуализированный подход к каждой отдельной истории болезни оказывается возможным. Стандартизированному подходу требуется «прививка» герменевтического опыта, выраженного в общей теории понимания и интерпретации. На фоне снижения уровня социального доверия к врачебному сообществу обоснование индивидуализирующей стандартизации как методологически продуктивного способа интеграции различных когнитивных практик призвано способствовать преодолению предельной абстракции гносеологического субъекта в классической эпистемологии медицины и признанию продуктивно-эвристической роли врача как субъекта познания.

Ключевые слова: доказательная медицина, клинический опыт, эпистемология добродетелей, интеллектуальная добродетель, эпистемологическая ответственность, рассудительность, добросовестность, настойчивость.

DOI: 10.17323/2587-8719-2021-4-138-156.

*Углева Анастасия Валерьевна, к. филос. н., PhD, доцент, Школа философии и культурологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», aengovatova@hse.ru, ORCID: 0000-0002-9146-1026.

**© Углева, А. В. © Философия. Журнал Высшей школы экономики.

Благодарности: статья подготовлена при поддержке НИУ ВШЭ, проект «Натурализация этики: естественнонаучные подходы к свободе воли и моральной ответственности в 2021 г.».

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ПРЕДВЗЯТОСТЬ РКИ

С 1990-х годов парадигма доказательной медицины (ДМ) занимает устойчивые позиции в западной и отечественной клинической практике. Она опирается на методологию рандомизированных контролируемых исследований, задающих стандарты терапии при (в идеале)

добросовестном, четком и разумном использовании наилучших фактических данных с целью принятия эффективных решений в отношении отдельных пациентов (Sackett et al., 1996).

В большинстве документов, освещающих основополагающие принципы данной парадигмы, есть указания на строгий этический императив ДМ, предписывающий врачам заботу о благе каждого отдельного человека, справедливое, равное отношение ко всем пациентам, обеспечение безопасности и качества обслуживания в интересах общего блага.

Как показывает практика, с выделением масштабного финансирования на развитие клинических испытаний ДМ были достигнуты весомые результаты. К примеру, благодаря созданию антибиотиков, гормональных и противовирусных препаратов действительно удалось спасти жизни миллионам людей; создание национальных торакальных обществ, в основе деятельности которых лежит именно методология РКИ, привело к некоторому снижению заболеваемости и смертности населения из-за астматических приступов; и многое другое. Вместе с тем среднестатистические данные, на которые опирается ДМ, не могут принимать во внимание особенности конкретного пациента, история болезни которого никогда на 100% не совпадает с историей заболевания другого человека и тем более целой группы участвующих в испытаниях людей. Как следствие, неясной остается картина при диагностике, профилактике и лечении ряда заболеваний, в том числе социально значимых, что ставит под вопрос обоснованность почти исключительной опоры на данные РКИ в подобных случаях и задачу обоснования большего доверия клиническому опыту врача, способного благодаря качественному осмысленному исследованию принять эффективные непротокольные решения (Djulbegovic & Guyatt, 2020). При соответствующей подготовке и клиническом опыте врача данный подход может не только повысить качество здравоохранения, но и поднять уровень доверия к авторитету медицинского персонала со стороны пациентского сообщества¹.

¹В данной статье мы не рассматриваем вопросы, связанные с качеством подготовки медицинского персонала. Однако необходимость пересмотра принципов здравоохранения делает их все более актуальными.

Не способствует этому доверию и практика государственной поддержки отдельных производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования, осуществляемая в соответствии с результатами РКИ, которые также требуют финансирования и потому оказываются зависимыми во многом от конкретных целей инвестора. При этом следствием РКИ является четкая регламентация органами здравоохранения перечня рекомендуемых к назначению медицинских препаратов, эффективных методов и схем диагностики и лечения без фактического учета клинического опыта врача (Менделевич, 2019: 20):

Требованием сегодняшнего дня при назначении любой терапии считается использование метаанализов и систематических обзоров, в первую очередь Кокрейновских². Значимость клинического опыта врача существенно снижается. Врачебное искусство уступает место ремеслу.

При этом меняется и самоощущение человека, который все больше воспринимает себя не как живого индивидуализированного субъекта, но как объект медицинских манипуляций. Результатом становятся негативные следствия для здоровья и жизни отдельных пациентов и двусмысленное положение врача в системе ДМ. Яркий пример — ситуация в современной психиатрии (там же):

Психиатры нередко считают, что научными способами невозможно доказать или опровергнуть эффективность того или иного метода лечения, поскольку психическое состояние пациента субъективно и не поддается однозначной оценке.

При этом в условиях широкой рекламной кампании препаратов, эффективность которых не выше эффективности плацебо, врачи вынуждены совершать интуитивный выбор и полагаться на традиционные более или менее зарекомендовавшие себя препараты, беря не только личную, но и юридическую ответственность за принятое решение.

²Начало доказательной медицины принято связывать с прочитанным в 1972 г. эпидемиологом Арчи Кокрейном курсом лекций под названием «Эффективность и ответственность: случайные размышления об услугах здравоохранения» (Cochrane, 1872), в котором он предложил идею РКИ с целью достичь объективных оценок и методов лечения (диагностических тестов, систем оказания медицинских услуг и т. д.). С тех пор не утихают дискуссии о так называемой иерархии доказательств, о качественном ранжировании типов доказательной базы для вынесения корректных суждений, о более высоком качестве одних и менее надежном других по степени их предвзятости, а также об иных недостатках ДМ.

РИСК КАК ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Ответственность медицинского работника всегда сопровождается определенным риском, который, по сути, является специфическим эпистемологическим феноменом. И если классическая эпистемология, в которой объективность, истинность знания и наукоцентризм призваны были способствовать исключению ошибки и предотвращению какой бы то ни было оплошности со стороны субъекта, принимающего решения, то в неклассической эпистемологии ситуация выглядит иначе (Микешина, 2005: 38):

Стремление использовать темпоральные и исторические параметры познавательной деятельности, обратиться к «человеческой истине», эмпирическому, в отличие от трансцендентального, субъекту, невозможность полностью формализовать знание привели к необходимости сформулировать и обосновать принцип доверия субъекту как целостному человеку познающему. Этот принцип заключается в том, что анализ познания должен исходить из живой исторической конкретности познающего, его частного мышления и строиться на доверии ему как ответственно поступающему в получении истинного знания и в преодолении заблуждений. Устремленность субъекта познания к истине — это своего рода «презумпция», которая имеет серьезные онтологические основания в когнитивной, социокультурной и личностно-индивидуальной сферах его жизнедеятельности.

В этой новой эпистемологической ситуации клинический опыт врача и его личные когнитивные способности, навыки, умения, качества приобретают особое значение. От врача требуется качественная ответственная субъективная оценка вероятности возможных событий и связанных с ними потерь, что делает риск интегральным показателем его познавательной деятельности. Постепенно меняется и сам подход к определению ключевого понятия медицины — болезни, которая все чаще воспринимается как каскад биохимических событий или разворачивающаяся во времени патология (Voelink, 2010), требующая от наблюдающего ее врача конкретизации в ситуации неопределенности. Последствия принятого врачом решения неопределенны, а поскольку он

действует, не осознавая всей полноты и глубины ситуации в первую очередь эпистемологически, то и возникает фактор риска как фактор усиления неопределенности (Ардашкин, 2014: 72).

КОГНИТИВНЫЕ ПРЕДУБЕЖДЕНИЯ И НАДЕЖНОСТЬ ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ

Качество медицинских услуг трудно определить и измерить, оно зависит от множества факторов, в том числе от компетентности врача, его способности принимать надежные клинические решения, которые, в свою очередь, зависят от обоснованности его рассуждений и здравого смысла (Albert et al., 1988; Downie & Macnaughton, 2000). Определяющее значение для принятия таких решений имеет природа истинных суждений и то, какими именно доказательствами врач их подкрепляет. Другими словами, клиницисты должны быть критически мыслящими субъектами (Croskerry, 2005; Montgomery, 2006), лишёнными предрассудков и предубеждений, негативно отражающихся на качестве проводимых ими диагностических и лечебных процедур. И это тем более важно, что персонализированный подход к конкретной истории болезни предполагает переход от рассмотрения заболевания на основании стабильной совокупности симптомов как нозологического критерия к лечению конкретного заболевания с учетом специфики его генезиса и развития, и это приводит к возрастанию значимости субъективных вероятностей.

Однако исследования показывают, что в конвенциональной медицине существует несколько десятков когнитивных предубеждений (Croskerry, 2002), которые ведут к ошибочным диагнозам, неадекватному или неэффективному лечению. Одним из них является гендерная предвзятость, из-за которой клиницисты нередко страдают когнитивной близорукостью. Гендерная предвзятость заключается во влиянии половой принадлежности пациента или врача на диагностику и лечение заболевания, но не вследствие ошибочного представления о действительно имеющем место биологическом различии между женщиной и женщиной (ibid.: 1191), а именно из-за предубеждения, согласно которому мужская природа и клиническая картина пациента-мужчины видится в качестве стандарта как нормы, так и патологии. Вследствие этого женщины нередко вообще исключаются из клинических испытаний, но на диагностику и лечение их заболеваний экстраполируются выводы, сделанные в исследованиях, проведенных исключительно на мужчинах (Melloni et al., 2010).

Очевидно, что этот и иные предрассудки не способствуют объективности клинической картины, равно как и заставляют усомниться в возможности опереться на клинический опыт врача как на ключевой критерий в выборе способа эффективного лечения. Но и методами ДМ,

опирающейся на сугубо научную, эмпирическую методологию, нивелирующую всякую попытку учесть фактор неопределенности и риска в клинической ситуации, такой цели не достичь. Конечно, и в РКИ, как правило, описывается репрезентативность выборки, то есть то, какие группы пациентов могут быть, например, недопредставлены в исследовании. Однако это свидетельствует не об объективности подхода, но лишь о его ограниченности. Вслед за справедливым замечанием Фрикер, можно утверждать, что когнитивные предубеждения «поддерживаются без должного учета доказательств» (Fricker, 2007: 3), для чего требуется определенная открытость врача перед лицом новых доказательств, а не безоговорочное следование установленным правилам и нормам. Открытость, бдительность, готовность к опровержению того, что ранее было ложным убеждением, — залог успеха критически мыслящего субъекта. Тогда как, хотя сторонники ДМ часто согласны с тем, что экспериментальные данные не могут быть применены непосредственно к индивидуальному клиническому опыту (Sackett et al., 1996), они все же нередко отказываются от традиционного клинического подхода к практике, сочетающего знания о патобиологии и научных механизмах принятия клинических решений с индивидуальным опытом и рациональной интуицией врача (Guyatt et al., 1992).

Спор, который сегодня идет в профессиональных кругах о достоинствах и недостатках подходов, основанных на РКИ или на понимании, попытке восстановить индивидуальную картину заболевания пациента и выработать именно ему подходящее лечение, бесконечен, но у ДМ пока больше шансов на единоличную победу в нем, если не будут предложены дополнительные убедительные аргументы в пользу альтернативной стратегии. Такие аргументы могут быть, на наш взгляд, выработаны в рамках эпистемологии добродетелей, призванной способствовать устранению предвзятости и предрассудков, связанных прежде всего с традицией, а затем (посредством образования и аудита) и с личными предрассудками и некомпетентностью отдельных представителей врачебного сообщества. То есть эпистемология добродетелей может, по нашему мнению, внести свой практический вклад в исправление эпистемической несправедливости, от которой страдают отдельные незащищенные категории пациентов, как, например, женщины в системе патерналистской модели здравоохранения.

РЕСПОНСАБИЛИЗМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Эпистемология добродетелей акцентирует внимание на их интеллектуальном характере и в этом смысле не может и не должна быть редуцирована к этике добродетели. Вместе с тем среди исследователей нет единства в понимании природы интеллектуальных добродетелей. Некоторые интерпретируют их как приобретенные признаки когнитивного характера (Baehr, 2011; Battaly, 2008; Code, 1987; Napier, 2011) и потому называют их «добродетелями характера». Другие — как надежные когнитивные способности (например, зрение, разум и память) — «добродетели-способности» (Goldman, 2012; Sosa, 2009). Надежность «добродетелей-способностей» обусловлена тем, что они делают возможным установление причинно-следственных взаимосвязей между фактом и верой, и в этом смысле строящаяся на их основе релейабилитистская версия эпистемологии добродетелей уже по своей сути вполне соответствует логике ДМ. Однако истинность наших суждений не может быть основана на чисто «внешних» добродетелях, вне какого-либо внимания к добродетелям характера (респонсабилитизм), поскольку, несмотря на множество определений истины, она всегда предполагает герменевтический опыт (Gadamer, 1975: 245), то есть понимание и интерпретацию.

Мы же в своем исследовании акцентируем внимание на «добродетелях характера», что ни в коей мере не умаляет достоинств релейабилитизма, но связано с конкретными задачами данного анализа — а именно с обоснованием ограниченности ДМ в отношении клинического опыта врача и необходимости развивать у новых поколений медицинских работников критическое мышление, способность к самостоятельному правильному клиническому решению, стремление к перманентному поиску истины, то есть с обоснованием значения интеллектуальной добродетельной природы врача для теории и практики.

В респонсабилитизме интеллектуальные добродетели имеют в качестве своего источника индивидуальные убеждения и качества личности (Axtell, 1997), иными словами характерные черты эпистемологического агента (Roberts & Wood, 2007; Zagzebski, 1996). При этом многие его сторонники развивают неоаристотелевский подход, объединяя эпистемологию добродетелей и этическую теорию Аристотеля. Так, по убеждению Загзебски, эпистемология добродетели формируется по аналогии с этикой добродетели, только в сфере познания, а не морали,

а сами интеллектуальные добродетели есть не что иное, как подмножество моральных добродетелей (Zagzebski, 1996: 79)³. Однако не все сторонники респонсабилизма в полной мере разделяют ее позицию, видя, как правило, необходимость в разведении интеллектуальных и моральных добродетелей (Code, 1987; Greco, 2010; Roberts & Wood, 2007; Baehr, 2011). Моральные добродетели — это в значительной степени склонность к определенным действиям в какой-либо конкретной сфере человеческой деятельности с определенной морально ценной целью (например, благом других людей). Интеллектуальные добродетели — это склонность «превосходно» мыслить и действовать при осуществлении интеллектуальной деятельности, направленной на достижение эпистемических благ, каковыми являются знание и истинная вера врача. По роду своей деятельности он находится в перманентном состоянии поиска истины и доказательств для признания своего суждения верным.

В то время как релайабиллизм требует, чтобы интеллектуальные добродетели основывались на способностях агента, респонсабилизм настаивает на том, что интеллектуальные добродетели должны согласовываться со структурой его личных убеждений⁴. К числу таких интеллектуальных добродетелей респонсабилисты обычно относят ноус, фрон, техне, эпистему, софию, а также эпистемическое смирение, честность, любопытство, непредубежденность, смелость и беспристрастность.

При этом интеллектуальная добродетель отличается от большинства других когнитивных способностей, которые не всегда являются достоинствами характера. Можно продемонстрировать когнитивное совершенство, обладая, например, надежным зрением или обостренным чувством совести, легко и быстро выстраивая сложные логические цепочки или успешно справляясь со сложнейшими задачами вероятностной логики. Безусловно, существуют философски респектабельные смыслы, в которых все это можно назвать «добродетельным». Но ни одного из этих «достоинств» (как иногда переводят термин *virtues*⁵) не

³Как убедительно показывает А. Каримов (Каримов, 2019: 199), Загзебски совершает категориальную ошибку, которая делает такую редукцию неправомочной.

⁴В этом смысле респонсабилизм вполне может найти себе место в границах эволюционной эпистемологии, в которой истинность познания предполагает наличия не «абсолютных истин», но только «рабочих гипотез», однако они должны быть отброшены при появлении противоречащих им фактов (К. Лоренц и Г. Фоллмер), а доверие познающему субъекту основывается на эволюционно сформированных и развитых у человека интеллектуальных способностях.

⁵О том, как в эпистемологической литературе обычно переводится этот термин, см., например, там же: 21–23.

достаточно для обладания добродетелью интеллектуального характера или ее проявления.

Под достоинствами интеллектуального характера мы понимаем когнитивные качества, включающие мотивацию к достижению интеллектуальных благ, поддержанию или распространению знания, что, как правило, требует усилий со стороны агента; кроме того, эти качества делают своего обладателя «превосходным» субъектом. Именно их статус как качеств характера отделяет интеллектуальные добродетели от врожденных способностей, темперамента и навыков. Интеллектуальные добродетели приобретаются в значительной степени деятельностью агента. Хотя приходится признать определение образцового профессионала, обладающего «превосходными» интеллектуальными качествами, недосяжимым в полной мере идеалом. Поэтому, пишет Коуд, необходимо

держат требования в пределах возможностей обычного человека, чтобы можно было говорить о множестве добродетельных людей. Хотя, вероятно, никто из них не является *совершенно* добродетельным (Code, 1984: 45).

ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ДОКАЗАТЕЛЬСТВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Греко дает следующее определение знания: S знает, что p , тогда и только тогда, когда S убежден в истине (в отношении p), потому что убеждение S , что p произведено интеллектуальной способностью (Gresco, 2009: 18). Иначе говоря, в этом классическом определении знания есть явное указание на каузальное отношение между фактом и убежденностью S в его знании благодаря наличию у него определенной способности (Gresco, 2003):

Когда мы говорим, что S знает, что p , мы имеем в виду, что это не просто случайность, что S истинно верит в p . Напротив, мы имеем в виду, что S занимает правильную позицию в отношении p , потому что S рассуждал подходящим образом, или воспринимал вещи адекватно, или хорошо помнил и т. д. Мы имеем в виду, что правильное убеждение должно быть вызвано собственными способностями субъекта, а не слепой удачей, или случайностью, или чем-то еще.

То есть субъект, который знает p , должен не просто фиксировать до него кем-то или чем-то установленную причинно-следственную взаимосвязь, а самостоятельно быть участником познавательного процесса, обладая для это исследовательским потенциалом, необходимым для

решения задач его профессиональной области. Не случайно концепцию Греко называют *субъектным релайабиллизмом*. В этом смысле релайабиллизм и респонсабиллизм вполне могут дополнять друг друга.

Стоит пойти дальше и обратить внимание на то, что, помимо понимания знания как субъективного достижения субъекта, сами знания могут быть разными и необходимо различать «знание-хау» и «знание того» (Ryle, 2000). Очевидно, что знания клинического патолога содержат большое количество «знаний-хау». Некоторые из этих форм знания устойчивы к формальному анализу (Wittgenstein, 1953; Heidegger, MacQuarrie and Robinson, 1962; Dreyfus, 1992), но в парадигме ДМ явно недооценена роль не-пропозициональных его форм. «Золотой стандарт» РКИ потому и вызывает так много вопросов, что лежащая в его основе иерархия доказательств снижает значимость ряда иных видов клинических доказательств и не дает возможности интегрировать их в общую оценку доказательств эффективности лечения в рамках данной парадигмы. Кроме того, РКИ — это чисто методологическое решение клинической эпистемологии, поскольку они не учитывают механизмы объяснения причинно-следственной связи (Ashcroft, 2004: 134). Методология РКИ, по существу, является сравнительной и зависимой от классических теорий статистического вывода (которые обеспечивают фундамент для доверительных интервалов) (Edwards et al., 1997). Она требует неоправданно больших наборов данных и основывает свои аргументы на байесовских теориях вывода, которые позволяют регулярно обновлять степень веры в истинность выносимых в их результате суждений.

Как справедливо заметил Джиллис, любая разумная теория вероятности должна учитывать как объективные шансы, так и субъективные степени веры (Gillies, 2000). А потому не лишне было бы задаться вопросом, какова на самом деле природа клинических доказательств: измерение объективной вероятности, утверждение рациональной личной (субъективной) вероятности или утверждение рациональной коллективной (интерсубъективной) вероятности? До сих пор не решенной в ДМ остается и классическая проблема статистических измерений: генерируют ли статистические эксперименты истинное причинно-следственное знание или просто устанавливают корреляции и вносят тем самым свой вклад в вероятности степеней веры (Jeffrey, 1983; Kaplan, 1996).

Сторонники ДМ утверждают, что избегают всякой неопределенности медицинской практики, позволяя практикующим врачам классифицировать доказательства лишь на основе уровней определенности. Отсюда

и присущая ДМ иерархия доказательств. Уровни достоверности доказательств основаны на строгости научного замысла. Если исследование количественное, то оно автоматически признается «научным» и высоко оценивается по шкале иерархии доказательств. И уже на этом основании оно может претендовать на надежность «доказательства» (Sackett et al., 1991), однако доказательства представляют собой способ обоснования или подтверждения выдвигаемых предположений. Как справедливо заметил Майк, даже если верно, что доказательства рассматриваются исключительно как элементы научного поиска, они могут быть применены и к человеческому контексту, то есть обладать социальным и личным измерением одновременно. Доказательства предоставляют средства для оценки научных утверждений, однако как таковые они должны использоваться наилучшим образом и в этом смысле обладать признанной неопределенностью (Mike, 1999). Кроме того, не всегда в конкретной клинической ситуации предлагаемые ДМ основания для принятия решения достаточны, то есть имеет место «недоопределенность принятия решения имеющимися данными» (Каримов, 2019: 222). Тем не менее врач должен принять решение и вынужден опираться на здравый смысл в условиях ограниченной информации и на свою рациональную веру. Эвиденциализм ДМ, предполагающий доказательность всех принимаемых ею за истинные утверждений и наличие для них достаточного основания, еще раз подчеркивает, таким образом, ее ограниченность.

Итак, доказательства имеют два аспекта: научный, или фактический, и личный, контекстуальный (Upshur, 2001). ДМ отказывается от такого разделения во имя сохранения принципа определенности, но жертвует при этом особенностями личной истории болезни и возможными отклонениями от среднестатистической нормы. Клиническая же эпистемология, в которой риск и неопределенность — важнейшие эпистемические феномены, требует персонифицированного подхода как с точки зрения пациента с его индивидуальной клинической картиной, так и с точки зрения врача с его личным клиническим опытом и набором интеллектуальных добродетелей.

НАСТОЙЧИВОСТЬ, РАССУДИТЕЛЬНОСТЬ И ДОБРОСОВЕСТНОСТЬ КАК УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Собственно, эпистемология добродетелей призвана решить проблему обоснованности истинных убеждений, исходя из интеллектуального

характера эпистемологического агента (Sosa, 1980). Робертс и Вуд, например, утверждают, что

человеческая добродетель — это приобретенная основа отличного функционирования в какой-то общечеловеческой сфере деятельности, которая является сложной и важной (Roberts & Wood, 2007: 59).

Сложность соответствующих видов деятельности, например медицины, частично объясняет, почему добродетели характера являются «превосходствами». Чтобы в ситуации феноменологической неопределенности смочь выработать правильное клиническое суждение, особенно в случае недостаточности информации и наличия разных точек зрения на проблему внутри самого врачебного сообщества, от врача требуются «совершенства», а не просто педантичное следование протоколам и регламентам. В сфере интеллектуальной деятельности соответствующие проблемы заключаются в препятствиях на пути достижения интеллектуальных благ. И врачу требуется интеллектуальная добродетель настойчивости для преодоления таких препятствий. Более того, настойчивость является не просто одной из многих добродетелей, но обязательным условием проявления других интеллектуальных добродетелей, например рассудительности и добросовестности, ответственности и мужества. Помимо потраченного времени, необходимого для интеллектуально добродетельного упорства, требуется также склонность следовать намеченному замыслу, не останавливаться перед лицом препятствий в достижении интеллектуальных благ, прежде всего блага как истины, знания или понимания (King, 2014).

Особенностью настойчивости, добросовестности и рассудительности является наличие у агента мотивации к интеллектуальным благам. Агенты, которые стремятся формировать, сохранять или распространять убеждения без учета истинности или эпистемологического статуса этих убеждений, очевидно, не проявляют интеллектуальной добродетели. Равным образом обстоит дело и с догматиком. Пытливость ума и критическое мышление, которые должны отличать профессионального врача, догматику не свойственны, поскольку он в основном озабочен сохранением своих убеждений, что бы ни случилось. Догматик не слишком чувствителен к новым доказательствам и зачастую враждебно относится к тем, кто опровергает его убеждения, поэтому он не мотивирован к поиску подлинного знания (Zagzebski, 1996: 192–193).

Другими словами, критическое восприятие результатов, например тех же РКИ, и возникающее благодаря добродетели настойчивости

эпистемическое любопытство, относящееся к склонности исследователя задавать вопросы о природе явлений, лежащих в основе болезни, отличает врача-профессионала. При этом интеллектуальная настойчивость не может проявляться без двух других добродетелей: рассудительности и добросовестности. Добродетельный врач — тот, кто способен реагировать на клинические коллизии, обладая определенным набором компетенций, причем как в сфере морали, так и в сфере познания. *Nous* и *phronesis* предполагают практический интеллект, *nous* относится к интуитивному или пронизательному восприятию, а *phronesis* — к хорошему или здравому суждению. Другими словами, *nous* сродни здравому смыслу, в то время как *phronesis* — благоразумию (Pellegrino & Thomasma, 1993). Благоразумие требует от врача отсутствия предубежденности, то есть восприимчивости к новым подходам к изучению и пониманию болезней, разработке новых методов лечения и проведению испытаний для проверки этих теорий и методов на истинность. Эпистемические добродетели *nous* и *phronesis* помогают клиницисту делать точные наблюдения и ставить на их основе правдоподобный и релевантный диагноз. Они бесценны для понимания симптомов и признаков болезни, а также для интерпретации данных клинических испытаний и лабораторных исследований, для поиска достаточных оснований для принятия надежных клинических решений. Таким образом, все вышеперечисленные эпистемологические достоинства идут рука об руку в завоевании доверия пациента к деятельности врача (Schwab, 2008).

Наделенный таким образом понимаемой интеллектуальной добродетелью врач приобретает в глазах пациента эпистемический авторитет в силу своей лучшей осведомленности по вопросу здоровья и качества лечения. И общее правило здесь таково (Загзебски, Карпов, 2017: 99):

...поскольку я считаю, что способность этих людей отыскивать истину, когда они используют свой опыт, свои навыки, базовые знания и суждения, лучше моей, постольку я должна позволить им решать за меня, верно ли то или иное утверждение в соответствующей области. В данном случае я служу своим интересам, когда подчиняюсь им, а они служат моим интересам тем, что заверяют меня в истинности некоего утверждения.

Доверие пациента ко мнению врача определяется его приоритетностью по отношению ко мнению пациента, и эта приоритетность обусловлена долгом поступать так, как в схожей ситуации поступила бы любая рационально действующая честная личность (там же: 101). При этом совершенно неважно, является ли конкретный пациент рациональным

субъектом, способен ли он на рационально обоснованную веру, но важно понимать основания для такой веры. Конечно, в случае научного познания само «доверие» не вызывает никакого доверия, поскольку признаются в нем только аргументы и доказательства. Но специфика отношений между врачом и пациентом — в отсутствии экспериментальной ситуации. Более того, то, что врач убежден в *p*, не дает пациенту никаких оснований тоже верить в истинность *p*, поскольку врач не может и не должен предоставлять ему доказательства собственного убеждения. Пациенту ничего не остается, кроме как доверять габитусу врача-исследователя, его интеллектуальной добродетельности.

ЛИТЕРАТУРА

- Ардашкин И. Б.* Риск как эпистемологический феномен // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. — 2014. — Т. 26, № 2. — С. 66–75.
- Загзебски Л.* Эпистемический авторитет. Современная либеральная защита / пер. с англ. К. В. Карпова // Эпистемология и философия науки. — 2017. — Т. 53, № 3. — С. 92–107.
- Каримов А. Р.* Эпистемология добродетелей. — СПб. : Алетей, 2019.
- Менделевич В. Д.* Этика психофармакотерапии в эпоху доказательной медицины // Практическая медицина. — 2019. — Т. 17, № 3. — С. 19–22.
- Микешина Л. А.* Философия науки : Современная эпистемология. Научное знание в динамике культуры. Методология научного исследования. — М. : Прогресс-Традиция, МПСИ, Флинта, 2005.
- Albert D. A., Munson R., Resnik M. D.* Reasoning in Medicine : An Introduction to Clinical Inference. — Baltimore, MD : John Hopkins University Press, 1988.
- Ashcroft R. E.* Current Epistemological Problems in Evidence Based Medicine // Journal of Medical Ethics. — 2004. — Vol. 30. — P. 131–135.
- Axtell G.* Recent Work on Virtue Epistemology // American Philosophical Quarterly. — 1997. — Vol. 34. — P. 26–66.
- Baehr J.* The Inquiring Mind : On Intellectual Virtues and Virtue Epistemology. — Oxford : Oxford University Press, 2011.
- Battaly H.* Virtue Epistemology // Philosophy Compass. — 2008. — Vol. 3. — P. 639–663.
- Boenink M.* Molecular Medicine and Concepts of Disease : The Ethical Value of a Conceptual Analysis of Emerging Biomedical Technologies // Medicine, Health Care and Philosophy. — 2010. — Vol. 13, no. 1. — P. 11–23.
- Clinical Epidemiology : A Basic Science for Clinical Medicine / D. Sackett, R. Haynes, P. Tugwell, G. Guyatt. — Boston : Little, Brown, 1991.

- Cochrane A. L.* Effectiveness and Efficiency : Random Reflections on Health Services. — London : Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1872.
- Code L.* Toward a “Responsibilist” Epistemology // Philosophy and Phenomenological Research. — 1984. — Vol. 45, no. 1. — P. 29–50.
- Code L.* Epistemic Responsibility. — Hanover, N.H. : Published for Brown University Press by University Press of New England, 1987.
- Croskerry P.* Achieving Quality in Clinical Decision Making : Cognitive Strategies and Detection of Bias // Academic Emergency Medicine. — 2002. — Vol. 9. — P. 1184–1204.
- Croskerry P.* The Theory and Practice of Clinical Decision Making // Canadian Journal of Anaesthesia. — 2005. — Vol. 52. — R1–R8.
- Djulbegovic B., Guyatt G.* Evidence-based Medicine in Times of Crisis // Journal of Clinical Epidemiology. — 2020. — Vol. 126. — P. 164–166.
- Downie R. S., Macnaughton J.* Clinical Judgment : Evidence in Practice. — Oxford : Oxford University Press, 2000.
- Dreyfus H. L.* What Computers Still Can’t Do : A Critique of Artificial Reason. — Cambridge, MA : MIT Press, 1992.
- Edwards S. J. L., Lilford R. J., Brauholtz D.* Why “Underpowered” Trials are Not Necessarily Unethical // Lancet. — 1997. — No. 350. — P. 804–807.
- Evidence Based Medicine : What It Is and What It Isn’t / D. L. Sackett [et al.] // British Medical Journal. — 1996. — Vol. 312, no. 7023. — P. 71–72.
- Fricker M.* Epistemic Injustice : Power and the Ethics of Knowing. — Oxford : Oxford University Press, 2007.
- Gadamer H.* Truth and Method. — New York : The Seabury Press, 1975.
- Gillies D.* Philosophical Theories of Probability. — London : Routledge, 2000.
- Goldman A. I.* Reliabilism and Contemporary Epistemology : Essays. — Oxford : Oxford University Press, 2012.
- Greco J.* Knowledge as Credit for True Belief // Intellectual : Perspectives from Ethics and Epistemology / ed. by M. DePaul, L. Zagzebski. — Oxford : Oxford University Press, 2003. — P. 111–134.
- Greco J.* Knowledge and Success from Ability : An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition // Philosophical Studies. — 2009. — Vol. 142, no. 1. — P. 17–26.
- Greco J.* Achieving Knowledge. — Cambridge : Cambridge UP, 2010.
- Guyatt G., Cairns J., Churchill D.* Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine // JAMA. — 1992. — Vol. 268, no. 17. — P. 2420–2425.
- Heidegger M.* Being and Time / trans. from the German by J. MacQuarrie, E. Robinson. — Oxford : Blackwell, 1962.
- Jeffrey R.* The Logic of Decision. — Chicago : University of Chicago Press, 1983.
- Kaplan M.* Decision Theory as Philosophy. — Cambridge : Cambridge University Press, 1996.

- King N.* Perseverance as an Intellectual Virtue // *Synthese*. — 2014. — Vol. 191, no. 15. — P. 3501–3801.
- Melloni C., Berger J. S., Wang T. Y.* Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Prevention // *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*. — 2010. — Vol. 3. — P. 135–142.
- Mike V.* Outcomes Research and the Quality of Health Care : The Beacon of an Ethics of Evidence // *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. — 1999. — Vol. 22, no. 1. — P. 3–32.
- Montgomery K.* How Doctors Think : Clinical Judgment and the Practice of Medicine. — Oxford : Oxford University Press, 2006.
- Napier S.* Virtue Epistemology : Motivation and Knowledge. — London : Continuum, 2011.
- Pellegrino E. D., Thomasma D. C.* The Virtues in Medical Practice. — Oxford : Oxford University Press, 1993.
- Roberts R. C., Wood W. J.* Intellectual Virtues : An Essay in Regulative Epistemology. — Oxford : Oxford University Press, 2007.
- Ryle G.* The Concept of Mind. — London : Penguin, 2000.
- Schwab A. P.* Epistemic Trust, Epistemic Responsibility, and Medical Practice // *The Journal of Medicine and Philosophy*. — 2008. — Vol. 33. — P. 302–320.
- Sosa E.* The Raft and the Pyramid : Coherence versus Foundations in the Theory of Knowledge // *Midwest Studies in Philosophy*. — 1980. — Vol. 5. — P. 3–25.
- Sosa E.* A Virtue Epistemology : Apt Belief and Reflective Knowledge. — Oxford : Oxford University Press, 2009.
- Upshur R.* The Status of Qualitative Research as Evidence // *The Nature of Qualitative Evidence* / ed. by J. Morse, J. Swanson, A. Kuzel. — California : Sage Publications Inc., 2001. — P. 5–27.
- Wittgenstein L.* Philosophical Investigations. — Oxford : Blackwell, 1953.
- Zagzebski L.* Virtues of the Mind : An Inquiry Into the Nature of Virtue and the Ethical Foundations of Knowledge. — New York : Cambridge University Press, 1996.

Ugleva, A. V. 2021. "Intellectual'naya dobrodetel' i epistemologicheskaya priroda dokazatel'stv v meditsine [Intellectual Virtue and the Epistemological Nature of Medical Evidence]" [in Russian]. *Filosofiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki [Philosophy. Journal of the Higher School of Economics]* 5 (4), 138–156.

ANASTASIYA UGLEVA

PHD IN PHILOSOPHY, ASSOCIATE PROFESSOR

SCHOOL OF PHILOSOPHY AND CULTUROLOGY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY
"HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS" (MOSCOW, RUSSIA); ORCID: 0000-0002-9146-1026

INTELLECTUAL VIRTUE AND THE EPISTEMOLOGICAL NATURE OF MEDICAL EVIDENCE

Submitted: Jan. 20, 2021. Reviewed: Nov. 10, 2021. Accepted: Dec. 01, 2021.

Abstract: This article examines the problem of defining the epistemological nature of evidence in modern medicine through its two interrelated aspects—bias in the collection of data in randomized controlled trials and personal bias of the physician—which form part of the general bias problem in various professional fields. This problem is widely discussed today in the medical community, in which there is no unanimity in understanding what grounds for making the correct clinical decision are considered decisive—randomized controlled trials or the doctor's own clinical experience. In this article, it is interpreted from the point of view of the modern epistemology of virtues, which makes it possible to raise the question of the doctor's responsibility not from the position of professional deontological morality, but from the point of view of intellectual virtue. The virtuous nature of the medical profession lies in the ability of the subject to make responsible clinical decisions in the course of the cognitive process and to find the optimal balance between standardized protocols for diagnosis, prevention and treatment and their own clinical experience, which makes an individualized approach to each individual medical history possible. A standardized approach requires the "grafting" of the hermeneutic experience expressed in a general theory of understanding and interpretation. Against the background of a decrease in the level of social trust in the medical community, the substantiation of individualizing standardization as a methodologically productive way of integrating various cognitive practices is intended to help overcome the limiting abstraction of the epistemological subject in the classical epistemology of medicine and to recognize the productive-heuristic role of the doctor as a subject of cognition.

Keywords: Evidence-Based Medicine, Clinical Experience, Virtue Epistemology, Intellectual Virtue, Epistemological Responsibility, Prudence, Conscientiousness, Perseverance.

DOI: 10.17323/2587-8719-2021-4-138-156.

REFERENCES

- Albert, D. A., R. Munson, and M. D. Resnik. 1988. *Reasoning in Medicine: An Introduction to Clinical Inference*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Ardashkin, I. B. 2014. "Risk kak epistemologicheskii fenomen [Risk as an Epistemological Phenomenon]" [in Russian]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya* 26 (2): 66–75.
- Ashcroft, R. E. 2004. "Current Epistemological Problems in Evidence Based Medicine." *Journal of Medical Ethics* 30:131–135.

- Axtell, G. 1997. "Recent Work on Virtue Epistemology." *American Philosophical Quarterly* 34:26–66.
- Baehr, J. 2011. *The Inquiring Mind: On Intellectual Virtues and Virtue Epistemology*. Oxford: Oxford University Press.
- Battaly, H. 2008. "Virtue Epistemology." *Philosophy Compass* 3:639–663.
- Boenink, M. 2010. "Molecular Medicine and Concepts of Disease: The Ethical Value of a Conceptual Analysis of Emerging Biomedical Technologies." *Medicine, Health Care and Philosophy* 13 (1): 11–23.
- Cochrane, A. L. 1872. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Code, L. 1984. "Toward a 'Responsibilist' Epistemology." *Philosophy and Phenomenological Research* 45 (1): 29–50.
- . 1987. *Epistemic Responsibility*. Hanover, N.H.: Published for Brown University Press by University Press of New England.
- Croskerry, P. 2002. "Achieving Quality in Clinical Decision Making: Cognitive Strategies and Detection of Bias." *Academic Emergency Medicine* 9:1184–1204.
- . 2005. "The Theory and Practice of Clinical Decision Making." *Canadian Journal of Anaesthesia* 52:R1–R8.
- Djulbegovic, B., and G. Guyatt. 2020. "Evidence-based Medicine in Times of Crisis." *Journal of Clinical Epidemiology*. 126:164–166.
- Downie, R. S., and J. Macnaughton. 2000. *Clinical Judgment: Evidence in Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Dreyfus, H. L. 1992. *What Computers Still Can't Do: A Critique of Artificial Reason*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Edwards, S. J. L., R. J. Lilford, and D. Braunholtz. 1997. "Why 'Underpowered' Trials are Not Necessarily Unethical." *Lancet*, no. 350: 804–807.
- Fricker, M. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Gadamer, H. 1975. *Truth and Method*. New York: The Seabury Press.
- Gillies, D. 2000. *Philosophical Theories of Probability*. London: Routledge.
- Goldman, A. I. 2012. *Reliabilism and Contemporary Epistemology: Essays*. Oxford: Oxford University Press.
- Greco, J. 2003. "Knowledge as Credit for True Belief." In *Intellectual: Perspectives from Ethics and Epistemology*, ed. by M. DePaul and L. Zagzebski, 111–134. Oxford: Oxford University Press.
- . 2009. "Knowledge and Success from Ability: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition." *Philosophical Studies* 142 (1): 17–26.
- . 2010. *Achieving Knowledge*. Cambridge: Cambridge UP.
- Guyatt, G., J. Cairns, and D. Churchill. 1992. "Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine." *JAMA* 268 (17): 2420–2425.
- Heidegger, M. 1962. *Being and Time [Sein und Zeit]*. Trans. from the German by J. MacQuarrie and E. Robinson. Oxford: Blackwell.
- Jeffrey, R. 1983. *The Logic of Decision*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kaplan, M. 1996. *Decision Theory as Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Karimov, A. R. 2019. *Epistemologiya dobrodeteliy [A Virtue Epistemology]* [in Russian]. CPb.: Aleteyya.
- King, N. 2014. "Perseverance as an Intellectual Virtue." *Synthese* 191 (15): 3501–3801.

- Melloni, C., J. S. Berger, and T. Y. Wang. 2010. "Representation of Women in Randomized Clinical Trials of Cardiovascular Prevention." *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes* 3:135–142.
- Mendelevich, V. D. 2019. "Etika psikhofarmakoterapii v epokhu dokazatel'noy meditsiny [Ethics of Psychopharmacotherapy in the Era of Evidence-based Medicine]" [in Russian]. *Prakticheskaya meditsina* 17 (3): 19–22.
- Mike, V. 1999. "Outcomes Research and the Quality of Health Care: The Beacon of an Ethics of Evidence." *Journal of Educational Evaluation for Health Professions* 22 (1): 3–32.
- Mikeshina, L. A. 2005. *Filosofiya nauki [Philosophy of Science]: Sovremennaya epistemologiya. Nauchnoye znaniye v dinamike kul'tury. Metodologiya nauchnogo issledovaniya [Contemporary Epistemology. Scientific Knowledge in the Dynamics of Culture. Research Methodology]* [in Russian]. Moskva [Moscow]: Progress-Traditsiya / MPSI / Flinta.
- Montgomery, K. 2006. *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Napier, S. 2011. *Virtue Epistemology: Motivation and Knowledge*. London: Continuum.
- Pellegrino, E. D., and D. C. Thomasma. 1993. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Roberts, R. C., and W. J. Wood. 2007. *Intellectual Virtues: An Essay in Regulative Epistemology*. Oxford: Oxford University Press.
- Ryle, G. 2000. *The Concept of Mind*. London: Penguin.
- Sackett, D. L., et al. 1996. "Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't." *British Medical Journal* 312 (7023): 71–72.
- Sackett, D., et al. 1991. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Boston: Little, Brown.
- Schwab, A. P. 2008. "Epistemic Trust, Epistemic Responsibility, and Medical Practice." *The Journal of Medicine and Philosophy* 33:302–320.
- Sosa, E. 1980. "The Raft and the Pyramid: Coherence versus Foundations in the Theory of Knowledge." *Midwest Studies in Philosophy* 5:3–25.
- . 2009. *A Virtue Epistemology: Apt Belief and Reflective Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.
- Upshur, R. 2001. "The Status of Qualitative Research as Evidence." In *The Nature of Qualitative Evidence*, ed. by J. Morse, J. Swanson, and A. Kuzel, 5–27. California: Sage Publications Inc.
- Wittgenstein, L. 1953. *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.
- Zagzebski, L. 1996. *Virtues of the Mind: An Inquiry Into the Nature of Virtue and the Ethical Foundations of Knowledge*. New York: Cambridge University Press.
- . 2017. "Epistemicheskiy avtoritet. Sovremennaya liberal'naya zashchita [Epistemic Authority]" [in Russian], trans. from the English by K. V. Karpov. *Epistemologiya i filosofiya nauki* 53 (3): 92–107.