

Научная статья

УДК 101.1:316.4:61:004.8

<https://doi.org/10.25198/2077-7175-2026-4-120>

ОТ Е-PATIENT К ИИ-ПАЦИЕНТУ: ТРАНСФОРМАЦИЯ СУБЪЕКТНОСТИ В ЭПОХУ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Ю. А. Кузовенкова¹, Л. Г. Иливицкая²

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

¹ e-mail: yu.a.kuzovenkova@samsmu.ru

² e-mail: l.g.ilivitskaya@samsmu.ru

Аннотация. Расширение возможностей искусственного интеллекта в медицине меняет не только доступ к информации, но и формы взаимодействия врача и пациента, а вместе с ними и пациентскую субъектность. Актуальность исследования связана с необходимостью концептуализировать эти изменения. Теоретической основой работы выступает концепция e-patient Т. Фергюсона, выделяющая четыре характеристики пациента: *equipped* (оснащенный информацией), *enabled* (обладающий возможностями), *empowered* (наделенный автономией) и *engaged* (вовлеченный в сообщества и взаимодействие). Цель статьи состоит в том, чтобы описать трансформацию четырех характеристик e-patient и на этой основе предложить концепт «ИИ-пациент» как аналитическую модель новых форм медицинского поведения, связанных с распространением искусственного интеллекта. Методологическую основу составляют концептуальный и сравнительный анализы, а также интерпретация материалов, связанных с развитием цифровой медицины; теоретическую – концепция e-patient, идеи М. Фуко о связи знания и власти, акторно-сетевая теория Б. Латура и философия совместности Ж.-Л. Нанси. Показано, что на уровне *equipped* меняется характер знания: если e-patient самостоятельно искал и систематизировал информацию, то ИИ-пациент получает ее в готовом виде, без видимого процесса производства. *Enabled* трансформируется через смещение компетенций от работы с интернет-источниками к навыкам формулирования запроса, оценки ответа и взаимодействия с интерфейсом. На уровне *empowered* меняется структура автономии: пациент получает дополнительные инструменты для независимости от врача, но эта независимость частично опирается на алгоритм. Наконец, *engaged* смещается от горизонтальных сетей взаимопомощи к приватному диалогу с интерфейсом, что ослабляет коллективные формы пациентской солидарности. Все эти изменения ведут к формированию гибридной субъектности пациента. Научная новизна статьи состоит в обосновании концепта «ИИ-пациент» как новой фигуры медицинской субъектности, возникающей в результате перестройки отношений знания, власти, автономии и социальности в условиях использования ИИ. Теоретическая и практическая значимость работы связана с тем, что предложенная модель позволяет по-новому описать трансформацию отношений врач – пациент – технология и обозначить направления дальнейших исследований социально-этических последствий цифровой медицины.

Ключевые слова: пациент, e-patient, ИИ-пациент, искусственный интеллект, врач, медицина, субъектность пациента.

Для цитирования: Кузовенкова Ю. А., Иливицкая Л. Г. От e-patient к ИИ-пациенту: трансформация субъектности в эпоху искусственного интеллекта // Интеллект. Инновации. Инвестиции. – 2026. – № 4. – С. 120–131. – <https://doi.org/10.25198/2077-7175-2026-4-120>.

Original article

FROM THE E-PATIENT TO THE AI-PATIENT: THE TRANSFORMATION OF SUBJECTIVITY IN THE AGE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Yu. A. Kuzovenkova¹, L. G. Ilivitskaya²

Samara State Medical University, Samara, Russia

¹ e-mail: yu.a.kuzovenkova@samsmu.ru

² e-mail: l.g.ilivitskaya@samsmu.ru



Abstract. The expansion of artificial intelligence in medicine changes not only access to information, but also forms of interaction between doctor and patient, and with them patient subjectivity itself. The relevance of this study lies in the need to conceptualize these changes. The theoretical foundation of the article is T. Ferguson's concept of the e-patient, which identifies four characteristics of the patient: equipped (information-equipped), enabled (capable of action), empowered (autonomous), and engaged (involved in communities and interaction). The aim of the article is to describe the transformation of the four characteristics of the e-patient and, on this basis, to propose the concept of the «AI-patient» as an analytical model of new forms of medical behavior associated with the spread of artificial intelligence. The methodological basis consists of conceptual and comparative analysis, as well as interpretation of materials related to the development of digital medicine; the theoretical framework includes the e-patient concept, M. Foucault's ideas on the relationship between knowledge and power, B. Latour's actor-network theory, and J.-L. Nancy's philosophy of togetherness. It is shown that at the level of equipped the nature of knowledge changes: if the e-patient independently searched for and organized information, the AI-patient receives it in ready-made form, without a visible process of its production. Enabled is transformed through a shift in competencies from working with internet sources to the skills of formulating prompts, evaluating answers, and interacting with interfaces. At the level of empowered, the structure of autonomy changes: the patient gains additional tools for independence from the doctor, but this independence is partly grounded in the algorithm. Finally, engaged shifts from horizontal networks of mutual support to a private dialogue with the interface, which weakens collective forms of patient solidarity. All these changes lead to the formation of a hybrid patient subjectivity. The article's scientific novelty lies in substantiating the concept of the «AI patient» as a new figure of medical subjectivity emerging from the restructuring of relations of knowledge, power, autonomy, and sociality in the context of AI use. The theoretical and practical significance of the study lies in the fact that the proposed model makes it possible to describe, in a new way, the transformation of doctor – patient – technology relations and to identify directions for further research into the social and ethical consequences of digital medicine.

Key words: patient, e-patient, AI-patient, artificial intelligence, doctor, medicine, patient subjectivity.

Cite as: Kuzovenkova, Yu. A., Ilivitskaya, L. G. (2026) [From the E-Patient to the AI-Patient: the transformation of subjectivity in the age of artificial intelligence]. *Intellect. Innovacii. Investicii* [Intellect. Innovations. Investments]. Vol. 4, pp. 120–131. – <https://doi.org/10.25198/2077-7175-2026-4-120>.

Введение

Процессы информатизации и цифровизации существенно меняют организацию медицинской помощи и логику взаимодействия её участников. В настоящей статье мы сосредоточимся на пациенте и тех изменениях, которые происходят в его поведении вследствие обращения к искусственному интеллекту (далее – ИИ)¹. Нас будут интересовать трансформации пациентской субъектности, то есть то, как пациент формирует себя как участника медицинских отношений через практики получения, интерпретации и использования знания о собственном здоровье.

Еще до цифровой эпохи исследователи отмечали, что появление медиа-посредника между врачом и пациентом меняет их отношения. Телевидение, печатная пресса и популярные медицинские журналы увеличивали объем знаний, доступных неспециалистам. Как отмечал Д. Механик, «пациенты стали более образованными, а средства массовой информации предоставляют обилие медицинской информации как о новых методах лечения, так и об ошибках врачей и больниц» [14, с. 172].

С появлением цифровых технологий начался новый этап в трансформации пациента. В начале 2000-х

Том Фергюсон описал новую его фигуру – e-patient, чья субъектность формируется прежде всего через активное использование интернет-технологий. В его работе «E-Patients: How they can help us heal healthcare» (2007) [10] и последующих интерпретациях эта фигура определяется через четыре характеристики: equipped (оснащенный информацией), enabled (обладающий возможностями), empowered (наделенный автономией) и engaged (вовлеченный в сообщества и взаимодействие). Фергюсон связал фигуру e-patient с ослаблением медицинского патернализма, которое стало возможным благодаря доступу к знанию, развитию критических компетенций и участию в горизонтальных сообществах взаимопомощи. Он отмечал важную роль таких пациентов для улучшения системы здравоохранения. Однако его оптимизм разделяли не все специалисты, что нашло отражение в уничижительных обозначениях такого вида пациентов, например, «наугленный пациент» [2].

Сегодня развитие ИИ ставит вопрос о новых возможностях и рисках для отношений врача и пациента. Его использование стало уже частью повседневных практик. По данным ВЦИОМа, девять из десяти интернет-активных россиян следят за развитием искус-

¹ Речь, прежде всего, будет идти о больших языковых моделях и чат-ботах.

ственного интеллекта, а семь из десяти уже пользовались нейросетями. Причем каждый второй делает это раз в неделю и чаще. Аналитики отмечают, что «ИИ видится как универсальный помощник, на которого можно переложить часть рутинных задач или усилить с его помощью результат»².

Эта повседневная практика постепенно распространяется на сферу здравоохранения как в России, так и за рубежом. По данным опроса «Росгосстраха», 47 % россиян уже консультировались с ИИ или использовали его для решения медицинских вопросов³. В США оценки по этой проблеме варьируют в разных исследованиях: 22%⁴, 26%⁵, 37%⁶. Кроме того, 85% поставщиков медицинских услуг сообщают, что за последний год стало больше пациентов, информированных об ИИ⁷.

Доверие пользователей к технологии «является важным компонентом внедрения ИИ в клинической среде» [16, с. 58]. Исследования констатируют, что в медицине доверие к ИИ нередко оказывается выше, чем в других сферах, где потребители чаще сопротивляются новым технологиям [15].

Появление ИИ как третьего актора в системе взаимодействия «врач – пациент» существенно меняет саму структуру терапевтического альянса. Однако пока неясно, приведут ли эти технологии к укреплению отношений между врачом и пациентом или, напротив, к их ослаблению [23]. Показательно, что по данным Росгосстраха 8% опрошенных рассматривают ИИ в роли полноценного помощника без участия специалиста⁸.

В этом контексте возникает вопрос о преобладании и разрыве с моделью e-patient. В отдельных работах уже используется новый термин «AI-patient», хотя пока без развернутого концептуального оформления [24]. Само появление этого понятия свидетельствует о попытке зафиксировать качественные изменения в роли

пациента в условиях внедрения алгоритмических систем в клиническую практику. Вместе с тем в литературе по использованию ИИ в медицине, вопрос о трансформации пациентской субъектности и её влиянии на взаимодействие врача и пациента остаётся недостаточно разработанным. Это требует не только описания новых практик, но и их концептуального анализа.

Цель настоящего исследования – очертить трансформацию пациентской субъектности, связанную с изменением четырех характеристик e-patient по Фергюсону, и предложить концепт «ИИ-пациент» как аналитическую модель для описания новых форм поведения пациента. Данный концепт обозначает не полностью сложившуюся практику, а тенденцию, которая проявляется во взаимодействии пациента с ИИ и врачом. Мы исходим из гипотезы, что ИИ-пациент не отменяет e-patient, а переопределяет логику его четырех Е: поиск информации превращается в получение готового ответа, способность действовать начинает выражаться в новых компетенциях, автономия от решений врача начинает основываться на гибридной субъектности, а вовлеченность в сообщества уступает место приватному диалогу с платформой.

Equipped: оснащенность знаниями

В модели e-patient, сложившейся в традиции Фергюсона, данная характеристика, прежде всего, означала доступ пациента к медицинской информации, который стал возможен благодаря интернету. Медицинские сайты, научно-популярные ресурсы, форумы, клинические рекомендации и другие цифровые источники вывели медицинское знание за пределы профессиональной монополии и сделали его доступным для пациента. Фергюсон отмечал, что пациенты предыдущих поколений редко задавали врачам вопросы и, как правило, не подвергали сомнению предложенное лечение. Современные же e-patients, «вооруженные зна-

² Смак Т. О, дивный нейромир! // ВЦИОМ. 22.12.2025. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/o-divnyi-neiromir>. (дата обращения: 02.05.2026).

³ Почти половина россиян консультируются на тему здоровья у ИИ // Росгосстрах. 11.12.2025. – URL: <https://www.rgs.ru/about/news/pochti-polovina-rossiyan-konsultiruyutsya-na-temu-zdorovya-u-ii>. (дата обращения: 23.04.2026).

⁴ Pasquini G., et al. Where Do Americans Get Health Information, and What Do They Trust? *Pew Research Center*. April 7, 2026. – URL: <https://www.pewresearch.org/science/2026/04/07/where-do-americans-get-health-information-and-what-do-they-trust/> (accessed: 22.04.2026).

⁵ Zocdoc Launches The AI-Informed Patient Report, Revealing How Patient Use of AI Is Reshaping the Patient-Provider Relationship. *Finance. yahoo*. March 24, 2026. – URL: <https://finance.yahoo.com/sectors/healthcare/articles/zocdoc-launches-ai-informed-patient-130000265.html>. (accessed: 24.04.2026).

⁶ Close encounters of the AI kind: the increasingly human-like way people are engaging with language models. Imagining the Digital Future Center at Elon University. Mar 2025. – URL: <https://imaginingthedigitalfuture.org/wp-content/uploads/2025/03/ITDF-LLM-User-Report-3-12-25.pdf> (accessed: 24.04.2026).

⁷ Zocdoc Launches The AI-Informed Patient Report, Revealing How Patient Use of AI Is Reshaping the Patient-Provider Relationship. *Finance. yahoo*. March 24, 2026. – URL: <https://finance.yahoo.com/sectors/healthcare/articles/zocdoc-launches-ai-informed-patient-130000265.html>. (accessed: 24.04.2026).

⁸ Почти половина россиян консультируются на тему здоровья у ИИ // Росгосстрах. 11.12.2025. – URL: <https://www.rgs.ru/about/news/pochti-polovina-rossiyan-konsultiruyutsya-na-temu-zdorovya-u-ii>. (дата обращения: 23.04.2026).

ниями из интернета ... имеют возможность приобрести более сложное и реалистичное понимание своей болезни и таким образом гораздо лучше подготовиться к взаимодействию со своими врачами» [10, с. 88]. Те пациенты, которые занимали активную позицию по отношению к своему здоровью, с помощью интернета получили возможность самим искать нужную им медицинскую информацию и тем самым «сместить» врача с позиции единственного источника профессиональных знаний.

В философском плане *equipped* отсылает к более общему вопросу о том, что именно следует считать знанием. В классической эпистемологической перспективе знание не сводится лишь к наличию сведений. Оно еще предполагает понимание, обоснование и способность ориентироваться в истинности и значимости получаемого содержания. Таким образом, *equipped* у *e-patient* означает не просто информированность, а включенность в процесс. В определенном смысле такая трактовка уже соприкасается со следующей характеристикой – *enabled*. Однако мы сознательно включаем этот аспект в раздел про *equipped*, поскольку здесь речь идет о способе получения знания, а не о его практическом применении.

В результате поискового запроса пациент сталкивался со множеством источников, нередко противоречащих друг другу, и должен был их отбирать и сопоставлять между собой. Оснащенность здесь формировалась не только благодаря найденным сведениям, но и благодаря самому пути к ним. Важно отметить, что этот путь не гарантировал получения достоверного результата. Более того, исследования показывают, что для многих пользователей сам процесс поиска является достаточно затруднительным: половина опрошенных американцев признавали, что им сложно оценить, насколько точна информация о здоровье. Приблизительно столько же (54%) испытывали трудности, когда сталкивались с противоречивыми сведениями⁹. Именно поэтому часть врачей относилась к такой инициативе пациента настороженно [13].

С распространением генеративного ИИ оснащенность пациента медицинскими знаниями начинает складываться иначе. Исходной формой обращения становится не поисковый запрос в интернете, а промпт, заданный так, чтобы получить готовый ответ. Согласно опросу Росгосстраха, чаще всего нейросети помогают людям расшифровать результаты анализов (29%), уточнить симптомы (16%) или получить вто-

рое мнение (14%). Каждый десятый использует ИИ для предварительного диагноза, а четверть опрошенных – просто из интереса¹⁰.

В случае с ИИ поиск, отбор, первичную интерпретацию за пациента выполняет алгоритм. В результате запроса он получает от ИИ не просто информацию, а ее уже обработанную и синтезированную версию – в виде убедительного и завершенного текста. Однако и здесь присутствуют риски. Не обладая базовыми системными знаниями по медицине, пациент не всегда способен определить, насколько корректны выводы алгоритма. Это особенно важно, поскольку исследования показывают, что большие языковые модели по-прежнему уязвимы к медицинской дезинформации и могут воспроизводить ложные рекомендации [17].

В гносеологическом смысле речь идет не столько об увеличении или уменьшении информированности, сколько о смене самого способа получения знания. Оснащенность *e-patient* носила процессуальный характер. Она формировалась через деятельность самого субъекта, а не только через получение результата. У ИИ-пациента эта характеристика, напротив, приобретает преимущественно результативный характер. Пациент оказывается оснащённым в том смысле, что располагает ответом, но способ его получения остается для него непрозрачным.

Данный переход сохраняет базовую интенцию *equipped* – расширение пациентского доступа к знанию вне непосредственной зависимости от врача. Однако меняется сама структура этого доступа: акцент смещается с поиска и сопоставления источников на получение готового ответа.

В исследовательской литературе подобные изменения нередко оцениваются позитивно. Подчеркивается, что ИИ помогает пациентам ориентироваться в невероятно разросшемся массиве медицинской информации: «Чат-боты с искусственным интеллектом стали настоящим благом для пациентов (а также медицинских работников), позволяя им лучше понимать состояние своего здоровья, не только отвечая на вопросы, но и помогая им разобраться в своих медицинских записях» [21]. Однако столь оптимистичные оценки игнорируют обозначенную выше проблему ошибок и искажений, которые могут возникать при генерации ответов ИИ.

Способ получения знания неизбежно влияет на пациентскую субъектность и позволяет поставить ряд вопросов.

⁹ Pasquini G., et al. Where Do Americans Get Health Information, and What Do They Trust? *Pew Research Center*. April 7, 2026. – URL: <https://www.pewresearch.org/science/2026/04/07/where-do-americans-get-health-information-and-what-do-they-trust/> (accessed: 22.04.2026).

¹⁰ Почти половина россиян консультируются на тему здоровья у ИИ // Росгосстрах. 11.12.2025. – URL: <https://www.rgs.ru/about/news/pochti-polovina-rossiyan-konsultiruyutsya-na-temu-zdorovya-u-ii>. (дата обращения: 23.04.2026).

Когда алгоритмически сгенерированный ответ можно считать знанием, а когда лишь его правдоподобной имитацией?

Как меняется позиция пациента в разговоре с врачом, когда он приходит с готовым ответом от ИИ?

Как социальный контекст (уровень медицинской грамотности, цифрового опыта, доступность врача, доверие к медицинской институции и др.) влияет на восприятие пациентом алгоритмического ответа как знания или как его заменителя?

Для каких медицинских задач пациенты используют ИИ и как это меняется в разных социальных группах?

Как использование ИИ влияет на то, какие медицинские темы пациенты считают «понятными» и доступными для самостоятельного обсуждения?

Трансформация *equipped* неизбежно влечёт за собой изменения и в других измерениях субъектности пациента.

Enable: способность действовать

В концепции *e-patient* характеристика *enabled* означала, что пациент не только информирован, но и способен действовать на основе полученной информации.

Эта способность опиралась на комплекс компетенций, в первую очередь на те, которые Фергюсон называл *lay medical competence* («низовыми медицинскими компетенциями») [10, с. IX]. Они постепенно осваивались пациентом в работе с медицинской информацией. Прежде всего речь шла о медицинской грамотности: умении читать результаты анализов, понимать базовую терминологию, следить за логикой диагностического рассуждения. Не менее важной была информационная грамотность: способность критически оценивать источники, сопоставлять противоречивые данные и различать их качество. Существенную роль играла цифровая грамотность, то есть умение пользоваться поисковыми системами, находить нужные ресурсы и ориентироваться в онлайн-средах. Вместе эти компетенции позволили пациенту занимать активную позицию в общении с врачом и в заботе о своем здоровье. Пациент мог вступать в полноценный диалог с врачом: обсуждать, уточнять, предлагать, спорить. Это и было *enabled*: не просто знание, а способность переводить

его в действие: в разговор, в выбор, в следующий шаг.

С распространением генеративного ИИ способ этого действия меняется. Пациент по-прежнему приходит к врачу с информацией, но теперь это не результат его собственного поиска, а готовый ответ системы. Следовательно, *enabled* ИИ-пациента начинает опираться на иные компетенции. От пациента требуется уметь обращаться к системе, которая агрегирует ответ вместо него. На первый план выходят навыки формулирования запроса (промпта), уточнения контекста и проверки ответа. Исследование А. М. Веап с коллегами показывает, что именно эти навыки у пациентов часто отсутствуют: «Пациенты, использующие LLM, имеют низкую точность в понимании остроты своих симптомов и их этиологии» [7, с. 164]. Неумение правильно описать ситуацию и свои симптомы ведёт к ошибочным ответам системы. Это, вероятно, одна из причин расхождений между интерпретациями ИИ и диагнозами врачей. Так, исследование Росгосстраха показало, что у 21% пользователей диагноз, предложенный ИИ, полностью не совпал с мнением врача, у 57% совпадение было частичным¹¹.

Несмотря на недостатки, врачи оценивают ИИ-пациента как более эффективного собеседника, чем *e-patient*. В свое время последние виделись врачам среди прочих пациентов более осмысленными в обсуждении и принятии решений со своими лечащими врачами [12]. В настоящее время, согласно зарубежным исследованиям, уже ИИ-пациенты воспринимаются врачами как более подготовленные к диалогу по сравнению с *e-patients*¹². Эту оценку подтверждают данные опроса Zocdoc: большинство медицинских работников положительно относятся к пациентам, использующим ИИ. Врачи отмечают, что ИИ улучшает качество посещений: 77% сообщают о более продуманных вопросах, а 76% сообщают о более активном участии пациентов в лечебном процессе. Показательно также, что 60% врачей предпочитают, чтобы пациенты использовали ИИ вместо Google¹³. Можно предположить, что такие оценки врачей связаны с тем, что даже несовершенный ответ ИИ структурирует беседу и упрощает врачу понимание того, что беспокоит пациента.

Ещё один важный навык *enabled* ИИ-пациента – интерфейсная грамотность. ИИ-пациент должен уметь пользоваться платформой, выбирать режимы

¹¹ Почти половина россиян консультируются на тему здоровья у ИИ // Росгосстрах. 11.12.2025. – URL: <https://www.rgs.ru/about/news/pochti-polovina-rossiyan-konsultiruyutsya-na-temu-zdorovya-u-ii>. (дата обращения: 23.04.2026).

¹² Pasquini G., et al. Where Do Americans Get Health Information, and What Do They Trust? *Pew Research Center*. April 7, 2026. – URL: <https://www.pewresearch.org/science/2026/04/07/where-do-americans-get-health-information-and-what-do-they-trust/> (accessed: 22.04.2026).

¹³ Zocdoc Launches The AI-Informed Patient Report, Revealing How Patient Use of AI Is Reshaping the Patient-Provider Relationship. *Finance.yahoo*. March 24, 2026. – URL: <https://finance.yahoo.com/sectors/healthcare/articles/zocdoc-launches-ai-informed-patient-130000265.html>. (accessed: 24.04.2026).

запроса и ориентироваться в её логике. В этом отношении интерфейсная грамотность ИИ-пациента оказывается сродни цифровой грамотности e-patient. Примечательно, что интерфейсы ИИ чаще воспринимаются как более удобные по сравнению с интернетом (48% опрошенных против 40%)¹⁴. Это может означать, что взаимодействие с ИИ требует меньше технических усилий, чем классический веб-поиск.

Таким образом, сдвиг в enabled под влиянием ИИ означает, прежде всего, изменение в режиме действия. Если e-patient действует через собственную когнитивную работу, то ИИ-пациент – через опосредование алгоритмом, который предварительно структурирует ситуацию выбора. Эта трансформация способа действия поднимает новые исследовательские вопросы.

Можно ли считать способность действовать полноценной, если часть интерпретации и суждения делегирована алгоритму?

Не становится ли интерфейсная грамотность «невидимым» барьером доступа к медицинской помощи?

Как пациент осваивает навык взаимодействия с ИИ: через собственный опыт, сторонние ресурсы, советы других пользователей или саму нейросеть?

В каких ситуациях пациенты используют ИИ как основной инструмент первичной ориентации, а в каких – как вспомогательный ресурс, и как это влияет на их дальнейшее обращение к врачу?

Меняет ли ИИ готовность пациента выполнять назначения врача, или, напротив, подталкивает его менять лечение по собственному усмотрению?

Empowered: автономия пациента

В модели e-patient характеристика empowered описывает следующий после equipped и enabled этап развития пациента. Она указывает на особый тип автономии, укоренённой в компетентности. Пациент обретает власть над собственным здоровьем через присвоение медицинского знания и использование его в принятии решений. Фергюсон отмечал, что пациент становится эффективным менеджером своего здоровья: «по сравнению с другими пациентами экспертные пациенты гораздо лучше управляют своими болезнями: улучшая состояние своего здоровья, они эффективнее справляются с усталостью, становятся менее зависимы от профессиональной помощи и лучше управляют другими многочисленными вызовами своего хронического состояния» [10, с. 96]. В этом

смысле empowered был ответом на медицинский патернализм, основанный на формуле «врач знает, пациент подчиняется», и фиксировал распад классической роли пациента, описанной Т. Парсонсом [18].

Значим здесь и фукианский тезис о неразделимости знания и власти [6]. Присвоение медицинского знания одновременно означало для пациента и возможность присвоения части власти, которая прежде была сосредоточена у врача. Таким образом, e-patient мыслится как партнер специалиста. Его власть основывалась на понимании, а ответственность – на компетентности. В пределе это и есть содержательный смысл информированного согласия: решения, принимаемого не просто осведомленным, а понимающим пациентом.

С появлением генеративного ИИ логика empowered меняется. Автономия теперь все чаще строится не на присвоении знания, а на умении обратиться к системе, задать ей запрос и использовать ее ответ. Теперь не только понимание оснований ответа является условием самостоятельности. Партнерство с врачом в этом случае смещается от собственной экспертности пациента к алгоритмически опосредованной интерпретации, которой пациент доверяет как достаточно надежной.

Однако пациенты хорошо ощущают парадокс этой новой формы автономии. По данным Zocdoc, 62% пациентов считают, что ИИ может создать ложное чувство безопасности, 41% опасаются чрезмерной уверенности, 33% – излишнего оптимизма. Вместе с тем 88% говорят, что после использования ИИ чувствуют уверенность в дальнейших шагах¹⁵. Иными словами, ИИ может усиливать ощущение самостоятельности даже тогда, когда основания решения остаются непрозрачными. Возможно, что empowered ИИ-пациента, внешне выглядящий как усиление автономии от врача, на деле обернется ростом зависимости от алгоритма.

Основание зависимости от алгоритма укоренено в проблеме «черного ящика» [19]: нейросети не раскрывают оснований, по которым они синтезируют свои ответы. Конечно, и старый медицинский патернализм, который опирался на врачебное решение и апелляцию к авторитету, был непрозрачен. Однако врач оставался субъектом диалога. Ему можно было задать вопрос «почему?» и получить ответ, апеллирующий к понятным основаниям. Когда же пациент спрашивает ИИ «почему?», он получает не обоснование, а новую генерацию, убедительно сформулирован-

¹⁴ Pasquini G., et al. What do Americans want from their health information sources? Pew Research Center. April 7, 2026. – URL: <https://www.pewresearch.org/science/2026/04/07/what-do-americans-want-from-their-health-information-sources/> (accessed: 22.04.2026).

¹⁵ Zocdoc Launches The AI-Informed Patient Report, Revealing How Patient Use of AI Is Reshaping the Patient-Provider Relationship. Finance. yahoo. March 24, 2026. – URL: <https://finance.yahoo.com/sectors/healthcare/articles/zocdoc-launches-ai-informed-patient-130000265.html>. (accessed: 24.04.2026).

ную, но не раскрывающую логику вычисления. Здесь проявляется фундаментальный сдвиг. Если e-patient добивался прозрачности как условия автономии, то ИИ-пациент все чаще соглашается на непрозрачность ради удобства и скорости.

В связи с этим в литературе поднимается вопрос: не становится ли новая форма empowered одновременно формой алгоритмической гетеронимии. Пациент освобождается от части врачебного патернализма, но попадает в зависимость от нового посредника, чья власть менее персональна, но не менее значима [1]. Это ставит вопрос о реставрации патернализма в новой, алгоритмической форме.

Однако говорить о полной зависимости все же нельзя. Решение довериться ИИ, выбор платформы, управление работой алгоритма через запросы и финальный шаг – выбор, обратиться к врачу или нет, по-прежнему остаются за пациентом. Таким образом, субъектность ИИ-пациента мы предлагаем называть гибридной: она формируется в связке «пациент + алгоритм».

Если обратиться к акторно-сетевой теории Б. Латура, то можно сказать, что ИИ-пациент – это не просто человек, использующий инструмент, а гибридный актор, чья способность к медицинскому суждению распределена между человеческими и нечеловеческими участниками сети [3]. В таком случае empowered означает не только доступ к знанию, но и включенность в сеть, в которой само суждение производится распределенно. Это заставляет по-новому взглянуть и на социальность в медицинском поле.

Практическим следствием этого становится то, что качество принятия решений о здоровье теперь зависит не только от компетенций пациента (как в случае e-patient), но и от качества модели, ее обучения и данных, на которых она основана. Ответственность размывается: если e-patient был ответственен за свою интерпретацию, поскольку сам искал информацию и сам ее оценивал, то ИИ-пациент разделяет эту ответственность с алгоритмом, логика которого ему непрозрачна.

Отсюда возникает ряд вопросов.

Можно ли говорить об автономии, если интерпретация делегирована непрозрачной системе?

Означает ли принятие непрозрачности алгоритма отход от ценностей информированного согласия, на которых строилась концепция e-patient?

На каком этапе болезни пациенты чаще обращаются к ИИ? Как этот момент обращения влияет на их автономию в принятии решений?

Как пациенты распределяют ответственность между собой, врачом, ИИ и разработчиками системы в случае ошибочной рекомендации?

Когда пациенты сообщают врачу о том, что консультировались с ИИ, а когда скрывают это? И как это влияет на доверие и совместное принятие решений?

Engaged: вовлеченность в сообщества и взаимодействие

Характеристика engaged означает вовлеченность в социальные связи и участие в горизонтальных сетях взаимопомощи, где знание о болезни производится и проверяется коллективно. Эта вовлеченность включает и взаимодействие с врачом, так как для Фергюсона отношения врача и пациента – это отношения партнеров, каждый из которых может стать поставщиком информации и центром принятия решений [9]. Но все же, в первую очередь, речь идет о пациентских группах поддержки: форумах пациентов, групп в социальных сетях и онлайн-сообществах. Как писал Фергюсон, «медицинские онлайн-группы поддержки стали важным ресурсом здравоохранения. Теперь эти группы предоставляют эмоциональную поддержку, руководство, медицинскую информацию и медицинские направления практически по всем медицинским состояниям – по всему миру, круглосуточно и семь дней в неделю, бесплатно. Они поддерживают самообразование и самоответственность, поощряют инициативу и напористость пациентов, а также предоставляют членам возможность помогать другим» [11, с. 1148].

Эта вовлеченность многоуровневая. Эпистемически она обеспечивала множественность интерпретаций одного и того же диагноза или симптома. Социально она означала включенность пациента в сообщество, где болезнь могла быть названа, разделена и осмыслена через опыт других людей. Политически пациентские группы превращали частный опыт в ресурс коллективного действия, влияя на повестку здравоохранения и на признание пациентских интересов.

Эмпирические данные свидетельствуют, что горизонтальные формы engaged сохраняют свою значимость. По данным опроса Pew Research, большинство американцев по-прежнему остаются вовлечены в горизонтальные пациентские сети: 66% получают информацию от людей, которые столкнулись с подобными проблемами со здоровьем¹⁶. Это показывает, что опыт других людей остается важным источником медицинского знания и горизонтального обмена опытом.

Однако с распространением генеративного ИИ характер engaged может существенно измениться.

¹⁶ Pasquini G., et al. Where Do Americans Get Health Information, and What Do They Trust? *Pew Research Center*. April 7, 2026. – URL: <https://www.pewresearch.org/science/2026/04/07/where-do-americans-get-health-information-and-what-do-they-trust/> (accessed: 22.04.2026).

Вместо включения в горизонтальное взаимодействие с другими людьми пациент может оказаться в приватном диалоге с интерфейсом. Он будет обращаться уже не к сообществу или к врачу, а к алгоритму, который отвечает от своего имени. Коммуникация при этом станет персонализированной [5] и лишённой присутствия других участников, которые могли бы подтвердить или оспорить опыт. Это изменит саму форму вовлеченности: она станет не интересубъектной, а интерфейсной.

На сегодняшний день ИИ не способен стать полноценной заменой человеческому общению, однако приближения к его характеристикам уже делаются [20]. Более того, уже сейчас люди часто доверяют ответам ИИ больше, чем врачам, когда не знают, кто стоит за этими ответами. Исследования показывают, что пациенты «вслепую» выбирают алгоритмические ответы как более эмпатичные и убедительные, чем ответы врачей [22]. Это указывает на то, что ИИ может убеждать не столько содержанием, сколько стилем и имитируемым пониманием.

На данный момент чат-боты ИИ остаются менее популярным источником информации, чем пациентские сообщества. Только 22% американцев указали их в качестве источника получения информации¹⁷. Однако эта разница может сокращаться. По мере совершенствования ИИ и его интеграции в повседневные приложения может произойти смещение: пациенты, привыкшие к персонализированным ответам, убедительности генерации и отсутствию свидетелей, могут предпочесть диалог с алгоритмом участию в пациентских форумах.

Теоретически эту трансформацию можно описать через концепцию размывания субъекта коммуникации, предложенную Жаном-Люком Нанси. Для Нанси общение – это не передача смысла, а скорее форма совместного бытия [4]. В пациентских сообществах это особенно заметно: люди делятся не только сведениями, но и опытом болезни. С появлением ИИ эта форма совместности ослабевает. Пациент, конечно, получает ответ, который звучит как человеческий и сочувствующий. Но это не разделение бытия, а имитация разделения. ИИ не имеет своего опыта болезни, он только генерирует текст на основе статистических паттернов. Это создаёт специфическое одиночество: не одиночество изоляции, а одиночество в приватном диалоге с машиной, которая имитирует понимание. Пациент может чувствовать себя понятым, но за этим пониманием не стоит человеческая солидарность.

Эпистемически это может означать сужение множественности перспектив до одной алгоритмически

сгенерированной интерпретации. Социально – ослабление и даже распад горизонтальных пациентских солидарностей. Политически – сужение потенциала коллективного действия, поскольку пациенты, каждый из которых замкнут на свой приватный диалог с ИИ, не способны объединиться для совместного влияния на здравоохранение.

Эти изменения ставят перед нами очередные вопросы.

Меняется ли способ переживания болезни в зависимости от того, обращается ли пациент к другому человеку или к алгоритму? И что теряется, когда нарратив болезни замещается набором параметров запроса?

Что происходит с пациентскими сообществами и солидарностью, когда то, что было создано коллективно, человек начинает получать наедине с алгоритмом? Меняется ли сам мотив участия в сообществе?

Как меняется активность пациентских форумов и сообществ взаимопомощи по мере распространения медицинских ИИ-инструментов? И фиксируют ли сами участники этих сообществ изменение логики участия?

Как пациенты на практике сочетают участие в форумах и группах взаимопомощи с обращением к ИИ? И в каких случаях один формат вытесняет другой?

Насколько особенности болезни (сензитивность сферы, тяжесть болезни, продолжительность и т.п.) влияют на тяготение пациента к обсуждению своего опыта болезни с другими пациентами или с ИИ?

Заключение

Описанные изменения четырех характеристик фигуры пациента, которые являются следствием внедрения в повседневную жизнь новых технологий, указывают на глубинный процесс – перестройку пациентской субъектности. ИИ, предоставляя новые возможности в работе с информацией, меняет социальность в медицинской сфере. Отход от патерналистской модели продолжает получать подкрепление, но происходит это в других формах. Проявленность, субъектность ИИ-пациента возникает в тот момент, когда при принятии решений возникает ассоциация (Б. Латур) «пациент + алгоритм». Так рождается новая цифровая социальность в медицине и гибридная субъектность ИИ-пациента. ИИ-пациент создается только в той сети взаимодействий, где технология берет часть функций на себя, полностью освобождая от них человека. Предоставляя пациенту готовый ответ без объяснения его оснований,

¹⁷ Pasquini G., et al. Where Do Americans Get Health Information, and What Do They Trust? *Pew Research Center*. April 7, 2026. – URL: <https://www.pewresearch.org/science/2026/04/07/where-do-americans-get-health-information-and-what-do-they-trust/> (accessed: 22.04.2026).

алгоритм использует своего рода кредит доверия пациента. Пациент готов доверять этой технологии потому, что ее ответ – это следствие запроса пациента. Именно промпт (серия промптов) определяет конфигурацию ответа. Такая связанность человека и технологии не позволяет однозначно ответить на вопрос «От кого зависит результат: от человека или ИИ?». Авторитет врача теперь сопоставляется с результатом «черного ящика» алгоритма, наделенного кредитом доверия.

Парадоксальным образом для врача ИИ-пациент, лишенный оснований своего знания, становится более эффективным партнером, задающим серьезные осмысленные вопросы и глубже вовлеченный в лечебный процесс. Таким образом, гибридная субъектность ИИ-пациента проявляет себя не только на когнитивном, но и на коммуникативном уровне.

Также на коммуникативном уровне у ИИ-пациента просматривается перспектива размывания солидарности и разделенности с другими своего бытия, то есть тех форм социальности, которые e-patient уверенно обретал в пациентских сообществах. Коммуникация от intersubjectной рискует сместиться к интерфейсной. Персонализированность ответов, убедительность формулировок и отсутствие свидетелей могут способствовать «перетеканию» пациентов из первой формы коммуникации во вторую.

Описанные изменения ставят широкий круг теоретических и эмпирических вопросов перед антропологами и социологами медицины, перед социальными философами. Кроме того, на данный момент вне концептуализации остается фигура, которую по аналогии можно назвать «ИИ-врач». Мы полагаем, что и в его субъектности можно найти значимые изменения.

Литература

1. Введенская Е. В. Цифровые агенты в медицине: новые возможности и вызовы // Этическая мысль. – 2024. – Т. 24, № 1. – С. 115–128. – <https://doi.org/10.21146/2074-4870-2024-24-1-115-128>. – EDN: YGZXWK.
2. Иванова А. А. Традиционные и новые формы экспертизы пациентов: вместо или вместе с врачами? // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2023. – Т. 16, № 4. – С. 458–474. – <https://doi.org/10.21638/spbu12.2023.407>. – EDN: FZXIOA.
3. Латур Б. Пересборка социального: введение в акторно-сетевую теорию: монография. – М.: ВШЭ, 2014. 384 с. – EDN: SYZVMJ.
4. Нанси Ж.-Л. Бытие единичное множественное. – Минск: И. Логвинов, 2004. – 272 с.
5. Применение искусственного интеллекта в здравоохранении: перспективы и вызовы для науки и клинической медицины / К. Р. Амлаев [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32, № 3. – С. 331–338. – <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-331-338>. – EDN: UEQYRO.
6. Фуко М. История сексуальности. Т. 1. Воля к знанию. – М.: Ad Marginem, 2026. – 136 с.
7. Ayers J. W., et al. (2023). Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. *JAMA Internal Medicine*. – Vol. 183. – No. 6, pp. 589–596. – <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1838>. – EDN: RFVQOH. (In Eng.).
8. Bean A. M., et al. (2026). Reliability of LLMs as medical assistants for the general public: a randomized preregistered study. *Nature Medicine*. – Vol. 32, pp. 609–615. – <https://doi.org/10.1038/s41591-025-04074-y>. (In Eng.).
9. Ferguson T. (2000) Online patient-helpers and physicians working together: a new partnership for high quality health care. *British medical journal*. – Vol. 321. – No. 7269, pp. 1129–1132. – <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7269.1129>. (In Eng.).
10. Ferguson T. e-Patients Scholars Working Group (2007) Fox S. *e-Patients: How they can help us heal healthcare*, 104 p. (In Eng.).
11. Ferguson T., Frydman G. (2004). The first generation of e-patients. *British medical journal*. – Vol. 328, p. 1148. – <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>. (In Eng.).
12. Hardey M. (2001). ‘E-health’: The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication & Society*. – Vol. 4. – No. 3, pp. 388–405. – <https://doi.org/10.1080/713768551>. (In Eng.).
13. Masters K. (2016). The e-patient and medical students. *Medical Teacher*. – Vol. 38. – No. 3, pp. 314–316. – <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112896>. (In Eng.).
14. Mechanic D. (1996). Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *The Milbank Quarterly*. – Vol. 74. – No. 2, pp. 171–189. – <https://doi.org/10.2307/3350245>. (In Eng.).
15. Mou Yu., Xu T., Hu Ya. (2023). Uniqueness neglect on consumer resistance to AI. *Marketing Intelligence & Planning*. – Vol. 41. – No. 6, pp. 669–689. – <https://doi.org/10.1108/MIP-11-2022-0505>. – EDN: OWAOAI. (In Eng.).
16. Moy S., et al. (2024). Patient Perspectives on the Use of Artificial Intelligence in Health Care: A Scoping

Review. *Journal of patient-centered research and reviews*. – Vol. 11. – No. 1, pp. 51–62. – <https://doi.org/10.17294/2330-0698.2029>. – EDN: DTWUBL. (In Eng.).

17. Omar M., et al. (2026). Mapping the susceptibility of large language models to medical misinformation across clinical notes and social media: a cross-sectional benchmarking analysis. *The Lancet Digit Health*. – Vol. 8. – No. 1, p. 100949. – <https://doi.org/10.1016/j.landig.2025.100949>. (In Eng.).

18. Parsons T. (1991). *The social system*. – London: Routledge. Taylor and Frances Group, 575 p. (In Eng.).

19. Pasquale F. (2020). *New Laws of Robotics. Defending Human Expertise in the Age of AI*. – The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts & London, England, 352 p. (In Eng.).

20. Saikia M. J., Borthakur D. (2025). Artificial Intelligence (AI) in Patient–Healthcare Relationships: Psychosocial Perspective. *IEEE Access*. – Vol. 13, pp. 164682–164701. – <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2025.3611818>. – EDN: QDSGHZ. (In Eng.).

21. Sands D. Z., Finn N. B. (2025). From Internet to Artificial Intelligence (AI) Bots: Symbiotic Evolutions of Digital Technologies and e-Patients. *Journal of participatory medicine*. – Vol. 17, p. e68911. – <https://doi.org/10.2196/68911>. – EDN: UWVVBX. (In Eng.).

22. Shekar Sh., et al. (2025). People Overtrust AI-Generated Medical Advice despite Low Accuracy. *NEJM AI*. – Vol. 2. – No. 6. – <https://doi.org/10.1056/AIoa2300015>. – EDN: YCIMFY. (In Eng.).

23. Topol E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*. – Vol. 25. – No. 1, pp. 44–56. – <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>. – EDN: OQSRZW. (In Eng.).

24. Woods S. S., et al. (2025). From E-Patients to AI Patients: The Tidal Wave Empowering Patients, Redefining Clinical Relationships, and Transforming Care. *Journal of participatory medicine*. – Vol. 17, p. e75794. – <https://doi.org/10.2196/75794>. – EDN: ZHNQLC. (In Eng.).

References

1. Vvedenskaya, E. V. (2024) [Digital Agents in Medicine: New Opportunities and Challenges]. *Ehticheskaya mysl'* [Ethical Thought]. Vol. 24. No. 1, pp. 115–128. – <https://doi.org/10.21146/2074-4870-2024-24-1-115-128>. (In Russ.).

2. Ivanova, A. A. (2023) [Traditional and New Forms of Patient Expertise: Together with Doctors or versus Them?]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo un-ta. Sociologiya* [Bulletin of St. Petersburg University. Sociology]. Vol. 16. No. 4, pp. 458–474. – <https://doi.org/10.21638/spbu12.2023.407>. (In Russ.).

3. Latour, B. (2014) *Peresborka sotsial'nogo: vvedeniye v aktorno-setevuyu teoriyu* [Reassembling the Social: Introduction to Actor-Network Theory]. Moscow: HSE, 384 p.

4. Nancy, J.-L. (2004) *Bytiye yedinichnoye mnozhestvennoye* [Being Singular Plural]. Minsk: I. Logvinov, 272 p.

5. Amlaev, K. R., et al. (2024) [The application of artificial intellect in health care: prospects and challenges for science and clinical medicine]. *Problemi socialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsini* [Problems of social hygiene, public health and the history of medicine]. Vol. 32. No. 3, pp. 331–338. – <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-3-331338>. (In Russ., abstract in Eng.).

6. Foucault, M. (2026) *Istoriya seksual'nosti* [History of Sexuality]. Vol. 1. The Will to Knowledge. M.: Ad Marginem, 136 p.

7. Ayers, J. W., et al. (2023) Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. *JAMA Internal Medicine*. Vol. 183. No. 6, pp. 589–596. – <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1838>. (In Eng.).

8. Bean, A. M., et al. (2026) Reliability of LLMs as medical assistants for the general public: a randomized preregistered study. *Nature Medicine*. Vol. 32, pp. 609–615. – <https://doi.org/10.1038/s41591-025-04074-y>. (In Eng.).

9. Ferguson, T. (2000) Online patient-helpers and physicians working together: a new partnership for high quality health care. *British medical journal*. Vol. 321. No. 7269, pp. 1129–1132. – <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7269.1129>. (In Eng.).

10. Ferguson, T. e-Patients Scholars Working Group (2007) Fox S. *e-Patients: How they can help us heal healthcare*, 104 p. (In Eng.).

11. Ferguson, T., Frydman, G. (2004) The first generation of e-patients. *British medical journal*. Vol. 328, p. 1148. – <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>. (In Eng.).

12. Hardey, M. (2001) 'E-health': The internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication & Society*. Vol. 4. No. 3, pp. 388–405. – <https://doi.org/10.1080/713768551>. (In Eng.).

13. Masters, K. (2016) The e-patient and medical students. *Medical Teacher*. Vol. 38. No. 3, pp. 314–316. – <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112896>. (In Eng.).
14. Mechanic, D. (1996) Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *The Milbank Quarterly*. Vol. 74. No. 2, pp. 171–189. – <https://doi.org/10.2307/3350245>. (In Eng.).
15. Mou, Yu., Xu, T., Hu, Ya (2023) Uniqueness neglect on consumer resistance to AI. *Marketing Intelligence & Planning*. Vol. 41. No. 6, pp. 669–689. – <https://doi.org/10.1108/MIP-11-2022-0505>. (In Eng.).
16. Moy, S., et al. (2024) Patient Perspectives on the Use of Artificial Intelligence in Health Care: A Scoping Review. *Journal of patient-centered research and reviews*. Vol. 11. No. 1, pp. 51–62. – <https://doi.org/10.17294/2330-0698.2029>. (In Eng.).
17. Omar, M., et al. (2026) Mapping the susceptibility of large language models to medical misinformation across clinical notes and social media: a cross-sectional benchmarking analysis. *The Lancet Digit Health*. Vol. 8. No. 1, p. 100949. – <https://doi.org/10.1016/j.landig.2025.100949>. (In Eng.).
18. Parsons, T. (1991). The social system. London: Routledge. Taylor and Frances Group, 575 p. (In Eng.).
19. Pasquale, F. (2020) New Laws of Robotics. Defending Human Expertise in the Age of AI. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts & London, England, 352 p. (In Eng.).
20. Saikia, M. J., Borthakur, D. (2025) Artificial Intelligence (AI) in Patient–Healthcare Relationships: Psychosocial Perspective. *IEEE Access*. Vol. 13, pp. 164682–164701. – <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2025.3611818>. (In Eng.).
21. Sands, D. Z., Finn, N. B. (2025) From Internet to Artificial Intelligence (AI) Bots: Symbiotic Evolutions of Digital Technologies and e-Patients. *Journal of participatory medicine*. Vol. 17, p. e68911. – <https://doi.org/10.2196/68911>. (In Eng.).
22. Shekar, Sh., et al. (2025) People Overtrust AI-Generated Medical Advice despite Low Accuracy. *NEJM AI*. Vol. 2. No. 6. – <https://doi.org/10.1056/AIoa2300015>. (In Eng.).
23. Topol, E. J. (2019) High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*. Vol. 25. No. 1, pp. 44–56. – <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>. (In Eng.).
24. Woods, S. S., et al. (2025) From E-Patients to AI Patients: The Tidal Wave Empowering Patients, Redefining Clinical Relationships, and Transforming Care. *Journal of participatory medicine*. Vol. 17, p. e75794. – <https://doi.org/10.2196/75794>. (In Eng.).

Информация об авторах:

Юлия Александровна Кузовенкова, кандидат культурологии, доцент, доцент кафедры философии и биоэтики, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

ORCID ID: 0000-0002-0085-6103, **Researcher ID:** ABG-6686-2021

e-mail: yu.a.kuzovenkova@samsmu.ru

Лариса Геннадьевна Иливицкая, доктор философских наук, доцент, доцент кафедры философии и биоэтики, Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

ORCID ID: 0000-0003-3339-9946

e-mail: l.g.ilivitskaya@samsmu.ru

Вклад соавторов:

В равных долях, конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила в редакцию: 12.05.2026; принята в печать: 03.07.2026.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

Information about the authors:

Yuliya Alexandrovna Kuzovenkova, Candidate of Cultural Studies, Associate Professor, Associate Professor in the Department of Philosophy and Bioethics, Samara State Medical University, Samara, Russia

ORCID ID: 0000-0002-0085-6103, **Researcher ID:** ABG-6686-2021

e-mail: yu.a.kuzovenkova@samsmu.ru

Larisa Gennadievna Ilivitskaya, Doctor of Philosophy, Associate Professor, Associate Professor in the Department of Philosophy and Bioethics, Samara State Medical University, Samara, Russia

ORCID iD: 0000-0003-3339-9946

e-mail: l.g.ilivitskaya@samsmu.ru

Contribution of the authors:

The authors contributed equally to the writing of the manuscript.

There are no conflicts of interest.

The paper was submitted: 12.05.2026.

Accepted for publication: 03.07.2026.

The authors have read and approved the final manuscript.