

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

DOI: 10.17805/zpu.2024.4.6

Может ли измениться биоэтическая концепция уважения автономии под влиянием искусственного интеллекта?

Р. Р. БЕЛЯЛЕТДИНОВ

Институт философии РАН

История медицинской этики и биоэтики связана с поиском формы, которая позволила бы реализовывать и поддерживать научные достижения и развитие науки и при этом не наносить вреда всем, кто так или иначе вовлечен в процесс оказания помощи и является ее реципиентом. Во многом эта задача была связана в самом общем смысле с определением взаимодействия врача и исследователя, посвященных в научное знание, и непосвященных — пациентов и испытуемых.

Если задаться вопросом, как именно технологии искусственного интеллекта (ИИ) могут изменить концепцию уважения автономии, необходимо сначала прояснить, на каких принципах эта концепция сформировалась, т. е. как она была сконструирована и какие элементы могут быть заменены с помощью ИИ, что в итоге может привести к изменению идеи уважения автономии.

Ключевые слова: искусственный интеллект; датафикация; автономия; биоэтика; патернализм

ВВЕДЕНИЕ

История медицинской этики и биоэтики связана с поиском формы, которая позволила бы реализовывать и поддерживать научные достижения и развитие науки и при этом не наносить вреда всем, кто так или иначе вовлечен в процесс оказания помощи и является ее реципиентом. Во многом эта задача была связана в самом общем смысле с определением взаимодействия врача и исследователя, посвященных в научное знание, и непосвященных — пациентов и испытуемых. Между тем проблема достаточно долго оставалась на уровне описания, и ее решение было сдерживаемо различиями в понимании своих целей профессиональным сообществом и его потребителями, правовыми противоречиями и необходимостью интеграции философских концепций в процесс регулирования медицины через признание руководящей роли принципов. Таким образом, моделирование свободы, определяемой в биоэтике как самодетерминация, было связано с гуманизацией науки, прежде всего профессиональных корпоративных медицинских сообществ, технологическим развитием биомедицины и повышением роли универсальных принципов как руководящих инструментов, существующих вне корпоративных этических представлений.

Если задаться вопросом, как именно технологии искусственного интеллекта могут изменить концепцию уважения автономии, необходимо сначала прояснить, на каких принципах эта концепция сформировалась, т. е. как она была сконструирована и какие элементы могут быть заменены с помощью искусственного интеллекта, что в итоге может привести к влиянию на концепцию уважения автономии.

УВАЖЕНИЕ АУТОНОМИИ КАК СИСТЕМА ВЗГЛЯДОВ

Концепция автономии складывалась в профессиональной прикладной этике на протяжении XVIII–XX вв., и ее понятия довольно долго были относительно неопределенными. Виной тому было отсутствие ясного понимания автономного действия в медицинских контекстах. Регламент уважения автономии оформился только к 80-м гг. XX в. в рамках исследовательской этики и биоэтики. При этом понятие «уважение автономии» остается открытым для различных толкований и продолжает активно развиваться, но уже в контексте с другими принципами — принципами пользы и справедливости.

В философских размышлениях о медицине в XVIII в. уважение автономии возникает как проблема сообщения правды пациенту. Сначала в философии Просвещения формируется представление о субъекте как мыслящем и деятельном акторе, способном понимать и действовать согласно доводам разума. Установка на рациональность субъекта позволяет философствующим врачам XVIII–XIX вв. встроить в традиционный патернализм, когда врач действует во благо пациента, право больного знать, что с ним происходит. Просвещение пациентов приняло форму дискуссий об информировании больного (truth telling) и границах, которые это информирование может приобрести.

В основе отношений между врачом и пациентом лежит идея сочувствия и уважения к человеку. Книга «Медицинская этика» Т. Персиваля (Faden, Beauchamp, 1986: 67–74) становится основой медицинской этики, из нее возникают этические медицинские кодексы и этикет коммуникации врач — пациент, однако в них еще нет признания автономии.

Параллельно проблематизации медицинского патернализма происходит правовое осмысление принципа персональной автономии. Юридические кейсы, сформировавшие представление об автономии пациента в первой половине XX в., рассматривали нарушение автономии как посягательство на тело, недобросовестность и как разделение профессионального стандарта врача, когда он лично принимает решение о том, какая именно информация о болезни или рисках медицинского вмешательства может быть раскрыта, а какую, по его мнению, можно оставить без упоминания, и личного представления больного о том, какая информация является наиболее значимой.

Согласие на телесное вмешательство было ключевой идеей для понимания автономии после Второй мировой войны. Нюрнбергский кодекс и Хельсинкская декларация, как и другие регулятивные документы, построенные на их основе, фиксируют необходимость получения согласия у испытуемых при проведении биомедицинских исследований для телесного вмешательства. Между тем проблема обмана становится «последней милей» при создании концепции автономии.

Во время биомедицинского изучения инфекционного заболевания, сифилиса, проводившегося в американском городке Таскиги, обман испытуемых стал основой проведения исследований, построенных на нелечении и наблюдении за тем, как си-

филис влияет на тело человека. По своей сути это исследование во многом напоминает методы, которые использовали врачи в XIX в. Тогда здоровых людей, в том числе детей, без их согласия сознательно заражали инфекционными заболеваниями с той целью, чтобы врач-исследователь проводил наблюдения за сроками инфицирования и симптомами болезни. Подобные подходы всегда оправдывались необходимостью развития медицинской науки и понимались как своего рода справедливое возмещение за пользование теми медицинскими знаниями, которые были приобретены в прошлом (Вересаев, 1902: 25).

Таким образом, упрек «они их использовали» стал одним из основных в критике профессиональной медицинской практики (Baker, 2013: 289), при которой концепция уважения автономии вошла в базовые принципы биомедицинских исследований, регулирования исследований с участием человека и в концепцию принципализма, нацеленного на следование четырем базовым принципам — «твори добро», «не причиняй вреда», «будь справедлив» и «уважай свободу выбора» (Beauchamp, Childress, 2009).

Философ Т. Энгельхардт, один из авторов концепции уважения персональной автономии в биоэтике, рассматривает автономию в нескольких смыслах: как экзистенциальный акт, как акт познания и как источник морали, определяющий добро и зло. Автономия определяется им как условие, без которого действие человека не может быть признано полноценным событием: «Если люди не обладают свободой выбора верных доводов и ошибочных, а побуждаемы принимать именно определенные аргументы, а не какие-то иные, в таком случае вообще не существует возможности быть правым или неправым в отношении чего-либо...» (Engelhardt, 1978: 8-2: Электронный ресурс). Без автономии всеобщее признание какого-то действия истинным невозможно поставить под сомнение. В таком мире невозможно экзистенциально определить, что является моральным, а что — аморальным, поскольку в мире принуждения нет формы выражения суждения, отличного от доминирующей конвенции.

Автономия, реализованная в биоэтике через процедуру информированного согласия, не только признает за человеком способность автономного действия, но и может как проблематизировать, так и, напротив, поддержать общепринятое представление о благе. Например, отзыв уже предоставленных информированных согласий может указывать на недостатки в организации биомедицинских исследований («If You Give ...», 2020). Таким образом, возникает обратная связь, которая имеет две основные принципиальные модальности: первая — доверие и чувство справедливости, вторая — критическое отношение, недоверие и сомнение.

Информированное согласие имеет свою специфику и конструируется сложнее, чем обычный автономный выбор, включая в себя элементы, связанные с пониманием медицинской процедуры, влиянием на принимаемое решение и уполномочиванием другого (например, врача) на совершение определенных действий. Информированное согласие можно представить как ясное понимание происходящего и как возможность воспользоваться этим пониманием. В первом смысле информированное согласие включает в себя ясное представление о смысле лечения, отсутствие контроля или принуждения, влияющих на решение, намерение и одобрение действий. Во втором смысле речь идет об эффективности информированного согласия — наличии дееспособности и соответствии правовым критериям, позволяющим это согласие реализовать (Faden, Beauchamp, 1986: 277–283).

Внутренняя, персональная, и внешняя, правовая, конструкции автономии складываются из когнитивной вовлеченности в предоставляемую врачом информацию и по-

нимания, одобрения действий врача и intersубъективного признания автономности со стороны общества (совершеннолетний возраст, отсутствие принуждения). В связи с этим информированное согласие нередко представляют как совместное принятие решения, где врач помогает пациенту не только усвоить информацию, но и правильно ее интерпретировать. Обмен информацией происходит между двумя субъектами (врачом и пациентом) и может тяготеть к формированию влияния врача на пациента, но по замыслу он инструментален, и собеседник (пациент) обладает полной свободой использования этой информации.

Между тем объем передаваемой информации со стороны врача всегда ограничен временем и неопределенностью того, что можно считать ценной информацией, а что — не более чем вероятностью. Отбор сообщаемой информации определяется самим врачом исходя из его представления о ее ценности и из оценки способности пациента или испытуемого эту информацию воспринимать. Но объем информации никак не затрагивает качество принимаемого решения в пациенто-ориентированной системе уважения автономии. Скорее, суть коммуникации определяется не только информацией, но в большей мере ожиданиями, возлагаемыми на врача, такими как доверие к его профессионализму, которые не могут быть представлены как совокупность данных о предстоящей медицинской процедуре или исследовании. Таким образом, свобода в классической автономии реализуется не только как принятие решения на основе информации, но и как реализация свободы на основе коммуникации человек — человек.

КАК РАБОТАЕТ ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ НА ПРАКТИКЕ

Благодаря распространению ИИ-технологий, место врача, консультирующего пациента или испытуемого в исследованиях, может занимать ИИ. Это связано как с дефицитом времени, которым располагают медицинские работники, так и с объемом информации, который требуется пациенту для соответствия первому условию реализации автономии — формированию понимания, на основании которого может быть осуществлено одобрение действий специалиста.

Между тем информация, предоставляемая системами, построенными ИИ, обладает своими особенностями. Массовым направлением применения ИИ являются фитнес-трекеры (Kühler, 2022), в задачи которых входит консультирование и мониторинг физической активности. Они анализируют действия пользователя с помощью квантификационных данных — отслеживания передвижения, измерения пульса, вычисления количества сделанных шагов и т. д., затем проводят анализ данных, используя сопоставления с критериями, заложенными в программы, и предлагают пользователю стратегии действий, которые могут оказывать влияние на принятие решений. Таким образом, ИИ выступает не как источник обобщенного опыта и знаний, представленных человеком (например, тренером), а в качестве агрегатора и анализатора количественных измерений и консультанта, опирающегося на данные, полученные как во время тренировок, так и во время обычного образа жизни. На основании этих данных программа помогает формировать рекомендации, которые должны влиять на поведение пользователя. Такие приложения также известны как «технологии убеждения» (там же: 194).

Искусственный интеллект выполняет рутинные процедуры и в более ответственных направлениях медицинской помощи: проводит анализ магнитно-резонансной

томографии (МРТ), может проводить роботизированные операции и персонализировать план лечения, опираясь на анализ больших баз данных (Aminololama-Shakeri, López, 2019). Кроме того, ИИ помогает анализировать пульс и рентгенограммы грудной клетки, а также проводит мониторинг в отделениях интенсивной терапии. ИИ получает широкое применение в радиологии при автоматическом скрининге маммографии, оценке и формировании отчетов.

Специализацию, оперирующую данными на основе ИИ, можно определить как «датафикация». Ее можно сопоставить с аристотелевским понятием *techné* — инструмент сбора и анализа данных. И в итоге цифровые показатели замещают профессиональную оценку, основанную на опыте *fronesis* (Arnold, 2021: 124–132), а системы, основанные на ИИ, выступают как квазиакторы в коммуникации с пациентами.

Возложение рутинных процедур по анализу больших объемов данных на ИИ помогает решать проблему перегруженности медиков, что, как предполагается, может помочь улучшить коммуникацию людей, врачей и пациентов, за счет экономии времени врача. Между тем ожидается и трансформация структуры медицинской помощи — падение квалификации врачей, профессионально использующих искусственный интеллект, падение доверия к системе здравоохранения, риски выхода из строя информационного оборудования и замещение профессионального контакта с пациентом работой с электронными данными (там же: 129–131).

Превращение технологии ИИ в нечеловеческого агента, оперирующего большими данными и доминирующего над врачом, который уже не в состоянии противопоставить свой авторитет интерпретации нейронной сети, обученной на значительных массивах данных, и над пациентом, ставит в центр внимания проблему патернализма нечеловеческого агента.

НЕЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ АГЕНТЫ И НОВЫЙ СТАРЫЙ ПАТЕРНАЛИЗМ

Формирование понятия «автономия» опиралось на допонятийное персональное переживание (Неретина, Огурцов, 2006: 469) несправедливости и страдания, возникающего между пациентами и врачами как профессионалами. Различные модели автономии, прежде чем они превратились в концепцию, предложенную, в частности, Т. Энгельхардом, исходили из уважения к пациенту как человеку страдающему, а проистекали из добродетельной установки медицины на оказание помощи. Сопереживание, почерпнутое из противоречий жизненного мира, было тем импульсом, который заставлял врача, выступающего в том числе и в качестве ученого-исследователя, искать способы, включая и критические, которые бы регламентировали вмешательство науки в личное пространство в процессе проведения медицинских исследований, образования врачей и оказания медицинской помощи. В конечном счете эти способы сложились в формальный процесс получения информированного согласия и признания автономии источником взвешенного и обоснованного действия даже в том случае, если это действие не соответствует медицинским представлениям о благе (Faden, Beauchamp, 1986: 120–140). Одобрение действия врача, полученное от пациента, проистекает из самого широкого спектра импульсов как рациональных, основанных на понимании данных, так и личных, многие из которых, может быть, даже непросто представить в виде понятийных определений.

ИИ как нечеловеческий агент, нацеленный на анализ и репрезентацию данных, по своей структуре значительно отличается от определения тех врачей, которые не при-

нимали во внимание волю пациента и были предметом критики В. Вересаева (Вересаев, 1902: 118) за недобровольное и неинформированное использование пациентов в медицинских исследованиях. В отличие от человека, ИИ фиксирует данные, но не переживает допонятийные основания суждений, поэтому не испытывает дискомфорт или неудобства от принимаемых решений.

Вместе с тем установка ИИ на патернализм, основанный на анализе данных, выступает как важный элемент формирующегося этического нарратива современной биоэтики. Уже сейчас предпринимаются попытки измерять этичность системы ИИ с опорой на принципы биоэтики — уважение автономии, недопустимость нанесения вреда, справедливость, но с акцентом на этику добродетели в качестве основного этического подхода (Углева, Шилова, Карпова, 2024). Сдвиг к патернализму в этике медицинского применения ИИ заметно отличается от современной биоэтики, где используются чаще деонтологический, основанный на принципах ценности жизни человека, и реже — утилитаристский, нацеленный на прирост измеряемого блага, например сохранения среднего числа лет жизни пациентов в ущерб помощи отдельным неперспективным пациентам, подходы как более формализованные и приспособленные для процедурной части принятия решений, в которых участвуют два человека, врач и пациент. В биоэтике этика добродетели, под которой иногда понимается этика сопереживания, рассматривается как способ усилить эмоциональное содержание в контексте процедурной части взаимодействия врача и пациента. Но, как правило, этика добродетели не применяется как основная этическая модель биоэтики, поскольку может способствовать реализации предубеждений и эмоциональной перегрузке как врача, так и пациента. Для ИИ, напротив, установка на достоверную эпистемологию необходима для обоснования патерналистского содержания рекомендаций и решений, принимаемых нейросетью на основании собранных и обработанных медицинских данных.

Важно отметить то обстоятельство, что биоэтическая концепция уважения автономии строилась на защите тела от неавторизованного вмешательства и защите при принятии решения от обмана и манипуляций со стороны врача-исследователя. ИИ соответствует этим критериям — не нарушает целостность тела и не вводит в заблуждение, но вместо риска обмана используется аналитика больших данных, которая значительно превосходит опыт как врачей, так и пациентов.

Пользуясь большими данными, «убеждающие технологии» ИИ предлагают рекомендации, «ослепляя» пользователей своей надежностью и вызывая доверие (Kühler, 2022: 199). Патернализм, основанный на больших данных, отличается от классического патернализма тем, что агент, оказывающий влияние на принятие решения, не является человеческим агентом и не испытывает каких-либо эмоциональных переживаний, а также не обладает сложной системой представлений о жизненном мире, но располагает хорошо структурированной аргументацией. В связи с этим искусственный интеллект может быть убедительным, но он не способен полноценно взаимодействовать с человеком, что необходимо для реализации «слабого» и «сильного» патернализма, ориентированного на ценностный выбор, поскольку не дифференцирует на должном уровне сложные социогуманитарные представления. Вместе с тем формы действий, ориентированные на целеполагание и квантификационную оценку, к которым можно отнести жесткий патернализм (полагание целевого блага выше индивидуального выбора) и его производные — мягкий патернализм и наджинг (англ. nudging — подталкивание, стимулирование), ориентированные на мотивирование вы-

бора действий, соответствующих целеполаганию (например, достижению определенного показателя здоровья, в частности, снижению веса при помощи физических нагрузок и диеты), перспективны для реализации с помощью ИИ.

Новый патернализм ИИ уже сейчас рассматривается как технология ослабления уважения принципа автономии в том виде, в котором он сложился в недавнем прошлом. Принцип автономии изначально формировался как аргумент, основанный на морали и праве. Новые условия, которые складываются в процессе внедрения ИИ в системы здравоохранения в качестве нечеловеческого агента, предлагают модель, где содержание любых аргументов имеет высокую степень убедительности, основанной на качественном анализе информации. На фоне роста качества прогнозирования и диагностики с помощью ИИ автономный выбор может стать решением, которое сложно обосновать с помощью аргументов.

Между тем сохранение принципа автономии остается важным условием целостности этической ценностной модели медицины, поскольку изначально он был введен в биоэтику как философская концепция, призванная адаптировать быстро развивающиеся медицинские технологии к обществу. С философской точки зрения принцип уважения автономии является отражением жизненного мира, включая в себя все концептуальное разнообразие аргументаций, гармонизируемых с помощью философской методологии (Хабермас, 2001: 7–33), и это многообразие не просто невозможно, но и крайне нежелательно объективировать в виде единой системы взглядов, опирающихся на квантифицируемые данные и искусственный интеллект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Расширение применения ИИ в медицине существенно повышает объективность и достоверность почти любого медицинского действия, проходящего через ИИ. В связи с этим концепции жесткого и мягкого патернализма, а также патерналистического убеждения приобретают значительные перспективы при использовании ИИ и могут изменить баланс взаимодействия автономии и блага. Однако концепции слабого и сильного патернализма, основанные на социогуманитарном содержании понятий, обосновывающих моральное действие, остаются сферой, где применение принципа уважения автономии никак не ограничено.

Ослабление значения автономии не меняет те основания, которые привели к введению принципа уважения автономии в медицинскую практику, поскольку определение социогуманитарного целеполагания в обществе находится вне прямого влияния ИИ. Вместе с тем усиление качества объективной, основанной на анализе данных, аргументации, доступной ИИ при формировании рекомендаций, очевидным образом потребует от автономного решения большей убедительности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Вересаев, В. В. (1902) Записки врача. 3-е изд. СПб. : Тип. А. Е. Колинского. 310, [2] с.
- Неретина, С. С., Огурцов, А. П. (2006) Пути к универсалиям. СПб. : Изд-во Русской христианской гуманитарной академии.
- Углева, А. В., Шилова, В. А., Карпова, Е. А. (2024) Индекс «этичности» систем искусственного интеллекта в медицине: от теории к практике // Этическая мысль. Т. 24. № 1. С. 144–159.
- Хабермас, Ю. (2001) Философия как «местоблюститель» и «интерпретатор» // Хабермас Ю. Моральное сознание и коммуникативное действие. СПб. : Наука. С. 7–33.
- Aminololama-Shakeri, S., López, J. E. (2019) The doctor-patient relationship with artificial intelligence // American Journal of Roentgenology. Vol. 212. № 2. P. 308–310.

Arnold, M. H. (2021) Teasing out artificial intelligence in medicine: an ethical critique of artificial intelligence and machine learning in medicine // *Journal of bioethical inquiry*. Vol. 18. № 1. P. 121–139.

Baker, R. (2013) *Before bioethics: A history of American medical ethics from the colonial period to the bioethics revolution*. Oxford : Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2009) *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth Edition. Oxford : Oxford University Press.

Englehardt, H. T. Jr. (1978) Basic ethical principles in the conduct of biomedical and behavioral research involving human subjects // *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for protection of human subjects research* // Washington DC, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Appendix. Vol. 1. P. 8-1 – 8-45. URL: https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc1213678/m2/1/high_res_d/78-0013.pdf (дата обращения: 25.11.2024).

Faden, R. R., Beauchamp, T. L. (1986) *A History and Theory of Informed Consent*. New York : Oxford University Press.

“If You Give Your Little Finger, They’ll Tear off Your Entire Arm”: Losing Trust in Biobank Research (2020) / L. Ursin, B. Ytterhus, E. Christensen, J.-A. Skolbekken // *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 23. № 4. P. 565–576.

Kühler, M. (2022) Exploring the phenomenon and ethical issues of AI paternalism in health apps // *Bioethics*. Vol. 36. № 2. P. 194–200.

Дата поступления: 21.10.2024 г.

*COULD THE BIOETHICAL CONCEPT OF RESPECT FOR AUTONOMY
BE CHANGED UNDER THE INFLUENCE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE?*

*R. R. BELYALETDINOV
RAS INSTITUTE OF PHILOSOPHY*

The history of medical ethics and bioethics is associated with the search for a form that would allow for the implementation and support of scientific achievements and the development of science without causing harm to all those who are involved in the process of providing assistance and are its recipients. In many ways, this task was associated in the most general sense with the definition of the interaction between the doctor and the researcher, initiated into scientific knowledge, and the uninitiated — patients and subjects.

If we ask how exactly AI technologies can change the concept of respect for autonomy, it is necessary to clarify on what principles this concept was formed, that is, how it was constructed, and what elements can be replaced with the help of AI, which could ultimately lead to a change in the idea of respect for autonomy.

Keywords: artificial intelligence; datafication; autonomy; bioethics; paternalism

REFERENCES

Veresaev, V. V. (1902) *Zapiski vracha*. 3d ed. St-Petersburg, Tip. A. E. Kolinskogo. 310, [2] p.
Neretina, S. S., Ogurcov, A. P. (2006) *Puti k universalijam*. St-Petersburg, Russkaya khristianskaya gumanitarnaya akademiya.

Ugleva, A. V., Shilova, V. A., Karpova, E. A. (2024) Indeks «jetichnosti» sistem iskusstvennogo intellekta v medicine: ot teorii k praktike. *Jeticheskaja mysl'*, vol. 24, no. 1, pp. 144–159.

Habermas, J. (2001) *Filosofiya kak “mestoblyustitel” i “interpretator”*. In: Habermas, J. *Moral'noe soznanie i kommunikativnoe dejstvie* / transl. from German. St.-Petersburg, Nauka. 382 p. P. 7–33. (In Russ.).

Aminololama-Shakeri, S., López, J. E. (2019) The doctor-patient relationship with artificial intelligence. *American Journal of Roentgenology*, vol. 212, no. 2, pp. 308–310.

Arnold, M. H. (2021) Teasing out artificial intelligence in medicine: an ethical critique of artificial intelligence and machine learning in medicine. *Journal of bioethical inquiry*, vol. 18, no. 1, pp. 121–139.

Baker, R. (2013) *Before bioethics: A history of American medical ethics from the colonial period to the bioethics revolution*. Oxford : Oxford University Press.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth Edition. Oxford, 2009.

Englehardt, H. T. Jr. (1978) Basic ethical principles in the conduct of biomedical and behavioral research involving human subjects. *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for protection of human subjects research*. Washington DC, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Appendix, vol. 1. pp. 8-2 – 8-2.

Faden, R. R., Beauchamp, T. L. (1986) *A History and Theory of Informed Consent*. New York : Oxford University Press.

“If You Give Your Little Finger, They’ll Tear off Your Entire Arm”: Losing Trust in Biobank Research (2020) / L. Ursin, B. Ytterhus, E. Christensen, J-A. Skolbekken. *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 23, no. 4, p. 565–576.

Kühler, M. (2022) Exploring the phenomenon and ethical issues of AI paternalism in health apps. *Bioethics*, vol. 36, no. 2, pp. 194–200.

Submission date: 21.10.2024.

Белялетдинов Роман Рифатович — кандидат философских наук, старший научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии Российской академии наук. Адрес: 109240, Российская Федерация, г. Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1. Тел.: + 7 (495) 697-90-67. Эл. адрес: roman_rb@mail.ru

Belyaletdinov Roman Rifatovich, Candidate of Philosophy, Senior Researcher, Sector of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. Postal address: 12, Goncharnaya St., Bldg. 1, Moscow, Russian Federation, 109240. Tel.: + 7 (495) 697-90-67. E-mail: roman_rb@mail.ru