Московский государственный медико-
стоматологический университет
Институт философии РАН
Российское философское общество
Кафедра философии, биомедицинской этики и
гуманитарных наук МГМСУ

Философские проблемы биологии и медицины

Выпуск 1
«В поисках новой парадигмы биомедицины»

Москва 2007

В сборнике представлены статьи участников Первой ежегодной конференции «Философские проблемы биологии и медицины», проведенной в Москве 5-6 апреля 2007 г.

Редколлегия сборника:

Моисеев В.И., д.филос.н., профессор (главный редактор);

Киященко Л.П., д.филос.н., профессор

Оглавление

Вступительное слово …… С.

I. Общефилософские проблемы биологии и медицины

Приветственное слово ректора МГМСУ, академика РАМН, д.мед.н., профессора Н.Д.Ющука

Б.Г.Юдин Антропология биомедицинских исследований

В.И.Моисеев К возможным концептам теоретической медицины

Ю.М.Хрусталев, З.А.Кулиев Философское осмысление феномена здоровья С.

В.Ф.Москаленко, А.И.Егоренков, А.П.Яворовский Методические подходы в изучении биоэтического правила информированного согласия С.

Е.Я.Бурлина Здоровье и социокультурная коммуникация С.

П.Д. Тищенко Онтологическая локализация страдания, действие и феномен лиминальности в современных структурах врачевания С.

М.А.Пронин Философское осмысление мировоззренческого кризиса современной медицины С.

Л.П.Киященко Интервальный подход и его приложения в биоэтике (анализ и интерпретация) С.

И.В.Силуянова О сущности и смысле болезни в христианской нравственной антропологии С.

А.А.Крель Концепция холистической терапии (на основе опыта 45-летней врачебной практики) С.

II. Биоэтика и медицинская деонтология

С.

А.Н.Бартко Эвтаназия, медицинская эвтаназия, убийство из милосердия и смерть с участием врача: к вопросу об академической и морально-юридической обязанности проводить правильные дистинкции С.

Е.Н.Гнатик Проблема самотрансформации человека в контексте генетической инженерии С.

С.Ф.Нагуманова Критические замечания о книге Л.Резнека «Философская защита психиатрии» С.

С.В.Роганов Биологическая смерть и смерть мозга: диалог философии и биоэтики С.

Т.А.Сидорова Евгенический потенциал и антропологические риски преимплатационной генетической диагностики С.

Ф.Г.Майленова Человек как автор проекта своего «Я»: возможности и опасности модификации природы человека С.

В.И.Сабурова Формирование биоэтического мышления у студентов медицинских вузов С.

А.Ю.Шеманов Проблема оснований этического выбора в культурной ситуации современности С.

А.В.Кашин Будет ли утеряно искусство врачевания?

С.

О.В.Летов Правило недопустимости использования пациента в качестве средства для достижения коммерческих целей С.

С.В.Панов, С.Н.Ивашкин Воля-к-религии и след неприкосновенного (к ре-деконструкции биоэтики) С.

В.О.Коган Дилеммы биоэтики в контексте нравственной философии С.

А.В.Ульев Депрессия, суицид, эвтаназия — проблема сочувствия С.

III. Вопросы биомедицинской философии

С.

Г.П.Юрьев Смысло-физиологическое измерение этической компоненты в структуре соматического здоровья С.

И.Г.Гаспаров Проблема единства живого организма С.

Э.Ю.Калинин Основные этапы эволюция медицины С.

Е.В.Петрова Здоровье и проблема адаптации человека С.

К.С.Хруцкий «Русский» – функционалистский биокосмологический – путь развития биомедицины С.

М.В.Черников Жизнь в свете функционального подхода С.

Я.В.Чеснов Ментально-философские основания народной медицины и культура выживания С.

П.А.Плютто Из истории философии биомедицины: спор реалистов и номиналистов о понятии болезни С.

Н.А.Саблина, А.Шапиева Об онтологической целостности природы С.

А.А.Шевченко Здоровье как эсхатологическая проблема христианской антропологии С.

В.А.Беляев Новоевропейская культура и новоевропейская биология и медицина: между естественнонаучным и гуманитарным С.

С.Л.Болховитинова Прогресс биомедицинских технологий С.

О.А.Власова Философские проблемы феноменологической психиатрии С.

И.А.Горюнов Проблема человекобожия как угроза существованию человечества С.

А.Б.Григорьев Негегелевская диалектика живой природы С.

Н.В.Кочубей Становление самосознания науки в эпоху гуманитарной революции С.

Н.Н.Мурзин «Ординарное безумие» как парадигматическое представление

современного психического расстройства С.

IV. Общие проблемы философии, медицины и образования

С.

А.Н.Лежнев, В.И.Моисеев К проекту содержания блока социально-гуманитарных дисциплин в МГМСУ федерального образовательного стандарта третьего поколения С.

Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский Роль истории медицинской науки для воспитания морально-нравственного облика судебно-медицинского эксперта С.

М.Э.Гурылева, И.Н.Ахунов Проблема количественного измерения здоровья больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью С.

И.Г.Островская, Ю.Г.Гаверова, О.Е.Жилкина Формирование частных теорий и научный анализ этиологии кариеса С.

М.А.Тетюшкин Значение депрессии и алекситимии в формировании психосоматических расстройств в пожилом возрасте С.

Я.А.Туровский Проблема применения математического анализа в медико-биологических исследованиях С.

Ю.В.Гриднев Металогические структуры в межкультурной коммуникации С.

Ю.В.Гриднев Сергей Есенин в цветовой органике истории С.

Данные об авторах С.

Вступительное слово

Мы предоставляем на суд читателя тексты докладов Первой ежегодной конференции «Философские проблемы биологии и медицины», организованной кафедрой философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ и Институтом философии РАН при поддержке Российского философского общества и Междисциплинарного гуманитарного Центра МГМСУ. Надеемся, что материалы докладов конференции послужат дальнейшей активизации философского мышления в сфере медико-биологических дисциплин в нашей стране и помогут столь важному сегодня процессу сближения философской, научной и педагогической мысли в этой области.

В.И.Моисеев

I. Общефилософские проблемы биологии и медицины

Приветственное слово ректора МГМСУ, академика РАМН, д.мед.н., профессора Ющука Н.Д.

Дорогие друзья!

Позвольте приветствовать Вас на открытии первой международной конференции по философским проблемам биологии и медицины!

Мне приятно отметить, что именно наш университет в лице кафедры философии стал инициатором такого важного мероприятия.

Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ) – один из крупнейших медицинских вузов нашей страны. История МГМСУ насчитывает более 100 лет. Можно считать, что начиналась она с зубоврачебной школы И.М.Коварского, открытой в Москве в 1892 году. Основным направлением работы МГМСУ была и есть подготовка квалифицированных, профессиональных врачебных кадров. Решать эту задачу на протяжении всей истории ВУЗа помогали выдающиеся ученые, принесшие славу университету, медицинской науке, России. Сегодня

Университет объединяет более десяти факультетов, среди которых – факультеты стоматологический, лечебный, клинической психологии, экономический, последипломного образования, среднего медицинского образования и другие. Недавно был открыт новый факультет пенитенциарной медицины.

В университете большое внимание уделяется вопросам гуманитарного образования студентов-медиков. На кафедре философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, которую недавно возглавил профессор Моисеев Вячеслав Иванович, читаются базовые курсы философии, биоэтики, социологии, культурологии и других гуманитарных дисциплин. Ведется работа по развитию и внедрению в обучение курсов по философии медицины, используется современная мультимедийная техника, начал свою работу философский клуб, создаются новые учебные пособия по философии науки и философским вопросам биологии и медицины. Мы готовы и дальше оказывать всемерную поддержку в этой работе.

Глубокое убеждение ректората состоит в необходимости поддержки и дальнейшего развития гуманитарного образования, создании комплексной гуманитарной системы вуза, основой которой должна быть кафедра философии. Мы знаем, что сегодня для гуманитарных дисциплин в непрофильных вузах – нелегкие времена. Сокращаются часы и курсы, падает престиж гуманитарных предметов. В медицинском образовании эти процессы особенно тревожны, и мы твердо намерены противостоять этим тенденциям, укреплять и совершенствовать медико-гуманитарное образование. Инициатива Университета в организации сегодняшней конференции – одно из тому подтверждений.

Настоящий врач немыслим без глубокого гуманитарного образования. Еще Гиппократ говорил, что «врач-философ подобен богам».

Сегодня медицина остро нуждается в глубоком теоретическом и философском осмыслении множества своих проблем. Достаточно упомянуть о биоэтике – новой междисциплинарной области знания, которая активно развивается в настоящее время как на Западе, так и в нашей стране. Здесь, в Институте философии Российской академии наук, находится главный центр биоэтических исследований в России, возглавляемый членом-корреспондентом РАН профессором Юдиным Борисом Григорьевичем, которого я также рад приветствовать сегодня.

В современной медицине множество новых направлений развития и множество проблем, как во всяком живом и растущем организме. Есть и тревожные тенденции, одной из которых является порою избыточная технологизация медицины, превращение врача в придаток разного рода ультрасовременных технологий. Подобное техническое оснащение медицины само по себе является положительным явлением. Плохо, если врач видит в технике панацею и превращается в инженера и специалиста по ремонту испорченного человеческого тела. Как известно, человек – больше, чем только его телесные процессы. Это личность, гражданин, существо разумное и «душа живая».

Заботит нас также и растущая тенденция превращения медицины в своеобразную отрасль современного бизнеса, когда отношения врача и пациента предельно упрощаются до операций купли-продажи. На пути тревожных тенденций развития современной медицины должны стать вечные силы гуманитарной направленности, только в этом случае и техника, и бизнес способны не разрушить, но развить медицинскую профессию. Вот почему мы сегодня столь остро нуждаемся в помощи людей гуманитарных профессий – философов, биоэтиков, социологов, психологов…, чтобы противостоять кризисным явлениям современной медицины и способствовать ее дальнейшему развитию.

Обращаюсь в связи с этим и к участникам сегодняшней конференции. Вы реально можете помочь нашим врачам и вообще всем медикам – исходите из этого. Не бойтесь, что ваши идеи и теории могут оценить как ненужные и отвлеченные. Уверен, что люди медицинской профессии – это в большинстве своем благодарные ученики философов и представителей других гуманитарных профессий. Врач, поверьте, чаще всего понимает, с какого рода сложнейшим объектом – человеком – ему приходится иметь дело. И так или

иначе, но он всегда чувствует потребность в какой-то более глубокой и целостной системе взглядов, которая могла бы помочь ему систематизировать свои знания и ценности. К сожалению, философия до сих пор не слишком смогла помочь в этом врачу, и вот куда необходимо направлять свои усилия, преодолевая накопившееся недоверие между представителями двух профессий. Важность таких конференций, как наша, вижу еще и в этом – в плодотворном диалоге врачей и философов с целью выработки более глубокого и систематизированного медицинского мировоззрения. Думаю, что с этой точки зрения нужно строить и систему гуманитарного образования в медицинском вузе. Студенты должны почувствовать нужность для себя гуманитарных предметов, ощутить, что они в самом деле помогут им в будущей профессии.

Уверен, что сегодняшняя конференция пройдет успешно, привлечет к себе внимание как медиков, так и философов, послужив их плодотворному взаимодействию. Надеюсь, что конференция станет регулярным и заметным событием в нашей стране и за рубежом.

Желаю всем участникам плодотворной работы!

Антропология биомедицинских исследований[1]

Б.Г.Юдин

Под биомедицинским исследованием, вообще говоря, принято понимать не любое исследование в области биологии и (или) медицины, а только такое, в котором в качестве испытуемого выступает человек. Это значит, что в таком исследовании можно выделить по крайней мере две стороны – испытуемого и того, кто проводит исследование. В современной практике биомедицинских исследований, впрочем, таких сторон бывает намного больше – это и тот, кто финансирует исследование (спонсор), и тот, кто участвует в этической экспертизе исследовательского проекта (член этического комитета), и тот, кто представляет интересы популяции, представители которой выступают в качестве испытуемых, и, наконец, тот, кто представляет контрактную организацию – посредника между фирмами-спонсорами и исследователями.[2] Каждая из этих сторон имеет свои специфические интересы, которые далеко не всегда совпадают с интересами других сторон, что порождает многообразные конфликты, во многих случаях требующие правового или этического регулирования.

Мы, однако, ограничимся здесь тем, что касается только первых двух из перечисленных сторон. Интерес исследователя, вообще говоря, состоит в том, чтобы получить новые знания, относящиеся не только и не столько к испытуемому, сколько к человеку как таковому либо к определенной категории людей, выделенной по тем или иным признакам. К примеру, это может быть популяция мужчин в возрасте от 40 до 50 лет, страдающих от ишемической болезни сердца. Задачей же исследования в этом случае может являться, скажем, определение того, какой эффект на состояние здоровья испытуемых оказывает тот или иной изучаемый препарат.

Сказанное касается того, что при подготовке и проведении исследования так или иначе фиксируется исследователем. Нас же здесь будут интересовать те неявные предпосылки, на которые опирается при этом исследователь. Более конкретно, речь будет идти о тех предпосылках, которые касаются понимания человека. Очевидно, исследователь абстрагируется от множества деталей и частностей, касающихся каждого отдельного

---

[1] Материал подготовлен при поддержке РГНФ, грант «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а.

[2] См. Б.Г.Юдин. Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований в документах Совета Европы // В кн.: Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004.

испытуемого, его жизненных интересов и устремлений: из всего этого многомерного пространства исследователь «вырезает» определенное подпространство, с которым он и работает.

Таким образом, человек вообще и человек-как-испытуемый – это далеко не одно и то же. Под антропологией биомедицинского исследования мы и будем понимать выявление тех предпосылок относительно человека как испытуемого, которыми руководствуется исследователь, планирующий и реализующий свой исследовательский проект. Несмотря на то, что эти предпосылки чаще всего не осознаются исследователем, они тем не менее в существенной мере предопределяют круг проблем, которые могут осмысленно ставиться как проблемы, подлежащие изучению, и которые в принципе могут быть решены в ходе исследования. Иными словами, если исследование вообще понимать как вопрошание, тогда то, что мы, собственно говоря, вопрошаем, в существенной степени обусловлено тем, о чём и у чего мы вопрошаем.

Когда же речь идет об исследовании, проводимом на человеке, то здесь, по сравнению со всеми другими исследованиями, возникает дополнительная сложность: важно не только то, о чём мы вопрошаем, но также и то, о *ком* мы вопрошаем, а это различие порождает массу самых разнообразных нюансов. Таким образом, антропология биомедицинского исследования – это один из путей осмысления того, что такое вообще есть биомедицинское исследование и, далее, того, что мы, методологически грамотно подходя к проектированию биомедицинского исследования, вправе рассчитывать получить при его проведении.

В дальнейшем речь будет идти о двух различных вариантах антропологии биомедицинского исследования, расхождения между которыми могут доходить до противоположности. Первый из них является первым, изначальным и с исторической точки зрения; он же, вообще говоря, всем нам представляется и более привычным. Его, быть может, самое контрастное выражение можно будет найти, вернувшись ко временам Второй мировой войны.

В те годы в оккупированном Японией Ките, недалеко от Харбина действовал японский исследовательский центр – знаменитый «Отряд 731». Его главной задачей была разработка биологического оружия. Те или иные разновидности этого оружия испытывались в ходе экспериментов на людях; в качестве испытуемых использовались заключенные, которых привозили в специальную тюрьму, которая была расположена на территории этого отряда.

Характерно, что испытуемых-заключенных при этом деперсонифицировали: они лишались имен, а те кто там работал в отряде, называли этих заключенных «марука», т.е. в переводе с японского - брёвнами. В литературе, посвященной Отряду 731, выдвигаются различные версии того, зачем это делалось. Согласно наиболее распространённой версии, целью такой деперсонификации была психологическая защита: если исследователи, как и все те, кто имеет дело с этими испытуемыми, не воспринимают их как людей, то психологически будет легче подвергать этих людей всему тому, что предполагалось делать с ними в ходе исследований.

При этом, очевидно, имелось в виду, что те знания которые будут получены в ходе таких исследований, будут применимы не только к «брёвнам», но и к другим людям. Здесь, впрочем, возникают некоторые проблемы, связанные с «валидностью» получаемых таким образом результатов и с тем, насколько эти результаты могут быть перенесены на других людей. Известно, что в несколько в ином контексте эта же проблема обсуждалась и в нацистской Германии. Так, когда «исследователи» решили провести серию экспериментов, которые должны были завершиться смертью испытуемых, первоначально предполагалось использовать в качестве испытуемых цыган. Однако между «исследователями» разгорелась дискуссия по вопросу о том, будут ли данные, полученные в ходе экспериментов на цыганах, применимы к людям арийской расы. (Цель этих экспериментов состояла в выяснении того, в каких условиях окажутся пилоты

истребителей, поднимающихся на большие высоты.) В конце концов решение пришлось принимать Гиммлеру, который распорядился таким образом, что данные, полученные в экспериментах на цыганах, вполне могут быть применены и к арийцам.

Возвращаясь к «Отряду 731», следует сказать, что примерно та же проблема встала и перед японцами. У них тоже в ходу были расовые теории, в соответствии с которыми японцы - это высшая раса, китайцы и другие народы Юго-Восточной Азии – это раса, находящаяся по своему развитию ниже, но тоже более или менее достойная. Что же касается европеоидов, то они считались низшей расой. Такие установки, конечно, способствовали тому, чтобы представителей низших рас можно было воспринимать как брёвна, но, с другой стороны, вставала и проблема применимости результатов к представителям разных рас. Речь шла о том, чтобы определить поражающий эффект бактериологического оружия применительно к разным человеческим популяциям. Таким образом, в качестве испытуемых использовались и русские, китайцы, и американцы, и монголы и т.д.

Исследователей, таким образом, интересовали по сути дела знания о реакциях различных биологических организмов на те или иные воздействия. Испытуемых заражали бактериями определенных заболеваний. При этом создавалась ситуация, когда удавалось снять барьеры, которые в обычных, не «экспериментальных» условиях препятствуют получению знаний о том, как ведёт себя человеческий организм, если он поражается бактериями, какие количества бактерий и каким образом вводить в организм для того, чтобы вызвать наиболее тяжелые поражения и разрушения.

Вообще говоря, для того типа антропологии биомедицинских исследований, о котором идет речь, естественно представление об идеально чистом эксперименте, когда, в частности, сняты все препятствия и помехи морального характера. Такая точка зрения достаточно широко распространена и сегодня. В этой связи будет уместно процитировать в высшей степени авторитетного философа Р. Харре: «Исследовательская этика возводит всякого рода барьеры для процедур выявления предрасположенностей и способностей у человека и во все возрастающей степени у животных.»[3]

Таким образом, основополагающим для такого типа антропологии биомедицинского исследования является представление о том, что человек-как-испытуемый – это не более чем биологический организм. Если пойти немного глубже в историю, то интересные рассуждения на этот счет можно найти у М. Фуко в «Рождении клиники». Фуко говорит о том, как формировалась практика биомедицинских исследований: в конце XVIII - начале XIX вв., во времена Великой французской революции, возникают клиники, в которых содержатся пациенты-бедняки, не имеющие средств, чтобы оплачивать медицинскую помощь.

Бесплатная помощь в клинике, таким образом, выступает как своего рода благодеяние со стороны общества: общество как бы берёт их на своё содержание, но в обмен на это они должны безропотно соглашаться на роль испытуемых: «Наиболее важной этической проблемой, которую порождала идея клиники, была следующая: на каком основании можно превратить в объект клинического изучения больного, принужденного бедностью просить помощи в больнице? … Теперь его просят стать объектом осмотра, и объектом относительным, ибо его изучение предназначено для того, чтобы лучше узнать других.»[4] Таким образом, эти бедняки, с одной стороны, имеют обязательства перед обществом, с другой стороны, они безответны, а с третьей стороны, - и это очень существенный момент, - в клинике их много, а это важно с точки зрения возможности получать статистически достоверные результаты.

Таким образом формируется антропология биомедицинских исследований которую я назвал бы антропологией типа 1. А затем, после Второй мировой войны, под мере того, как человечество осмысливало исследования, проводившиеся прежде всего в нацистской

---

[3] Р. Харре. Конструкционизм и основания знания. – Вопросы философии, №11, 2006. - С. 98.

[4] М. Фуко. Рождение клиники. М., 1998. - С. 135.

Германии, начинает меняться само понимание биомедицинских исследований, их возможных и допустимых целей, практики их проведения. Начинает формироваться антропология медицинских исследований типа 2.

В рамках этой антропологии предполагается, что испытуемый - это не просто биологический организм, а это ещё и человек. Такая процедура современного биомедицинского исследования, как получение информированного согласия со стороны испытуемого, часто воспринимается как своего рода «довесок», который только затрудняет проведение исследования. Если, однако, попробовать осмыслить процедуру информированного согласия более широко, то *информирование* испытуемого в то же время выступает и как *формирование* субъекта, который будет участвовать в исследовании: подчеркнем еще раз, не просто информирование, но и формирование.

Субъект-испытуемый так или иначе осознаёт, для чего проводится данное исследование, какова его цель и связанные с ним риски и т.п., и когда он даёт свое согласие, то в некотором смысле становится соучастником исследования, берёт на себя часть ответственности за исследование. Таким образом, понимание человека как объекта биомедицинского исследования не есть что-то данное нам раз и навсегда, оно тоже исторически развивается.

Восприятие всего того, что относится к этическому сопровождению биомедицинского исследования как какие-то помех и препятствий, вовсе не является единственно возможным. Более того, и понимание этического сопровождения как вещи необходимой, но не более того, также не является истиной в последней инстанции. Этику применительно к биомедицинскому исследованию можно помыслить и совершенно иначе, попытаться увидеть в ней не столько препятствие, сколько возможность рассчитывать на получение *более объемного знания о человеке*, который выступает в качестве испытуемого в биомедицинском исследовании. В конце концов, никто не может обязать нас понимать человека как только биологический организм и прежде всего биологический организм. Быть может, всё обстоит намного сложнее, и те знания, которые позволяет получить в этическом отношении корректно задуманное и проведенное биомедицинское исследование, не просто не беднее, но в определенном смысле и богаче тех, которых в состоянии достичь антропология типа 1?

К возможным концептам теоретической медицины[5]

В.И.Моисеев

В этой работе я хотел бы коснуться ряда проблем так называемой «теоретической медицины». Под этим термином я буду иметь в виду представление медицинского знания в форме аксиоматической теории со своими универсальными законами, на основе которых можно делать частные выводы и применять их на практике. Не секрет, что до сих пор медицинская наука еще не достигла подобной стадии своего развития, находясь на преимущественно описательном уровне собственных определений. Отдельный вопрос – возможно ли вообще построение биомедицинского знания как теоретической системы? Далее я попытаюсь отвечать на этот вопрос, как в стиле некоторых методологических обобщений, так и в форме демонстрации возможных концептуализаций в области медицинского знания.

[5] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а

Согласно автору учебника «Философия медицины»[6], известному врачу, философу и историку медицины Х.Р.Вульфу (H.R.Wulff), в истории медицинского знания к сегодняшнему моменту можно выделять три основных периода: 1. *Донаучный период* (до начала 19 в.), когда преобладала достаточно спекулятивная так называемая «гуморальная теория» - учение о четырех основных стихиях-жидкостях организма (крови, флегме, желтой и черной желчи) 2. Период так называемого «*терапевтического нигилизма*» (с начала и до конца 19 в.), когда новый экспериментальный метод проникает преимущественно в область диагностики, еще не распространяясь на методы лечения. 3. Период *количественного метода* (с конца 19 – начала 20 в.), когда экспериментальный метод охватывает как диагностику, так и терапию, особенно ярко выражаясь в возникновении в 20-м веке феномена «доказательной медицины» (evidence-based medicine). Таким образом, лишь с начала 19 века медицина приобретает современный научный аппарат, который до сих пор ограничивается преимущественно эмпирическими методами исследования.

Как ни парадоксально, хотя медицинское знание – одно из самых древних на Земле, до последнего времени эта область знания практически не имела достоверных фактов – в ней существовала трудноразделимая смесь достоверных наблюдений и разного рода спекуляций и медицинских мифов. И только с 19 века началась расчистка фактологического поля медицинской науки, своего рода отделение «овец от козлищ».

Бурное развитие биотехнологий может породить впечатление о медицинской науке как о теоретически оснащенном знании. Тем не менее, как представляется, все достижения современной биологии и медицины ограничиваются до сих пор накоплением обоснованных и все более обширных фактов. У этих дисциплин до последнего времени не было достоверной фактологии, и можно говорить о своего рода научной революции в области биомедицинского знания 19 века, когда началось систематическое приготовление и расширение области биомедицинского эмпирического знания, отвечающего всем стандартам экспериментальных наук. Создание микроскопа, рентгена, компьютерного томографа, расшифровка генома человека, открытие иммунных реакций и т.д., – все это по-прежнему расширение в области фактического материала биомедицинского знания, хотя и требующего сложнейших методов исследования, но все же не выходящего за пределы эмпирически-описательных уровней научного познания.

С возникновением биоэтики можно было бы говорить, как представляется, о второй научной революции в биомедицине – революции меж(транс)дисциплинарности. С начала 19 века до конца 50-х годов 20 века существовал преимущественно узкодисциплинарный образ эмпирического медицинского знания. После второй мировой войны, наряду с крупными изменениями во всей мировой культуре, происходит возникновение биомедицины как меж- и трансдисциплинарного феномена. Это вполне понятно, поскольку объектом исследования медицины является человек – объект сложнейший, многоуровневый и междисциплинарный. Отсюда уже должно быть ясно, что медицина не может долго оставаться в рамках какой-то одной научной дисциплины. Она нуждается в интеграции усилий множества научных дисциплин, чтобы познавать и понимать процессы многомерного человеко-бытия. Так, после полувекового «заключения» себя в рамках дисциплинарного знания, медицина закономерно выходит за границы отдельной дисциплины, все более обретая свой транс-статус, поверх когнитивных дихотомий. Феномен биомедицинской этики – яркий пример подобного изменения статуса медицинского знания вообще, а не просто симптом возникновения еще одной междисциплинарной области исследований.

Но все же и вторая научная революция биомедицины по-прежнему не затрагивает ее оснований как теоретического знания. В 1-й революции медицина впервые встает на почву научности, но еще преимущественно в области эмпирического знания. Во 2-й

[6] Wulff H.R. Philosophy of medicine: an introduction. Oxford: Blackwell, 1990.

научной революции медицина выходит за границы отдельной дисциплины, возвращая себе исконный меж- и трансдисциплинарный статус, продолжая, тем не менее, оставаться на эмпирической почве своих научных определений. С моей точки зрения, медицину ожидает 3-я научная революция, которая должна, наконец, затронуть теоретические основания этой древней области знания, впервые ввести эту науку в область теоретических определений научности. О некоторых проблемах феномена теоретического знания в области биомедицины, ввиду важности возможной 3-й медицинской революции, я и хотел бы поговорить в этой работе.

В ряде своих предыдущих публикаций[7] я уже пытался рассматривать некоторые теоретические концепты медицинского знания. Особенно в одной из последних работ «Медицина как меро-биология» была сделана попытка рассмотреть категорию «мера жизни» как центральный концепт медицинского логоса, наметить контуры так называемой «фундаментальной медицинской структуры», в основании которой лежит иерархическая многоуровневая система разного рода критериев обобщенной оптимальности (благополучия). С этой точки зрения были представлены проблемы медицинской аксиоматики, идеи частных и интегральной медицин, случаи «диссоциации» разных критериев оптимальности, эффекты сохранения общего «количества патологии», трактовки адаптации и ее срывов, введены понятия «объем адаптации», «резерв адаптации», «интуитивное число», рассмотрен ряд приложений описываемой структуры в сфере клинической практики.

Ниже я хотел бы продолжить эту работу логико-философского исследования возможных теоретических оснований биомедицинского знания, предложив вниманию читателя ряд новых размышлений и концептов.

В истории медицины издавна существовали два крайних подхода в понимании природы болезни. С одной стороны, болезнь – это всегда страдание и нечто негативное, от чего хочется избавиться, что приносит лишения и ослабление жизни. С другой стороны, особенно в рамках разного рода религиозных систем мировоззрения, болезнь рассматривалась как «наказание за грехи», как нечто осмысленное, что в конечном итоге может вести к благу человека. Первый подход можно было бы назвать «патоцентрическим», второй – «саноцентрическим». Патоцентрический подход во взглядах на природу болезни до сих пор доминирует в медицине. Саноцентрический подход, кроме религиозных направлений, развивался также в разного рода «адаптивных» теориях заболевания, например, в работах нашего отечественного патолога И.В.Давыдовского[8]. В борьбе этих подходов, как представляется, много философских предпосылок, которые просто обязана исследовать философия медицины.

Мне хотелось бы отметить здесь одну очень важную проблему, которую можно было бы называть проблемой «культурологической релевантности» той или иной научной теории. Проще говоря, речь идет о следующем. В каждом виде знания – биологическом, медицинском, астрономическом, социальном и т.д. - можно предполагать возможность существования собственного теоретического слоя. Однако не во всякой культуре такой теоретический слой может быть реализован. Во-первых, конечно же, этот тип культуры должен быть совместим с самим феноменом науки, допускать возможность существования научного знания как своей субкультуры (такие культуры можно было бы

---

[7] **Моисеев В.И**. О некоторых определениях синтетической медицины // Этические основы воспитания духовности в медицинском вузе: мат. конф. / Под ред. И.Э.Есауленко. – Воронежская гос. мед. академия. – Воронеж, 2003. – С.74-80.; **Моисеев В.И**. Современная рациональная ситуация и ее приложения в биологии и медицине // Вопросы альтернативной медицины. Мед. альманах. № 2, 2004. – С.234-256.; **Моисеев В.И**., **Москалев Е.А**. Возможно ли не только физическое знание о живом? // Вопросы альтернативной медицины. Мед. альманах. № 3, 2005. – С.285-308.; **Моисеев В.И**. Медицина как меро-биология // Философские проблемы биологии и медицины: Сборник статей по итогам конференции. Выпуск 2 / Под ред. д.ф.н. Моисеева В.И. – Воронеж: Издательство «Научная книга», 2005. – С.6-32.; **Моисеев В.И**. Проблема теоретического знания биомедицинских наук // Материалы VII международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке». – М.: Изд-во РУДН, 2006. - С.346-347.

[8] Давыдовский И.В. Ответ моим критикам // «Клиническая медицина», 1957, т. 35, №1.

называть «наукотропными»). Во-вторых, не всякая наукотропная культура может оказаться подходящей для развития теоретического слоя той или иной конкретной сферы научного знания. Наукотропные культуры, которые, кроме того, оказываются еще и способствующими развитию теоретического уровня того или иного научного знания, резонирующие с ним по некоторым глубинным культурологическим константам, можно было бы называть «теоретикотропными» культурами. Тем самым предполагается, что есть некоторая трансдисциплинарная культурологическая система, которая позволяет соотнести между собою универсалии культуры и тип рациональности возможного теоретического знания той или иной научной области исследования. И в такого рода соотнесении возможен как своего рода культурологический резонанс, и тогда культура окажется теоретикотропной для данной науки; так и обнаружение своеобразного диссонирующего соотношения, и тогда господство данной культуры будет угнетать и подавлять возможности развития теоретического слоя данной научной области.

Не секрет, с этой точки зрения, что господствующий сегодня тип культуры оказывается высоко теоретикотропным только по отношению к разного рода естественным наукам, бурный рост которых мы сегодня и отмечаем. Науки, которые никак не могут проявить свой теоретический слой, могут быть либо еще недостаточно развитыми в рамках существующей культурологической матрицы, либо могут обнаруживать эффект культурологического диссонанса с нею. Я хотел бы выдвинуть в связи с этим гипотезу, что биомедицинское знание относится именно к этому последнему случаю, в связи с чем существующая до сих пор западноевропейская культура оказывается не вполне теоретикотропной к образу возможного теоретического слоя биомедицинского знания. Это знание никак не может достаточно развиться не только из-за своей когнитивной молодости, но и в связи с отмеченным культурологическим диссонансом.

Подходя к этой проблеме более конкретно, я хотел бы предположить, что в основе возможного медицинского логоса лежит некоторый органико-подобный тип рациональности, который я буду еще называть *Эго-языком*, и он никак не соответствует современному господствующему образу теоретического знания в современной культуре. С другой стороны, богатую стилистику Эго-языка мы можем найти во множестве философских школ, например, в немецкой классической философии (особенно у Фихте), в экзистенциализме, различных течениях восточной философии, в ряде направлений русской философии и т.д. Отсюда вывод – чтобы возникла теоретическая медицина, необходимо возникновение соответствующей теоретикотропной культуры, в рамках которой впервые можно будет соединить феномен науки и средства Эго-языка. Есть надежда, что эволюция современной культуры именно и выражается в подобной трансформации, что фиксируется, например, в идеях «постнеклассической рациональности», «нового реализма», «глобальной этики» и т.д. Но что это за язык и как он мог бы относиться к теме теоретической медицины? К этому я и постараюсь обратиться в оставшейся части статьи.

В основе Эго-языка лежит представление существенно виталистическое, предполагающее, что в ткани бытия существуют некоторые центры сознания (Эго), которые способны развиваться, и структура сознания этих Эго существенно проецируется в разного рода телесные и вообще внешние их определения, маркируя тот или иной этап их развития. Эволюция Эго выражается в том, что в каждый момент времени каждое Эго осваивает и интегрирует некоторую сферу опыта, в то время как все иное оказывается за пределами этой сферы, не способно ассимилироваться ресурсами Эго, выступает как альтер-Эго, «иное» в отношении к нему.

В каждый момент времени структура окружающего бытия Эго делится на «свое» и «иное», и данное «свое» оказывается открытым на множество направлений-восполнений-дополнений Эго, среди которых можно выделять, по крайней мере, следующие виды: 1) *плюс-дополнения*, которые связываются с чем-то положительным. Таковы, например,

1.1) *хочу-дополнения* – те сферы роста, которые прямо желаются Эго, и 1.2) *надо-дополнения* – те более холодные, но с дальней перспективы также положительные области расширения, которые осознаются Эго как сфера должного-нормативного. Второй большой класс дополнений Эго – это разного рода *минус-дополнения* (сфера обобщенной *гетерономии* – чужезаконности для данного Эго), приходящие к Эго через переживание и боль, потери и страдания. Здесь также можно было бы проводить более или менее тонкую классификацию, например, выделяя 2.1) *автогетерономию* – сферу боли, на которую Эго решается самостоятельно, прозревая здесь более глубокое благо. 2.2) *бигетерономию* – сферу сильной гетерономии, оправдать которую текущее Эго пока не в состоянии и встречает ее прямо враждебно и агрессивно, пытаясь избавиться от этой сферы бытия.

Жизнь Эго в подобной Эго-среде выражается в сложнейшей динамике, своего рода «танце бытия», в котором делаются постоянные пробы, возникают ошибки, получается опыт, расширяется сфера ассимиляции Эго и т.д. Например, у каждого Эго есть некоторые текущие ресурсы и константы, относительно которых можно было бы говорить о пределах выносимости для Эго того или иного опыта, границах желательности этого опыта и т.д. Допустим, относительно подобных констант слишком большой объем хочу-дополнения может привести к своего рода инкапсуляции текущей области ассимиляции Эго и стать для него даже более грозным испытанием, чем давление гетерономности. С другой стороны, избыток бигетерономии, например, при существовании людей в предельных условиях концлагерей, может надорвать ресурсы ассимиляции Эго, повести его к деградации и распаду относительно наработанных объемов интеграции опыта. В целом, жизнь, как известно, очень сложна, и «жизнь прожить – не поле перейти», и каждое Эго само и постепенно учится искусству жизни.

Описанные выше концепты Эго-языка достаточно хорошо известны в философской традиции, и здесь может быть показано много перекличек с идеями разных философов. Новизна в данном случае может заключаться в применении подобного Эго-языка к выражению базовых концептов медицинского логоса. Этот последний шаг я и постараюсь вкратце наметить в конце своей статьи, приглашая читателя к со-размышлению и дальнейшему развитию этой темы.

Болезнь, как нетрудно догадаться, в терминах Эго-языка, - это одна из сфер гетерономии болеющего Эго, и, как правило, - сфера бигетерономии, которая не слишком находит свое оправдание для подавляющего числа страдающих Эго. С точки зрения Эго-языка и Эго-теории, болезнь, тем не менее, может являться одной из областей дополнения-расширения опыта Эго, по тем или иным причинам, приходящая к болеющему Эго именно таким более жестким («шиваистским») путем его развития.

В связи с этим, можно было бы использовать такое предположение: множество заболеваний, которые содержит в себе опыт жизни на том или ином этапе истории цивилизации, - это набор некоторых альтер-Эго, из которых для данного конкретного субъекта может быть выбрана одна из возможностей. Можно представить образ некоторой звездчатой структуры, в центре которой находится область ассимиляции Эго («малое здоровье»), а со всех сторон его окружают отрицания-дополнения разного рода нозологических альтер-Эго (болезней). «Малым» подобное здоровье можно называть в связи с тем, что оно *способно заболеть* и потому не интегрировало в себя свои нозологические альтер-Эго. И даже если в конкретных условиях такое здоровье не болеет, то в некотором принципе своего бытия оно уже содержит ущербность и своего рода «место-для-болезни» (пато-топос = п’атопос).

Из этой базовой Эго-модели можно в дальнейшем делать ряд более практических выводов.

Например, как уже было замечено, здоровье, которое способно заболеть, - это не подлинное здоровье. Это некоторое «малое здоровье», которое продолжает оставаться противопоставленным своим антитезисам в форме разного рода болезней. Чтобы по-настоящему стать здоровым, нужно впустить в себя болезни, соединить свое Я (Эго) с

анти-Я в разного рода сверх-Я. Болезни – это образы большого «психо-соматического» Я, отколовшиеся и противопоставленные малому Я здоровья.

Саногенез малого здоровья, противопоставленный патогенезу, можно называть *ауто-саногенезом*, а противоположный ему патогенез – *ауто-патогенезом*; саногенез, способный впустить в себя патогенез, поставивший его себе на службу – *мета-саногенезом*. В последнем патогенез переходит из статуса разрушителя в состояние критика и трансформатора. Вот, например, если я регулярно бегаю по утрам, то я не болею простудными заболеваниями. Почему? Потому что, как я заметил, я *микро-болею* во время каждой физической нагрузки и тем самым как бы измельчаю болезнь и погружаю ее в расширившееся здоровье. Болезнь теряет силу противопоставленности и разрушения, оказываясь внутренним стимулятором и тонизатором.

Система здоровья и болезней представляет собой систему своего рода спиральной динамики, где идет вращение («санопатогенетический маятник») состояния личности между здоровьем и болезнями, что напоминает ритмы циркадного субъекта, но, по-видимому, более протяженные во времени (так может быть выражена идея ритмов «болезни-здоровья» для «малого здоровья»). Поэтому ауто-саногенез обречен на свое окончание во времени и смену ауто-патогенезом. Этим, возможно, объясняются регулярные заболевания людей простудами (или другими периодическими патологиями) – в эти периоды они как бы «засыпают болезнью», давая возможность явиться новой порции «здоровья-бодрствования». И как без сна невозможно находиться долго - все-равно заснешь, так и без болезни невозможно долго существовать малому здоровью. И заболеешь не столько из-за внешних факторов, сколько из-за внутреннего исчерпания времени малого здоровья, при котором уже любой внешний фактор сможет стать провоцирующим. Впрочем, верно и обратное – если заболел «малой болезнью», то рано или поздно (а порою в отведенный срок) выздоровеешь, несмотря на присутствие или отсутствие лечения. Согласно известной народной иронии, простуда лечится за 7 дней, а сама проходит за неделю.

В связи с этим, интересно отметить, что инфекции имеют определенный период развития и исчерпания во времени. В такой временной определенности чувствуется свое время (пространство-время), которое указывает на измерения темпорального определения заболевания, связь болезни с биологическим пространством-временем.

Кроме того, простуды сезонны, т.е. чаще появляются в периоды смены сезонных состояний (зима→лето и лето→зима), когда активируются *смены* однородных режимов спиральных вращений. Возможно, межсезонные болезни выражают собою (хотя бы частично) дополнительные ритмы, связанные с сезонными Эго и альтер-Эго (имею здесь в виду ту странную для нашего материалистического времени идею, что каждое время года или сезоны активируют у субъекта соответствующие виды малых Эго).

Как уже отмечалось, система здоровья и болезней образует, по-видимому, звездчатую структуру со здоровьем в центре и множеством болезней вокруг. И здесь колеблется «психо-соматический маятник», сменяющий состояния здоровья и болезни, а все они – осколки большого «психо-соматического Я (Эго)». Чтобы по-настоящему перестать болеть-колебаться, нужно интегрировать все эти осколки.

Современная медицина пытается абсолютизировать определения малого соматического Я (ауто-саногенеза), стремясь уничтожать малые анти-Я в лице разного рода болезней (так в более широком смысле можно понимать идею *алло-патии*, когда аллос = патос, иное есть патологическое). Но поскольку альтер-Эго – это такие же необходимые части большого Эго, как и малое Я, то в итоге при такой стратегии начинает все более слабеть и малое психо-соматическое Эго организма, и возникает дурная бесконечность (ослабление альтер-Эго ⇔ ослабление малого Эго).

По-видимому, возникновение в последнее время идей валеологии и представлений об иммунной стимуляции как необходимом условии здоровья – некоторые шаги на пути к мета-саногенезу.

Если психо-соматическое Эго мало, то переход болезнь-здоровье идет более скачкообразно, выделяя из себя болезнь и здоровье как свои редукции-оппозиции. Если же психо-соматическое Эго более полно, то движение от здоровья к болезням (внутри «мета-здоровья») более непрерывно.

Итак, в основе медицинской версии Эго-языка лежит своеобразная диалектика – нужно подружиться с болезнью, погрузить ее вовнутрь и приручить, заставить работать на здоровье. Здесь чувствуется своеобразный метод. Может, как при физической нагрузке достигается микропростуда, так и при всякой болезни нужен какой-то новый режим микро-болезни, когда болезнь «измельчается» и погружается в состояние здоровья? Кстати, это напоминает и состояние хронической болезни, но в хронической патологии нет гармонической «прирученности» болезни, хотя дано уже постоянное проникновение болезни в здоровье, и исчезает их отделение друг от друга. Где-то рядом должен лежать какой-то особый режим «мета-саногенеза», нужно только как-то мельче «раздробить» болезнь и равномерно погружать ее в здоровье. Этот метод можно было бы называть *методом диспарантного погружения*. Возможно, это не единственный метод метасаногенеза.

Подводя итог, я хотел бы заключить, что в рамках Эго-языка каждая наша болезнь – это некоторое послание к нам со стороны нашего «большого Эго», и это послание мы должны тем или иным образом попытаться понять и поставить себе на службу, по возможности в более союзнических формах между Эго и альтер-Эго. Задачи философии медицины видятся с этой точки зрения в том, чтобы попытаться донести до врачей принципы нового Эго-тропного мировоззрения, в рамках которого впервые смогут соединиться методы современной и будущей науки и философия Эго-языка. Без этого борьба человечества со своими болезнями по-прежнему будет носить характер войны с самим собой, в которой ни одной из сторон невозможно будет окончательно одержать победу.

Философское осмысление феномена здоровья

Ю.М.Хрусталев, З.А.Кулиев

Эпоха техногенной цивилизации в немалой степени удивила и продолжает удивлять людей своими революционными достижениями в области науки, техники, технологии, но особенно в научной медицине. Сегодня ученые и медики творят поистине чудеса в борьбе со смертностью, разнообразными заболеваниями. Современные медицинские кадры наряду с глубокими научными знаниями и медицинскими умениями обладают еще и немалыми интеллектуальными способностями, осознанием нравственного долга своего общественного предназначения, ясного понимания сути и смысла своей особо гуманной деятельности. Но интересы национальной безопасности требуют от современной медицины сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости, инвалидности, смертности. А они пока катастрофически растут и растут.

Именно поэтому одной из важнейших, да и сложнейших проблем человеческого сообщества была и остается проблема сохранения и укрепления здоровья людей и общества в целом. Между тем современная медицина, призванная всемерно решать эту проблему, уделяет ей весьма незначительное внимание, сосредоточиваясь больше на задачах лечения разных болезней. Звучащий в современной системе здравоохранения тезис о необходимости профилактики болезней больше декларируется, чем претворяется в жизнь. И даже при его успешной реализации, он далеко не исчерпывает всех аспектов поддержания и тем более укрепления здоровья в обществе. Кстати, эта проблема не может

исчерпываться только медициной. Она уходит своими корнями в глубинные пласты человеческой культуры и, в частности, науки, философии, искусства, религии и т.д..

Процесс развития медицины, несмотря на ее очевидные успехи и блага, которые она несет людям, имеет и ряд существенных негативных компонентов, которые выражаются в неких тенденциях, скрытых от глаз неспециалистов. Современная медицина, как это не покажется странным, становится сегодня все более важным фактором в жизнедеятельности человечества, вызывающим глобальные кризисные тенденции в общественном развитии. Главным из них становится то обстоятельство, что современная медицина объективно становится неким социальным инструментом тотального воздействия на весь человеческий род и отдельного человека. Хотя каждый компетентный акт медицинского воздействия на людей выглядит как несомненное благо (борьба с болезнями), однако интегральный его эффект в отношении человека как такового не выглядит уже столь однозначным.

Сами ученые и медики утверждают, что медицина в немалой степени как бы блокирует механизмы естественного отбора в борьбе за жизнь тяжело больных людей. Она объективно сохраняет жизнь прежде всего слабых и болезненных человеческих особей, тем самым способствует засорению генотипа человечества «неполноценными» генами. Так, например академик И.В. Давыдовский считал, что медицина делает человека носителем новых, цивилизационных болезней при их чрезвычайном разнообразии[9]. А по мнению известного генетика академика М.П. Дубинина, в наше время уже почти 10% новорожденных несут в себе генетические отклонения. А около 3% детей умственно неполноценны. Еще 10% страдают пограничными формами умственной недостаточности[10].

На наш взгляд, прав выдающийся врач и мыслитель академик Н.М. Амосов в своем воззвании к людям: «…не надейтесь на медицину. Она неплохо лечит многие болезни, но не может сделать человека здоровым. Пока она даже не может научить его, как стать здоровым... ». Но эту непростую задачу способна решать, и успешно решает медицинская философия. Она вырабатывает гуманные принципы и правила формирования здоровых (в нравственном, психическом и физиологическом отношении) людей. Для того, чтобы человек сохранил и укрепил свое здоровье, он в духе И. Канта должен сам позаботиться, чтобы его жизнедеятельность имела общечеловеческий (гуманный) продуктивной смысл и значение. Она должна быть социально активной и творчески-созидательной.

Ныне гуманно мыслящие ученые и медики справедливо заявляют, что человечеству все более угрожает приближение генетического кризиса в человеческой жизнедеятельности. А это объективное обстоятельство решительно ставит на повестку дня вопросы не только выработки методов достижения его минимизации, а и определения нового комплекса научных мер и философско-нравственных аспектов в познании и осмыслении творческих актов биомедицинского вмешательства в естественные механизмы эволюции человека. Это касается прежде всего морально-нравственных проблем современной медицины, а также вопросов методологического и мировоззренческого характера в биомедицинском исследовании человека, клинических испытаний и его нетрадиционного лечения.

Более частной проблемой, но имеющей уже глобальный смысл, является отношение ученых и медиков к научному познанию и философско-нравственному осмыслению эволюции человеческого организма. Речь идет об их отношении к сохранению естественных параметров в жизни человека и созданию новых искусственных форм и видов. Это касается не только вновь приобретенных физиологических свойств, а и изменении внутреннего психического и духовно-имманентного мира человека. Многие обстоятельства, сопровождающие процесс глубокой модификации человеческого организма и личности, возникают во многом в связи с воздействием медицины на

---

[9] см. Давыдовский И.В. Общая патология человека. М., 1969.

[10] см. Дубинин Н.П. Что такое человек. М., 1983.

человека, либо ведут к таким изменениям психических и физиологических процессов, которые вторично ее затрагивают.

Современная медицина, помогая тяжело заболевшим людям, невольно воздействует на ухудшение здоровья всех последующих поколений. Это утверждение можно обосновать хотя бы тем обстоятельством, что технически и технологически врачебное искусство лечит многие тяжелые болезни, но при этом вынуждено ухудшать здоровье потомков, поскольку им «вылеченный человек» передает свои, отягощенные цивилизацией гены. Накопление в организме человека патологических генов со временем приведет к уничтожению естественных генетических линий. Поэтому прогресс медицины, природно-экологические и социально-культурные деформации рассматриваются философами науки и медицины как некий единый процесс «трансформации вечности в удовольствие».

Да, надо признать всем, что в процессе культурного саморазвития человечества, вступления его в эпоху техногенной цивилизации, человек как бы теряет себя, деградируя в качестве биологического объекта. По мере расширения цивилизационно обусловленных процессов эволюции человека, механизмы регуляции физиологических функций становятся у него все менее самодостаточными. Самонедостаточность ныне объективно проявляется в росте количества и изменения качества заболеваний, развивающихся вследствие нарушений регуляции ряда естественных функций. Механизмы регуляции физиологических функций все более перекладываются на так называемые внеорганизменные институты. Современная медицина вынуждена заботиться о регуляции ряда биохимических, электрофизиологических и др. параметров, например, артериального давления, концентрации глюкозы, кислотности желудочного сока и т.д. Для сохранения здоровья популяций искусственно регулируется уровень холестерина, витаминов, микроэлементов и др.

Итак, чем все более эффективно воздействует медицина на человека, чем все более цивилизованнее становится сам человек, тем больше он теряет способность противостоять новым жизненным трудностям. Тем все более он нуждается в том, чтобы защищать свой организм, свою психику от внешних воздействий с помощью новых медикаментов и других искусственных средств. Естественно возникает вопрос: а может быть отказаться от услуг современной медицины, да и вообще прекратить цивилизованное развитие человечества? Нет, конечно, это просто в принципе невозможно. Но выход есть, и он сам по себе вполне цивилизован. Во-первых, необходимо все научные исследования в медицинской сфере подчинить новым биоэтическим принципам и нормам. И, во-вторых, проблемы сохранения здоровья должны быть заботой всего общества и самого человека, а не только медицины.

Сегодня беспрецедентное вымирание населения в России и сверхнизкая рождаемость не может не беспокоить всех россиян, но прежде всего правительственные органы и, конечно, научную и философскую общественность. Ныне положение с демографией если еще и не трагичное, то весьма драматичное. Причин такого положения, конечно, много. И одной из главнейших ученые называют социально-экономическую. Это справедливо, но не совсем. Есть еще не менее важная причина – это *нравственное разрушение* сознания людей. Погоня за прибылью любой ценой, стремление к личному обогащению, а точнее - созданию некоей *эфемерной* комфортности, создают в обществе бездуховную ситуацию. Она поразила ныне фактически все сферы жизни россиян. Они почувствовали реальную угрозу своему существованию, исходящую от «дикого» капитализма.

Не случайно, что в последнее время проблемы здоровья россиян оказались в центре внимания не только медиков, но и философов, священников, других работников культуры. А дело все в том, что в России произошли радикальные перемены в общественной жизни: принципиально изменилась политико-экономическая и социально-культурная обстановка в стране, исчезли многие привычные ценностные ориентации граждан. Произошел резкий разрыв между бедными и богатыми. В связи с этим психическая и физиологическая жизнь большинства россиян утратила даже иллюзорную

устойчивость. Сложившаяся ситуация в стране требует ныне в обществе незамедлительного врачевания общества и его граждан, ибо процесс общественного разложения может стать необратимым.

Озабоченные драматической и даже трагической ситуацией в стране многие светские и религиозные общественные организации, известные прогрессивные деятели: литераторы, ученые, медики, священники сегодня, как никогда в прошлом, возвышают свой голос в создание социального благополучия россиян и защиту их здоровья. В этом большая заслуга принадлежит Всемирному русскому народному собору, который даже в самые трудные для России времена сеял среди народа не только семена духовности, гуманности и социальной справедливости. Ведь без этих качеств наш человек не только не может быть здоровым, а и жить по-человечески просто не в состоянии.

В начале марта 2007 года в Москве прошел очередной - XI Всемирный русский народный собор. На нем обсуждалась весьма претенциозная тема - «Богатство и бедность: исторические вызовы России». И это не случайно. Российское общество впало ныне в особо болезненное состояние, которое не может не сказываться на благосостоянии и здоровье людей. Сегодня, например, в России почти треть граждан живет за чертой бедности. А разница доходов самых богатых и самых бедных в стране достигает 25 раз. Тема пропасти между богатством и бедностью в России стала чрезвычайно острой, даже катастрофичной. Ведь страна уже зашла за ту черту, когда бурное общественное гниение последних лет начинает перерастать в распад всего и вся.

Неблагоприятная социально-экономическая ситуация в стране усугубляется еще и социальной и философско-культурной апатией многих государственных деятелей в сфере здравоохранения. Рухнула пенсионная реформа. Минимальная пенсия менее 1500 руб. не дотягивает даже до прожиточного минимума – 2290 руб. И в этих условиях из пенсионного фонда было изъято и передано коммерсантам половина его ресурсов. В одном из посланий президент России В.В.Путин заявил: «Каждый должен сам позаботиться о своем достатке в старости». Так и получается на практике. Положение с бесплатными лекарствами стало просто катастрофическим. Врачи перестали выписывать «бесплатные» рецепты, а из аптек пропали препараты из льготного списка. Страна уже стонет от лекарственного кризиса.

На Всемирном русском народном соборе было весьма категорично заявлено, что современное распределение продуктов труда в России становится все более и более социально несправедливом. Но это пока не трогает «сильных мира сего». Так, буквально накануне открытия Всемирного народного собора федеральный министр господин Г.Греф официально и даже с неким самоудовлетворением заявил, что разрыв между богатыми и бедными значительно вырос. И что это действительно так, свидетельствует хотя бы такой прискорбный факт. Российский миллиардер Роман Абрамович собирается купить, к примеру, некий стамбульский элитный особняк за сумму, *значительно* превышающую заложенную в государственный бюджет на лекарства для инвалидов.

И совсем не случайно, что XI Всемирный русский народный собор провозгласил, что духовное и материальное благополучие народа и самосохранение российского общества возможны будут лишь в том случае, если в обеспечении нормальной жизни россиян, сохранения здоровья и минимального благосостояния всех граждан России безусловным станет приоритет социальной справедливости при распределении материальных средств. Это самая конструктивная база для решения острейших проблем современной России и для ответа на вызовы, которые породила смертельная для России либеральная политика.

Методические подходы в изучении биоэтического правила информированного согласия

В.Ф.Москаленко, А.И.Егоренков, А.П.Яворовский

Проблема формирования биоэтических представлений у будущих врачей - одна из актуальных проблем высшего медицинского образования на Украине. В последние годы в Украине активно формируется национальная биоэтическая концепция: проведены два Национальных Конгресса по биоэтике (2001, 2004 гг., в октябре 2007 г. планируется 3 Национальный Конгресс), несколько международных симпозиумов (под эгидой Украинской Ассоциации по биоэтике), создан общественный Совет по защите прав пациентов, формируются и работают экспертные биоэтические комиссии (в том числе и в Национальном медицинском университете им. А.А. Богомольца). В 2005 году Высшая аттестационная комиссия (ВАК) Украины приняла решении (№ 160) об обязательной этической экспертизе всех диссертационных работ в области биомедицины. В украинском законодательстве постепенно формируется система законов «биоэтического» профиля. Например в законе «О защите животных от жестокого обращения» (№3447-IV от 21 января 2006 года) есть специальная глава, посвященная правилам использования животных в научных исследованиях. В декабре 2004 году был принят Закон "О запрете репродуктивного клонирования человека" (N 2231-IV от 14.12.2004 г.). Подготовлен и опубликован закон «О правах пациентов». Такая активная работа, проводимая научным и законодательным сообществом Украины в сфере биоэтики, дает серьезные основания надеяться на позитивные результаты и в сфере биомедицинского образования.

Одним из основных и фундаментальных понятий биоэтики, требующих активного внедрения в систему медицинского образования для формировании профессиональных качеств будущего врача или специалиста в области биомедицинских исследований является понятие о правиле «информированного согласия» (informed consent) пациента (испытуемого) при участии в биомедицинских исследованиях. Но разработка учебной методики по формированию у будущих врачей представлений об «информированном согласии» требует специальных дидактических исследований и специальных подходов. В настящее время существуют различные точки зрения на преподавание биоэтики. Этот факт, а также указанные ниже причины делают необходимым и актуальным проведение соответствующих дидактических исследований. Причины, приводящие к необходимости дидактических исследований по проблеме биоэтики, следующие:

- Наличие в биомедицинской практике сложных этических коллизий, когда критерии применения правила «информированного согласия» становятся не очевидными и требуют навыков профессионального этического анализа
- Необходимость при изучении правила «информированного согласия» сформировать у будущих врачей (исследователей) представления о нем не как о «техническом приеме», а как части личного и профессионального мировоззрения
- Необходимость создания определенной системы в изучении, которая бы органически связывала это правило с другими принципами и правилами биоэтики (правило правдивости, конфиденциальности, справедливости и т.д.) и давала бы возможность непрерывного раскрытия его содержания в течение разных этапов медицинского образования (от довузовской до постдипломной) и навыков применения в разных обстоятельствах биомедицинской практики.

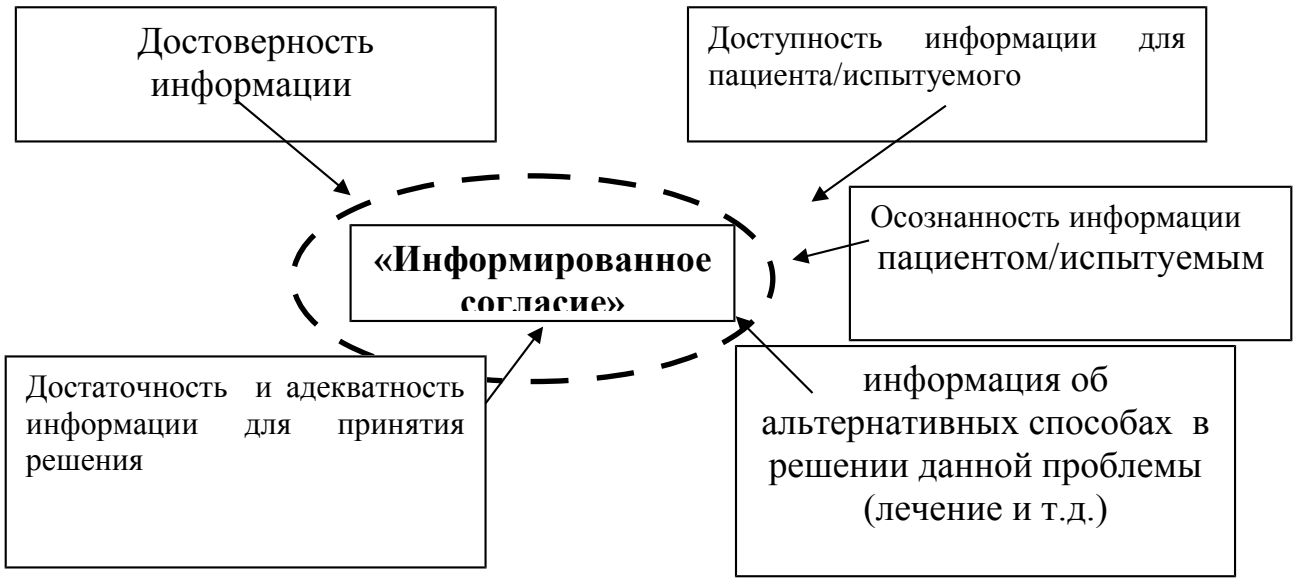
Предлагаемый нами дидактический подход в изучении правила «информированного согласия» предполагает:

- соответствие структуры и содержания этого принципа самому процессу формирования у студентов-медиков представлений о содержании и особенностях применения этого принципа на практике (при анализе биоэтических коллизий).
- «эволюционность» в формировании и «вызревании» этого элемента профессионального врачебного мышления, с учетом особенностей «личностно-ориентированного» обучения будущих врачей.

Для реализации правила «информированного согласия» в своей профессиональной деятельности студенты должны получить следующие представления:

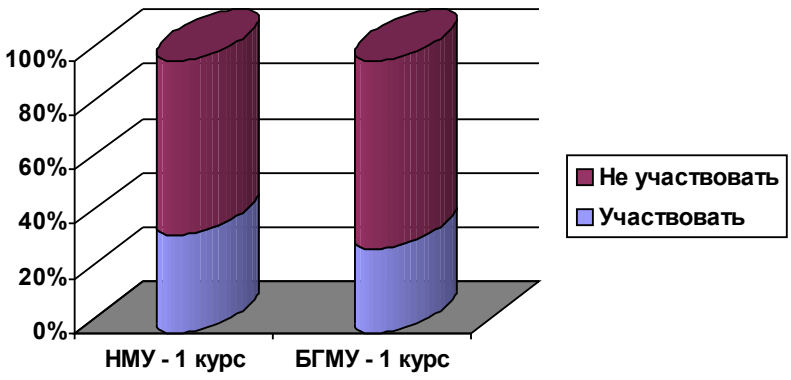
1. функциональное назначение (цель) «информированного согласия» в биомедицинской практике (со стороны пациента/испытуемого, со стороны врача/исследователя)
2. исторические причины появления этого правила в медицине и специфика национального менталитета в его восприятии
3. понятийный аппарат, с помощью которого формулируется правило информированного согласия
4. процедура реализации этого правила
5. уровень реализация этого правила в законодательных нормах (международных, национальных)
6. проблемы и ограничения, возникающие при реализации этого правила в практике

Для выработки дидактических подходов нами проведен анализ различных международных, национальных документов по «информированному согласию» в медицине и биомедицинских исследованиях, а также анализ реальных ситуаций, возникающих у исследователей-медиков при реализации этого правила. Проведенный анализ показал, что для профессионального понимания этого правила необходимо в процессе обучения раскрыть перед студентами-медиками содержание следующих «информационных» характеристик этого правила:



Для создания эффективной дидактической системы по изучению «информированного согласия» в высшей медицинской школе необходимо также знать, на какую этическую и мотивационную почву будут накладываться современные представления о нем как одном из основных правил биоэтики. Без учета этого фактора изучение понятия «информированного согласия» будет формальным и неадекватным его важности для профессионального мышления врача в контексте общих этических требований по защите прав пациентов и испытуемых. Для решения этой задачи мы провели предварительное анкетирование студентов-медиков. В анкетировании участвовали студенты медицинских высших учебных заведений Киева (НМУ им. А.А. Богомольца, студенты 1 и 2 курса, ~200 человек) и Минск (БГМУ, студенты 1 и 2 курса, ~ 150 человек), не изучавшие ранее биоэтику как дисциплины. Поэтому их «биоэтические» представления отражают в большей степени психологические и жизненные установки, а не «заученные» формальные правила и нормы. Для иллюстрации предлагаем результаты по следующему вопросу анкеты:

<u>Вопрос:</u> Если бы Вам предложили участвовать в официальных биомедицинских исследованиях на благо общества (например, для разработки нового лекарства от «неизлечимой» болезней и т.д.) на испытуемых, относящихся к маргинальным слоям общества (преступники-осужденные за серийные убийства, насильники и т.д.), но без их «информированного согласия», то, как бы Вы поступили?



«УЧАСТВОВАТЬ»: НМУ (Киев) - 1 курс: 36%, НМУ (Киев) – 2 курс: 35 %, БГМУ (Минск) – 1 курс: 31 %

<u>Комментарии студентов-медиков (по результатам анкетирования в Киеве и Минске):</u>

- У этих людей появляется возможность сделать что-то полезное на благо общества
- Эти люди должны таким образом вернуть «долги» обществу
- Эти люди не заслужили хорошего к себе отношения
- Это лучший выход, чем привлечение добровольцев
- Сами виноваты
- Риск негативных последствий для этих людей будет способствовать улучшению общества
- Для общества это хорошо
- На таких «подопытных» нельзя распространять человеческие права
- Цель оправдывает средство
- Это будет их плата за злодейства
- Они должны искупить свою вину перед обществом
- Для блага прогресса
- Успеха в медицине без жертв не бывает
- Это поможет спасти более «ценных» людей
- Такие преступники «не-люди» и к ним надо относится как к животным
- Для них это все равно лучше, чем высшая мера
- «Павшие» люди все равно неисправимы, а это хоть какая-то мера искупления
- Им все равно, они «заслужили это», а новые разработки могут спасти жизнь многих людей

В результате наших исследований выяснилось, что начало процесса изучения студентами-медиками биоэтики (и правила «информированного согласия» в первую очередь) будет проходить на «фоне» личностного предпочтения своей собственной (врачебной, профессиональной) точки зрения на тактику лечения, т. е. доминирования патерналистской модели отношений в системе «врач-пациент», в ущерб мнению пациента и мнению своих коллег-медиков. При этом в отношении к проблеме возможного

рискованного экспериментирования в разработке тактики индивидуального лечения существует большой разброс мнений.

Учет всех указанных выше факторов (процедура получения «информированного согласия», раскрытие содержание этого понятия в историческом и содержательном плане, учет мотивационных установок студентов-медиков и т.д.), в значительной мере влияющих на создание эффективной дидактической системы, позволил нам создать специальные биоэтические задачи. Процедура индивидуально-группового анализа таких задач позволяет не только раскрыть перед студентами-медиками содержание правила «информированного согласия», но и связать это правило в единую систему с другими правилами и проблемами биоэтики. Именно такой подход и является «сверхзадачей» данной методики.

В заключении отметим, что наше общество стоит перед системной задачей развития надежных механизмов реализации «свободы выбора» в биомедицине. А это, в свою очередь, с необходимостью требует внедрения в общественное сознание (в том числе и через систему образования) представлений о таком фундаментальном правиле современной биоэтики, как «информированное согласие». Решение такой задачи приведет, по нашему мнению, к повышению уровня личной и социальной ответственности врачей и исследователей, снижению рисков негативных последствий внедрения новых биомедицинских технологий. Кроме того, методологические особенности «информированного согласия» в проведении биомедицинских исследований могут стать хорошей основой для реализации межпредметных связей при изучении дисциплин гуманитарного и естественно-научного цикла в высшей медицинской школе, для развития профессионального мышления будущих врачей.

Здоровье и социокультурная коммуникация

Бурлина Е.Я.

1. Определения «здоровья» *Всемирной Организацией Здравоохранения* основываются, как известно, на единстве физического, психологического и социального благополучия.
2. В культуре, социальных и коммуникативных процессах здоровье как здоровое бытие человека в социуме предполагает нечто другое:

«жизнь по определенным правилам»; «смысл бытия». См. словарь В. Даля.

Как писал Достоевский: «Человек живет не только для того, чтобы жить, но и чтобы знать во имя чего он живет». В понятие «жизнь» включены понятия «ЗДОРОВЬЕ», «ЦЕННОСТИ», «СМЫСЛ ЖИЗНИ». Люди сплошь и рядом отдают свое здоровье и тратят свои силы на некоторые символические цели. Однако, достижение этих целей мотивирует их и продляет им жизнь.

3. Следовательно, понятие «здоровья» в медицинском аспекте и понятие «здоровья-жизни-бытия» в социокультурном аспекте не только не совпадают, но стоят как бы перпендикулярно друг к другу, указывая на разные характеристики.

<u>ВОПРОСЫ проективного научно-педагогического порядка:</u>

Было ли это всегда, во всех обществах?

В какой мере подобная разнонаправленность характеризует разные социальные группы (с точки зрения возраста, образования, состояния здоровья и т.п.).

Насколько подобная разнонаправленность присуща другим, неевропейским культурам? Например, восточным – Китайским социокультурным коммуникативным

системам, в прошлом и настоящем; Индийским социокультурным системам; Южно-Американским социокультурным коммуникативным системам?

4. Получается, что потребности сохранения здоровья и потребности занять положение в обществе – разнонаправлены, как мы сказали – перпендикулярны. Они РАЗРЫВАЮТ человека как Лейденские банки, тянут его в разные стороны.

Чтобы хорошо учиться, хорошо работать и т.п. человек должен столько работать, что он нарушает здоровый режим питания, мышечной активности. Словом, как говорят про немцев: «Они живут, чтобы работать»; как говорят про русских «русский синдром равнодушия к здоровью».

ВОПРОСЫ ВРЕМЕНИ как интегральной категории для исследования данной проблемы:

Какие стратегии времени, планирования времени можно порекомендовать человеку, чтобы сбалансировать претензии социума и потребности организма?

Какие стратегии развития можно порекомендовать обществу, чтобы сбалансировать претензии потребления и потребности экологии?

5. Современное развитие медицины и всего комплекса биомедицинских наук ставит новые вопросы о согласовании «здоровья» и социокультурных ценностей: вопросы трансплантации органов, клонирования, регулирования здоровья на клеточном уровне и уровне нанатехнологий.

ВОПРОСЫ БИОЭТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:

Во-первых, общество ставит вопросы о том, допустимо или недопустимо подобное вмешательство и подобные способы продления жизни (проблемы доноров, допустимости использования тканей даже мертвых людей и т.п.); во-вторых, большинство из новых способов продления здоровья и жизни требует особых финансовых оснований: при наличии денег человек может купить себе новый глаз, новую печень, почку, новый сустав и т.п. Не значит ли это, что медицина будущего теряет свою гуманность, милосердие и демократизм. Кому позволено будет выжить?

Онтологическая локализация страдания, действие и феномен лиминальности в современных структурах врачевания

П.Д. Тищенко

Написанная во время немецкой оккупации Франции книга Жоржа Кангильема "Нормальное и патологическое" начинается примечательным рассуждением: "Действие нуждается в локализации. К примеру, как можно подействовать на ураган или землетрясение? Поэтому, первичная потребность в онтологической теории болезни несомненно определена потребностями терапии. Когда в существовании каждого заболевшего человека мы обнаруживаем избыток или недостаток чего бы то ни было, то возникает уверенность, что потерянное можно будет как-то компенсировать, а избыточное удалить. Это вселяет надежду на победу над болезнью - даже если она является результатом сглаза, магии, или одержимости"[11]. Одновременно, как считает Кангильем, онтологическая "локализация" страдания не только позволяет врачевателю "видеть" то, на что направлено его действие, но и создает язык желания пациента, провоцирует встречную мощную потребность (настоятельную нужду) в получении помощи.

Новоевропейская культура имеет два привилегированных мира локализации событий: мир как природа и мир как история. В этом смысле страдание, с которым имеет дело врач,

[11] *Canguilhem G.* The Normal and the Pathological. Zone Books - New York, 1991, p. 39

имеет два плана – биологический и биографический. Каждый из планов в отношении друг друга может занимать положение внешнего и внутреннего, следствия и причины. В традиционной «соматической» медицине биографически явленное (выраженное во вне, как некое следствие скрытых причин) плохое самочувствие может быть объяснено теми или иными телесными изменениями (воспалением, опухолью, действием наследственных факторов и т.д.). И обратно, в широком спектре практик врачевания, которые условно назову «психо-соматическими», соматическое нарушение (как внешнее проявление) объясняется некоторыми биографическими событиями – как «внутренними», скрытыми от профанного взгляда причинами. Соответственно онтологической локализации страдания, т.е. определенного различения в ситуации внешнего и внутреннего, строятся практики оздоровления.

Событие заболевания втягивает в определенного рода структурные отношения, которые, усваиваясь вовлеченными в него людьми, производят исторически специфические типы самоидентичности "врачей" и "пациентов", играющих соответствующие конкретному социальному контексту роли. При этом принятие роли (акт самоидентификации) является творческим процессом самопреобразования человека, в котором ключевое место занимает вписывание события заболевания в удвоенный жизненный мир как “страдающего” (пациента), так и деятельно “со-страдающего” (врача). С одной стороны, заболевание вписывается в порядки объектных (в широком смысле биологических) отношений, становясь "болезнью", а с другой - в историю жизни человека, превращаясь в факт его биографии.

В докладе будет показана архитипическая общность ритуалов врачевания в системах, имеющих различные типы онтологической локализации страдания – шаманизме, естественнонаучно ориентированной медицине и психоанализе. Ритуально совершаемые *лиминальные переходы* врачевания структурно ориентированы относительно трех концептов: смерти, истины и власти. Терапевтическая эффективность ритуала исцеления будет продемонстрирована на примере заведомого обмана в шаманизме, псевдо реминисценций в психоанализе и плацебо в традиционной медицине.

Особое значение имеет промежуток между миром страдания как объективно данным и как данным в формах исторического рассказа. В нем происходит "гештальная метаморфоза" – гештальт (целостный образ), в котором страдание предстает объективно, и гештальт, в котором оно же выступает как фрагмент историй жизни врача и пациента, оказываются способны к взаимопреобразованию.

Бытие в промежутке гештального переключения формирует парадоксальную самоидентичность человека оказавшегося в ситуации страдания, которая предварительно может быть обозначена как "игра могу-щества" - могу представить происходящее в структурах рассказа, могу - в причинных отношениях объективного мира. Причем у этого "могу" нет онтологического основания как некоторой единственно истинной локализации – их всегда может быть много. В режиме "промежутка" - любое прояснение случившегося или возможного выбора "могу" всегда будет сведением либо к причинам объективного мира, либо к смыслам так или иначе укорененным в реальности истории (поступка). Поэтому уместней говорить о парадоксальном безосновном основании как некотором «начале» - бытии в возможности всех тех онтологических локализаций страдания, которые выступают в роли априорных условий врачебного действия определенного типа.

Предложенное философское истолкование смысла (локализации) врачебного действия будет спроецировано на существующие в современной медицине три основных типа врачевания.

1. Медицинская модель характеризуется:

а) отношением к страданию как болезни;

б) целью врачевания в форме нормализации (исправления) нарушенных функций организма или предупреждения патологических отклонений путем непосредственного воздействия на организм человека (например, в форме вакцинации);

в) представлением о враче как знающем и умеющем активном субъекте оказания помощи и пациенте как пассивном незнающим и беспомощном субъекте.

При этом болезнью (*disease*) я именую страдание человека, определенное через совокупность объективно регистрируемых характеристик нарушенной жизнедеятельности организма. Синоним – *биологический план страдания*. Составляет содержание традиционного профессионального знания врача.

2. Социальная модель характеризуется

а) отношением к страданию как заболеванию;

б) целью врачевания, которая включает как цели классической медицинской модели, так и нормализацию образа жизни пациента - в смысле реабилитации или абилитации, а так же в смысле профилактики на основе учета факторов риска;

в) представлением о враче и пациенте как активных субъектах, каждый из которых обладает специфическим знанием и специфическими навыками (умениями), которые необходимы для достижения совместных целей.

В данном контексте я понимаю *заболевание* (*illness*) как страдание человека, представленное в единстве биологического и биографического плана.

3. *Экзистенциальная модель (модель паллиативной помощи)* характеризуется

а) отношением к страданию как заболеванию;

б) целью оказания помощи является обеспечение достойной смерти за счет облегчение страдания умирающих пациентов комплексным воздействием на биологическом и биографическом уровне;

в) представлением о пациенте, враче, медсестре и других экспертах (включая священников) как равноправных партнерах по оказанию помощи.

В современной культурной ситуации каждая из моделей врачевания допускает сочетание различных типов локализации. Пациент может одновременно посещать и обычного врача, и психоаналитика, и шамана, и целителя и т.д. Причем, как показывает статистика, обращение к архаичным ритуалам врачевания растет по мере роста образовательного уровня пациентов.

Философское осмысление мировоззренческого кризиса современной медицины[12]

М.А.Пронин

Сегодня медицина (мы рассматриваем, прежде всего, страны бывшего СССР) как социальный институт, как область производства нового знания и как особая сфера культуры переживает качественную трансформацию.

Как область производства нового знания медицина (и отечественная, и мировая) переживает качественную трансформацию своих парадигматических оснований, что не может не усугублять социальную картину последствий (результатов и эффектов) демократических реформ и либеральных инноваций в странах бывшего СССР.

Если рассматривать ситуацию парадигматических сдвигов современной медицины в широком контексте, на философском уровне осмысления, то речь сегодня идет о проблеме синтеза космоцентрической и антропоцентрической перспектив в рамках постнеклассического этапа развития науки. Данный этап наметился с 80-х годов XX века

[12] Работа выполнена при поддержке РГНФ, в рамках проекта «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а.

и, согласно В.С. Степину,[13] связан с включением в схему рациональности, в схему производства научного знания наряду с объектом, инструментом (средствами научного познания) и самого субъекта исследований. В такой ситуации принципиально важной становится теоретическая проблема универсальности антропологических теоретических моделей применительно к человеку-объекту, человеку-инструменту и человеку-субъекту схемы постнеклассической научной рациональности. Иными словами, ставится вопрос об адекватности инструментария и объектному, и субъектному пространству (реальностям, онтологиям) одновременно. В этом и состоит проблема синтеза космоцентрической (объектной) и антропоцентрической (субъектной) перспектив постнеклассической науки и медицины, что должно, например, на методологическом уровне проявиться в снятии проблемы экстернализма – интернализма, заключающейся в «вольности» или сложности «правильного» отнесения некоторых конструктов к инструментарию или субъекту в схеме рациональности. К слову, такое решение может быть получено на основе решения задач подобия, инвариантности и определения минимального пространства показателей (признаков), относительно которого могут быть получены все остальные показатели (признаки).[14] Одновременно, можно добавить, что развиваемые ныне интегративный подход и интегративная, интегральная медицина не адекватны такой постановке задачи ситуационного анализа.

Глобальная парадигматическая трансформация предопределяет необходимость не только рассмотрения онтологических, ценностных и гносеологических оснований субъектного мира исследователя, но и субъектного мира практика – врача, выступающего в роли «живого инструмента» исследования, и, наконец, в третьих, субъектного мира человека-объекта (в нашем случае потребителя услуг в области здравоохранения).

В своей последней работе Н.А. Носов (1952 – 2002) – создатель Центра виртуалистики Института человека РАН, - рассматривает современную социологию медицины как отражение ее когнитивных (знаниевых) структур и для этого анализирует зону медицинской практики, где проявляется виртуальный конфликт – неадекватность парадигматических оснований классической и неклассической медицины природе феномена, в качестве которого рассматривается так называемая «бронхиальная астма»[15]. Гносеологическая неадекватность парадигматических конструктов современной медицины приводит к созданию целой индустрии – социальной сферы медицины, занятой попытками «решения проблемы» дыхательных аномий. Последняя работа Н.А. Носова построена на предварительно проведенном им не менее интересном анализе философии современной психологии.[16]

Существенная часть социальных проявлений современной медицины порождается онтологической пустотой философии классической и неклассической медицины относительно понятия здоровья, во-первых. Редуцированностью медицинского мировоззрения относительно полионтичной природы мира, во-вторых. И ущербностью ее гносеологического инструментария относительно виртуальной природы человека, его болезней и его здоровья, в-третьих[17]. Если формулировать сжато, то наблюдается разрыв между декларацией - определением здоровья человека, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), - и реальными, социально реализованными

[13] Степин В.С. Теоретическое знание. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. – 744 с.

[14] Пронин М.А. Постнеклассическая эпистемология: коренной вопрос и главные сдвиги онтологических оснований // «Философский теплоход»: материалы XXI Всемирного философского конгресса «Философия лицом к мировым проблемам». Стамбул, 10–17 августа 2003 года. Доклады российских участников. – Краснодар – Москва, 2004. – С. 275 – 278.

[15] Носов Н.В. Виртуальный конфликт: виртуальная социология медицины. – М.: Путь, 2002. – 140 с. – (Тр. центра виртуалистики. Вып. 18.).

[16] Носов Н.А. Не-виртуалистика (Современная философия психологии. – М.: Гуманитарий, 2001. – 56 с. - (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 12.).

[17] Подробные методологические выкладки представлены в: Пронин М.А. Здоровье как онтологическая проблема //Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. – М.: Институт человека РАН, 2003. – С. 77 – 83.

достижениями современной медицины. Собственно, сама формулировка понятия «здоровье», определяемого как состояние полного физического, психического, социального и духовного благополучия человека, предопределяет необходимость описать онтологическую структуру субъектного пространства здорового и нездорового человека, выходящую за рамки телесности и сознания, за рамки классической клиники внутренних болезней. Эта задача фундаментальной наукой до сих пор не решена. Посему врач общей практики попадает в очень непростую ситуацию. А врач был, есть и останется ключевой фигурой любой системы здравоохранения.

Итак. На уровне практики медицина, как всякий междисциплинарный вид человеческой деятельности, выступает в трех видах социального проявления одновременно: это научная дисциплина, определенный вид деятельности и определенный результат такой деятельности. Поэтому коротко рассмотрим каждую компоненту, входящую в определение здоровья ВОЗ, применительно к объекту (пациенту) и субъекту (врачу), и к системе здравоохранения (как к инструменту), с точки зрения научной дисциплины, вида деятельности и ее результата.

Физическое (телесное) неблагополучие низводит человека до положения больного и роли пациента – объекта медицинского лечения. Здесь врач выступает в роли субъекта – человека, отвечающего за судьбу и выздоровление больного. Дальнейшая профилактика и здоровый образ жизни – остаются, как говорится, на совести больного.

Психологическая помощь, кроме тяжелой психиатрии, рассматривает человека уже как субъекта – клиента, а врача или психолога – в качестве консультанта. Статус нуждающегося в помощи может быть определен через его страдание – «человек страдающий». Такое страдание нередко сопровождается и социальной дезадаптацией.

Социальное неблагополучие проявляется через отнесение человека к группе социального риска, и не столько больного, сколько человека, «попавшего в сложные жизненные обстоятельства». Объем помощи, оказываемой такому человеку, не исчерпывается медицинскими мероприятиями. Наряду с последними, включает зачастую обучение (переобучение), трудоустройство и иные социальные вспомоществования.

Понятие «духовное неблагополучие», как и светское понятие духовности, в настоящее время недостаточно разработаны. Превращение врача общей практики в идеолога, проповедника или целителя в рамках новой системы здравоохранения пока не обсуждается, хотя, например, механизмы аддиктивных расстройств (пристрастного поведения), таких как наркомания, игорная зависимость и т.д., имеют под собой и мировоззренческие (духовные) основания[18].

Не менее сложна проблема оказания помощи человеку, молодому в особенности, в поиске своего места в жизни, в профессии или «в строю»... При такой постановке проблемы мы должны рассматривать в качестве объекта исследований процессуально-событийный аспект субъектного пространства, его топологическую онтологию (онтографику?) и другие связанные с данной темой эпистемологические вопросы.

В этой связи, отдельные онтологические проблемы – создание «атласа нормальной и патологической» онтологии виртуальных объектов (*ВО)* субъектного пространства (иначе, внутреннего человеческого, антропологического, психологического, духовного и т.д.) и разработка основ системной типологии *ВО* (адекватной - динамической (?), - категориальной сетки).

Решение проблемы экспликации онтологии субъектных миров и описания их топологии осложняется необходимостью проработки внеязыкового («предъязыкового») пространства сознания (и интеллекта в частности) и разработки дескриптивных, императивных – командных (операторных) и ориентировочных (навигаторных), - языков описания, что следует рассматривать сегодня как важнейшие эпистемологические задачи постнеклассической науки.

---

[18] Смотри, например, пилотный номер журнала «Аддиктология». - 2005 , № 1.

Методически задача описания может быть сведена к выбору (конструированию, поиску) адекватных языков: декларативных, командных и ориентировочных. Языков, позволяющих произвольно и осознанно выбирать физически реализуемые, безопасные и развивающие человека траектории трансформации его внутреннего пространства при взаимодействии со сферой культуры, с социумом, с духовной реальностью и т.п.

В ближайшие годы исследовательской группой «Виртуалистика» Института философии РАН будет продолжена разработка теоретических и методологических проблем синтеза результатов междисциплинарных исследований *ВО* применительно к антропологическим основаниям философии постнеклассической медицины и медицинской виртуалистики в частности. Одно из прикладных исследований данного направления посвящено философским проблемам геронтологии и долгожительства. Не менее интересной и социально важной задачей станет концептуализация и философское осмысление синдрома жизненного истощения и его противоположности – феномена жизненного наполнения. Пока нет теоретически обоснованной, развернутой концепции синдрома жизненного истощения, надежных критериев выявления его носителей, данное понятие следует рассматривать как обладающую значительным эвристическим потенциалом метафору в моделировании кризисных факторов и процессов развития человека на индивидуальном и популяционном уровнях[19].

Целенаправленное развитие постнеклассической философской антропологии и медицинской виртуалистики – одного из ее парадигматических направлений, - позволят преодолеть отставание современной медицины от других наук, обусловленное ее социальным и духовным онтологическим инфантилизмом.

Интервальный подход и его приложения в биоэтике (анализ и интерпретация)[20]

Л.П.Киященко

Типология интервального подхода (анализ)

1. Интервальный подход (ИП) как методологическое, познавательное средство вырос из рассмотрения проблемы интервала абстракции. А сама «идея интервала абстракции – это идея философского осмысления онтологических и гносеологических предпосылок неуниверсальности (но не познавательной значимости) абстрактных моделей»[21], пишет М.М.Новоселов. В 60-е годы он, совместно с Ф.В.Лазаревым, разрабатывал идеи ИП в отечественной методологической литературе. По сути дела, в рамках ИП решался вопрос о «*мере* предметной истинности и границах применимости понятий и теорий»[22]. Дальнейшее развитие исследования интервального подхода привело к известной специализации в его рассмотрении. Выделилось сначала два вида его представлений: гносеологический (М.М.Новоселов) и онтологический (Ф.В.Лазарев), последний у его

---

[19] Пронин М.А. Виртуалистика сегодня: повестка дня философских исследований //Философия и будущее цивилизации: Материалы четвертого российского философского конгресса (24 – 28 мая 2005 г.) В 6 т. – М.: Б.и., 2005.- Т. 6.- С. 570 – 571.

[20] Работа выполняется при поддержке РГНФ в рамках проекта «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а.

[21] Новоселов М.М. Абстракция в лабиринтах познания (логический анализ). М.,2005.С.73

[22] В.И. Кураев, Ф.В.Лазарев. Точность, истина и рост знания. М., Наука, 1988. С.10

автора приобрел в дальнейшем более интеграционный вид – философско-антропологический[23].

2. Для нас существенным в использовании ИП в его гносеологической версии, толкуемым М.М.Новоселовым как интервал абстракции, то обстоятельство, что его нельзя определить точно. Он всегда остается «контролируемо неточным», что случается с некоторыми понятиями и в математических науках. Эта контролируемая недоопределенность проистекает из возможности двойного определении абстракции. А именно, само понятие абстракции разворачивается в некоторых границах, в интервале между «чистым отвлечением» в обобщении (Аристотель) и с сохраненным видением в целом того, «от чего отвлекаются» (Кант). Определенность в толковании понятия абстрактности может быть достигнута явным принятием одного из указанных пределов. Другая составляющая интервала уходит в фон, или, если воспользоваться образом Ф.В.Лазарева, становится «гносеологической тенью» (но от этого она, конечно, не перестает быть). В каких-то конкретных случаях эта «тень» может считаться избыточной, чрезмерно усложняющей ситуацию, и от нее отвлекаются.

Способность иметь две различные точки зрения в одно и то же время на один «предмет», как, например, в случае с определением абстракции, можно назвать способностью к «стереоскопическому видению» (У. Биделл Стэфорд). Способность, ведущая к постижению сложности. Это близко к способности видеть в едином многое, а в различном подобное. Или, как пишет П.Рикер, осознание конфликта между прежней несогласованностью и новым согласованием является прозрением подобного. «Удаленность» сохраняется в рамках «близости». Видеть *подобное* – значит, видеть одинаковое, несмотря на различие[24]. В свою очередь Н. Луман отмечает, что «различение требует внимания. Само различение должно обуславливать операцию вот эту и никакую иную. … Единство (операции) и различение (схемы наблюдения) должны актуализироваться «единым махом»[25], в этой конкретной ситуации «здесь и сейчас».

Фокусировка на различение, как в нашем случае, в способах возникновения абстрактного понятия, или, скажем, на «референтное расщепление: неоднозначность в референции» (Р. Якобсон) в случае метафорического взаимодействия буквального и иного смысла, ведет к принятию «интервальной ситуации». Она обладает структурой интервала. А именно условно выделенными границами-оппозициями, между которыми возникает напряжение порождения нового смысла, не сводящегося полностью ни к одному из выделенных пределов. Все это приводит к тому, по словам М.М.Новоселова, что «мы не можем говорить об «интервальной реальности» как упорядоченной структуре в математическом смысле термина «порядок». Если же мы хотим сохранить термин «структура», то с большой вероятностью следует ожидать структуру с «испорченным порядком». Пользоваться для ее характеристики такими понятиями, как «иерархичность», симметрия» и пр. следует с большой осторожностью. Интервальная структура, вообще говоря, не моделируется кристаллической решеткой, хотя в локальной области порядок, конечно, возможен. Таким образом, отправляясь от чисто логической (а не физической) точки зрения, интервальный подход *mutatis mutandis* оказывается в общем круге идей, провозглашенных синергетикой»[26]. И прежде всего в ее ориентации на отслеживание процессов становления порядка в ситуациях неопределенности. По большому счету можно сказать, что и сама синергетика как исследовательская научная программа в целом разворачивается между двумя условно выделенными пределами, между «бытием в становлении» и «становлением бытия».

---

[23] Ф.В.Лазарев, Б. А.Литтл. Многомерный человек. Введение в интервальную антропологию» Симферополь.2001,

[24] Рикер П. «Метафорический процесс как познание, воображение и ощущение»// Теория метафоры. М.,1990. С. 422.

[25] Луман Н. Дифференция. Логос.2006. С.17

[26] Новоселов М.М. Абстракция в лабиринтах познания (логический анализ). С.15.

Если оценивать ИП как устанавливающую-фиксирующую процедуру, как исчисление всякой теории действительного[27], как некоторую «шкалу мер», то, в первую очередь, надо иметь в виду ее неустойчивый самонастраивающийся характер, ориентированный на конкретные обстоятельства неопределенной ситуации, но в которой надо принимать решение. Вопрос об ИП как о «*мере* предметной истинности и границах применимости понятий и теорий» не является однозначным, поскольку сами границы являются лишь условно закрытыми. Если быть точнее, то они в принципе открыты. «Порядок», который устанавливает ИП в неопределенной ситуации, зависит от внешнего окружения. И в этом состоит расширение толкования ИП от понимания предлагаемого М.М.Новоселовым и Ф.В.Лазаревым. По преимуществу основное внимание ими было уделено тем случаям, когда разведенность пределов ИП, среда «между» ними «свертывается» в границу как таковую, которая не признает по-граничного окружения. Именно, в этих случаях Хайдеггер говорил об исчислении, которое «опредмечивает действительное». «Все равно, прослеживается ли тут путем каузальных объяснений вытекание результата из причин, составляется ли картина рассматриваемых предметов посредством их морфологического описания или фиксируется в своих основаниях та или иная системно-серийная взаимосвязь»[28]. Существенным в ИП, с нашей точки зрения, является качественное «измерение степени» выраженности «ускользающей предметности»[29] в условно принятых пределах. Можно рискнуть и назвать, по аналогии с постоянной Планка, подобный параметр ИП «переменной Планка».

3. Рассмотрение ИП в онтологической версии (Ф.В.Лазарев) позволяет сделать следующий шаг в его содержательном наполнении и дополнить гносеологическую мерность ИП онтологической. Этот шаг представляется правомерным, если онтологическое построение рассматривать в опосредованной зависимости от гносеологического инструментария, а последний считать небезразличным к особенностям моделируемой реальности. Существует необходимая зависимость между представлением о бытии и способе его познания. Но степень определенности представления о бытии неустойчива, если познание разворачивается в интервале между познанием бытия в становлении и становлением бытия. «Мера» степени определенности онтологического представления зависит от степени приближения к одному из составляющих рассматриваемого интервала. Степень определенности стабильного бытия, равного самому себе по форме и по сути, при возможном его изменении, превосходит степень определенности становления бытия, как нарождающейся его формы с соответствующим ему новым смысловым содержанием. Полнота и целостность представления о бытии в доопределении друг друга условно выделенных пределов интервала – бытия в становлении и становления бытия. Кардинальность выделенного интервала состоит в том, что бытие в становлении можно познавать из внешней позиции наблюдающего, объективно, но становление бытия можно наблюдать только изнутри самой ситуации становления, настраивая соответствующий инструментарий познания по всему спектру возможных отношений познающего с окружающим миром и с самим собой. Радикализация ИП в онтологической версии дает возможность рассматривать «в единстве, но неслиянно» две позиции познающего: объективистскую классического научного познания и субъективную объективность неклассического научного знания[30]. В этом главная дилемма современного научного познания, переживающего кризис становления новых методов и форм, ориентированных не только на предданные ***всеобщие***

---

[27] «Конечно, не надо понимать такое «исчисление» в узком смысле цифровых операций. Исчислять – в широком сущностном смысле – значит брать что-либо в расчет, принимать в рассмотрение, рассчитывать на что-либо, т.е. ожидать от него определенного результата». Хайдеггер М. Наука и осмысление// Время и бытие. М., 1993, с.252.

[28] Там же.

[29] Киященко Л.П. «В поисках ускользающей предметности.(Очерки о синергетике языка).М.ИФРАН 200

[30] См. Степин В.С., Лекторский В.А., Моисеев В.И., Киященко Л.П.

универсальные истины, но и учитывающие ***общезначимы***е ценности, возникающие при решении конкретных жизненно-актуальных проблем.

4. Философско-антропологическая версия ИП, являясь прямым следствием взаимодействия двух предшествующих его версий – гносеологической и онтологической. Она образует органическую целостность познания живого и живого познания, саморазвивающуюся систему отношений между архитектоникой внутреннего обустройства интервальной ситуации и внешним влиянием на нее.

Фундаментальной чертой бытия человека, пишет Ф.В. Лазарев, является то, что он – по своей природе – нигде не закреплен намертво ни с одним из конкретных контекстов, интервалов. У него существует принципиальная возможность перехода от одного измерения к другому. Все зависит от того, который из них в данный момент ценностно *или* сенсорно актуализирован, Человек с точки зрения интервального подхода образует сложно иерархизированную «голографическую модель», в которой каждый интервал рассмотрения претендует на свою, хотя и ограниченную, но «законченную в себе истину о человеке. Отдельные «образы человека» не исключают, а дополняют друг друга, *если мы научились фиксировать границы их адекватной применимости, а также концептуальные способы перехода от одного образа к другому*»[31].

«Активизм познания усмиряется мерой осознания возможности ошибок в очевидности принятых допущений относительно начала и цели исследования. В таком рассмотрении бросается в глаза заметная перекличка в предложенном понимании ИП с отмеченным еще древнегреческой мыслью, что «противоположности суть начала существующего»[32].

По мнению М. Элиаде, двоичное членение природы и общества является универсальной чертой человеческого мышления и проявляется в таких характеристиках, как полярность, антагонизм и дополнительность. Для Элиаде «код полярности» приобретает, с одной стороны, значение способа «прочтения» природы и человеческого существования, с другой – универсального системообразующего принципа, охватывающего все многообразие бинарных и дуалистических представлений.

Такое рассмотрение делает ИП многомерным и нелинейным, поскольку каждый ИП, предлагая свой инвариант решения интервальной ситуации, может образовать одновременно и/или последовательно еще не одну оппозиционную пару.

Допуская амбивалентность мысленного оценивания познаваемой ситуации означает шаги в сторону целостного ее в**и**дения. Поиски «золотой пропорции» целостного в**и**дения в структуре ИП окрашены человеческим выбором, в связи с необходимостью принять решение в конкретной ситуации, несмотря на ее недоопределенность. *«Знание само по себе не представляет ценности, если не сопряжено с выбором,* то есть принятием решения, и последующим действием – применением, которое снимает амбивалентность»[33].

Можно сказать, что ИП – в его антропологической версии, построенной на онто-гносеологическом взаимодействии типичный пример постнеклассики - современная версия классической методологии и философии науки.

История становления биоэтики с точки зрения интервального подхода (интерпретация ИП)

История биоэтики, насчитывающая немногим более полувека, является наглядным примером воплощения действия интервального подхода применительно к онто-гносеологическим аспектам мышления, находящимся в стадии становления. Биоэтика дает конкретный материал для его интерпретации.

---

[31] Ф.В.Лазарев, Б. А.Литтл. Многомерный человек. Введение в интервальную антропологию». С.35-36

[32] Аристотель. Метафизика, 986b

[33] Герасимова И.

Статус биоэтики, как все более становится очевидным, оформляется на пересечении как минимум двух составляющих: академической дисциплины, продолжающей традиции фундаментальных исследований в области теоретической биологии и медицины, и социального института, *взявшего на себя ответственность* за ее приложения. «В основе биоэтики лежат представления о недостаточности одностороннего медицинского истолкования телесного благополучия как цели врачевания, о насущной необходимости междисциплинарного диалога медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук, как и диалога с пациентами и представителями общественности. Только посредством такого диалога может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и уже на этом основании выработано современное понимание идеи блага и как цели врачевания для отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом»[34].

Биоэтика - это среда взаимоотношения между внутренним и внешним - между нормами научного исследования и общечеловеческими ценностями. Каждое из них, в свою очередь, может двоиться, показывая свою однозначно нередуцируемую сложность интервальной ситуации. Она представлена в известных казусах биоэтики, которые поднимают проблемы, что есть начало и конец жизни, эвтаназии, соотношения естественного и искусственного, нормы и патологии, неотменяемость универсальных ценностей культуры и житейская мудрость проживания конкретной ситуации каждым из нас в отдельности и т.п.. Каждая из этих проблем использует, с одной стороны, аналитическое познавательное средство – интервальный подход, который может стать темой аналитической антропологии. С другой стороны, в свою очередь, необходимо дополняется экзистенциально-феноменологической интерпретацией - философской антропологией. Однако особенность биоэтических проблем зачастую решается в ситуации дефицита времени на поиск оптимального решения, в желании уменьшить степени риска. Подобные ситуации традиционно описываются как "пограничные", кризисные, которые затрудняют анализ противоречивых мнений и суждений, позиция нейтралитета, объективизма, дается с трудом, если вообще дается. Интервальный подход как аналитический конструкт необходимо приобретает экзистенциальное измерение и разворачивается в топологию Пути каждого, кто втянут в биоэтическую ситуацию. Сложная структура биоэтических казусов, возникающих в интервале ответственности (перед научным сообществом, дисциплинарным знанием, обществом, универсалиями культуры) и свободы (в праве выбора своего личностного решения данной конкретной ситуации) может быть представлена в таких измерениях становления человеческого в познающем человеке: позиция – событие – поступок.

Поступок, который ведет по Пути, где « за пределами всякого образа и всякого логоса, невозможно, кажется, опереться ни на усвоенный *образ* мира, ни на усвоенный *образ* мысли. Оба образа тут как раз должны быть оставлены, они уже не могут служить *опорами,* разве что *путями,* причем путями выхода за собственные пределы»[35].

О сущности и смысле болезни в христианской нравственной антропологии

И.В.Силуянова

[34] Биоэтика. Вопросы и ответы. М., 2005. С.46

[35] А.В.Ахутин. Трансдукция// Поворотные времена. СПб. Наука.2005. с.302

Определение сущности заболевания, т.е. выявление закономерностей его возникновения, течения и исхода – основная проблема современной теоретической и практической медицины. Проникновение на молекулярный уровень «организации» болезни открывает все новые возможности для диагностики и терапии патологических процессов. Однако, углубляясь в клинико-анатомическую и генетическую сущность многочисленных заболеваний отдельных органов и функций, нельзя сбрасывать со счета понимание организма как единой целостной системы и человека как личности, живущей в «метафизической среде» смыслов, знаков и значений, социальных связей и нравственных отношений. Без знания закономерностей духовно-нравственной организации жизни личности, врач утрачивает способность видеть перспективу течения и лечения патологического процесса.

В течение многих лет обучения в вузе, последующих форм повышения квалификации врач постоянно включен в систему государственного образования, позволяющую совершенствовать понимание сущности той или иной патологии, форм, методов, средств ее лечения. Но знание, раскрывающее проблему смысла болезни, знание богословское по своей сути, остается, к сожалению, вне учебных программ.

Тем не менее, не только пациенты, но и многие врачи ставят перед собой вопросы о смысле болезни - «за что?», «почему?», «что это означает?». Особенно часто такие вопросы возникают, когда болезнь внезапно поражает практически здоровых людей, ведущих здоровый образ жизни, или когда неизлечимо заболевают дети, или когда, казалось бы, испытанные и эффективные медицинские средства оказываются бессильными, и человек умирает. Как говорят, в своих попытках дать ответы на эти вопросы, «медицина бессильна». И это не случайно, так как это - вопросы смыслозначимого (семантического), богословского, уровня.

Система гуманитарной подготовки врача, с нашей точки зрения, должна включать необходимый блок информации, связанный с тем, как решаются эти вопросы в христианской нравственной антропологии. Тем более, что постижение сущности и преодоление болезней человека – задача, традиционно объединяющая медицину и христианское богословие[36].

Однако очевидно, что наличие общей задачи не предполагает существования одинаковых подходов к ее решению. Медицина и христианское вероучение – два различных способа решения *одной* задачи.

Выявить единство основной задачи христианства и врачевания чрезвычайно важно и для каждого человека, будь то врач или пациент, и для культуры в целом. Утрата понимания этого единства - порождает патологию смысла действий человека. Призывы к отказу от медицинского лечения – это симптом патологии смысла существования у верующего человека. Понимание врачами своей работы вне контекста христианских традиций - это симптом патологии смысла медицинской деятельности.

Христианское богословие – одна из древних и «строгих», в смысле логической точности, наук. Не в последнюю очередь появление первых университетов в Европе в XI-XII вв. было связано с потребностями освоения и развития богословия. Но, как и любая другая наука, богословие, транслируя свои принципы и достигая массового сознания, не в состоянии избежать профанации (лат. profanus – непосвященный, непросвещенный, темный). Самыми распространенными формами упрощенного смысла болезни, как среди пациентов, так и среди врачей, является понимание болезни исключительно только как Божьей кары и наказания, которое в свою очередь воспринимается исключительно в юридическом контексте действий «преступление-наказание».

---

[36] Общность задачи – исцеление и спасение жизни - позволила митрополиту Иерофею (Влахосу) сделать заключение, что «…христианство и богословие, прежде всего и по преимуществу является медицинской наукой». Митрополит Иерофей (Влахос). Православная психотерапия. Св.-Троицкая Сергеева Лавра, 2004, с.33.

Взгляд на болезнь, возникающую как наказание и кара человеку за преступления и беззакония, действительно присутствует в Ветхом Завете. *«Господи, да не обличишь меня в ярости Твоей и не накажешь меня в гневе Твоем!…Нет исцеления телу моему от гнева Твоего… Ибо беззакония мои превысили главу мою… Смердят и гноятся раны мои от безумия моего»* (Пс.37-2,4,5,7).

Но помимо данного конкретного, ситуационного смысла «ран» в Ветхом Завете, болезнь имеет ряд других значений, раскрытие которых принципиально и важно для человека. Среди них:

- болезнь как испытание в верности Богу;
- болезнь как искупительная жертва;
- болезнь как призыв к покаянию и осмыслению своей жизни;
- болезнь как проявление несовершенной, тленной природы падшего человечества[37].

В Новом Завете перечисленные смыслы не «нарушаются», но «исполняются», наполняясь новым откровением.

Болезнь как проявление природы падшего человечества и искупительная жертва

Пришествие Спасителя, Его слово и дело, обнаруживают сущность болезни человеческого рода как «проявление несовершенной, тленной природы падшего человечества». Несовершенность, смертность человека - следствие грехопадения. Болезни - это естественное и неизбежное проявление греховности, свойство человеческой природы. Болезненность – это наследуемое от Адама и Евы состояние каждого человека, его сущностная генетическая характеристика. *«Кто родится чистым от нечистого? Ни один»* (Иов.14,4).

В медицине есть диагноз – «практически здоров», но диагноза «теоретически здоров» – нет. Ибо теоретически, т.е. с точки зрения объяснения фундаментальных оснований болезни - греховность, болезненность и смертность – это признаки человеческого рода, т.е. то, что объединяет и составляет природу людей. *«Непослушанием одного человека сделались многие грешными»* (Рим.5,19). «Православное богословие в отличие от западного христианства грехопадение осмысливает прежде всего, как болезнь, а не как юридическое состояние. Дело не в гневе Божием на преступление человека. Дело в болезни самого человека. И Бог делает все, чтобы изменить человека (а не просто снять с него «судимость», юридически помиловать его). Но нельзя менять человека без его на то свободного согласия. Христос принес нам возможность преображения. От личного же выбора каждого человека и каждого сообщества людей зависит, будет ли действенен Крест Христов в нас или нет», - свидетельствует святейший патриарх Алексий II[38].

Болезнь – одно из свойств человеческой природы, которое по своей сущности не зависит, и не создается нами. Человек, как правило, осознает болезнь как *недолжное, нежелательное, как свое противоестественное состояние,* хотя нет ничего более естественного для человеческой природы, чем болезнь. Болезнь – не только нежелательное, но и своеобразным образом независимое от воли человека его же состояние. Он ее обнаруживает в себе и вне себя, как правило, не ожидая, не желая и неожиданно. Поэтому ее назначение или предназначение, как правило, скрыто от человека. Раскрыть ее предназначение для каждого человека – важнейшее средство исцеления. «Болезнь не только явление физиологическое, но и духовное испытание человека»[39]. Духовное испытание – это и есть постижение сущности своей болезни, как проявления природы падшего человечества и «искупительной жертвы», т.е. необходимого условия для ее преображения, изменения и преобразования.

---

[37] Св.Леонид Грихилис. Библейский взгляд на причины и сущность болезней./ Православие и проблемы биоэтики. Выпуск 2 .М. 2006, с.5-10.

[38] Мысли русских патриархов от начала до наших дней. М. Новая книга.1999,с. 527.

[39] Архм.Софроний (Сахаров). Духовные беседы.Том 1.Эссекс-Москва.2003, с.171.

Болезнь как испытание в верности

Болезнь как испытание в верности настигает, как правило, верных. Ничто так не изумляет людей как болезнь благочестивых и праведных. Действительно, если самое распространенное представление о причинах болезни – это наказание за грехи, то почему болеют и, как правило, тяжело, люди добродетельные? Ответ на этот вопрос связан с судьбою ветхозаветного Иова и новозаветного апостола Павла.

Основной причиной их болезней была не только сущностная пораженность природы человека, но и испытание в вере и верности Богу.

Иов, *«человек непорочный, справедливый, богобоязненный и удаляющийся от зла»* (Иов.1,8) был испытуем *«проказою лютою от подошвы ноги его по самое темя его. И взял он себе черепицу, чтобы скоблить себя ею, и сел в пепел [вне селения]*. (Иов.2,8). О своих страданиях он говорил: *«Тело мое одето червями и пыльными струпами; кожа моя лопается и гноится»* (Иов.7,5). Но на призыв людей похулить Бога за такое наказание, он отвечал: *«…Неужели доброе мы будем принимать от Бога, а злого не будем принимать?»* (Иов.2,10).

Апостол Павел, страдая от своей болезни, молил Бога об исцелении.

Но *«чтобы я не превозносился чрезвычайностью откровений, дано мне жало в плоть» и «…Господь сказал мне: `довольно для тебя благодати Моей, ибо сила Моя совершается в немощи'»* (2 Кор 12, 7-9).

Многих людей болезнь озлобляет, многих уводит от веры, рассудок многих омрачается хулой на Вседержителя, но *«…праведник будет крепко держаться пути своего, и чистый руками будет больше и больше утверждаться»* (Иов.17,9). Утверждаться в вере в том, что предназначение наступившей болезни не может не быть нам во благо, утверждаться в верности Благоустроителю и молиться, чтобы мы постигли смысл нашего страдания и возросли в вере в то, что *«человек рождается на страдание, как искры, чтобы устремляться вверх»* (Иов.5,7).

Болезнь как призыв к покаянию и осмыслению своей жизни

По сути из всех перечисленных библейских смыслов болезни самым значимым в христианстве является смысл болезни как призыв к покаянию как средству исполнить человеческое предназначение к вечной жизни. В этом смысле в православном богословии даже само наказание понимается не как юридическое следствие преступления, не как злопамятная мстительность, а как на-каз, у-казание, вразумление. Это означает, что болезнь – это не явление Божьей кары, а свидетельство Божественного неравнодушия и любви к нам. Господь у-казует, показывает и открывает нам через уродливость и невыносимость болезни противоестественность нашей жизни вне законов Божественного мироустроения, вне гармонии, мира и красоты. Человек вопреки естественной предназначенности порождает “жизнь по лжи”, а не «по закону», не “по правде”, умножая страдания, уродства и болезни.

В свое время Кант утверждал, что мир благоустроен Божественными законами – физическими законами и законами нравственными, т.е. законами природы и законами морали. История науки и техники – великое свидетельство человеческого подчинения законам природы. Но история человеческих отношений, напротив, – великое свидетельство неподчинения законам морали. Техногенные катастрофы – результат неподчинения, несоответствия действий человека законам природы. Неподчинение и нарушение законов морали так же не может не иметь последствий. Наши болезни – одно из них. Нарушая законы мироустроения, мы выпадаем из мироустроения, из бытия, утрачиваем Божий дар здравия, теряем жизнь не только временную, но и вечную.

Но возможно ли жить, не нарушая Божиих законов мироустроения? Возможно. Для этого необходимо постижение этих законов, знание мироустройства, в том числе *устройства мира человеческих отношений*, осмысление и благоустроение своей жизни.

Ключевыми моментами для раскрытия смысла болезней являются последовательность событий человеческой трагедии в раю – сотворение людей, дарение им заповеди послушания и закона, соблазн к непослушанию, нарушение закона и грехопадение с его неизбежными травмами – потерей совершенства, болезнями и смертностью. Возможен ли обратный путь - путь возвращения и возрождения? Да, возможен. Это путь нахождения ответов на вопросы «зачем, почему я болен?», это путь осмысления своей жизни, путь покаяния. Этот путь возрастания в вере в исцеление, обретение терпения и достижение смирения.

Понимание медицинской практики в контексте христианского богословия и антропологии безусловно поможет врачу в его работе, особенно в работе с пациентами, исповедующими религиозные представления, коих в России по данным статистических опросов ни много, ни мало – 80%.

Концепция холистической терапии (на основе опыта 45-летней врачебной практики)

А.А.Крель

В докладе предполагается обосновать и продемонстрировать преимущества целостного многоуровневого и многосекторного подхода к лечебной деятельности при хронических соматических заболеваниях по сравнению с общепринятой в настоящее время биоцентрической медицинской практикой.

Наш путь к осмыслению и разработке концепции холистической лечебной деятельности проходил на протяжении первых тридцати лет в контексте эмпирической, методически разрабатываемой, фармакотерапевтической лечебной практики и в последующие пятнадцать лет в концептуальном осмыслении и практической организации многоуровневого междисциплинарного взаимодействия различных специалистов в целях формирования качественной (исцеляющей) лечебной практики. Этот путь привёл к тому, что первоначально занимаемая нами телесно ориентированная, жёстко позитивистская, фармакотерапевтическая парадигма претерпела изменения в сторону холистического подхода к лечению с ориентацией на активизацию путей самоисцеления. Концепция «лечить болезнь» через концепцию «лечить больного» эволюционировала в направлении – «стремиться к умвельту самоисцеления» с использованием современных научных достижений. При этом следует подчеркнуть, что воспитанные на традициях гуманистической клинической медицины мы на всех этапах в равной мере стремились следовать принципам врачебного служения, ограничивая доминирование новомодных, во многом спекулятивных псевдоцелительских и псевдодуховных практик. С другой стороны, мы стремимся освободиться от господствующей в современной лечебной практике биовласти, которой мы не без успеха служили десятки лет. Но именно терапевтические успехи, достигнутые в результате этого служения, привели нас к разработке концепции и к практике холистической лечебной деятельности.

В период первых 15 - 25 лет нашей истории мы последовательно развивали и проводили проспективное индивидуализированное контролируемое лечение более тысячи лиц, страдающих различными хроническими ревматическими заболеваниями (преимущественно ревматоидным артритом как наиболее распространённым и типичным

заболеванием), считающимися неизлечимыми. В результате более чем у одной трети больных, в том числе и очень тяжёлых, считающихся некурабельными, нам удалось добиться доказанного выздоровления или многолетней полной клинико-морфологической ремиссии. Последующий многолетний научный анализ с использованием практически всех значимых клинико-биологических методов исследования, с привлечением математиков, программистов и других специалистов, не дал ответа на вопрос, почему в ряде, казалось бы совершенно безнадёжных случаев, нам удавалось достичь блестящего терапевтического результата, а в других случаях, при прочих равных условиях, результат оставался весьма посредственным.

В дальнейшем мы поняли, что отдалённый успех лечения зависит от особенностей душевного и духовного склада пациентов, страдающих хроническими ревматическими заболеваниями. Почти всегда, когда удавалось достичь выраженного, глубокого, устойчивого терапевтического эффекта, пациенты характеризовались открытыми душевными качествами. Они являлись трезвенными нестяжателями, были несуетливы и смиренны, но сохраняли достойное мужество в преодолении своих подчас очень тягостных страданий и тем всемерно помогали в наших терапевтических действиях. Другими словами, терапия достигала оптимальных результатов, когда она могла опираться на целостную сущность пациентов, независимо от их социального статуса или формального образования. Это даёт нам основания с большой убеждённостью полагать, что устойчивый выраженный фармакотерапевтический эффект достигается в тех случаях, когда с уровней душевного и духовного бытия пациентов создаются адекватные предпосылки на биологическом уровне для организмического восприятия фармакотерапевтической коррекции в случаях её необходимости и для её удержания. Таким образом, эффективный терапевтический путь предполагает обращение к целостности человека, а терапия в широком её понимании должна быть целостной.

В связи с этим нам представляется, что научной концептуальной основой для лечебной деятельности должна являться интегральная антропология человека и интегральная теория и практика Кена Уилбера, а не учение под названием «Общая патология человека», где по существу человека нет, а обсуждается лишь патология организменной телесности.

Известно, что из множества различных терапевтических методов эффективным в той или иной степени может быть практически каждый метод, если он в руках профессионала, который берёт на себя ответственность за конечный результат терапии. Это находит подтверждение у К.Уилбера: «Я не верю, - говорит он, - что хоть один человеческий ум способен на стопроцентную ошибку. Поэтом, вместо того, чтобы спрашивать, какой подход верен, а какой – нет, мы допускаем, что каждый подход прав, но лишь частично, а потом пытаемся выяснить, как подогнать друг к другу эти частичные истины, как объединить их – а не как выбрать одну из них и отбросить остальные». Но в терапии хронических прогрессирующих заболеваний эти «частичные» ограниченные подходы и возможности нередко попустительствуют драматическими последствиям, вследствие сохранения скрытого и тем более явного прогрессирования заболевания. Максимально возможный терапевтический эффект, в оптимальном случае – исцеление – достигается при условии целостной терапии. Т.к. «одно целое…всегда является частью некоего более крупного целого» (Джек Криттенден), то такую терапию мы обозначаем как холистическую лечебную практику. Если признавать «связь между человеческой душой и Божественным Духом», то проблема целостной лечебной практики, направленной на восстановление целостной жизнедеятельности человека во всех её фундаментальных проявлениях, разрастается до масштабов, которые не способны быть измерены исключительно научными подходами. Признание такой связи позволяет осознать и понять механистичность и ограниченность возможностей при хронических заболеваниях практически всех современных фармакотерапевтических совершенств. Подтверждения этому мы видим как в повседневной клинической практике, если к ней не относиться

пренебрежительно и установочно, так и в общих социальных и демографических показателях. Задачей холистической лечебной практики является согласование научных и ненаучных методов терапии при различных формах и вариантах течения хронических заболеваний, распознавание и идентификация которых - непростое дело, и требует высокого профессионального опыта, или в исключительных случаях - просветлённого видения. С другой стороны, мы являемся свидетелями удушающего наплыва псевдоцелительских, псевдовосточных, псевдодуховных и прочих практик. Но даже, если целитель или духовный практик является носителем традиций и нравственных основ практики, то отсутствие у него адекватных современных научных знаний о сущности заболевания или симптома, по поводу которого к нему обратились, в большинстве случаев значительно ограничивает и обедняет его терапевтические возможности, а нередко приводит к пагубным последствиям. В свою очередь, агрессивный позитивистский биоцентрический “профессионализм”, лишённый холистических принципов, наносит колоссальный ущерб не только личности, но здоровью и экономике в популяции. Параллельное или последовательное курирование одного пациента, страдающего хроническим заболеванием, ревматологом, психотерапевтом, нередко гомеопатом, целителем или духовным практиком, социальным работником, специалистом по реабилитации вне одной школы, в отсутствии концептуальной и практически разработанной согласованности, безусловно, не является ни интегральной, ни, тем более, целостной практикой, а скорее дезорганизующей, с множеством возможных неблагоприятных последствий. Эта дезорганизованность возрастает в условиях противостояния позитивизма и идеализма и агрессивных стремлений отдельных ведомств, научных направлений, школ и специалистов, направленных на ограждение плацдарма своих феодальных владений. Поэтому в формировании целостной лечебной практики огромное значение имеет междисциплинарный диалог. В современных условиях многие десятки, подчас взаимоисключающих, дисциплин и практик буквально раздирают на части сферу заботы, а чаще псевдозаботы о здоровье человека. Это очень тонкая область взаимодействий, деликатность которой на каждом шагу самым варварским способом нарушается с катастрофическими, но далеко не всегда распознаваемыми и признаваемыми последствиями. Пытаться избежать подобных последствий и продвигаться к исцелению возможно, если междисциплинарный диалог будет окормляться христианскими идеалами. Это открывает возможность реального поворота в сегодняшнем лечебном деле от «сферы услуг» в философскую и культурологическую его ипостаси и способствует расширению духовного пути исцеления.

Каждый индивид включён в глубокие контексты семьи, сообществ и духовного бытия. В ещё большей степени от этих контекстов зависит больной, страдающий такими драматическими заболеваниями, как ревматоидный артрит, системная волчанка, склеродермия, некротизирующий васкулит и др. В обеспечении и содействии целостной терапии каждый из этих контекстов играет особую роль. Нам приходилось наблюдать как чрезмерная суетливая, подчас паническая, забота со стороны близких, особенно родителей больных подобными заболеваниями, приводила не только к значительному ухудшению течения заболевания, но в некоторых драматических случаях к летальному исходу.

Таким образом, холистическая лечебная деятельность реализуется на физическом, биологическом, эмоциональном, умственном и духовном уровнях бытия. Концептуально и методически эта деятельность обеспечивается четырёхсекторной и многоуровневой Интегральной Операционной Системой, последовательно разработанной Кеном Уилбером. Нашей задачей является организационная и методическая адаптация возможностей этой Системы в личности, культуре и природе для достижения целей холистической терапии.

II. Биоэтика и медицинская деонтология

Эвтаназия, медицинская эвтаназия, убийство из милосердия и смерть с участием врача: к вопросу об академической и морально-юридической обязанности проводить правильные дистинкции

А.Н.Бартко

Современные дефиниции эвтаназии обычно включают 1) значение легкой или безболезненной смерти, против которой никто не мог бы ничего возразить, а так же 2) вызывание такой смерти, против которого возражают на основе традиционного и строгого запрета на убийство. В настоящее время термином «эвтаназия» обозначают чаще всего медицинское введение смертельного средства с целью устранения непереносимой и неизлечимой боли, что ранее именовалось «убийством из милосердия» (или «убийством по просьбе»). Например, в Соединенном Королевстве два парламентских акта управляют Законом в этой области – Акт по убийствам 1965 года и Акт по самоубийствам 1961 года. Акт по убийствам предусматривает, что преднамеренное убийство, даже с согласия пациента, из сострадания, является преступлением. Акт по самоубийствам снял криминальный статус с самоубийства, но все-таки сохранил криминальный статус содействия врачей в самоубийстве.

В России дефиниции эвтаназии ограничиваются вторым значением («убийство из милосердия») или к нему сводятся. Вот *несколько примеров*. «Термин «эвтаназия» означает легкую, спокойную, безболезненную смерть. Иными словами, речь идет об ускорении смерти тяжело и неизлечимо больного, осуществляемом по его воле или по воле уполномоченных им близких»[40]. «Эвтаназия – удовлетворение просьбы больного об

[40] Биоэтика: Вопросы и ответы. – М.: Прогресс-Традиция, 2005. издание выпущено при поддержке отдела социальных и гуманитарных наук Бюро ЮНЕСКО в Москве.

ускорении его смерти какими – либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни по просьбе больного»[41]. Таким образом, в российской юриспруденции термин «эвтаназия» вытеснил термин «убийство из милосердия».

Моим первым тезисом будет утверждение, что появление и последующее усиление значения «убийства из милосердия» в составе термина «эвтаназия» является следствием использования сомнительных вербальных новаций в целях достижения иллюзорной простоты инструментального решения проблемы прекращения поддерживающего жизнь лечения в биоэтических дебатах во второй половине XX столетия со стороны некоторых представителей академических кругов. Описанное выше состояние проблемы в России объясняется простым заимствованием содержания публичных дебатов по данной проблеме на Западе, которое происходило в условиях полного отсутствия понимания исторических корней и смысла понятия «эвтаназия». Доказательством тому является полное отсутствие статей, посвященных терминам «эвтаназии» и «убийству из милосердия» в общелексических и специализированных словарях и энциклопедиях. Исключение составляет классическая филология (например, Древнегреческо-русский словарь Дворецкого 1958 года). Таким образом, подобное состояние проблемы целиком лежит на совести российских академических кругов, поскольку широкая публика черпает представления из словарей и энциклопедий.

Я полагаю, что представители академической науки обязаны быть особенно тщательными в использовании языка и должны учитывать воздействие этого языка на широкую публику.

Мой второй тезис поэтому состоит в том, что на самом деле здесь следует ясно осознавать не одну, а четыре проблемы, вынесенные в заголовок доклада: эвтаназии, медицинской эвтаназии, убийства из милосердия и смерти с участием врачей.

1. Первое значение термина «***эвтаназия***» (греч. Ευθανασία) – **счастливая смерть без страданий и мучений** отражает соответствующую человеческую ценность, которая культивировалась уже в древнем обществе, и дошло до нас благодаря традиции *гедонистической этики*, согласной которой благом является наслаждение или отсутствие страдания. Согласно этой традиции, если естественная смерть неминуема, когда она происходит легко и спокойно – это уже само по себе является немалым счастьем. Данное понятие эвтаназии к медицине отношения не имеет, поскольку в этот период врачам предписывалось воздерживаться от применения их искусства к тем, кто уже побежден болезнью.

2. Хотя это предостережение не исчезало полностью благодаря традиции медицинской этики, оно было постепенно смягчено: даже если врачи не должны пытаться вылечивать неизлечимо больных, они должны были оставаться с умирающими людьми, чтобы утешить их и ослабить боль. Благодаря Ф. Бэкону *термин* «*эвтаназия*» **в первом значении** стал применяться в медицинском контексте к новому обычаю оставаться с умирающими людьми, чтобы утешить их и ослабить боль. В XIX столетии в странах романо-германской и англо-саксонской морально-юридических традиций этот термин трансформировался в *термин* «*медицинская эвтаназия*» в значении обязанности использовать медицинские средства, чтобы ослаблять боль и делать последний и неизбежный час наиболее мирным.

3. В XX столетии с развитием эффективных средств поддержания жизни в медицинской среде стали задаваться вопросом, не включает ли обязанность облегчения ухода из жизни ускорение смерти. Так возникла проблема, которая обозначается термином ***убийство из милосердия*** в том смысле, что в некоторых обстоятельствах вызывание смерти у безнадежно больного и страдающего человека с целью избавления его от страданий является извинительным. Особая роль в исторических судьбах термина «убийство из милосердия» принадлежит небольшой книге «*Избавление от жизни,*

[41] Ст. 45 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.

лишенной человеческой ценности», изданной в 1920 в Германии в Лейпциге, которая пропагандировала убийство из милосердия. Эта книга была написана профессором психиатрии Hoche и профессором юриспруденции Binding, весьма уважаемыми людьми в соответствующих областях.

Первый случай включения значения «убийство из милосердия» в понятие «эвтаназия» – это пропаганда вокруг нацистской программы «Эвтаназия», которая была введена в действие 1 сентября 1939 г. Согласно этой программе почти 275 тыс. людей были отправлены в газовые камеры, поскольку было сочтено, что они «непригодны» к полезному труду.

4. Некоторые специалисты, в том числе юристы[42], настаивают на том, чтобы термин «эвтаназия», который чаще используется, чтобы указывать на действие, преднамеренно вызывающего смерть пациента, испытывающего острую боль и страдание в результате терминальной или инкурабельной болезни, отличали от более общего понятия «убийства из милосердия», которое можно определить как преднамеренное убийство, часто членом семьи или друга жертвы, по соображениям сострадания или жалости к страдающему человеку. По этим соображениям в медицинском контексте возник неологизм «участие врача в убийстве», который относится к двум разным типам действий: умышленное ускорение смерти умирающего и страдающего от нестерпимой боли пациента и содействие в самоубийстве. Возможно, и существуют такие ситуации, когда подобные действия являются извинительными, но в любом случае их следуют называть своими именам, поскольку речь идет об убийстве (или содействии в самоубийстве), а не прятать за более благозвучными именами, вроде «эвтаназии». Так, в условиях Российской Федерации (впрочем, как и во всем мире) эти случаи, которые не так многочисленны, следует решать в рамках судебной системы, а для этого следует в первую очередь провести судебную реформу. Но это уже тема другого доклада.

Проблема самотрансформации человека в контексте генетической инженерии

Е.Н.Гнатик

В настоящее время значение достижений генетики и генетической инженерии выходит далеко за рамки области научно-познавательной деятельности. Благодаря постоянно усиливающейся социальной ориентации биологической науки антропогенетика выходит в сферу практической деятельности. Интенсифицируется процесс превращения этой отрасли знания в непосредственную производительную силу общества. Связи и отношения антропогенетики с практической деятельностью становятся все более тесными и многосторонними. Более того, реальная возможность практической модификации генетических основ человека может привести к изменению самого способа бытия человека в мире.

Существуют основания предполагать, что, по сути, на современном этапе развития биологической науки может наступить эра покорения человеком самого себя. Если неолитическая революция, определившая возникновение цивилизации, привела к переходу от присваивающей экономики к производящей и сделала человека активным преобразователем природной среды, оставляя при этом биологическую природу самого

[42] Margaret Otlowski. Voluntary Euthanasia and the Common Law. -- New York, Oxford: Oxford University Press Inc., 1997. – P.5.

человека за границами этой активности, то в настоящее время наступает такой переломный момент в развитии социума, когда предметом преобразующей активности человека становится его собственная природа. Иными словами, объектом целенаправленного преобразования становится не внешняя человеку природа, а его собственная природа, природно-биологические основания его жизнедеятельности. Или, что то же самое, по отношению к самому человеку складывается тот тип управления, который ранее применялся только по отношению к природным вещам, предметам, системам.

Это конкретно проявляется в целом ряде новых направлений генетической инженерии. Например, применение преимплантационной диагностики и проведение исследований эмбриональных стволовых клеток прокладывают прямой путь к превращению в привычные и обыденные манипуляции, связанные с корректировкой и овеществлением жизни человека до его рождения. Ведь после проведенной преимплантационной диагностики родители оказываются перед выбором: принять решение либо о дальнейшем развитии, либо об элиминировании эмбриона. Здесь явно просматривается «интенция к улучшению», а именно преднамеренная селекция с целью генетического оптимизирования: ребенок может родиться на свет лишь в том случае, если он соответствует определенным удовлетворяющим родителей параметрам качества. В случае проектирования ребенка не только те или иные черты, но и сам ребенок как таковой уже является сотворенным, «сделанным» родителями не просто в генетическом или социопсихологическом, но и в технологическом смысле. В данном случае будущий человек может восприниматься другими как достаточно произвольно конструируемое существо, порождаемое не столько природой, сколько реализацией человеческого замысла. Иначе говоря, родители, желающие иметь ребенка «в улучшенном варианте», на самом деле получают не просто своего собственного уникального ребенка, а некоторый продукт биотехнологических манипуляций.

Преимплантационная диагностика направлена на искусственный отбор более здорового эмбриона, а потому очевидным является то, что она руководствуется теми же мотивами, что и евгеническая практика. Ученый, превращаясь если не в Демиурга, то в соавтора чужой жизни, принимает селекционное решение, ориентирующееся на желательное с его точки зрения строение генома. В данном случае можно говорить об исходном подчинении эмбриона власти другого человека. В какой степени это согласуется с достоинством человеческой жизни? Субъект становится объектом, и, по сути, вещью, которая создается в самом непосредственном смысле («овеществление эмбриона») другим субъектом. Кардинально изменяется тип межличностного общения, что вполне может привести и к кардинальному изменению типа общественных отношений, включая экономические, социально-политические, культурные отношения.

Ведь манипуляции с генетическим материалом связаны с появлением новых рычагов управления и власти над человеческой жизнью и, следовательно, с новым набором средств ограничения человеческой свободы. Однако биологическое ограничение свободы – это наиболее эффективное ее ограничение, связанное с возможностью ее необратимой утраты[43]. Особый драматизм (а скорее – трагизм) ситуации придает то обстоятельство, что зависимость программируемого субъекта от своих «проектировщиков» и «заказчиков» носит необратимый характер. В данном случае взаимные отношения между врачом и пациентом напоминают модель сакрального типа (термин Р.Н. Вильсона)[44], т.е. патерналистскую модель: моральный авторитет врача осуществляет мощный прессинг на пациента, подавляя его свободу и достоинство. Эта модель полностью освобождает пациента от моральной ответственности[45]. В ходе биотехнологического

[43] Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и проблемы. М., 2001. С. 102.

[44] Рич В. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. – Биоэтика. Проблемы и перспективы. М., 1992. С. 36-45.

[45] Хен Ю.В. Ценность жизни как проблема прикладной этики. – В кн.: Жизнь как ценность. М., 2000. С. 222.

программирования ученый, планирующий наследственную программу, выступает в роли «генетического дизайнера» и «в одностороннем порядке распоряжается генофондом другого человека, по-патерналистски задавая в отношении зависимой от него личности направление развития, релевантное на протяжении всей истории ее жизни»[46].

Представляется также, что смена способа бытия человека в мире повлечет за собой качественные изменения в системе сознания. Такие качественные изменения могут привести к новому типу сознания, в литературе иногда именуемому постцивилизационным. Генетическая инженерия человека, создавая средства, позволяющие вторгаться извне в человеческую природу и господствовать над ней, кардинально меняет фундаментальное отношение субъекта и объекта, которое задают основополагающие установки и ценности сознания. Фактически может исчезнуть представление о субъекте, обладающем свободой воли, свободой самому определять свою судьбу.

В когнитивной и ценностной сферах сознания могут произойти качественные изменения. Изменения в когнитивной сфере сознания, связанные с достижениями антропогенетики и генетической инженерии, состоят в познании глубинных закономерных связей между генами и структурными особенностями мозга человека, которые пока еще исследованы крайне недостаточно, а также в разработке средств целенаправленного воздействия на эти закономерные связи. Пока еще этот объект (закономерные связи «гены-мозг») изучается преимущественно эмпирически, а значит, часто стихийно, на основе случайных поисковых ассоциаций, временных обобщений и др. Перспективы активного вмешательства в деятельность мозга с целью его реконструкции и создания «сверхчеловека» представляются пока весьма отдаленными.

Вместе с тем вся система антропогенетических знаний и средств генетической инженерии существует не сама по себе, а в свою очередь включена в широкий смысловой контекст, который формируется во взаимодействии когнитивных и ценностных функционалов сознания в конкретной социально-культурной обстановке. На наш взгляд, главным смыслом здесь должно являться сохранение человеческой индивидуальности, свободы и прав человека. Это касается не только различных манипуляций с эмбрионами, но и воздействия на мозг и психику человека, его сознание и поведение, что может привести к «кризису идентичности»[47], утрате человеком представления о своем месте в мире, в обществе, о самоценности собственной личности. Более того, как остроумно заметил Ж. Лежен, «чтобы создать более умного, чем мы, мы уже должны быть умнее, чем мы можем быть»[48]. По его мнению, невозможно «с помощью трюков генной инженерии» создать «суперчеловечество». Вместе с тем, безусловно, нельзя абсолютно отбрасывать саму идею воздействия на мозг и психику человека в благотворном для него направлении. Отрицание ее также недопустимо, как и отсутствие социальной ответственности в данном вопросе. Однако научные возможности, и, главное, последствия, генетического вмешательства на сегодняшний день окончательно не ясны. А потому представляется, что подобные манипуляции допустимы только в исключительных случаях, при особо тяжелых заболеваниях, когда риск терапии ниже риска последствий самой болезни.

Прогресс биологии и медицины не может не оказывать существенное влияние на мироощущение, самоидентификацию и моральное самосознание. В медицине XXI века, активно использующей достижения антропогенетики, речь идет уже не только о помощи больному, но и о возможностях управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными «физическими» и духовными, нравственными последствиями. Размах биотехнологического вмешательства не только поднимает непростые и

---

[46] Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. – М., 2002. С. 78.

[47] Энгельгардт В.А. Наука, техника, гуманизм. // Вопросы философии. 1980. № 7.

[48] Лежен Ж. Генетика и психическое здоровье. – В кн.: Генетика и благосостояние человечества. М., 1981. С. 92.

неоднозначные этические проблемы, наподобие тех, что возникали ранее с другими технологиями, но ставит вопросы иные, гораздо более глубокие. Ответы на них касаются мировоззренческого и этического представления человечества о себе самом. Наибольшую тревогу вызывают нынешние и грядущие достижения биотехнологий, главным образом, в таких областях, как преимплантационная и пренатальная диагностика, лекарственная терапия и искусственное воспроизводство человеческих существ (клонирование индивидуальных копий).

Широкое практическое применение методов генетической инженерии может привести к тому, что процессы самоидентификации личности, включающие в себя представления о моральном статусе человека, могут существенно измениться, причем именно в худшую сторону. Прежде всего, это проявляется в том, что генетически спроектированные индивидуумы будут ограничены в своей свободе: возможно, они уже более не смогут рассматривать себя как абсолютных и единственных авторов своей судьбы. Как известно, жить в обществе и быть свободным от общества нельзя, но вместе с тем человек должен иметь возможность быть свободным от отдельных лиц или их групп. Однако генная инженерия человека приводит к тому, что власть над жизнью и судьбой человека будет принадлежать не ему самому, а совсем другому лицу (группе лиц), которые волевым образом односторонне распорядились его генофондом. В работах ряда современных западных философов (Ю. Хабермаса, Ф. Фукуямы и др.) высказывается глубокая озабоченность тем, что наряду с возникновением биологически запрограммированного неравенства людей, возникает принципиальное и необратимое ограничение их свободы. Тем самым генная инженерия человека становится решающим средством ограничения человеческой свободы, ведя к принципиальной утрате человеком даже иллюзий свободы. Ведь «запрограммированная личность» необратимо зависит от «генетического дизайнера». На этом лице (этих лицах) лежит колоссальная ответственность за судьбу человека. Развитие биотехнологии может привести к тому, что у «запрограммированной личности» будут отсутствовать даже самые минимальные возможности влияния на направленность развития своей личности, в конце концов, на свою жизненную судьбу.

Из этого, в свою очередь, следует возможность возникновения совершенно новых, по сути беспрецедентных моральных отношений. Вполне реально возникновение проблемы обесценивания личности через вмешательство в геном оплодотворенной клетки. Человек, подвергшийся такой манипуляции, может ощущать свою определенную ущербность. Как справедливо считает Ю. Хабермас, «нельзя исключить то, что знание о евгеническом программировании своего генофонда ограничит автономную организацию отдельным человеком своей жизни, подорвет принципиально симметричные отношения между свободными и равными личностями»[49].

Современные биотехнологии, с одной стороны, обещают колоссальные потенциальные выгоды для здоровья, но, с другой стороны, представляют собой угрозу в виде возможности модификации природы человека, его эмоционального мира. Необходимо давать себе отчет в том, что вмешательство в человеческую телесность вообще и попытки целенаправленного изменения сферы эмоций в особенности, даже при самых слабых изменениях могут привести к абсолютно непредсказуемым последствиям. Поэтому общество должно своевременно и адекватно реагировать на разработку подобных технологических новшеств. Предыдущий опыт человечества показывает, что к новым достижениям нужно относиться с осторожностью и внедрять их постепенно, учитывая все возможные последствия.

Таким образом, изменение способа бытия человека в мире является одной из важнейших проблем, становящихся преградой на пути практического применения методов генетической инженерии человека. С нашей точки зрения, в том случае, когда биотехнологический прогресс не служит гуманным целям, а является угрозой целостности духовного мира человека, его правам, свободе и достоинству, общество должно

[49] Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. М., 2002. С. 34.

остановиться и задуматься. И либо отказаться от применения достижений науки, либо создать все условия, гарантирующие защиту человека от подобного рода посягательств.

Критические замечания о книге Л.Резнека «Философская защита психиатрии»[50]

С.Ф.Нагуманова

В своей книге Л. Резнек формулирует 11 тезисов, которые образуют медицинскую парадигму психиатрии.

1) *Каузальный тезис*: Определенный подкласс аномального поведения вызван болезнью.

2) *Концептуальный тезис*: Болезнь – это процесс, вызывающий биологическую дисфункцию.

3) *Демаркационный тезис*: Психическое заболевание – это процесс, который вызывает в основном нарушение психических функций.

4) *Тезис об универсальности*: Болезни не связаны с культурой и эпохой.

5) *Тезис об идентификации*: Научная методология позволяет нам идентифицировать болезни.

6) *Эпистемологический тезис*: Научная методология позволяет нам обнаружить причины и способы лечения психических болезней.

7) *Телеологический тезис:* Целью психиатрии является предотвращение и лечение психических болезней.

8) *Тезис о статусе больного*: Наличие болезни дает пациенту право на роль больного.

9) *Тезис о нейтральности*: За исключением ценностей, которые имплицитно содержатся в цели предотвращения и лечения болезней, психиатрия нейтральна по отношению к этическим и политическим позициям.

10) *Тезис об ответственности:* Если поведение вызвано психическим заболеванием определенным образом, то это освобождает от ответственности.

11) *Тезис о попечительстве:* Наличие серьезного психического заболевания дает психиатру право действовать против воли пациента.

В XX в. медицинской парадигме противопоставляются психодинамическая, бихевиористская и когнитивная альтернативы. Кроме того, медицинская парадигма подвергается атакам со стороны антипсихиатрического движения. По мнению Резнека, это привело к изменениям в медицинской парадигме: концептуальный тезис, тезис об универсальности, тезис об идентификации, тезис о нейтральности признаны ложными.

Самое важное изменение в медицинской парадигме, по мнению Резнека, это отрицание концептуального тезиса: «процесс является психическим заболеванием, если только он имеет нежелательные последствия, и это означает, что ценности, а не факты определяют, что считается психической болезнью»[51]. Все остальные изменения вытекают из этого отрицания.

Вряд ли можно согласиться с такой оценкой. Позиция Резнека внутренне противоречива. Он отрицает концептуальный тезис, но сохраняет каузальный тезис и тезис о демаркации. Он отрицает эпистемологический тезис, но отрицает тезис об идентификации.

---

[50] Reznek, Lawrie. The Philosophical Defence of Psychiatry. London: Routledge, 1991.
[51] Ibid., p.233.

Ценности действительно играют важную роль в признании поведения аномальным. Однако дальнейшая идентификация психического состояния, ответственного за данное поведение - относится ли оно к компетенции психиатрии или к области права, социальной работы или педагогики - зависит от фактов.

По мнению Резнека, советские психиатры не совершали фактической ошибки, когда классифицировали политическое инакомыслие как психическое заболевание. Они опирались на ценности советского общества. Однако они ошибались, когда классифицировали политическое инакомыслие как разновидность шизофрении[52]. На этом примере можно видеть, что чисто ценностный подход к понятию психического заболевания неверно ориентирует психиатрию.

Биологическая смерть и смерть мозга: диалог философии и биоэтики

С.В.Роганов

Феномен смерти занимает в современной культуре широкое пространство, структурными элементами которого являются: философское понятие смерти, медицинские и юридические критерии смерти, биохимические процессы старения и умирания, психология восприятия и отношения к смерти неизлечимо больных и многое другое. Сегодня невозможно ограничиться историческим исследованием похоронных обрядов в ту или иную эпоху, или рассмотреть «идею смерти» в истории философии и культуры, и, на основании изучения отдельной сферы человеческой деятельности, делать обобщения, претендующие на некую универсальную значимость, как это происходило, например, в философии XIX-XX вв. Проблемное поле феномена смерти располагается на пересечении десятков различных направлений современной науки от изучения биологических процессов, которые завершаются биологической смертью до философско-теологических споров о смысле и месте смерти в жизни человека и общества.

***

Основной блок работ, концепций, теорий, в которых традиционная «философская» смерть играет фундаментальную роль, был создан в первой половине XX века. Ни одна философская школа не могла обойтись без смерти как таковой. Более того, смерть стала «альфой и омегой» бытия человека в работах континентальных философов: М. Хайдеггера, Ж-П. Сартра, А. Камю, М. Унамуно, К. Ясперса. Но, что более важно, - в этих концепциях смерть имела свое особое значение. Это не была смерть в современном определении. Все виды спокойной, обыденной смерти в собственной кровати, в кругу близких, были отнесены в одну область и названы «естественной смертью». Философия начала прошлого века не рассматривала «естественную» смерть. Она принимала и понимала только жертвоприношение, жертву или угрозы быть убитым, смерть как пограничную ситуацию фундаментального выбора, т.е. достойную смерть для «сверхчеловека» тоталитарных систем.

Эти концепции «героических смертей» ушли в историю к середине прошлого века, по крайней мере, сейчас мы не находим смыла в существовании героических субъектов. Времена прошли - нет мировых войн, нет революций. Наступила постиндустриальная эпоха, или, иными словами, господство общества потребления. Прежняя смерть индустриального человека давно мертва.

---

[52] Ibid., p.158.

Традиционные школы континентальной философии оказались не готовы к Одиссее в мир биотехнологий, в результате сложилась парадоксальная ситуация – в философии феномен смерти продолжает оставаться больше в дискурсе феноменологии и экзистенциализма, меньше в дискурсе постструктурализма (в силу сложности языка и текстов), равно как историко-философские исследования отношения общества, индивида к событию смерти не выходят за пределы проторенных троп в работах Сартра, Ясперса, Хайдеггера, Левинаса, как будто не замечая, что феномен смерти постепенно уходит в область истории так же, как уходят древние или религиозные представления о загробном мире. «Никто не может умереть за меня, вместо меня, это я, тот, кто умирает; только в этой ситуации я остаюсь наедине с собой, мир уходит, и я, наконец, обретаю самого себя»[53] - говорить о таком обретении в эпоху стремительного развития биотехнологий становится просто нелепым.

***

Считается, философия – неизбежное размышление о смерти, или можно сказать, - философское любопытство начинается с вопроса о смерти. В то же время, понятие смерти, поиски ее критериев – одна из самых важных проблем биоэтики. По выражению одного из ее основателей Артура Кэплана, биоэтика и началась с осмысления современных критериев смерти. Казалось бы, эти два течения современной культуры должны понимать друг друга очень хорошо, но, увы, ничего подобного не происходит. Основные европейские философские школы презирают дискурс биоэтики до такой степени, что даже не обращают внимания на споры медицины, права и политики о новой смерти XXI века. Философия не видит для себя ничего нового, – никакой «новой» смерти, такой как «смерть мозга», и, следовательно, никакого нового смысла. С другой стороны, биоэтика презирает континентальную философию. Биоэтика, в лучшем случае, хранит молчание. Либо просто заявляет, что такие формулировки как «смерть личности», или «социальная смерть», «историческая смерть» не более чем метафоры.

Да, философия по инерции играет словами, особенно такими как «смерть», «мертвый», «смертное бытие», и, в то же самое время, философия прекрасно понимает, что существует настоящая, так сказать, подлинная смерть – «биологическая смерть». Но само по себе событие смерти, критерии факта смерти никогда не были предметом философских размышлений. «Необратимость биологической смерти, ее объективно-точечный характер представляет собой современный научный факт» безапелляционно заявляет, например Бодриярд на страницах своей знаменитой работы «Символический обмен и смерть» и продолжает: «Смерть ни в коем случае не должна пониматься как реальное событие, происходящее с некоторым субъектом и телом, но как некоторая *форма* — в известных случаях форма социальных отношений…»[54].

***

Считается само собой разумеющимся, что «биологическая смерть» - действительная, подлинная смерть и для философии, и для биоэтики. Например, когда Robert Truog задает вопрос «Не пора ли отказаться от «смерти мозга?»[55], то ответ таков, - мы должны вернуться к традиционной концепции смерти человека – биологической смерти. Когда философия устает играть словами, то обычно заявляет – да, есть подлинная смерть, - биологическая, и в ней и заключаются все проблемы.

Слово «смерть», хорошо знакомое каждому живущему, - это и есть «биологическая» или истинная смерть. Традиционные критерии смерти относятся к констатации именно биологической смерти. Но что значит «традиция» в контексте поисков критерия «истинной» смерти?

---

[53] Derrida J. *Donner la morte,* pp.48-49, цит. по «Дар смерти», «Энциклопедия постмодернизма», Интерпрессервис, Минск, 2001

[54] Жан Бодрийяр «Символический обмен и смерть». — М.: "Добросвет" 2000, С. 33-34

[55] R.D. Truog, “Is It Time to Abandon Brain Death?” Hastings Center Report 27, no.1 (1997), p. 53

«Биологическая смерть» - такая же конструкция культуры, как и «смерть мозга». Я имею в виду, прежде всего, концепцию «биологической смерти». Она зародилась не так давно – четыре столетия назад руками отца современной западной философии Рене Декарта. Дуализм Декарта до сих пор правит миром человеческого сознания. Окончательно современная смерть была оформлена в эпоху Просвещения. «Понимание смерти как природной, профанной и необратимой является главным знаком «Просвещения» и Разума…»[56].

К середине XX века смерть из точечного и необратимого события превратилась в процесс, в который можно и нужно было вмешиваться. Благодаря развитию науки и технологий, между жизнью и мгновением смерти были выделены пограничные, или терминальные состояния, - тяжелый шок, запредельная кома, коллапс, предагональное состояние, терминальная пауза, агония и клиническая смерть. Широко распространена разработанная академиком АМН СССР В.А.Неговским, основателем современной реаниматологии, классификация терминальных состояний. Понятие и критерии «биологической смерти», которая наступает после клинической, определяются и закрепляются реаниматологией, медициной в целом. «Изучение критериев необратимости изменений в организме в переходный период от жизни к биологической смерти и в период оживления, путей профилактики и лечения терминальных состояний (преагональных, агонии, клинической смерти), различных методов удлинения сроков клинической смерти (т. е. отдаление биологической смерти)…» (БСЭ) становится магистралью развития медицинских технологий, а само «отдаление биологической смерти» - девизом культуры постиндустриального общества в целом.

***

В традиционной, «истинной» концепции «биологическая смерть» таятся те же неразрешимые противоречия, с которыми человеку приходится сталкиваться в современной культуре. Перефразируя Бодрияра можно сказать, что философия, так же как и биология живет раздельностью души и тела, только она это скрывает. И философия, и биоэтика продолжают кружить в заколдованном кругу. Ведь и в случае «смерти мозга» мы имеем, по меньшей мере, две смерти – «прекращение функций головного мозга» и пока неизвестную смерть самого человека. Точнее, - ненужную метафору для медицины. Современная медицина не может разрешить это противоречие, - если «смерть мозга» тождественна традиционной смерти, где тогда смерть конкретного человека? Философия же попросту ускользает от ответа на этот вопрос.

Традиционная «биологическая смерть» существует как метафора, и биоэтика даже не замечает этого, а философия замалчивает. Биологическая смерть появилась как мгновенное событие, «математическая точка»[57], и, следовательно, - мнимое событие, которое не имеет ни места, ни времени и, значит, никакого смысла для человеческих существ. И здесь философия не может свысока смотреть на современную биоэтику. С самого начала было совершенно невозможно, более того, в этом не было никакой необходимости для философии определять или устанавливать момент смерти – это была забота врачей под руководством Природы. И все, что оставалось для самой философии, так это осмыслять свое отношение к возможному событию, но, однако, никогда не касаться самого события, так будто его действительно не существует. Смерть как исчезновение, как простая биологическая точка уравнивала всех и, как таковое мгновение, была недоступна человеку. Именно поэтому биологическая смерть выступала своего рода символом бессмертия для прежнего человека.

В современной науке смерть представляет собой процесс с достаточно размытыми параметрами, и, соответственно, критерии смерти и сама констатация факта смерти представляют собой, по мнению наиболее радикальных новаторов, точку, поставленную произвольно руками науки и медицины на линии жизни. В сравнении с представлениями

---

[56] Жан Бодрийяр «Символический обмен и смерть». - М.: "Добросвет" 2000, С. 287

[57] Жан Бодрийяр «Символический обмен и смерть». - М.: "Добросвет" 2000, С. 287

о смерти в религии, ни биологическая смерть, ни смерть мозга не имеют никакого смысла. В конечном итоге, презирая континентальную философию, современная медицина играет теми же чистыми метафорами.

И, если эту последнюю точку ставит не природа, а медицина, если благодаря достижениям науки человеческий организм утрачивает прежние биологические, т.е. «смертные» рамки, то, возможно, сам по себе факт смерти не более чем нелепая, фатальная ошибка природы? «Сейчас общество восстало против смерти. Точнее, оно стыдится смерти, больше стыдится, чем страшится. Оно ведет себя так, как-будто смерти не существует»[58].

Проблемы конечности человеческого бытия, пределов сознания либо отступают на периферию философского анализа, либо превращаются в лишенную смысла и реального содержания лингвистическую игру в поле историкофилософских штудий. Закономерно, что новые области человеческой культуры развиваются, спорят о существе смерти так, будто до настоящего времени не было написано ни единой строки в цивилизованном мире. «Смерть – строго биологическая концепция, которая относится только к человеческому организму, а не к личности» заявляет один из отцов современной биоэтики Бернарт.

***

Подводя итог краткому экскурсу в пространство диалога-молчания биоэтики и философии, сосредоточенный на осмыслении/ускользании (от) смертного (конечного) бытия человека, следует подчеркнуть, прежде всего, что традиционный взгляд «в сторону» смерти исчерпан. Главный урок, который дает нам современное развитие культуры, заключается в следующем: смерть человека невозможно констатировать, оставаясь в пределах его биологических механизмов жизнедеятельности, а, значит, требуется найти совершенно новую точку отсчета для самоосмысления. И, в то же самое время, невозможно отыскать смысл смерти/смертного бытия человека вне анализа биологических процессов старения, умирания и смерти.

Именно современное развитие биотехнологий, появление феномена смерти как длительности, не только социальной, но и биологической, множественность возможных критериев смерти, возможно, поставит последнюю точку в эклектическом блуждании современной культуры в попытках найти один единственный ответ на все смертные вопросы человека там, где этот ответ невозможен. Современные споры биоэтики о критериях смерти, молчание школ континентальной философии, только приоткрывают направления принципиально нового осмысления человеком собственного бытия.

Евгенический потенциал и антропологические риски преимплатационной генетической диагностики

Т.А.Сидорова

Идея совершенного человека на протяжении многих эпох выступала одним из движущих мотивов и регулятивных принципов в жизни разных обществ и культур. Она отражалась в сознании отдельного человека, на характере социальных структур и в их деятельности. Метод преимплатационной генетической диагностики (ПГД), используемый в современной репродуктивной медицине, вызвал бурные этические дискуссии по поводу возможного евгенического эффекта. Эти дискуссии показывают, как в современном медикализированном обществе адаптируется новое содержание

[58] Филипп Арьес, «Человек перед лицом смерти», Москва, «Прогресс-Академия», 1992, С. 490

евгенической идеи. Метод ПГД предполагает отбор эмбрионов на доимплатационной стадии в соответствие с желательными признаками. Эта технология позволяет выявлять возможные генетические мутации еще в раннем периоде развития эмбриона и далее выбраковывать его (ибо осуществление коррекции – дело будущего). Такие процедуры относят к негативной евгенике, потому что происходит уничтожение нежелательного эмбриона. С другой стороны, говорят и о позитивной или либеральной евгенике, имея в виду практику вмешательства в геном оплодотворенной яйцеклетки для отбора эмбрионов лучшего или желаемого качества. Как этическое оправдание приводят стремление «предотвратить» рождение больного ребенка и, по возможности, избежать аборта в последующем, или желание и право родителей выбрать пол ребенка. Дети, рождающиеся в результате применения ПГД, не участвуют, таким образом, в природной лотерее желательных и нежелательных признаков. Случайности в человеческом воспроизводстве становится все меньше. Не это ли является причиной настороженного восприятия новой медицинской технологии?

Первый ребенок после проведения ПГД родился в 1992 году, к 2002 г. таких детей было уже более 1000. Преимплатационная генетическая диагностика эмбриона стала возможной в рамках репродуктивной технологии in vitro, которая позволяет выявить наличие генов, носителей информации о заболеваниях, передающихся по наследству. Однако при трансфере эмбрионов в стандартной процедуре экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) также осуществляется селекция. При проведении ЭКО для одного цикла производится иногда больше десятка эмбрионов (в западных странах количество заготавливаемых эмбрионов регулируется законодательно, в России эмбрионов заготавливается столько, сколько будет получено яйцеклеток при стимуляции). Для увеличения шансов получить беременность имплантируется 2-3 эмбриона, если приживаются все, то по желанию матери и медицинским показаниям оставляют нужное количество, остальные редуцируются. Из-за того, что у нас можно пересаживать большее количество эмбрионов, степень эффективности ЭКО, т.е. полученных беременностей на один цикл, достигает 45%, тогда как на Западе 17 -20%.

Кроме того, гораздо раньше в репромедицину была внедрена пренатальная диагностика (используется с конца 60–х годов), основанная на внутриутробной диагностике плода. Эта диагностика фактически имеет также селекционный выход: плод может быть абортирован при обнаружении серьезных пороков развития или подозрения на них. Отличие двух процедур в том, что родители и медики в случае пренатальной диагностики заранее не планируют селективное действие, к выбору аборта они приходят ненамеренно. Выбраковка эмбрионов при ПГД, когда родители с помощью медиков выбирают как товар нужный эмбрион, по словам Х.Хакер, немецкой исследовательницы этических проблем репродукции, следует определять как «умерщвление нерожденной жизни», поскольку «селекция» в этом случае – ненужный эвфемизм[59].

Оценка ПГД как евгенического вмешательства многими исследователями-медиками рассматривается как преждевременная. Например, генетик Л.Ф.Курило отмечает, что методы доимплатационной диагностики достаточно интенсивно развиваются, но «…надо признать, что их возможности все же пока невелики. Сегодня известно более четырех тысяч наследственно обусловленных заболеваний, из них этими методами определяется лишь около десятка. К тому же, биохимический генный дефект может еще не проявиться на тех 4- 8 клеточных стадиях деления эмбриона, когда проводится анализ. Следовательно, таким методом его просто невозможно выявить. …Короче говоря, метод еще несовершенен, что дает право некоторым авторам даже считать его неперспективным»[60]. Популяционные изменения от этих процедур демографы также рассматривают как незначительные. Все же к утверждениям ученых о том, что

---

[59] Haker H. Ethik der genetischen Frühdiagnostik. Sozialethische Reflexionen zur Verantvortung am Beginn des menschliechen Lebens. - Paderborn, 2002. p.236.

[60] Курило Л.Ф. Право родиться.// Человек, 1995, №4. С.140.

евгенические попытки улучшить природу человека попросту невозможны из–за того, что естественный прирост населения увеличивает разнообразие генов до такой степени, что отдельные изменения в них растворятся бесследно, следует относиться с осторожностью.

Статистическое число всех гамет в принципе позволяет человеку вмешиваться в контингенцию природного размножения. Природа вроде бы создала их с избытком. Недаром перенаселенность планеты считается одним из серьезнейших рисков. Другое дело генетическое разнообразие. Пострадает ли оно? Известные факты генетического оскудения популяции приводили к росту наследственных заболеваний. Недаром возникали в истории этносов культурные механизмы, направленные на расширение генофонда популяций изолированных или поддерживающих автохтонный образ жизни (таковы русские староверы, народы живущие в экстремальных условиях – в горах, в тундре, на островах).

Несовершенство метода не останавливает взаимного стремления медиков, предлагающих услуги по «дизайну» будущего ребенка, и желание родителей определить некоторые качества будущего ребенка, например, выбрать пол. Вопрос о том, может ли евгенический или дисевгенический эффект преимлатационной диагностики сказаться на человеческой природе, остается открытым. В Азии, например, на уровне популяции уже сказываются преимплатационные выборы родителей в пользу младенцев мужского пола. В Корее в начале 90-х рождалось 122 мальчика на каждые 100 девочек, в Китае 117 мальчиков на 100 девочек. Сильно сдвинутое соотношение полов может дать серьезные социальные последствия[61].

За незначительными сдвигами в природных процессах воспроизводства следуют более значительные социальные, культурные и антропологические изменения. Вмешательство приводит к изменению социальных и культурных практик, меняются способы культурной адаптации, стереотипы мужского и женского поведения, отношений родитель-ребенок. Практика человеческого размножения теряет свою естественную и нормальную данность. Соответственно с этим складываются новые социальные структуры, идентичности. Например, выбор пола ведет к своеобразной сексистской идеологии, которая окажет влияние на общественную психологию и будет иметь политическое влияние, обострит противостояние полов гораздо быстрее, нежели другие социальные и экономические обстоятельства. Человек преодолевает случайность природного в воспроизводстве, но это ведет к тому, что он оказывается в поле рисков – еще большего разброса случайностей и непредсказуемости.

В связи с внедрением преимплатационной диагностики опасения связаны не только с реализацией традиционной цели – получения индивида с качествами, которые, условно говоря, заданы родителями и медиками. Репромедицина тесно связана с другими областями биомедицины, потому что предоставляет материал для пересадки фетальных тканей, эмбриологи нуждаются в нем для исследовательских и диагностических целей. Следует учитывать, что ПГД развивается одновременно с технологией получения эмбриональных стволовых клеток (ЭСК), использование которых обещает революцию в медицине. Здесь мы видим как одна процедура, направленная, по предположению медицинских профессионалов, во благо – на предупреждение генетически обусловленных заболеваний - влечет за собой появление «сопутствующих» методов, преследующих не только первоначально поставленную цель, но и изобретающих дополнительные мотивы переделки человеческой природы в начале жизни. В ситуации, когда цели врачевания, в репродуктивной медицине в особенности, изменены настолько, что благо медицинского воздействия определяется востребованностью процедуры и индивидуальным выбором пациента, врач подчиняется логике общего технологического движения. Прослеживается любопытная семиотическая цепь в развитии репротехнологий: от «ребенка на заказ» в

[61] Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. М., 2004.

ассистированной репродукции перешли к производству эмбриона «на пробу», а сегодня лаборатории начали его изготовление «на запчасти».

Евгенический потенциал ПГД оценивается с разных позиций. Преимплатационная диагностика с евгеническими целями безусловно осуждается представителями церкви. Свои этические выводы они строят на идеях божественной сотворенности человека, принципа святости жизни, нерушимости биологической природы и равенства на этом основании всех людей.

Учитывая, что евгеника всегда была нацелена не просто на совершенствование индивида, а на улучшение человеческого рода[62], цель улучшения качеств с помощью генетических методов для перспективы улучшить качества потомства почти единодушно отвергается с разных сторон, в том числе на межгосударственном уровне. Поддержка государством селективных методов рассматривается как направленная на табуизацию и стигматизацию инвалидов и деление жизни на полноценную и неполноценную[63].

В сценариях генетического будущего критики видят не только угрозы для биологической идентичности вида, но опасность разрушения привычных социальных форм. Как отмечает американский исследователь Ф.Фукуяма, то, что мы вынуждены играть в природную генетическую лоторею, делает нас более эгалитарными по сравнению с тем, когда этим будет распоряжаться человек. В ходе преимплатационной диагностики и скрининга родители осуществляют генетический контроль, выбор из тех вариаций, которые обычно и происходят в процессе полового размножения. Если до эры биотехнологий геном изменялся случайно, независимо от выбора, совершаемого людьми, и это было одной из основ эгалитарного общества, то сегодня можно ожидать, что под воздействием генетического евгенического отбора широкое разнообразие людей «рассыплется на кластеры по четко определенным социальным группам.» « ..В будущем на оптимизацию своих генов и передачу их своему потомству отдельные группы населения бросят всю мощь современной технологии»[64]. Автор полагает, что человечеству с развитием ПГД может угрожать возникновение генетического суперкласса.

Известный немецкий философ Ю.Хабермас созвучен американскому исследователю в констатации опасностей, которые следуют из евгенической логики развития ПГД. Генное программирование будущего человека способно деформировать начальные коммуникативные структуры жизненного мира, человеческого опыта. Как считает Хабермас, оно угрожает достаточно хрупким, моральным порядкам, на которых держится антропологическое единство, всеобщность человечества. Анализируя распространение преимплатационной диагностики, философ в качестве главной проблемы нашей современной культуры ставит «негарантированность видовой идентичности человека». Так евгеническое программирование желательных качеств и наклонностей становится морально сомнительным в том случае, если жизненный план личности благодаря этому «загоняется» в жесткие рамки предпочтений, сделанных родителями. Родители, выбирая эмбрион по заданным параметрам, исходят лишь из своих предпочтений, словно речь идет о какой-то вещи. Поскольку эта самая вещь развивается в личность, эгоцентрическое вмешательство родителей может иметь для взрослеющей личности экзистенциальные последствия. Таким образом, философа заботит не факт переделки генома, а его результат, реализация в жизненном плане личности. Природная случайность оказывается ценностью, с которой современное общество не так легко расстается. По Хабермасу, «…именно эта едва заметная контингенция…, и создает – в связи с тем, что над ней невозможно властвовать, - необходимое условие нашей возможности быть самим собой и принципиально эгалитарную природу наших межличностных отношений»[65]. К

---

[62] Хен Ю. Евгенический проект: «pro» и «contra». М., 2003. С.145.

[63] Haker H. Ethik der genetischen Frühdiagnostik. Sozialethische Reflexionen zur Verantvortung am Beginn des menschliechen Lebens. - Paderborn, 2002.

[64] Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. – М., 2004. С.134.

[65] Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. На пути к либеральной евгенике? – М., 2002. С.24.

генетическому вмешательству, осуществляемому до момента рождения, превентивно «исцеленный» пациент может в будущем, став личностью, относиться иначе, нежели тот, кто запрограммировал без его виртуального согласия, на основании своих предпочтений.

Еще Руссо призывал к тому, чтобы прогресс наук не развращал нравственности и не портил вкус. Содержание нравственного и вкус исторически меняются, и происходит это под воздействием того же прогресса. Неизменно пожалуй в них одно - требование меры, удерживающей в устойчивом состоянии природное и социальное бытие человека. Ученым следует внимательно относиться к указаниям на эту меру, которые содержатся в этической критике ПГД.

Человек как автор проекта своего «Я»: возможности и опасности модификации природы человека

Ф.Г.Майленова

Стремление к совершенству

Стремление выйти за собственные пределы, стать равным богу или хотя бы приблизиться к нему, достичь вершин духовного совершенства было присуще человеку во все времена, но сделать самого себя объектом, предметом преобразования – такое стало возможно только сегодня. Мы живем в такое время, когда страсть к изменению и преобразованию коснулась уже самого человека, его тела, физиологии, генотипа.

Неудовлетворенность своим несовершенством – духовным, физическим, эмоциональным – является постоянным стимулом к исследованиям и поиску человеком путей изменить самого себя. Зависимость от внешних факторов – окружающей среды, психофизических данных, времени – удручает, подрезает крылья, подчеркивает нашу несвободу. Современная наука обещает не только продлить продолжительность жизни и избавить нас от множества страшных, в том числе врожденных, болезней – она предлагает средства, способные улучшить человеку интеллект, изменить моральные и эмоциональные характеристики. Вопрос, что подразумевается под «улучшением», пока остается открытым, однако можно уже сегодня предположить, что «хорошим», а, следовательно, желательным, будет изменение человека в сторону его большей эффективности и приспособленности к реалиям сегодняшнего дня. Если для взрослого человека средством «улучшения» станут, прежде всего, новейшие достижения фармакологии и использование протезных органов, то для будущих поколений будет возможно изменение уже самой ДНК как с целью исключить наследственные заболевания, так и с целью улучшить те или иные характеристики будущего ребенка. Таким образом, при раннем вмешательстве в структуру ДНК можно будет «заказать» младенца с определенным цветом кожи, внешними данными и даже – почему и нет? – определенной системой убеждений и верований.

Исследования в области нейрофизиологии показывают, что все наши мысли, чувства, убеждения, состояния – это еще и определенные участки мозга. Следующий шаг после детального изучения рождает вопрос, какой участок мозга за что ответственен. Воздействовать на эти участки, активизируя те из них, которые «нужны» в данный момент, и подавлять «ненужные»? Например, уже известно, что склонность человека к оптимизму или пессимизму передается по наследству и, возможно, есть определенные гены, отвечающие за этот комплекс – так отчего бы не выбрать для будущего ребенка более радостную жизнь? Однако далеко не все средства, с помощью которых производятся такие воздействия, можно назвать гуманными. Известно, что

электрошоковое воздействие на лобные доли мозга в некоторых случаях очень успешно вылечивает депрессию, но может привести к непредвиденным необратимым разрушениям. Предвидеть заранее, какой именно будет результат от такого радикального вмешательства, невозможно. Также не изучены отдаленные последствия применения множества современных препаратов, которые способны воздействовать непосредственно на нервные клетки, менять их конфигурацию, нарушать или восстанавливать связи, что приводит к весьма заметным изменениям в личности пациента.

Природа человека – данность?

Представление о неизменной природе человека лежит в основе множества мировоззренческих систем – как религиозных, так и научных, не говоря уж об обыденном сознании, для которого эта пресуппозиция является одной из ведущих. Тем не менее, изучение изменения моральных и мировоззренческих систем на протяжении истории человечества позволяет увидеть, что представления о том, что свойственно человеку по самой его природе – особенности его жизненного уклада, морали, эмоциональной и духовной жизни, даже его биология и физиология – меняются весьма существенно.

Отношение к телу как некой неизменной данности, сотворенному Богом или Природой, было свойственно до 20 века. Хотя вся технократическая цивилизация была направлена на то, чтобы увеличить возможности человека с помощью техники, была существенная разница между самим человеком и теми предметами, которыми он пользовался и мог их видоизменять и улучшать. Сегодня же мы обращаемся к телу и к мозгу человека как к материалу, который подлежит изменению и улучшению, стремимся преодолеть ограничения, которые налагает, казалось бы, сама природа. Тем не менее, вопрос о том, является ли природа человека раз и навсегда данной либо она все же подвержена изменению, остается открытым, и споры среди философов на эту тему не прекращаются. Так как какие-то отдельные изменения в человеке происходят постоянно как в масштабе истории, так и в масштабе протяженности отдельной человеческой жизни: касающиеся поведения, внешнего облика, образа жизни в целом, характера и темперамента, личностных особенностей, психики, физиологии, убеждений и ценностей, то нас интересует прежде всего, какие изменения в человеке затрагивают саму его суть. Если брать за основу телесную целостность человека, то остается ли личность той же самой, после того как какие-то части ее тела, а то и мозга заменены имплантами? Если же мы примем, что человек – это, прежде всего, его убеждения, ценности, характер, социальное поведение – то в таком случае что говорить о психотропных препаратах, которые уже сегодня способны полностью изменить характер человека? Модификации же социального поведения мы наблюдаем постоянно – агрессивная реклама в СМИ, «промывка мозгов» в религиозных сектах, изменение убеждений под воздействием требований корпоративной этики в иностранных фирмах и т.п.

Кто автор?

Другая сторона того же вопроса: если изменения возможны, то кто может являться его автором: нечто от самого человека не зависящее - природа, внешняя среда, эволюция, высшие силы, или же он сам?

Идея модификации, становления человека, восприятия его как некоего проекта, который он сам же должен дорабатывать в течение всей своей жизни, лежит в основе религиозного совершенствования на основе данной свыше свободы воли, подхваченная и видоизмененная впоследствии экзистенциальной моралью. Если мы допускаем, что человек способен изменять, т.е. модифицировать самого себя, то имеет смысл уточнить, каким образом, с помощью каких средств он это делает или будет делать. Мы подразумеваем под модификацией изменения, которые человек способен производить в собственной природе посредством технологий, им же самим и изобретенных. Это технологии медицинские, биологические, социально-политические, психологические.

Однако авторство означает еще и принятие ответственности за последствия своих действий, в том числе отдаленных.

Биотехнологии уже сегодня способны изменить природу человека «изнутри», на клеточном уровне. Современная фармакология способна производить посредством мощнейших препаратов такие изменения в физиологии и психике человека, что вопрос о сохранении личности того, кто подвергается такому лечению, стоит все более остро. Принцип информированного согласия применим в данной ситуации лишь в частичной мере, хотя бы потому, что большей частью пациенты не в состоянии понять, каковы же могут быть последствия подобного терапевтического вмешательства. Отдаленные же побочные последствия приема большинства новых препаратов до сих пор не изучены, и потому даже специалисты, которые их изобрели, не могут знать ответа на все вопросы.

Исследование и частичное изменение ДНК с целью предотвратить врожденные заболевания еще до рождения человека, уменьшение возрастных изменений в организме, улучшение тех или иных параметров личности посредством генной инженерии – все это уже не фантастика, а вполне видимый если не сегодняшний, то уже грядущий завтрашний день нашей медицины. Возможно, недалек тот день, когда не просто улучшение здоровья и продление продолжительности жизни, но и создание практически нового человека с совершенно новыми свойствами уже станут реальностью, доступной, однако, не всем. Пока что радужные надежды человечества на то, что будут преодолены генетические болезни, старость и даже сама смерть, не столкнулись с грубой социальной реальностью, которая не за горами: даже если чаемые изобретения станут достоянием человечества, воспользоваться ими смогут далеко не все. Последнее может привести к расслоению человечества уже не только по имущественному признаку, как было до сих пор, а закреплению этого неравенства на генетическом уровне: потомки тех, у кого был доступ к новейшим технологиям, будут отличаться от остальных уже не только воспитанием и образованием, но и уровнем своих способностей и общего здоровья. В итоге можно получить новую расу людей, точнее две расы – высшую и низшую.

И последнее, что хотелось бы отметить – это психотехнологии. Все психотерапевтические школы в той или иной степени используют возможности человеческого организма в измененном состоянии сознания, в которое пациент попадает при воздействии психотехнологий. Порой изменения, происходящие в личности в результате психотерапии очень существенны, тем более сложно отследить отдаленные последствия этих изменений. Особого внимания заслуживают возможности, предоставляемые различными психологическими техниками для *изменения человеком самого себя*: логотерапия, самогипноз, НЛП, специальные упражнения и тренинги. Самомодификация – наиболее интригующая часть данной проблемы, т.к. получив возможность менять собственное состояние, психические характеристики, эмоции, убеждения, человек получает ни что иное, как возможность изменять собственную судьбу.

В свете сказанного выше особым образом видится проблема выбора. Принятие решения об изменении, модификации самого себя – будь то согласие на операцию или прием препаратов, или же длительное воздействие психотехнологий – это будет выбором особого порядка, т.к. после осуществления модификации это уже будет, строго говоря, другой человек, не тот, кто принимал решение. А автор принятого решения, подвергшись трансформации, остался по ту сторону сделанного выбора. Как рассматривать в таком случае модифицированного человека, остается ли он психологически, физиологически и юридически тем, кем был до модификации – вопрос отнюдь не праздный, и возможно, в недалеком будущем он станет весьма актуальным не только умозрительно, но и практически.

Формирование биоэтического мышления у студентов медицинских вузов

В.И.Сабурова

Начиная изучать биоэтику, студенты понимают, что основной вопрос дисциплины – это вопрос о взаимоотношении врача и пациента. В современной медицине эти взаимоотношения претерпевают существенные изменения. Это связано с технологической оснащенностью лечебного процесса, с применением новых медицинских технологий, а также с кризисными процессами в мировоззренческой культуре.

В настоящее время к биоэтическим проблемам относят «моральные и философские проблемы аборта, контрацепции и новых репродуктивных технологий (искусственное оплодотворение, оплодотворение в «пробирке», суррогатное материнство), проведение экспериментов на человеке и животных, получение информированного согласия и обеспечения прав пациентов (в том числе с ограниченной компетентностью – например, детей или психиатрических больных); выработки дефиниции смерти; самоубийства и эвтаназии, отношения к умирающим больным (хосписы); вакцинации и СПИДа; демографической политики и планирования семьи; генетики, трансплантологии, справедливости в здравоохранении, клонирования человека, манипуляции со стволовыми клетками и ряд других»[66].

Для того чтобы будущие врачи в результате обучения биоэтике смогли выработать правильное отношение к обозначенным проблемам, а затем полученные знания применить на благо пациента, необходимо прежде остановиться на тех принципах, которые лежат в основе биоэтики, как методологии биомедицины.

Биоэтика зародилась на стыке естественно-научного, медицинского и гуманитарного знания.

Биоэтика – это междисциплинарный диалог медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук, диалог медиков с пациентами и представителями общественности. Существует точка зрения, что «только через междисциплинарный диалог может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и на этом основании выработана современная регулятивная идея блага и как цели врачевания для отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом»[67]. Специфика биоэтического мышления заключается в том, что оно поднимает вопросы о границах человеческой жизни. Считать ли оплодотворенную яйцеклетку человеком и отдавать ей права на жизнь, признавать ли пациента с погибшим мозгом, но бьющимся сердцем в качестве человека, обладающего социальными правами? В этом диалоге влияние общественности отражается в различных законодательных актах.

В литературе представлено понимание биоэтики через трансдисциплинарный подход. Трансдисциплинарность характеризует такие исследования, которые ведутся «через», «сквозь» дисциплинарные границы, выходя за пределы конкретных дисциплин. Например, Международный проект «Геном человека» совмещает в рамках одной структуры научное исследование с исследованием моральных и правовых условий и последствий осуществления научного исследования[68]. Учёные давно подметили, что в этом диалоге формируется свой особый язык. Язык специальной дисциплины попадает в ситуацию диалога и включается в процесс приспособления к конкретной коммуникативной ситуации. В результате возникают основные понятия дисциплины,

---

[66] Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004, с.51.
[67] там же, с.55.
[68] там же, с. 64.

концепты или принципы. Примерами биоэтических концептов являются повсеместно используемые принципы: уважения достоинства человека, добровольности и ненанесения вреда, признания автономии личности и справедливости; и правила: правдивости, конфиденциальности, приватности и добровольного информированного согласия. В разных философских доктринах принципы и правила имеют разное содержание и вес. Однако в биоэтической практике они существуют в форме основных понятий или в форме концептов – своеобразного морального инструментария, которым пользуются в публичных обсуждениях[69].

Для студентов-медиков младших курсов, а биоэтику начинают изучать, как правило, со 2-го или даже с 1-го курса, этот язык должен быть понятен. Исследователи считают (наш опыт преподавания также согласуется с этим), что студенты могут заучить формулировки, но смысл основных понятий часто остается неясным, поскольку выделенных в государственной программе по биоэтике часов на усвоение материала не хватает.

Мы полагаем, что пониманию языка и смысла основных понятий во многом способствует разбор ситуационных задач. Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика» были изданы в форме учебно-методического пособия на кафедре биомедицинской этики РГМУ под редакцией профессора И.В.Силуяновой. В каждой задаче описана конкретная ситуация лечебной и научной деятельности врачей и медицинских работников. Студенты должны классифицировать морально-этические ситуации, т.е. определить принадлежность каждой ситуации к одному из 4-х видов нравственного действия – будь то казус, дилемма, нравственный поступок, подвиг или преступление. В другой главе задачника студенты должны соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил профессиональной биомедицинской этики как: принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип добровольного информированного согласия, принцип справедливости и принцип милосердия. Приведём примеры.

1. Перинатальный центр провинциального областного города располагает 4 аппаратами для искусственной вентиляции легких. Часть аппаратов обычно занята, и нередко возникает ситуация, когда рождаются два глубоко недоношенных ребёнка, нуждающихся в искусственной вентиляции легких, а свободный аппарат только один.

Вопрос: В какой ситуации оказывается врач, когда он вынужден выбирать, какого ребёнка спасти?

2. Поступила пациентка с клинической картиной частичной спаечной кишечной непроходимости. В анамнезе резекция желудка по поводу язвенной болезни желудка. Основной метод диагностики этого заболевания – рентгенологический. На обзорном снимке выявлено, что в брюшной полости находится хирургическая игла (которая не вызывает никакой симптоматики). Кишечная непроходимость разрешается.

Вопрос: Нужно ли сообщать пациентке о находке (игле)?[70]

Анализируя позицию врача в ситуации нравственного выбора, студенты используют этические знания и связывают их с правовой основой биомедицинской деятельности. На важность такого подхода указывала ещё несколько лет тому назад профессор И.В.Силуянова: «Если мы хотим видеть в будущем враче не робота, механического и бездумного исполнителя законов, а профессионала, выполняющего свой долг добровольно и осмысленно, то мы должны предоставить ему возможность освоения реальности морально-этического знания и формирования способности отстаивать ценности своей профессии»[71].

---

[69] там же, с.66-67.

[70] Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика» - Учебно-методическое пособие. Под редакцией профессора И.В.Силуяновой. – М., РГМУ, 2005.- 88с.

[71] Вестник Российской Академии медицинских наук, 1997., с.42.

Особенности формирования биоэтического мышления у студентов РГМУ связаны со спецификой преподавания биоэтики на разных факультетах. На младших курсах лечебного, педиатрического и психологического факультетов студенты ещё не имеют медицинских знаний по специальным разделам биоэтики. Это требует тщательной проработки таких разделов, как статус эмбриона, аборт, новые репродуктивные технологии и другие. На медико-биологическом факультете биоэтика изучается только на 6 курсе, когда студенты имеют такие знания, и в большинстве своём у них есть морально-этические представления по проблемам биомедицины. При первом знакомстве выявляется, что эти представления носят прагматический характер и зачастую выражаются суждениями типа: «Научный прогресс нельзя остановить» или «У каждого своя мораль». Однако после нескольких лекций и семинарских занятий можно наблюдать интерес и осознанный подход к анализу моральных проблем биоэтики. В этом году мы предложили студентам медико-биологических специальностей провести этический анализ своих дипломных исследований. Оказалось, что большинство студентов правильно понимают свою ответственность о ненанесении вреда или о соотношении пользы и риска для пациентов в исследовании. Вот как оценивает ДНК-диагностику дипломница Н.: «В нашей лаборатории диагностируется много серьезных, тяжелых заболеваний. Задача заключается в том, чтобы сделать заключение о том, получил ли плод больные хромосомы от родителей, является гомозиготным или гетерозиготным носителем. Мы не делаем выводов, не даем рекомендации по тому, сохранять беременность или нет, но, конечно, каждый раз задумываемся о судьбе приходящих к нам людей. Нашими пациентами являются семьи, в которых уже произошло несчастье: у них есть больной ребенок или он погиб. Можно понять этих родителей, которые не теряют надежды и хотят родить здорового ребенка. Пренатальная диагностика в данном случае имеет право на существование, она проводится профессионалами на ранних стадиях по объективным причинам и не травмирует сильно организм матери. Но бывают и такие случаи, когда пренатальная диагностика назначается нецелесообразно, врачи, преследуя свои интересы, склоняют мать на аборт. Существует риск развития выкидыша после проведения диагностики. Есть и такие страшные примеры, которые заставляют глубоко задуматься о пользе пренатальной диагностики, - семья глухих делает диагностику и оставляет ребёнка в том случае, если он оказывается глухим». В другой дипломной работе студентка А. исследует радиотерапевтическое и противоопухолевое действие производных тестостерона, используемое при создании нового противоопухолевого препарата, обладающего большей эффективностью и меньшим токсическим эффектом. Это позволит многим женщинам не прибегать к оперативному вмешательству при раке шейки матки, а сохранить свою репродуктивную функцию. Лучевая терапия является вторым методом после оперативного удаления в лечении опухолей. Отрицательное действие проявляется в ослаблении защитных сил иммунной системы. Подчеркивается, что основная задача врача не только провести лучевую терапию, но и обеспечить организм больного достаточной защитой. Андростены обладают радиотерапевтическим эффектом: восстанавливают лимфоциты и улучшают работу гемопоэтической системы. Приём этих лекарств улучшит жизнь пациентки, она перестанет постоянно проводить время в клиниках, появится возможность уделять внимание своим родным и близким, посвятить себя любимому делу.

В методическом пособии по биоэтике А.И.Егоренкова описывается модельный подход при формировании навыков системного анализа биоэтических проблем для обучения студентов медико-биологических факультетов. Этот подход перекликается с нашими ситуационными задачами, поскольку он основан на способе возможного поведения в ситуации, предложенной для анализа. Разбираются «биоэтические задачи» по роману Солженицына «Раковый корпус», по роману Улицкой «Казус Кукоцкого» и по другим

произведениям. По мнению автора, «это создаёт основу формирования собственной этической точки зрения»[72].

В Европейских странах придают большое значение обсуждению ситуаций и дилемм при обучении биоэтике. На прошедшей недавно конференции ЮНЕСКО по преподаванию этики и биоэтики в странах Восточной Европы был сделан акцент на исторические традиции стран и роль религии[73].

Диалог медицины и религии по этическим проблемам наиболее труден для современных студентов-медиков, но и наиболее плодотворен для формирования их нравственной культуры. Церковь исходит из основанных на Божественном откровении представлений о жизни, как бесценном даре Божием. Она признаёт необходимой заботу о здоровье, и не только телесном, но и душевном и духовном. «Болезнь не рассматривается как исключительно негативное явление. Напротив, Православие призывает разглядеть высший, духовный смысл человеческого страдания и благодаря этому примиряет человека с его болезнью. …Особое значение для христианского осмысления профессии медицинской деятельности приобретает её мотивационная основа. Любовь к ближнему должна быть здесь ведущим фактором в противовес коммерческому интересу.[74] «В России религиозно-нравственная точка зрения на проблемы биоэтики наиболее полно выражена в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви». Этот документ служит по данной теме основным первоисточником, поскольку оценочных суждений по большинству вопросов биоэтики нельзя встретить в Священном писании, а также в трудах признанных авторитетных авторов раннего христианства».[75] Студенты используют этот документ для ознакомления с церковной точкой зрения на проблемы биоэтики. Информативны также Заявления Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, опубликованные в сборниках «Православие и проблемы биоэтики».

Мы полагаем, что знакомство с религиозно-нравственной составляющей биоэтического мышления студентов медиков, которое на старших курсах войдет в клиническое мышление, не пройдет бесследно.

Можно надеяться, что формирование биоэтического мышления, основанное на глубоких нравственных традициях медицины, происходит по типу формирования «нравственных стереотипов», о которых пишет академик Н.П.Бехтерева – научный руководитель института мозга Российской Академии Наук. «Занимаясь исследованиями мозга человека, мы наблюдали довольно простое явление. … В мозгу всё время идёт формирование стереотипов: растёт маленький человек, он делает первые шаги, и если вы его окликнете в этот момент, он упадет. Но вот он научился ходить. Что это значит с мозговых позиций? Это значит, что в мозгу сформировался стереотип, который обеспечивает движение без того, чтобы о нем думать. Церковь на протяжении веков внедряла нравственные стереотипы, которые затем охраняли большую часть человечества от преступлений, от того, с чем мы столкнулись сейчас, фактически отлучив Церковь от государства. Но Церковь использовала свойства мозга, может быть стихийно. Она формировала устойчивость к жизненным искушениям. Мозг запоминал это,.. отслеживал отклонения от стереотипов. И людей, у которых нравственные основы были достаточно глубоки, искушение миновало[76].

Сейчас наше общество всё больше осознает необходимость религиозно-нравственного воспитания молодежи. По данным Всероссийского опроса, проведенного Центром

---

[72] Егоренков А.И. Формирование навыков системного анализа биоэтических проблем в процессе обучения учащихся и студентов медико-биологических специальностей. Киев – 2003, с.24-25.

[73] Сабурова В.И. Преподавание биоэтики в контексте Болонской декларации. ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА Мультимедийный сборник материалов. Всероссийская учебно-методическая конференция «Биомедицинская этика в высших медицинских учебных заведениях». М., 19-20 апреля 2005 года.

[74] Черкасова А.Е. Взаимодействие медицины и религии. М., 2004, с.79-80.

[75] Там же, с.76-79.

[76] Соборные слушания. Вера и знание. Наука и техника на рубеже столетий. Саров -2000, с.48.

международных социологических исследований в 40 регионах Российской Федерации, 41% опрошенных считают, что улучшению в деле воспитания российских детей могло бы в значительной степени помочь введение изучения «Основ Православия» в школах и других учебных заведениях.[77] Написаны учебники для общеобразовательных учреждений с преподаванием предметов на православной основе.

Мы остановились только на некоторых аспектах формирования биоэтического мышления студентов-медиков. В этой связи показательна позиция врача-писателя В.Вересаева. В своей книге «Записки врача» (1901 г.) он не просто привлек внимание русского общества к ряду острых этических проблем, но в том числе и к проблеме обучения врачей. Ему принадлежит знаменитый постулат о том, что врач не может безучастно относиться к социальным условиям, которые делают его деятельность бесполезной[78]. Проведение занятий по биоэтике по теме «Смерть и умирание» на базе Первого московского хосписа не только способствуют формированию биоэтического мышления у студентов в области паллиативной медицины, но также способствуют формированию мировоззренческих ценностей личности в системе знаний о взаимоотношениях врача и пациента[79].

Проблема оснований этического выбора в культурной ситуации современности[80]

А.Ю.Шеманов

Возникновение биоэтики тесно связано с превращением медицины в часть сферы услуг, а пациента – в клиента этой сферы, что изменило прежнюю диспозицию отношений врача и больного, сложившуюся в европейской медицине. Ставший существенной частью нынешних отношений между врачом и пациентом принцип информированного согласия среди прочего означает, что в наши дни медицинское знание рассматривается как средство рационального самоконтроля человека (как пациента) над функционированием собственного тела и психики. Человек имеет здесь двойственный статус субъекта и объекта контроля, последние в нем четко разделены. Это разделение выражается в том, что отношения этих двух ипостасей опосредованы также институционально: функцию медицинского контроля своего состояния пациент может легитимно исполнять лишь при посредстве врача. В этом различии реализованы два соотносительных способа редукции человека: на вещь - живое тело и на способность контролировать эту вещь извне. Лежащая в основе такого типа редукции научная рациональность Нового времени по-прежнему является доминирующей парадигмой европейской медицины. В рамках классической рациональности, широко представленной в технологиях современной медицины, исключается вопрос о целевых отношениях в объекте и о смысле его бытия; человек - в пределах этих технологий - сводится к объекту (телу или психике), выступая точкой приложения внешних воздействий и элементом причинных зависимостей, в которые он включен.

---

[77] Советская Россия., №74, 31 мая 2005г.

[78] Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004, с.80.

[79] Ляуш Л.Б., Сабурова В.И. Уроки преподавания биоэтики в хосписе. В мультимедийном сборнике материалов «Биоэтика сегодня», РГМУ, Москва, выпуск 1.

[80] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а.

Биоэтическое суждение нуждается в нахождении общих оснований, поскольку апелляция к общим основаниям необходима для достижения рационального, имеющего характер универсальной нормы согласия друг с другом втянутых в обсуждение людей. В классическую эпоху рациональность принципов предполагала их онтологичность, т.е. укорененность в том или ином понимании бытия. Однако возникновение биоэтики происходит в ситуации проблематичности подобных оснований. Принятый в биоэтике отказ от ссылки на религиозное убеждение как рациональное основание этического поступка означает требование, что основание этической нормы должно быть найдено в сфере имманентного.

Одной из форм осознания проблематичности онтологических оснований стала тема множественности культур, связанная с утверждением множества равноправных систем ценностей. Биоэтическая проблематика неслучайно тематизируется в ситуации множественности культур. Чтобы понять смысл этой ситуации, следует сказать об особенности европейской культуры, которая открывает себя как культуру среди других культур. Это открытие было связано, с одной стороны, с тем, что в европейской истории возникает философия, адресовавшая индивиду задачу обоснования его бытийных оснований. Но с другой стороны, открытие культуры происходит как раз в тот момент, когда пошатнулись опоры прежних универсалистских притязаний европейской культуры. Выдвижение культуры на роль основания и специфической особенности человеческого образа жизни происходит в тот момент, когда происходит кризис самообоснования через трансцендентное, абсолютное начало (космос – в Античности, Бог – в Средние века и естественный разум, способный познавать природу – в Новое время).

Характерной чертой европейской культуры всегда было ее постоянное обращение к другому как к своему истоку, но теперь другое выступает уже в виде другой культуры и другого человека. Встреча с другим в ситуации европейской культуры, адресующей индивиду задачу обоснования его бытийных оснований, ставит под вопрос понимание самого себя и выдвигает проблему человека как такового. Эту ситуацию К. Леви-Строс[81] считает началом антропологии, которая возникает по самому своему существу в качестве антропологии другого. Вслед за Леви-Стросом[82] можно выделить три вида гуманизма, которые можно рассматривать и как три этапа в открытии культуры[83] и, одновременно, в становлении антропологии другого – открытие Античности, восточных цивилизаций и первобытности. Причем, говоря об отличии классического гуманизма от гуманизма, рожденного открытием первобытности, Леви-Строс отмечает, что в этом последнем случае не предполагается деление на высокое и низкое, привилегированное и презираемое. В этом устранении прежнего разделения для Леви-Строса звучит пафос единства человечества. Другое, благодаря этому гуманизму, как будто бы исчезает.

Однако, имея в виду З. Фрейда, М. Фуко, Ж.Лакана и др., к этим этапам антропологии другого можно добавить еще один: открытие Другого как сексуального, как больного, как безумного. Здесь Другой был открыт в качестве возможности самого себя. Причем Другой - не фикция, не просто порождение конституирующей его инстанции контроля: психоанализ задал тему неустранимости другого во мне. Оказалось, что Другой составляет мою неотъемлемую часть и речь может идти лишь о союзе с ним, о налаживании коммуникации с другим в себе.

Итак, антропологический гуманизм в смысле Леви-Строса констатирует отказ от европоцентризма и от идеи иерархии культур, а также от ценностного деления на высокую классическую и низкую обыденную. Все разделения приобретают неоценочный смысл. По сути, теоретически описывается ситуация, которая соответствует господству культуры массовой. Любое культурное явление оказывается в демократическом контексте

---

[81] *Леви-Строс К.* Руссо – отец антропологии. // Он же. Первобытное мышление. М.: Республика, 1994. С. 20-28.

[82] *Леви-Строс К.* Три вида гуманизма. // Он же. Первобытное мышление. М.: Республика, 1994. С. 16-18.

[83] См.: Межуев В.М. Философская идея культуры (Позиция 2.3). //Теоретическая культурология. М.-Екатеринбург, 2005. С.121-122

«равенства» с другими: оно отвечает запросу своей социальной группе, и это соответствие выражается в наличии спроса на рынке культурных услуг.

Однако подобным способом уравнивания, реализуемого различными путями, напр., с помощью рыночных механизмов, скрадываются важные различия. Другой не исчезает, а лишь до поры не проявляется, или проявляется в неожиданной моде, популярности определенных культурных явлений, обнаруживающих скрытые культурные потребности, давая возможность их осознать. Но для их осознания необходима еще позиция рефлексии, которая является условием осознания. Она и может служить основанием для обнаружения Другого как другого во мне самом, а потому как небезразличного мне. Иначе другой скрывается формальным способом приравнивания.

Безразличное к содержанию приравнивание дает возможность осознать и выявить право на особенность каждого другого, в этом его позитивный смысл, но оно не позволяет открыть саму особенность другого и тем самым не дает возможности поиска общего основания. Поэтому полная симметрия формального равенства должна быть дополнена асимметрией, которую вносит рефлектирующий, когда он заявляет себя как источник рефлексии об особенности другого и самого себя. Это уже начало универсальности иного рода, чем универсальность формального равенства; оно претендует на обоснование формальной универсальности, хотя само предполагает его осуществимость как свое условие. Примером здесь может быть демократия как условие свободы мысли, мысль в своей свободе может покушаться на демократию и, тем не менее, на нее, точнее на возможность высказывания, обеспечиваемую демократией, опирается. Формальная и содержательная универсальность оказываются взаимно дополнительными.

В ситуации формального равенства, обеспечиваемого свободным рынком и политической демократией, условием воспроизведения содержательной общности с другим оказывается взаимность признания каждым рефлексивной позиции другого. В области этики данное условие будет означать следующее: этическим является отношение к другому, если оно не попирает его человеческое достоинство, лежащее в основе общности каждого человека со всеми.

Это касается и прав человека в отношении к себе самому, поскольку, становясь объектом собственного действия, он не просто проявляет неотъемлемую свободу, но и принимает на себя обязательство ответственности за себя как другого. Личность не имеет *морального* права распоряжаться собой до такой степени, чтобы самой редуцировать себя до вещи, до средства достижения какой-либо цели (даже если этой целью, как в некоторых биомедикоэтических ситуациях, является избегание тяжких страданий). Совершая такую редукцию, человек выступает против смысла человечности.

Рефлектирующий выделяет себя, как начало связи себя и другого, в этом смысле рефлектирующий адресует свою позицию другому: предполагая эту связь как проявление их *общности*, он признает возможность рефлектирующей позиции и у другого. С этой точки зрения, имея в виду принцип взаимности как основу справедливых отношений между людьми, этически оправданной может быть лишь позиция, исходящая из солидарности с другим, из признания его в качестве равноправного источника общности. Однако отклик другого может быть различным, в том числе и таким, который не признает за ним права быть основанием связи, что означает отрицание общности. В этом случае оправданной становится защита своего человеческого достоинства, защита взаимности позиции рефлексии. Вместе с тем сам принцип взаимности и в культуре и в индивидуальном развитии человека проходит определенные этапы становления. Это, во-первых, означает, что признание другого в качестве равноправного источника общности предполагает социальное установление культурных механизмов признания и их освоение. Во-вторых же, само осознание и принятие в качестве ценности принципа взаимности и, в этом смысле, этической необходимости принятия и признания другого также является предметом работы культуры, оно не имеется в наличии. А это ставит вопрос о механизмах формирования этих ценностей в культуре.

Однако, ставя этот вопрос, надо учитывать, что в ситуации запрета апелляции к трансцендентному в качестве основания возможной рефлективной общности смысл человечности принимает на себя нагрузку всех тех коллизий антропологии другого, массовизации культуры, о которых шла речь, а также сталкивается с проблемой обоснования позиции рефлексии при условии отсутствия общего трансцендентного основания.

Прежде всего, оказывается неосновательным лежащее в основе классической рациональности картезианское деление на дух и тело, которое было поставлено под радикальный вопрос уже гуссерлевской феноменологией, и особенно феноменологией восприятия М. Мерло-Понти, проследившего единство тела и духа в интенциональности восприятия[84].

В контексте антропологии другого традиционные различения, подобные выделению классической культуры, как минимум меняют свой смысл. Культура именно как система смыслов и ценностей утрачивает значение безусловного образца и приобретает существенно антропологическое значение, оказывается механизмом становления человека самим собой и, одновременно, способом саморазличения – формирования в себе человечности. Вопрос об этических основаниях медицинских решений, как показывает институциализация современной медициной этического суждения в виде биоэтических комиссий, выявляет в качестве своего условия признание другого и выработку механизмов взаимодействия с ним. Это одновременно означает и признание за другим *права на его собственные ценности*, и совместное с другим признание ценности согласования различных позиций, уважение позиций другого, т.е. взаимное признание *границы* собственной ценности. Но, кроме того, институциализация механизма этической рефлексии в современной медицине свидетельствует о том, что возможность этических отношений между людьми опирается на историю отстаивания людьми своего человеческого достоинства и выработку культурных и социальных механизмов признания каждого в качестве источника права и вне этой истории не реализуется.

Будет ли утеряно искусство врачевания?

А.В.Кашин

Просматривая врачебную литературу и популярную медицинскую прессу, находишь все больше и больше сведений о медицинских технологиях: информационных, аппаратных, клеточных, молекулярных и субмолекулярных, генных и так далее. Казалось бы, лечение заболевшего человека можно теперь предоставить не врачу, а доверить киберлекарю.

Но, стоп! Так только может считать не сам больной, прошедший через какое-либо медицинское учреждение, избавляясь от болезни; и не врач, не один десяток лет, работающий в клинике. Они уже на практике представляют, что врачевание – это в зависимости от конкретной ситуации, искусство, основанное на науке, или, наука, выраженная в искусстве ее применения.

Однако научную мысль не остановить, только время отсеивает бесполезное, сохраняет и развивает действенное. Поэтому накапливается в медицине достаточное

[84] «Говоря, что эта интенциональность [речь идет о зрительном восприятии объекта в качестве единого при бинокулярном зрении – А.Ш.] – не мышление, мы хотим сказать, что она реализуется не в прозрачности осознания и учитывает как приобретение всё то скрытое знание о себе самом, которым наделено мое тело» (*Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия. М., 1999. С.299

количество эффективных методов диагностики и лечения, которые становятся доступными обученным специалистам в узких областях. Хорошо ли это, или плохо?

Известный современный врач, американский профессор - кардиолог Бернард Лоун, написавший книгу-размышление о своем многолетнем врачебном труде, назвал написанное «Утерянное искусство врачевания» (1998). Его тревожат не новые медицинские технологии, разработчиком и пользователем которых был он сам, а подход молодых коллег к больному и врачебному обследованию. Все доверяется технике! В общении – экономия времени на сборе анамнеза во время беседы (компьютер). Пренебрежение классическим осмотром и мануальным обследованием, а порой и неумение его выполнить! Все на аппараты и параклинические методы обследования. Неумение сформулировать рабочую гипотезу и выделить ведущий синдром. Даже измерение артериального давления проводится без должного соблюдения принципов, рекомендованных ВОЗ.

Та же «болезнь» и у наших российских молодых коллег!

В результате поток инструментальных заключений может отвести от ведущего синдрома и, следовательно, диагноза. Давно известно, что «Qui bene diagnostit, bene curat».

Что касается лечения, то проблем еще больше. Профессионализм заключается в наименьшем количестве фармакотерапевтических средств (у молодых коллег – полипрагмазия) и сочетанном применении психотерапии и немедикаментозных методов лечения. Известно, что больного лечит врач! А болезнь - врачебные действия, назначения и уход.

Профессор-хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука Крымский) написал свой замечательный труд «Дух, душа и тело» в середине XX века, с которым необходимо ознакомиться каждому начинающему врачу. Из него следует:

- Врач должен быть квалифицированным практиком в своей области и обладать высокой духовно-нравственной культурой.
- Его рабочий инструмент – слово. Спрашивать, разъяснять, успокаивать, направлять к храму (христиан).
- Корректировать образ жизни больного: режим дня, исключение вредных привычек, физическая активность, разумный отдых.
- Лечить внутренние болезни физиотерапией и лечебной физкультурой, подобранной диетой .
- Оптимальная и минимальная фармакотерапия.

Обязательным, подчеркивает профессор и архиепископ, первоначальным для больного должна быть рекомендация врача обращение больного-христианина в церковь за духовным врачеванием! Большая часть болезней имеет психо-соматический гененез. Телесные недуги предоставляются на излечение врачу.

Современные доктора уже подтвердили, что верующие христиане терпеливее в перенесение болезней и оперативных вмешательств, дисциплинированы в выполнении назначений врача, выздоравливают в большем количестве случаев, чем неверующие. Здесь статистика на международном уровне.

Вернусь к размышлениям профессора-кардиолога Бернарда Лоуна. Эта книга представляет ценность молодым коллегам. Искусство исцелять, забытое сегодня многими врачами, в наше беспокойное время, не менее важно, чем умение правильно ставить диагноз. Врач всегда должен помнить о главном – страдающем, испуганном, отчаявшемся пациенте. И о том, что врачебный долг - служить этому человеку и врачебному делу.

Современные студенты медицинских ВУЗов особенно нуждаются в духовно-нравственной подготовке. И преподаватели гуманитарных и клинических кафедр обязаны направить будущего врача на путь добросовестного изучения врачебного искусства.

Через элективные курсы духовно-нравственной культуры, через личный пример, через Музеи истории ВУЗа, через коллектив и традиции кафедры.

Врачебное искусство еще не потеряно, если мы будем его воспитывать!

Правило недопустимости использования пациента в качестве средства для достижения коммерческих целей

О.В.Летов

Как известно, Т.Бичамп и Дж. Чилдресс, обобщив богатый эмпирический материал, сформулировали такие принципы биомедицинской этики, как уважение свободы субъекта, «не навреди», благодеяние и справедливое распределение медицинских ресурсов. Этический принцип «не навреди» может быть дополнен правилом о недопустимости использования пациента в качестве средства для достижения коммерческих и иных внелечебных целей. Врач может выступать «промоутером» лекарственных средств той или иной фармацевтической компании, не информируя об этом пациента. Сначала у врача может появиться искушение предписывать пациенту более дорогие вместо более дешевых лекарств. Дело может дойти до того, что вместо необходимых средств лечения пациент будет оплачивать рецепты, предписывающие «Гербалайф», «Кембриджское питание» и т.п. препараты.

Согласно шестнадцатому параграфу «Кодекса профессионального поведения медицинских сестер Великобритании», медицинские работники должны гарантировать, что профессиональный статус не используется в коммерческих или финансовых интересах организаций, производящих товары и услуги, и что профессиональное суждение не влияет на любые коммерческие соображения.

Что касается «Кодекса врачебной этики», одобренного III (XIX) Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г., то в нем утверждается, что «мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения», а также «врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств». Вместе с тем, представляется, что правило о недопустимости использования пациента в качестве средства для достижения коммерческих и иных внелечебных целей ждет своего более конкретного отражения в этическом кодексе российских медицинских работников. К сожалению, российская практика такова, что многие врачи и не подозревают о существовании профессионального кодекса. Положения этого кодекса должны широко внедряться в практику медицинского обслуживания.

Воля-к-религии и след неприкосновенного (к ре-деконструкции биоэтики)

С.В.Панов, С.Н.Ивашкин

Обращение авторов деконструкции в последнее время (Деррида, Нанси, Ваттимо) к проблеме религии настолько случайно, что приходиться его считать более чем

необходимым. Достаточно сказать, что тема религии у Деррида (безусловного, сокровенного, святого, священного, неприкосновенного), будучи предметом его философского внимания с первых публикаций, внятно себя обнаруживает почти во всех работах начиная, пожалуй, со сборника работ 1987 года «Психея. Изобретение другого».

Деррида переосмысляет традицию онтотеотелеологии исходя из радикализации хайдеггеровского следа онто-онтологического различия, т.е. безысходного различия следа, следа как бесследного непредставимого различия. Исходного Имени и Лика нет, но их нет особым образом: единое всегда внутри разъединено, имя всегда рассеяно, оно - само рассеяние и невосполнимая нехватка единого. В этом весь мыслительный жест деконструкции религии как основы метафизики присутствия, прочитываемой от Платона до Ницше и Хайдеггера: в самом насильственном жесте воли-к-воли стереть-зачеркнуть исходное различие временной истины, прописать само «разделение единого» и как немыслимый раздел, и как невозможное участие. Поэтому религия неизбежно становится одним из имен квазиволевого эффекта. Как мы помним, уже для Гегеля она – всего лишь этап самопознания духа, стремящегося к абсолютному самотождественному знанию, в котором время как внешняя созерцаемая форма его жизни будет окончательно снято. Как постметафизическая воля-к-воле аффицировалась в двух аффектах – разума и веры, прочерчивающие для Деррида принципиальную разделенность понимания, так и в объективно-историческом плане были размечены две дискурсивные традиции – греческая мифология и авраамовы монотеистические религии. Эти две традиции прочитываются Деррида как буквы раздела: с одной стороны, буква «хоры» – платоновского понятия не-сущего, которое Деррида интерпретирует как «ничто за пределами бытия сущего» (разумеется, это ничто ничего не имеет общего с хайдеггеровским ничто, которое в бытийном ужасе открывает для себя проектирующее здесьбытие вопрошанием о бытии)[85], с другой стороны, - «мессианистичность без мессианизма», т.е раздел «монотеистического» следа вне всякой мессианско-телеологической перспективы ожидания присутствия. Радикализуя кантовское понятие «рефлектирующей веры», Деррида определяет «мессианистичность» как тот пробел, где впервые становится возможным помыслить любой мессианизм и его дискурсивные фигуры. Этот непроговариваемый пробел – невозможный опыт события, самостирающееся ожидание всегда неожиданного ответа Другого во всей его безответности, решение самого решения как пред-имя постволевого эффекта: «Единое никогда не приходит без того, чтобы не открыть возможность другого»[86]. Прочитываемая в такой перспективе религия без догматизма оказывается всегда единственным, неуниверсализируемым знанием и опытом, перформативным событием узаконивания самого закона, установления институтов, принятия конституции в неразрешимом решении Другого без лица и имени - вне всякого страхующего антропо-теологического горизонта присутствия[87]. След Деррида – атеологический остаток мысли, не отрицающий веру, ставящий ее в совершенно новые отношения с универсальной рациональностью и формами политического соучастия.

Как постонтологический след различия Деррида метит бездонное соскальзывание в «ночь неинтеллигибельного», где религия и религиозный опыт могут быть только постдискурсивным фантомом, так для Витгенштейна само языковое различие между «как» и «что» - между контекстуальным и мистическим насильственно налагает запрет на высказывание несказуемой основы мысли, тем самым предоставляя человеческому пониманию участь аутистского распада восприятия, мысли и действия. В логическом проекте Витгенштейна различие между высказываемым вероисповедания и показываемым – это различие между тем, что можно высказать, и тем несказуемым, что

---

[85] Derrida Jacques. Faith and knowledge: the two sources of ‘religion’ at the limits of reason alone//Derrida J., Vattimo G. Religion. Cornwall, 1998, P.1-79. C.21

[86] Ibid,C.18.

[87] Ibid,C.19.

позволяет себя лишь показать. Концептуальный «аспект» религии для Витгенштейна – чистая религия без конфессионального дискурса, без ненужных и бессмысленных церковных институтов, эскиз «непосредственной» религии «языкового употребления», абсолютный этос (вне) языкового эффекта. В аспектуальной феноменологии Витгенштейна «потусторонняя» идеальность смысла стерлась до лого-сонорного эффекта воли как ее запретного невозможного остатка. Это стирание, – несомненно, волевой акт, поскольку смена аспекта, его видение-понимание – экзерсис самой воли в осуществлении ее насилия как конституирующего логику мира и жизни приложения силы. Эта эффективная действенность воли-к-воли есть сама энергийность, понятая как язык. Поскольку для Витгенштейна молитва, просьба, обещание - виды «перформативной» языковой игры, т.е такого «употребления» языка, которое «употребляет» самого человека, предоставляя ему сами абсолютно не проговариваемые условия мыслимости мыслимого и испытуемости опытного (императив: мы не можем выйти из языка), религиозный опыт и религия вообще будут прочитаны в аспектуальной феноменологии языка исходя из «внутреннего отношения» как логической формы дискурса в аспектуальном видении постволевых эффектов смысла: нет никакой онтотеологической сущности религии, есть время концепта как его внутренний раздел, как отказ от проговаривания имени неименуемого в языковой игре.

В какой мере аспектуальная феноменология Витгенштейна и деконструкция Деррида заставляют поставить вопрос о том, как выйти из постонтологического насилия воли-к-воле, как вообще отстоять от насильственного опыта стирания, какова тайна абсолютного ненасилия нестираемого следа, абсолюта силы в бессилии, как решиться на его прикосновение, наконец, какова часть бездны в горизонте и молчания в слове? Мыслить религию – все еще не мыслить немыслимое, не решиться на само решение. Скорее: решиться на само суждение о собственной смертной мере молчания в слове и слова в молчании.

Религия как квазиконцепт деконструкции – в основе всей постонтологической проблематики жизни, этики жизни, экономического закона жизни, жизни как ограниченной экономии. Исток «жизни» как волевого концепта – в метафизике присутствия, в онтотеотелеологии, прочитанной как «христианская идеология». Один из основных тезисов Деррида – актуальный симбиоз христианской идеологии как идеологии обещания и ожидания присутствия и постсовременной теле-техно-естественнонаучной цивилизиции, которая далека от того, чтобы именоваться «инструментом» идеологии. Этот симбиоз определяет глобализацию современного мира в сопряжении обещания полноты присутствия (религиозная идеология) и бесконтрольного обеспечения наличности сущего (техника). Глобализация, в основе которой лежит, по Деррида, «латинизация мира», – по сути, сверхнасильственное и сверхбеззаконное присвоение внеязыковой инстанцией языковой власти. Эта инстанция (государство-нация, религиозные институты) автолегитимизируется в перформативных актах помилования-прощения, покаяния-принесения извинений, подписывания собственной конституции и т.д. Глобализация для Ж.Деррида оказывается, по сути, риторическим метапредставлением, театром дискурса – сколь смехотворным, столь и опасным. Биоэтика как идеология ограниченной экономии жизни, в основе которой императив самосохранения жизненной силы, жизни как силы, императив концептуального и технологического обеспечения ее иммунитета, – один из маршрутов этого дискурсивного производства. Современная биоэтика - универсально воспроизводимый дискурс о защите, сохранении, страховании, восстановлении неприкосновенного, прочитываемого, к примеру, Р.Дворкиным[88] как «космическая тайна жизни». Сам биоэтический дискурс – молчаливое присвоение способа говорения о присутствии, вопрос о котором он не в силах поставить, так как определен сценой метапредставления «жизни». Тайна и основа этого

[88] Dworkin Ronald. What is sacred? P.157-205// Bioethics. Ed. by John Harris. Oxford, 2001. C.204.

дискурсивного присвоения – исходное насилие как осуществление силы – «транс-аппроприация Другого» (Нанси). Однако достаточно ли этой констатации для критики «биоэтической идеологии»? Не успокаивается ли деконструкция в критике «идеологии жизни» анализом неразрешимой квазиструктуры следа как «жизнисмерти» - неотчуждаемого чуждого, принципиально неприсваиваемого в ограниченной экономии биоэтического дискурса? Понять жизнь, ее непредставимый этос – все еще не стереть след различия, скорее мыслить его вне квазиволевого стирания, за рамками постонтологического метанасилия в неотчуждаемой способности суждения о конечности собственного бытия, в понимании безмерной меры присутствия, всякий раз дающей прикоснуться к неприкосновенному в абсолютной невозможности его присвоить.

Дилеммы биоэтики в контексте нравственной философии

В.О.Коган

Междисциплинарный характер современной биоэтики проявляется в том, что вопросам антропологического характера придается сегодня все большее значение. Ядро антропологических проблем о сущности человеческой природы, о предназначении человеческого бытия коренится прежде всего в этической плоскости, то есть в сфере человеческой нравственности. Примером большого внимания ученых к этической проблематике в биоэтике может служить недавняя конференция «Антропологические основания биоэтики» (Томск, 2006). На ней был рассмотрен широкий круг нравственных проблем, среди которых человеческое страдание, неморальность современного гедонизма, социальная адаптация сирот, экзистенциальные проблемы личности (тоска, отчаяние), экзистенциальный смысл страдания, социальная ценность телесного бытия человека, ценность здоровья в христианском сознании и т.д.

Показательными являются слова участника из Минска Я. С. Яскевича: «Биоэтика, как междисциплинарное научное направление, академическая дисциплина и социальный институт опредмечивается в контексте общей стилистики, характерной для постнеклассической науки последней трети XX века в целом, когда в ее ткань входят непривычные для классической науки идеалы блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекоразмерных объектов»[89]. Непривычность для классической науки моральных идеалов делает необходимым обращение самой биоэтики к традиционным вопросам нравственной философии.

Главная работа Вл. Соловьева «Оправдание добра» имеет расширение в названии – нравственная философия. Сам философ так определяет ее сущность: «Нравственной философия есть не более как систематический указатель правого пути жизненных странствий для людей и народов»[90]. «Правый путь» жизни есть искомая цель всех этических теорий и доктрин, озабоченных всегда поиском истинной, подлинной, благой и достойной жизни.

Для Соловьева суть нравственной жизни и предмет нравственной философии как науки связан с добром: «Собственный предмет нравственной философии есть понятие *добра*; выяснить все, что разум, возбуждаемый опытом, мыслит в этом понятии, и тем

---

[89] *Яскевич Я. С.* Антропологические и социокультурные основания биоэтики // Антропологические основания биоэтики: Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием (г. Томск, 11-14 октября 2006 г.) — Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2006. – С. 352.

[90] *Соловьев В.С.* Оправдание добра / В.С. Соловьев. – М. : Мысль. – 1988. – Т. 1. – С. 79.

самым дать определенный ответ на главный для нас вопрос о *должном* содержании или смысле нашей жизни – такова задача этой философской науки»[91]. Нравственному смыслу жизни и посвящает философ свое предисловие к первому изданию книги. Здесь вопросы об истинном и мнимом смысле жизни, о бессмыслице, о самоубийстве как выходе из отсутствия смысла, о добре как истинном смысле, о смерти и ее преодолении.

Современный отечественный философ Ю. Н. Давыдов своей известной книге «Этика любви и метафизика своеволия» дает подзаголовок – «проблемы нравственной философии». И какие проблемы мы видим в этой книге? Страх смерти и смысл жизни, «смыслоутрата», совесть. Круг проблем полностью смыкается с тем, что определил Вл. Соловьев в своей работе. И мы может сделать правомочное заключение, о том, что *инвариантные проблемы нравственной философии* связаны с проблемой смысла жизни, то есть с проблемами нахождения истинного, подлинного смысла, оправданности человеческого существования как такового.

Эти вопросы волнуют практически всех крупных представителей русской философии. Достаточно упомянуть два ярких имени С. Л. Франка и Е. Н. Трубецкого, написавшие книги с одним названием «Смысл жизни». Современный исследователь А. П. Огурцов в статье «Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы» достаточно определенно указывает на эту инвариантную черту русской мысли: «Русскую этическую мысль можно назвать *этикой жизни*. Для нее характерно, прежде всего, осознание самоценности жизни, нравственное освящение жизни как фундаментальной ценности, причем жизни, наполненной духовным смыслом»[92].

Примечательно то, что эти черты русской этической мысли А. П. Огурцов высказывает применительно к проблемам биоэтики, ее перспектив в современной России. Он пишет: «Развитие биоэтики в нашей стране предполагает осмысление тех традиций, которые существовали в этической мысли в России, анализ их философских оснований и тех горизонтов, которые они открывают в новых отношениях человека к жизни»[93]. Более того, он говорит, что необходимо осмыслить с позиций, развитых в русской философии «новые моральные коллизии и альтернативы, встающие в наше время»[94]. Это означает, что моральные коллизии самой биоэтики должны быть осмыслены с позиций русской философии. Это поможет наиболее продуктивно решать и современные проблемы, имеющиеся в биоэтике, и оживит традицию русской философии.

Эти слова были сказаны автором в 1994 году, однако их значимость и актуальность с течением времени повысилась. Сегодня можно говорить о сильной моральной напряженности биотических проблем, которые приобретают форму «дилемм биоэтики». В. Н. Назаров в учебнике «Прикладная этика» (2005) выделяет основные дилеммы биоэтики, вытекающие из ее основных принципов таких как «принцип автономии», «принцип человеческого достоинства», «принцип интегральности», «принцип уязвимости». Соответственно, дилеммы биоэтики возникают при столкновении этих принципов (которые, кстати говоря, имеют не только моральный, но и граждански правовой статус) с совершенно неожиданными, подчас иррациональными появлениями нравственной жизни человека. В.Н.Назаров выделят, в частности, такие дилеммы, ставшие классическими: дилемма между правом на собственную жизнь и невозможностью распоряжаться собственной жизнью; дилемма выбора между правом на жизнь и правом на обеспечение качества жизни; дилемма клонирования; дилемма аборта; дилемма эвтаназии.

Интенсивные дискуссии последнего времени по широкому спектру проблем биоэтики говорят о том, что внутри самой биоэтики возникли моральные напряжение, которые

---

[91] Там же, с. 98.

[92] *Огурцов А. П.* Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы // Вопросы философии. – 1994. - №3. – с. 50.

[93] *Огурцов А. П.* Указ. соч. с. 50.

[94] *Огурцов А. П.* Указ. соч. – с. 52.

требуют дополнительных нравственно-философских, религиозных, культурных, духовно-эстетических импульсов для своего разрешения. В частности, такая острая и мучительная проблема как эвтаназия, детерминирована социокультурными и психологическими факторами и возможно требует для своего разрешения не столько интенсификацию дебатов pro и contra внутри самой биоэтики, сколько выход к предельным нравственным основаниям самой культуры, в рамках которой эта проблематики и возникла. Как справедливо пишет В.Н.Назаров: «Эвтаназия – это проблема не просто индивида, но всего общества. Не случайно в последнее время все чаще говорят о «социальной эвтаназии». Эвтаназия связана с процессом секуляризации современного общества. Она является своего рода выражением неверия официальной культуры в религиозные обетования смерти и воскресения, что ведет к обесцениванию страданий и отрицанию религиозной символичности смерти… эвтаназия вырастает на почве *гедонистической этики*, для которой смерть и боль суть наиболее тревожащие элементы»[95].

Если обратиться к традициям отечественной этической мысли, как предлагает А.П.Огурцов[96], то мы увидим, что в русской философии этика носит преимущественно *экзистенциальный* характер, в то время как в биоэтике – *гедонистический* и *юридический*. Наверное, именно поэтому «этические концепции, развитые в русской религиозной философии, не смогли стать теоретическим основанием для построения биоэтики»[97].

В основании биоэтической парадигмы лежит *биоцентрический взгляд* на человека, который сформировался в секулярную эпоху с доминирующими принципами гедонистической этики. Соответственно, при решении «дилемм биоэтики» принимается несколько упрощенный взгляд на этику, в основании которого лежит биоцентрическая антропология.

В биоэтических исследованиях большую роль играют естественнонаучные теории. Сверхрациональная природа человека выводит к построению открытой антропологии, чем и занимается современная философия. Современная биоэтика склоняется к решению прикладных проблем, связанных преимущественно с проблемами защиты, предупреждения опасности, сохранения и т.д. Иными словами, биоэтические проблемы, становясь прикладными, приобретают предупредительный и защитный характер, в то время как позитивные проблемы (фундаментальные проблемы этики) оказываются все менее и менее востребованными.

В биоэтических построениях нравственный мир личности сводится преимущественно к правовой сфере и гедонистической мотивации поведения, исходящей из биоцентрических интересов (здоровье, безопасность), что приводит к расхождению с традиционной этикой. Это не может не сказаться отрицательно на состоянии самой биоэтики, которая рискует в эпоху информационных технологий стать своеобразной техникой правильного поведения, основанной не на императивах совести и добра, а на прагматических интересах.

Обращение к русской философии в вопросах нравственных весьма актуально и существенно. Фундаментальные проблемы человеческого существования здесь нашли такую глубокую проработку, что они могут быть востребованы именно сегодня. В качестве общего «символа этики» русской философии можно привести слова Вл. Соловьева из «Оправдания добра», в которых раскрыты ценностные приоритеты жизни: «Внутреннее самосохранение *отдельного* человека, существа хотя и духовного (т.е. обладающего разумом и волей), но в отдельности своей *ограниченного*, или

---

[95] *Назаров В.Н.* Прикладная этика. – М. : Гардарики. 2005. – С. 189-190.

[96] В частности, сам автор в качестве наиболее ярких проявлений русской этической мысли называет традицию религиозной философии, к которой естественно принадлежит этика всеединства В. С. Соловьева, этика воскрешения Н. Ф. Федорова, философская антропология Н. А. Бердяева, христианский социализм С. Булгакова.

[97] *Огурцов указ. соч.* – с. 51.

относительного, не может быть *безусловным добром*, или высшею и окончательною целью жизни»[98].

Этот нравственный постулат русской философии достаточно явно показывает, что ценность человека определяется прежде всего его духовным статусом, что не умаляет ценности биологической самой по себе. Однако биологическая (витальная) ценность жизни не носит самодовлеющего характера, возведенного в абсолютный моральный принцип и получающий высшую правовую санкцию.

Редукция этического к биологическому («сведение психологии на механику») еще отмечена Соловьевым. Это происходит в позитивистской культуре, с ее приоритетами естественнонаучных теории и методологией рационализма применительно к духовной сфере. Этика в этой культуре утрачивает свой онтологический статус и становится правовым инструментом. Соответственно и биоэтика, изначально возникшая в результате напряжения (кризиса) между гуманитарным и естественнонаучным подходом к человеку, все более приобретает инструментально-правовой характер.

Инвариантные черты русской этической мысли (антибиологизм, антидетерминизм, антигедонизм) необходимы современному «биотическому дискурсу», так как дилеммы биоэтики порождены современной гедонистической культурой с нравственно ослабленным характером, утратившей сверхбиологические абсолюты существования, вообще сверхбиологические ценности. Позитивистский характер мышления пронизывает все уровни сознания современного человека, что порождает инструменталистский подход к человеку, к редукции его духовно-нравственного мира к психофизиологическим проявлениям. Углубление традиционной этики с ее фундаментальными проблемами жизни и смерти, смысла страданий, возможности счастливой и достойной жизни, оправдания наличного существования будет способствовать более успешному разрешению биоэтических проблем (дилемм биоэтики), волнующих современного человеке, в том числе и вопросов, связанных с его жизнью, безопасностью и здоровьем. Перспективы отечественной нравственной философии в этом плане весьма существенны.

Депрессия, суицид, эвтаназия — проблема сочувствия

А.В.Ульев

С XVII столетия, когда Фрэнсис Бэкон впервые употребил слово «эвтаназия», не утихают споры о возможности или невозможности самоличного завершения жизненного пути человека. Первой в разрешение существенного вопроса включилась христианская церковь, в которой завершение жизни по воле человека, в нужный для человека момент, отрицалось с момента появления термина. Вплоть до XIX века пристальному изучению эвтаназия не подвергалась. Только в период новых вызовов нравственного секуляризма и релятивизма этот вопрос вновь возник перед широким кругом исследователей. В диалог включились не только теологи, для которых позиция к эвтаназии была чётко определена, но и юристы, социологи.

После открытия теории относительности Эйнштейна, человек потерял ощущение границ горизонта в жизни. Если в прежние века такими были нравственные, в первую очередь церковные проблемы, то уже с начала XX века человек стремится поставить себя на место Творца и старается сам руководить собственной жизнью. Человек был оторван от вечных ценностей христианства и последовал за искусительной стороной релятивизма.

---

[98] *Соловьев*. Указ. Соч. – с. 151.

В условиях сильного гонения на церковь в Германии появляется ряд работ, посвящённых проблемам добровольного умерщвления людей. В работе немецких учёных Карла Биндинга, доктора права и философии, и Альфреда Гоша, доктора психиатрии, мы впервые находим чёткие определения, кого и как следует эвтанизировать, чтобы избавить этих людей от страданий, депрессии.

По теории Биндинга, «акт умерщвления можно считать допустимым по отношению к трём группам людей»:

1. подлежащие неминуемой гибели вследствие болезни или ранения лица, которые, отдавая себе полный отчёт в своём положении, проникнуты настойчивым желанием избавиться от страданий и каким-нибудь способом такое желание выразили;
2. неизлечимо слабоумные — безразлично, от рождения или вследствие болезни — например, прогрессивные паралитики в последней стадии;
3. умственно здоровые лица, впавшие в бессознательное состояние вследствие какого-либо несчастья, например, тяжкого и безусловно смертельного ранения, при условии, если они очнувшись от такого состояния, были бы обречены на исключительно тяжёлое существование»[99].

Вслед за Биндингом и Гошем свои работы публикуют другие авторы. Суть каждой из них сводится к выдвижению научных теорий, по которым право на жизнь имеют лишь полноценные, здоровые, с высокой степенью жизнеспособности люди[100].

В то же время стоит заметить, что церковь в Германии была отведена на второй план, как религия для более слабых людей. Настоящий человек, судя по набиравшей распространение философии экзистенциализма, должен сам руководить своей жизнью, он сам умеет создать собственную гармонию и радость для себя. Особенно это сказалось во времена III Рейха, когда церковь была практически подпольной. В 1939 году создаётся подразделение «Т-4» (Тингартен, 4) — первое ведомство в мире, применившее активную эвтаназию. В Рейхе не каждого человека подвергали моментальному умерщвлению или стерилизации. Существовал перечень заболеваний, по которому коллегия врачей (во главе с министром Рейха, доктором Леонардо Конти) выносила вердикт. Из 283 000 анкет, рассмотренных 9 профессорами и 39 врачами, положительные решения к эвтаназии были приняты в отношении 75 000 человек. 3 августа 1941 года епископ Клеменс фон Гален, зная, что в соборе находятся офицеры СС, произнёс в Мюнстере известную проповедь, где назвал эвтаназию в Рейхе «чистейшим убийством». Со стороны церкви эвтаназия всегда рассматривалась, как убийство, даже, если больной терпел невыносимые муки.

Самым спорным моментом является двойственность понятие эвтаназии в сознании человека[101]. Терминологическую неразбериху нарочно спровоцировали сторонники эвтаназии различного рода заявлениями о том, что нужно понимать под этим термином, ставя на одном и том же уровне понятия "дать умереть" (негативная, или пассивная эвтаназия) и "помочь умереть" (активная, или настоящая эвтаназия). Это смешение не является безобидным; оно поддерживается преднамеренно для того, чтобы привести врачей и общественное мнение к ложной дилемме:

- или вы гуманны и способны сочувствовать ближнему - а значит, должны перешагнуть через недозволенное (причинить смерть);
- или вы ставите абстрактные догмы выше простого человеческого сочувствия - а значит, не остановитесь даже перед тем, чтобы продлить эти бессмысленные страдания, которых не вынесли бы и вы сами.

Если в Рейхе врач понимался в первую очередь как вершитель правосудия в целях создания новой арийской нации, то по окончании Второй мировой войны, при создании ООН и принятии первых конвенций по правам человека, позиции понимания эвтаназии, как самого верного во всех случаях решения проблемы отошли на второй план и стали

---

[99] Капинус О.С. Эвтаназия — М., «Камерон», 2006, стр. 32
[100] Там же. С. 33
[101] Жак Судо Эвтаназия (материалы сайта http://www.kcn.ru/tat_ru/religion/catholic/bioeutan.htm)

существовать практически полулегально. С 1935 года существует Общество добровольной эвтаназии. С течением времени общества эвтаназии по миру были объединены во Всемирную федерацию обществ за право умереть достойно. С другой стороны христианская церковь всегда осуждала эвтаназию. В 1999 году состоялся Церковно—общественный совет по биомедицинской этике, на котором было принято заявление «О современных тенденциях развития эвтаназии в России», где отмечалось, что применение эвтаназии приведёт к криминализации медицины, поруганию бесценного дара жизни, распространению нигилизма и нравственной деградации[102].

В данном случае не важна разница между христианскими деноминациями по данному вопросу. Теологи приравнивают эвтаназию к суициду, считая, что при любых условиях жизни человек не имеет права лишать себя жизни, тем более лишать жизни другого. В первую очередь это объясняется заповедями и решениями Соборов[103]. Священники, с которыми беседовал автор, говорили, что, «если человек родился, то надо его проводить в независимости от причины и вида смерти, пусть Господь решает». Это обусловлено тем, что причины суицида обладают невероятно сложным процессом возникновения и развития. Если в начале 20-го века показатель суицида в России был на уровне 3 человека на 100 000, то в настоящее время он достигает 66,3 на 100 000[104]. Не обращать внимания на эту проблему невозможно, но и полностью зачеркнуть христианские ценности нельзя.

Суицидент ищет выход из тяжёлой жизненной ситуации и часто не может найти иного, кроме как покончить с собой. Большинство завершённых суицидов совершают здоровые психически люди. Корень проблемы лежит глубже, чем могли себе представить учёные начала 20-го века. Если мы не умеем сочувствовать, то вправе ли мы судить того или иного человека, не важно, совершил ли он суицид или помог безнадёжно больному страдающему человеку?!

Примером может служить трагедия, имевшая место в республике Литва. 19-летний юноша Шарунас из Вильнюса мучительно переживал первую любовь. Получив от девушки окончательный отказ выйти замуж, Шарунас облил себя бензином и поджог. Он остался жив, но лицо и тело было сильно обезображено. Сильная боль изнуряла Шарунаса днём и ночью, он постоянно терял сознание. Врачи провели семь операций, но ничего не помогло. Мать (Живиле Славинскене) — врач по профессии, ухаживая за сыном, испытывала муки от беспомощности помочь сыну. Шарунас попросил закончить его страдания. Мыть не сразу, но согласилась применить сверхдозу препарата. Написав завещание, она ввела препарат сыну и пыталась сама покончить с собой. Её спасли.

Вильнюсской прокуратурой было возбуждено уголовное дело по признакам умышленного убийства. Рассмотрев материалы дела, суд учёл исключительную ситуацию, болезненное состояние Живиле и прекратил уголовное дело[105].

В последние десятилетия участились случаи издевательства над сверстниками в школах. Трагических случаев чрезвычайно много и в разных странах. В России известен случай тюменской шестиклассницы Натальи Суворовой, издевательства над которой записывали на сотовый телефон, а потом одноклассники «наслаждались» просмотром сцен издевательств над девочкой. Наталья пыталась покончить с собой. Прокуратура Ленинского района Тюмени возбудила уголовное дело по статье 107 УК РФ «доведение до самоубийства»[106].

По данным сайта Medlinks.ru отношение гостей сайта к эвтаназии выражается следующим графиком:

---

[102] Заявление «О современных тенденциях легализации эвтаназии в России». Московский Патриархат. М., 1999

[103] Капинус О.С. Эвтаназия — М., «Камерон», 2006, стр. 153

[104] Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство — М., «Новое литературное обозрение», 2003, стр.34

[105] Lietuvos rytas от 10.02.1999

[106] Уралинформбюро от 07.12.2006

Депрессивные дети мечтают о лёгкой смерти. День за днём они говорят, что им трудно жить и нет смысла в «существовании». Со строгой позиции церкви мы можем осуждать покончивших с собой. Да, они преступили заповеди и нормы, но как люди мы должны понять их боль и мучения сегодняшнего дня. Страх таится в их сердцах, а всеобщее поругание и непонимание лишь аккумулирует его вдвойне.

То же самое можно отнести и к эвтаназии. Виноваты ли те, кто, видя мучения близких, сжалился и дал большую дозу препаратов? Сочувствие никогда не было запрещаемо в жизни христианина.

III. Вопросы биомедицинской философии

Смысло-физиологическое измерение этической компоненты в структуре соматического здоровья

Г.П.Юрьев

В простой жизненной схеме «здоровье → предболезнь → болезнь → восстановление → здоровье» роль этической компоненты как бы вторична и недостаточно ясна. Нас интересуют сложные построения жизненных перипетий, в которых нравственные аспекты межличностных коммуникаций неявным образом являются причиной нездоровья конкретного человека. В этой проблеме методы измерений иногда приобретают решающую роль. Общеизвестно, что живые системы непрерывно измеряют, сравнивают и выстраивают иерархические подсистемы из реальных и возможных событий внутри и вне себя для достижения конкретных целей. Это естественное свойство разума – непрерывно измерять и сравнивать – имманентно функционирует в каждой живой форме на Земле.

У людей в качестве надындивидуального различительного инструмента самоорганизовались и обособились этические критерии, многозначные и спорные по своей изначальной триалектической сути: «хорошо» «и» «плохо». Более того, социальные институты издревле порождают и апробируют различные, как естественнонаучные, так и экзотические способы измерения этической компоненты человека. На изломах этической парадигмы произошло историческое разделение способов оказания помощи страждущему человеку: болезни – это удел медицины, а нравственные страдания – вотчина духовных пастырей. Естественные сомнения в целесообразности сложившегося разделения «сферы услуг» возникают тогда, когда самые современные способы лечения кому-то помогают, а для кого-то оказываются бесполезными при внешне одинаковых признаках нездоровья. В структуре научной медицины о роли этических факторов в проблеме соматического здоровья принято говорить предположительно из-за невозможности достоверной диагностики их причинно-следственных связей, поэтому они традиционно оцениваются социумом в теологических категориях греха, искупления и наказания.

Однако эта актуальная проблема имеет обоснованное теоретическое и прикладное решение в структуре знаний молодой отечественной науки виртуалистики, созданной в конце XX века в Институте человека РАН (Носов Н.А.) и её ветвей: виртуальной триалектики, виртуальной этики, виртуальной генеалогии и эгосоматической медицины (Юрьев Г.П.). Автор исходит из определения виртуала как психически порождённого самообраза, и виртуальной реальности – такой реальности бытия, которая недоступна непосредственному чувственному восприятию и привычной для нас логической оценке при явной результативности своих проявлений. Это соответствует правилу многовариантной случайности и алогичности некоторых жизненных событий, природных и социальных процессов. Виртуалы, как относительно автономные этикосоматические структуры человека, обладают тремя обязательными элементами: собственной телесностью, сознанием и волей, а их совокупности формируют личность человека и его подлинное мировоззрение, т.е. то, что одновременно воспринимается нашим разумом, нашими чувствами и нашей волей.

На основе собственных проспективных исследований здоровья военных моряков подводных лодок и надводных кораблей в процессе длительных океанских походов была достоверно выявлена приоритетная роль этических рассогласований личности как модель такого виртуального конфликта, который инициирует синергетический процесс формирования психических, соматических и поведенческих нарушений разного, в т.ч. и доболезненного уровня. Эти микросоматические нарушения можно отнести к категории страданий личности. Более того, выявленная модель этико-соматических рассогласований достоверно воспроизводит себя по принципу подобия на уровне социальных структур как в онто-, так и в филогенезе.

Работающая модель структурно-функционального устройства человека и его социального окружения базируется на «я»-концепции и принципе логической трилеммы

«ИЛИ» «И» «ИЛИ», в которой две противоположные функции объединены в третьем общем для них смысле, а подсистемные элементы постоянно взаимодействуют между собой двояко: и горизонтально, и вертикально. Трилемма – базовое понятие триалектики – смысло-энергетическая единица бытия, в которой два истинно противоположных смысла проживают в третьем, объединяющем их смысле по закону «*тройной истинности*», который гласит: «*Если два смысла истинно противоположны, то они одинаково истинны в третьем, объединяющем их смысле*». Примеры истинных трилемм: «ДЕНЬ» «СУТКИ» «НОЧЬ», «ВДОХ» «ДЫХАНИЕ» «ВЫДОХ», «ВОЗБУЖДЕНИЕ» «НЕРВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ» «ТОРМОЖЕНИЕ», «ЩЕДРОСТЬ» «ВЛАДЕНИЕ» «ЖАДНОСТЬ», «ДОБРО» «ДЕЯНИЕ» «ЗЛО» и т.п. Стоит выпасть какому-нибудь элементу истинной трилеммы, и она включается в состав другой системы.

В отличие от дуализма (материальное – идеальное, тело – душа, сущность – явление), в котором вторую часть оппозиций измерить нельзя из-за отсутствия объекта измерения, отечественная виртуалистика предложила конструктивный выход из мировоззренческих утопий, создав обоснованную концепцию триалектического виртуализма как систему естественнонаучного миропонимания совершенно иного рода: «МАТЕРИАЛИЗМ» «ВИРТУАЛИЗМ» «ИДЕАЛИЗМ» (Г.П. Юрьев). Если прибегнуть к известной метафоре системы как «черного ящика», имеющего вход и выход, то материализм – это сам ящик. Объяснения того, что происходит внутри и вокруг ящика – это идеализм. А всё вместе плюс виртуальный мир исследователя неразрывно составляют объекты, инструменты и методы виртуалистики, т.е. виртуализм. Это, по сути, новая мировоззренческая парадигма виртуальной медицины здоровья: «ЗДОРОВЬЕ» ↔ «ПРЕДБОЛЕЗНЬ» ↔ «БОЛЕЗНЬ».

Включение мировоззрения наблюдателя в структуру анализа исследуемой системы является обязательным условием для формирования критериев сопоставимости и воспроизводимости полученных результатов в других координатных системах, хотя и по-иному описывающих эти же процессы, однако адекватных измеряемому явлению. Этот принцип соответствует правилу, согласно которому «восприятие заключается не в пассивном приеме сигналов, но в активной интерпретации сигналов» (Р.А. Уилсон, «Квантовая психология», 1990). Первый постулат квантовой психологии: «Наблюдатель создает собственную внутреннюю реальность». Философ и фактический провозвестник принципов психосоматической медицины Ницше сказал: «Нет никаких фактов, есть лишь интерпретации». В физике есть похожий тезис: «Нельзя исключить наблюдателя из описания наблюдаемого». Сходство этих принципов происходит из глубокого сходства, объединяющего квантовую механику и нейронауку, а также некоторые аспекты восточной философии. Как говорит в своей книге «Физика как метафора» доктор Роджер Джонс, «что бы мы ни описывали, человеческий ум не может отделиться от этого». На что бы мы ни взглянули, мы должны увидеть, прежде всего, наш собственный «ментальный архив» – структуру программного обеспечения, которую использует наш мозг для обработки и классификации впечатлений.

Обратимся к теме измерений этической компоненты в контексте диагностики соматических функций. Известно, что каждый метод исследования использует терминологию и критерии дифференциальной диагностики в границах знаний своей формирующей теории. При этом могут быть теории, методы и методики, формально разные по терминологическим признакам, но практически одинаковые по смысловому содержанию. Основная причина их сходства / различий обусловлена исходными мировоззренческими позициями авторов конкретных теорий и методов.

Например, в европейском менталитете главенствует дуализм, исходящий из теоретических работ Р. Декарта. Философия дуализма рассматривает структуры и процессы, происходящие в человеке и с человеком, в двух неравновесных категориях: материальное – идеальное, тело – душа, сущность – явление. Широко известны я-концепции З. Фрейда и его последователей, которые описывают базовые структуры личности в терминах ид (оно) как изначальный резервуар энергии, или бессознательное, эго – альтер-эго и супер-эго. Еще до Фрейда многие философы обращались к проблеме

бессознательного, но философского наследия Фрейда нельзя недооценивать. Э. Фромм писал: «... Фрейд показал, что разум, ценнейшее и человечнейшее из качеств человека, сам подвержен искажающему воздействию страстей».

Теория и практика восточного менталитета базируется на концепции бинарности ян – инь для философского выражения множества противоположных и сменяющих друг друга явлений и теории ци – энергии жизненной силы, важным элементом которых является их обратная связь с жизнью людей и человеческого общества. С научной точки зрения указанные постулаты в силу очевидности оперируют непараметрическим критерием знаков, применение которого не зависит от нормального распределения и дисперсии исследуемых показателей. Точность эмпирической диагностики зависит от теоретического и практического опыта исследователя. В последние десятилетия широкое распространение получили инструментальные методы электропунктурной диагностики человека, которые сочетают получение электрофизиологических данных с комбинированной трактовкой результатов. Анализ результатов включает в себя европейскую синдромальность и научную нормативность в привязке к восточной философии ци, постулатам акупунктурных точек и меридианов инь – ян системы.

Автором статьи в содружестве с научно-конструкторской производственной фирмой «МЕДИКОМ-МТД» (г. Таганрог) создан и внедрён в практику диагностики принципиально новый объективный метод исследования человека – синхронная пиктополиграфия. Оригинальная модель детектора лжи нового поколения в отличие от других методов диагностики позволяет распознавать индивидуальную смысло-физиологическую значимость не только того, что у человека было в прошлом, но и того, что он может сделать, т.е. моделей будущего. Метод получил название «эгоскопия», а сам проективно-аналитический комплекс – «Эгоскоп» (латинское ego я + греческое skopeō наблюдать, исследовать).

Эгоскоп создан на базе проверенных достижений в области современной психологии и психофизиологии путём: а) логической оптимизации временной составляющей при измерении электрофизиологических параметров деятельности человека в процессе психологического тестирования и б) добавления пиктографической опции.

В результате синхронизации измерения процесса пиктополиграфии сформировалась IT-технология качественно нового уровня диагностики, адекватная естественным алгоритмам моделирования внутреннего мира человека и сопоставимая с принципами принятия им решений по правилу иерархичности. Эгоскоп входит в перечень этих технологий и помогает сделать то, что пока недоступно в полном объёме выполнить другими методами психологической и психофизиологической диагностики, включая инструментальную детекцию лжи, а именно: «вскрыть» и задокументировать внутреннее пространство (виртуальный мир) человека.

Поэлементная оценка результатов осуществляется по 9-и внутренним оценочным шкалам, а системный анализ позволяет выделить инвариантные сочетания внутри 512 смысло-физиологических моделей оценки событий и принятия решений, т.е. диагностировать уникальные *эгосоматические коды* личности. Это чувствительный и точный инструмент, базирующийся на логике нелинейных процессов, следовательно, чтобы понять логику инструмента, аналитику самому необходимо оперировать аргументами нелинейной логики в контексте актуальной иерархии статусов социально-ролевой деятельности испытуемого человека.

Эгоскопия интегрирует и наполняет новым содержанием все известные ранее психологические и психофизиологические методы путем включения в них эмоционально-оценочной шкалы. В рамках эгоскопии могут использоваться апробированные и хорошо зарекомендовавшие себя как проективные методы, так и тесты-вопросники. В качестве стимульного материала могут использоваться любые вопросы и утверждения, озвучиваться речевые или музыкальные фрагменты, показываться изображения или видеоролики. Аналогов у метода виртуальной пиктополиграфии нет.

С появлением эгоскопа – инструмента, позволяющего достоверно выявлять причинно-следственные связи между этической и соматической компонентами здоровья, можно реализовать обоснованные действия по оказанию эффективной помощи человеку, телесно страдающему от жизненной «несправедливости». Опыт свидетельствует, что несколько (5 – 10) базовых одночасовых занятий по программе виртуальной этики индивидуально или в составе мини группы по одной из методик авторской технологии позволяет страдающей личности произвести замену своих иррациональных этических установок на конструктивные внутриличностные приоритеты. Изменение мировоззренческой парадигмы помогает человеку избавиться от конкретного страдания и приводит к нормализации психофизиологической деятельности.

В этом и проявляется нравственная миссия инновационной технологии, помогающей достоверно диагностировать нелинейные этикосоматические связи для целевого сопрограммирования нового уровня психосоматического здоровья. Метафорически, мы приблизились к гуманитарной границе новой «целины» объективной философии медицины, социологии, психологии, психофизиологии и других наук о человеке, поэтому сейчас трудно предвидеть все масштабы применимости новой методологии.

Проблема единства живого организма

И.Г.Гаспаров

Одним из первых проблему единства живого организма поставил Аристотель[107]. С его точки зрения, принцип единства частей организма составляет энтелехия, т.е. заложенная от природы в живом существе целесообразность, благодаря которой части этого существа образуют единое целое. Большинство современных философов и биологов отвергают аристотелевское понятие цели. Тем не менее, биология остается сферой, где труднее всего избавиться от телеологии. Поэтому некоторые авторы предлагают «натурализировать» само понятие «цели», или естественной функции, чтобы, сохраняя базовую аристотелевскую интуицию, сформулировать принцип единства частей живого организма в терминах, совместимых с современной эволюционной биологией[108]. В частности, Й. Хоффман и Г. Розенкрантц предлагают определять принцип единства частей живого организма в терминах каузального отношения максимальной связанности частей живого организма: отдельные части P_1, P_2, … P_n, способные осуществлять некоторую естественную функцию *f*, (например, нервные клетки, сердце) или каузально способствовать её осуществлению (например, молекулы воды, органические макромолекулы и т.п.), функционально объединены во время t, если и только если (i) в t существует некоторая часть P_y, контролирующая деятельность каждой из них; и (ii) в t не существует никакой части P_{y*}, отличной от P_y, контролирующей деятельность P_y. (i) и (ii) являются, по мнению Й. Хоффмана и Г. Розенкрантца, логически необходимыми и достаточными условиями единства частей живого организма[109]. Использование в данном определении понятия «естественной функции» позволяет, по их мнению, избежать нежелательного телеологизма: Некоторая собственная часть, P, живого организма, x, обладает естественной функцией *f* если и только если (a) P обладает способностью к *f*; (b) P есть органическая макромолекула, m, или P имеет m в качестве собственной части; (c)

[107] Smith C.U.M. The Problem of Life: An Essay in the Origins of Biological Thought. –N. Y.: Wiley, 1976. – p. 72.
[108] Hoffman J., Rosenkrantz G. S. Substance: Its Nature and Existence. – London : Routledge, 1997. – p. 98-99.
[109] Там же. – p. 135.

обладание P, способной к *f*, является для x чертой, приобретенной в результате естественного отбора им самим или его предками[110].

В своем анализе Й. Хоффман и Г. Розенкрантц пытаются соединить две важные интуиции, касающиеся живых организмов. Во-первых, интуицию, что живые организмы – это нередуцируемые части объективного мира, обладающие собственным принципом организации. Во-вторых, что отличие живых организмов от других физических объектов состоит в том, что их части, органы, обладают особой «целесообразной» организацией. Хоффман и Розенкрантц признают, что принцип организации живого организма в логическом смысле предшествует последовательности материальных изменений организма в пространстве и времени, поскольку информация о последовательности этих изменений содержится в ДНК данного организма[111]. Однако они отрицают существование цели у этих изменений, заложенных в природе организма. Они называют две причины этого отрицания. Во-первых, в отличие от артефактов, предназначенных для определенной цели их разумными создателями, у живых организмов отсутствует аналогичный создатель. По крайней мере, его существование неочевидно[112]. Во-вторых, допущение естественных целей не согласуется с доминирующими сегодня биологическими теориями, поскольку требует допущения неких мистических и сомнительных сущностей, целевых причин, что противоречит натуралистическому характеру науки[113]. Следовательно, существует некий сущностный принцип организации живого организма, однако он не содержит в себе нередуцируемой целесообразности.

Подобный вывод кажется ошибочным, поскольку понятие «природы» в смысле de re сущности живого организма содержит в себе понятие «цели». Поэтому существование природы влечет существование целесообразности. «Природу» живого организма можно определить как внутренний принцип необходимых изменений, происходящих с данным организмом в течение его существования. Последовательность изменений состояний организма характеризуется определенного рода направленностью и необратимостью, которая есть часть природы данного организма. Допущение, что причиной таких характеристик изменений живого организма является некая сущность, обладающая аналогичными свойствами, например, время, кажется необоснованным. Во-первых, оно требует принятия субстанциальной теории времени, которая хуже согласуется с современной научной картиной мира, чем релятивистская. Во-вторых, из него, вероятно, следует, что каждый живой организм обладает собственными временем. Тогда неясно, как эти «времена» связаны между собой. В-третьих, неясно, обладает ли само время такими характеристиками, как направленность и необратимость[114]. Более разумным предположением кажется, что направленность и необратимость изменений организма объясняется особым измерением «природы» организма, которую можно отождествить с его целью. Очевидно, что эта «целесообразность» организма не предполагает наличия некоего разумного творца, и потому вполне совместима с натуралистическим пониманием мира живого.

Основные этапы эволюция медицины

Э.Ю.Калинин

[110] Там же. – p. 115.
[111] Там же. – p. 98.
[112] Там же. – p. 95.
[113] Там же. – p. 99.
[114] См. Sider T. Four-Dimensionalism. An Ontology of Persistence and Time. – Oxford: Clarendon Press, 2001. – p.87 ff.

Медицинская теория и практика Запада на разных этапах своего развития тяготела к разным познавательным и ценностным идеалам, но в целом с нашей точки зрения медицинская теория и, шире, медицина как тип знания предстает как техническая наука в широком смысле, т.е. медицинские теории и медицинские дисциплины всегда содержат в качестве базового идеального объекта цель, а основная методология является либо конструктивной, либо нормативной, в зависимости от того, какую часть системы медицины затрагивает: соответственно, природно-материальную либо социально-материальную. Поэтому основные понятия медицины являются либо структурно-функциональными и целевыми (например, стресс, адаптация, лечение, болезнь и т.д.), либо апофатическими по существу: здоровье, качество жизни и т.д. Отсутствие дескриптивного основного понятия (это и означает апофатичность в данном случае) присуще всем техническим наукам в широком смысле (экологии, почвоведению, педагогике, конфликтологии, концепциям безопасности и т.д.) как и безуспешные попытки создания общей объединительной теории (общей теории медицины, окружающей среды, техники, воспитания и т.д.).

На примере медицины проанализируем основные тенденции эволюции научно-технических дисциплин (в данном случае медицинских) как сложных комплексов практического, духовно-практического и теоретического знания.

Рассмотрим, как вышеописанные тенденции и модели развития научного знания можно выявить и применить на примере медицины. Медицина, как определенный вид общественного производства человека, может быть описана как единство практической и теоретической медицинской деятельности. Ее целью является борьба за здоровье человека, которая в процессе исторического развития медицины выступала в двух основных видах: врачевание болезней человека и профилактика, как высшая форма сохранения и укрепления здоровья и предупреждения болезней человека. Эти виды в процессе исторического развития общества существенно изменялись, причем осуществлялись в разных формах, эволюционируя от деятельности отдельных врачей, через институциализированное здравоохранение к высшей степени его развития, к общественному здравоохранению. Если реальность процесса теоретизации и интеграции медицинского знания у большинства исследователей уже не вызывает сомнении, то способы, пути, формы теоретизации медицины, являются предметом наибольших дискуссий.

С возникновением разделения труда происходит становление духовного производства, относительно независимого от материального, духовно-практического и духовно-теоретического, познавательного отношения к миру, в противовес практическому. Дальнейшее разделение труда в духовном производстве привело к размежеванию философии как рефлексивного знания и опытных наук как позитивного знания. Становление теоретического отношения к миру привело к возникновению систематизированного знания в противовес фрагментарному, разрозненному знанию, прямо вплетенному в процесс материального производства, существовавшем до разделения труда.

Наука Нового времени как исторически определенный вид теоретической деятельности с ее конечным продуктом в форме теорий возникает вместе с капиталистическим способом производства, начиная с 15-16 вв. Теоретизация знания с ее монотеоретическим естественнонаучным идеалом присуща этапу классической науки, утвердившейся в период становления и развития капитализма. Интеграция научного знания, затронувшая и медицину, идущая во многом не по онтологическому основанию, является одним из важнейших процессов возникновения нового неклассического этапа развития научного знания.

Рассмотрим далее модель медицинской деятельности и медицинского знания периода классической медицины, после этого проследим основные особенности главных этапов

медицины с точки зрения этой модели, особенно остановимся на интеграционных процессах, идущих в современной медицине.

Медицина, как теоретическая деятельность, так и медицинская практика, представлена как целесообразная деятельность, имеющая цель, предмет, средство и результат. Целью и результатом медицины как теоретической деятельности является создание медицинских теорий для реализации практических программ борьбы за здоровье человека, включающие в себя как органическую часть профилактику. Предметом выступают результаты медицинское практики, средствами - ранее созданные идеи, понятия, модели, теории из других дисциплин и приборы.

Основные структурные элементы медицинской деятельности как практической, так и теоретической объединены на основе единой схемы, плана в систему, обладающую целостностью и конкретностью и не сводимую к абстрактно-всеобщим моментам ее структуры. Эта схема, план, программа практической медицинской деятельности может быть названа технологией. Применительно к теоретической медицинской деятельности эту функцию выполняет "стиль медицинского мышления" (СММ). "...в медицине как науке может быть выделен слой технологического знания, "переводящего" познанные закономерности нормальной и патологической жизнедеятельности человека в закономерности врачебной (диагностической, лечебной, профилактической и пр.) деятельности"[115].

В медицинской практике следует выделять две взаимосвязанные, но не сводимые друг к другу стороны: вещественно-преобразующую, которая реализуется с помощью врачей, и социально-отношенческую, которая реализуется с помощью системы общественного здравоохранения

Медицинское познание как целесообразная деятельность проходит две стадии своего цикла: нормальную и критическую. На нормальной стадии происходит решение отдельных задач, проблем, стоящих перед медицинской наукой с помощью имеющихся теоретических и практических средств. На этой стадии медицинское исследование подвержено рефлексивности в очень ограниченной степени. Рефлексия понимается как обращение медицинского исследования на свои средства как основание. Превращение их в предмет вызывается невозможностью обычного функционирования медицинской теории, теми проблемами, которые она не в состоянии разрешить. После этого наступает критическая стадия развития медицинской теории, которая заканчивается созданием новых средств и условий медицинского познания, выступающих потом как основание новой медицинской теории. На этом критический (революционный) период смены медицинских теорий заканчивается. Их смена не зачеркивает полностью применение старой теории, но определяет границы и возможности её применения. Эта модель применима к развитию теории любого уровня общности.

Само разделение научного медицинского знания на теоретическое и эмпирическое связано с тем, что каждый элемент медицинского знания участвует в двух переходящих друг в друга видах исследовательской деятельности:

1) деятельности по применению данного знания для отражения действительности, лежащей вне его (например, фиксация той или иной болезни), 2) деятельности, направленной на само мысленное содержание (поиски причин болезни, попытки объяснить её происхождение и найти способы её лечения и профилактики).

В первом случае элемент знания выступает как средство, во втором случае как предмет. При этом единство медицинского знания реализуется благодаря рефлексии, которая на нормальной стадии выполняет систематизирующую функцию, а на критической стадии - функцию выработки новых условий и средств. Эта обращенность рефлексии во втором случае не на объект, а на предмет медицинской теории, превращая его в объект анализа, делает этот анализ метатеоретическим, где функцию объекта

---

[115] Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Диалектический материализм и теоретические основы медицины Медицина 1986. С.79.

выполняет сама теория в виде объекта языка, а метатеоретический анализ идет на метаязыке. В процессе становления идеалов и норм науки Нового времени медицинская наука получила дисциплинарную организацию, которая помимо внутренней социальной организации предполагает определенные внешние социальные связи в системе общественного производства и, что особенно важно, — определенную коллективную организацию медицинского сообщества и определенный тип, стиль медицинского мышления.

В процессе теоретитизации медицины возникла и оформилась иерархическая структура медицинского исследования и медицинского знания. Ее уровни: 1. эмпирический (первичные обобщения опытного материала); 2. частно-медицинские теории - ЧМТ (теория лечения или профилактики определенного аспекта функциональной системы жизнедеятельности человека, например, теорий патологии и профилактики сердца); 3. фундаментальные медицинские теории - ФМТ (например теория стресса Г. Селье, теория нервизма К.Бернара, И.М.Сеченова, И.П.Павлова; теория адаптивного реагирования И.В.Давыдовского, В.П.Петленко; теория санологии Ю.П.Лисицина и др.), претендовавшие на роль общемедицинской теории, которая в перспективе должна объединить все ФМТ и ЧМТ в одну; 4. общемедицинские концепции или близкие к таким по глубине и охвату материала, идеи, понятия (например, концепция стресса, идея адаптации, понятие здоровья, болезни, нормы, патологии и т.д.).

Структурирование медицинской науки как иерархии теорий разной общности и степени развития привело к тому, что важнейшими внутридисциплинарными процессами в медицине стали процесс интертеоретического взаимодействия, принимающий различные формы, среди которых важнейшие: 1) конкуренция - между теориями одного уровня общности, 2) редукция - между теориями разного уровня общности, 3) частичное объединение - для теории любого уровня общности.

Кроме того, необходимо отметить особый род интертеоретических конструкций и связей, которые возникают не только между теориями, но и направляются целостным образом медицины как научной дисциплины в отсутствие той или иной теории. Все эти процессы связаны с дифференциацией внутримедицинской рефлексии.

Интенсивный процесс самоопределения медицины привел: 1. к возрастанию межтеоретических связей внутри медицинской науки, 2. к усилению внутринаучной рефлексии в медицинском исследовании как целесообразной деятельности; 3. к дифференциации внутри медицинской методологической рефлексии и выделению различных ее уровней в соответствии с иерархией медицинского исследования и знания и к возникновению особого раздела медицинской науки – внутри медицинской методологии (см. работы А.Д.Адо, В.М.Дильмана, И.В.Давыдовского и др.). Эта рефлексия пытается решить задачи оптимизации, нормирования реального хода медицинской деятельности без явного обращения к философской рефлексии. Следует отметить ее конструктивный, "технологический" характер. Ее самостоятельность, превращение в отдельную отрасль медицинского знания именно этим, в конечном счете, и оправдана. В ряде случаев такая «технологичность» внутри медицинской рефлексии, т.е. перестройка средств описания, объяснения и предсказания лечения и/или профилактика возможна без создания развитых теорий. Такого рода варианты медицины и медицинской рефлексии связаны с так называемой "альтернативной" [традиционной (народной), восточной] медициной т.д. и носят не теоретический, а духовно-практический характер.

Необходимо также выделить специфический слой духовно-практических образований в медицинской деятельности, который направляет деятельность медика-практика и теоретика. Это идеальный образ функционирования медицины, определенный стиль медицинского мышления. Именно он организует медицину как целое и как научную дисциплину. Этот слой социально детерминирован типом общественно-исторической практики в ходе общественного развития.

Такого рода духовно-практические образования внутри медицинской деятельности обладают рядом особенностей, отличающих их от медицинских теорий или технологий:

1) Они не существуют в явном виде ни в текстах, ни в рецептах, приемах лечения и профилактики.

2) Они не подвержены внутримедицинской рефлексии и выступают как своего рода очевидности, которыми процесс внутримедицинской рефлексии и заканчивается.

3) Они носят особенно наглядный ценностный характер (например, положительная ценность жизни и здоровья, «не навреди» т.д.).

4) Явным образом они могут быть обнаружены только на уровне философского анализа проблем медицины при реконструкции медицинской деятельности как единства теории и практики. При этом удается выявить историчность типа медицины и его зависимость от типа общественного производства (прежде всего от способа и формации) и прояснить роль этих духовно-практических феноменов в образовании и функционировании мировоззрения.

Попытаемся, исходя из описанной нами модели медицинской деятельности и медицинского знания, зафиксировать, хотя бы максимально обобщенно, особенности структуры медицины на основных этапах ее становления на примере Гиппократа, Вирхова и Селье. Она не раз изучалось как историками, так и методологами медицины. Это позволяет, опираясь как на первоисточники, так и на результаты их изучения, провести ряд методологических реконструкций их деятельности и ее результатов в связи с имеющейся моделью.

Если при нерасчлененном знании внутри философии преобладало умозрение, например у Эмпедокла и Демокрита, то Гиппократ и гиппократики борются с «философствующей медициной», отстаивая независимость, суверенность медицины, ее опытный характер. Гиппократ, не умаляя значения философии, не сужая горизонт медицинской науки, отстаивает собственный путь развития медицины в противовес, как голому умозрению, так и чистому эмпиризму. «Из того, что выводится только путем рассуждения, нельзя получить ничего; это возможно только из показаний дела..»[116].

Разделив медицину и философию, Гиппократ подчеркивает необходимость их единства: "философия должна включиться во врачебную науку и врачебная наука в философию, ибо врач, который одновременно и философ, подобен богу", «должно... перенести мудрость (философию) в медицину и медицину в мудрость (философию)». Для концепции Гиппократа характерно соединение ряда основополагающих регулятивных принципов, взятых в основном из философии, с опытным характером исследования. В трудах Гиппократа и гиппократиков содержится большой эмпирический материал. Он исходил в основном из гуморальных представлений. Согласно им, жизнь едина, живет все, что движется, что действует и мыслит. Основу всякого организма составляют четыре сока. Отсюда 4 типа людей, 4 темперамента: сангвиники, холерики, меланхолики и флегматики. Организм оживотворяется тонким, воздухоподобным веществом - пневмой. Она проникает во все. Эта гуморальная концепция образует своего рода "картину мира", образ реальности в медицине Гиппократа.

Для стиля мышления Гиппократа характерно "поддержание исходного уровня жизнедеятельности", принцип "не навреди". Следующими важными принципами являются принцип единства организма и среды и принцип равновесия и гармонии частей и жизненных сил внутри организма. Эти принципы связаны с мировоззрением, господствовавшим в античном мире, с его образом космоса и человека. Они не подвергались философской и внутримедицинской рефлексии в период Гиппократа, а составляли сферу очевидного, духовно-практического слоя медицинской деятельности. Но раз они выполняли свою регулирующую, направляющую функцию для медицинской деятельности, то они и в самом деле являются достоинством античной медицины. Трудность же осознания и обретения вновь этих принципов современной медициной отнюдь

[116] История медицины. Медицина, 1981. С.120.

не является ее заслугой. Равно как и упрек, делаемый Гиппократу, что у него "болезнь и больной составляли индивидуальное единство, являя нечто единственное и неповторимое" - есть недостаток, только с точки зрения определенного идеала построения медицинского знания.

Можно согласиться с тем, что концепция Гиппократа не является в строгом смысле научной теорией. Ее нельзя оценивать по критериям развитого естествознания. Становление научной медицины - действительно сравнительно позднее историческое явление, и это надо принять как факт, не пытаясь модернизировать историю. Становление относительно самостоятельной и отчетливо специфической системы медицинской деятельности - процесс гораздо более древний. Речь идет об отставании духовно практического компонента в виде самостоятельной системы научного знания от предметно-практического в виде врачевания. Собственный духовный компонент медицинской деятельности в течение длительного времени был представлен формами практически-духовного освоения мира.

Вместе с тем концепция медицинского знания Гиппократа и гиппократиков оказывается не сводимой ни к эмпиризму, ни к натурфилософии, состоит из образа реальности, эмпирического слоя медицинского знания, регулятивных методологических принципов, включает разделение философской и внутримедицинской рефлексии и элементы самосознания. Таким образом организованная система медицинского знания в нашей терминологии соответствует этапу систематизации медицинского знания. Единство медицинского знания в такой системе обеспечивается не тем, что существует явным образом заданная в медицинских текстах идеализированная предметность теории, а тем, что существует определенный образ реальности на уровне духовно-практического не осознаваемого слоя деятельности и не определенного явным образом в текстах, определенный стиль античного медицинского мышления, организующий врачевание[117].

По нашему мнению, оценка знания на теоретичность должна проводиться не столько по функциям (описания, объяснения, предсказания), сколько по тому способу, которым реализуются эти функции, относящиеся к теоретическому отношению к действительности в целом. Этот способ реализации функций знания в системе деятельности проявляется в отличии структуры знания, прежде всего идеала и норм, картины мира и стиля мышления как форм духовного производства, обеспечивающих его результаты. Т.к. с учетом того, что медицинское знание является вторичным, производным от медицинской практики и "закономерности собственной жизни объекта интересуют медицину не столько сами по себе, сколько с точки зрения их использования в преобразовании объекта", то степень близости к естественнонаучному идеалу строения научного знания не является критерием зрелости медицинского знания.

Поэтому нельзя согласиться с тем, что "безличная первоначальная медицинская деятельность в последующие эпохи приняла вид народной медицины как "второй культуры" (культуры угнетенного класса), существующей наряду с господствующей формой медицины, т.е. медициной господствующего класса"[118].

Точка зрения на роль, характер и эволюцию народной медицины вызывает следующие возражения. Во-первых, выражения типа «медицина господствующего класса» является, по нашему мнению, чрезмерно идеологизированными и неверными по существу Действительно, в классовом обществе можно говорить о двух культурах внутри одной. Но применительно к сфере науки и технологии это разделение полностью провести нельзя, что относится не только к сфере естествознания или к научной организации труда, но во многом и к медицине. Другое дело, что определенный тип общественного производства определяет определенный тип медицины, которая при существующем разделении труда

---

[117] История медицины. Медицина, 1981.

[118] Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. Диалектический материализм и теоретические основы медицины. М.: Медицина, 1986, С.21.

противостоит народной медицине как определенному способу фиксации и использования практического опыта.

Научная медицина не может в себя вобрать всю полноту практического опыта. Поэтому никакая научная медицинская рефлексия не в состоянии вобрать в себя весь объем нерефлексированного опыта непрофессионального врачевания минувших и нынешней эпохи, как знахарей, так и широких народных масс, имеющего явно выраженный рецептурный, технологический характер. Это отнюдь не означает отсталость традиционной медицины, если ее измерять не способностью создавать медицинские теории, а эффективностью лечения и профилактики. В истории известны культуры, не имевшие теорий, но накопившие огромный положительный опыт в этой сфере. Например, йога, китайская медицина (включающая акупунктуру, траволечение, системы питания и т.д.).

Различие традиционной и научной медицины видится в характере достижения общей цели, в способе работы с объектом. Если научная медицина развивается по схеме: 1) медицинская практика - 2) медицинская теоретическая деятельность - 3) медицинская технология (рецептура) - 4) медицинская практика, то традиционная медицина развивается по аналогичной схеме, но без второго звена. С учетом того, что и практическая и духовно-практическая стороны общественного производства являются единством сознательного и неосознанного, то эти 2 типа медицины являются по пути 2 полосами развития медицинской деятельности.

С утверждением классической науки естественнонаучная ориентация в медицине начинает преобладать. Она выражается в стремлении к построению теории патологии, основывающейся на объективном научном изучении жизнедеятельности организма с помощью экспериментального метода. Теория Р. Вирхова пришла на смену учению о гуморальной патологии К. Рокитанского, что является примером конкуренции концепций и выживания в результате одной из них. Общей естественнонаучной ориентации медицины теория целлюлярной патологии отвечала как нельзя лучше, т.к. именно успехам клеточной теории в биологии, прежде всего исследованиям Шлейдена и Шванна, было предельно созвучен выбор Вирховым элементарного объекта теории патологии - клетки.

Если обратимся к стилю мышления Р. Вирхова, то важнейшим из его принципов был принцип локальности: болезнь он представлял как деятельность клеток в ненормальных условиях. В то же время это соответствовало элементаристским, аналитическим тенденциям естествознания, кроме того, позволяло опираться на экспериментальный метод. "Жизнь организма есть не что иное, как сумма жизней отдельных клеток, которые соединены в нем. Местом, где разыгрываются патологические процессы, служат сами клетки и примыкающие к ним территории". Это описание представляет собой своеобразную "картину патологического мира", которая легла в основу "целлюляризма" как общемедицинской научно-исследовательской программы, претендовавшей на создание общемедицинской клеточной теории. Она не увенчалось успехом, однако теория целлюлярной патологии очень ярко проявила черты медицинской теории классического этапа развития медицинского знания: 1) естественнонаучная ориентация, организмоцентризм, патологизм, гносеологизм. Установим определенную связь этих черт. Устранение субъекта из предметности теории тесно связано с естественнонаучным идеалом знания, организмоцентризм связан с господствовавшими в то время представлениями в биологии. Такая же черта, как патологизм, стоит особняком. Она связана, по нашему мнению, не столько с гносеологической спецификой здоровья и с условиями деятельности врача в классово-антагонистическом обществе, сколько с механистическим идеалом естествознания (Ср. "человек как машина" Ламетри), с точки зрения которого медицина выглядит как ремонт поломки такой машины, в лучшем случае и профилактика поломки тоже[119].

---

[119] История медицины. Медицина, 1981; Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. Медицина, 1984.

Концепция стресса Г.Селье[120] получила широкое распространение и описана достаточно подробно (например в[121]) в историко-медицинской литературе. Нас будет интересовать, специфика ее строения в сравнении с классической медицинской теорией. Как и Р.Вирхов, Г.Селье ввел элементарные объекты, актоны и реактоны, но это не морфологические, а функциональные единицы, не вещи, а процессы, также он ввел в оборот идею о гипотетической адаптационной энергии, хотя существование этой энергии должным образом не подтверждено. Наличие этих элементарных объектов обнаруживает родство структуры теории Селье со структурой теорий классической научной медицины, но их функциональный характер демонстрирует специфику предметности. Наконец, ключевое понятие "стресс как неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование" позволило на его базе создать специфическую адаптационную картину нормальной и патологической жизни человека, а теории стресса - претендовать на роль общемедицинской теории. Он пришел к заключению о концепции адаптационного синдрома как единственной научной общей теории, существующей в настоящее время. Он утверждал, что "еще не сформулированы другие теории, с которыми можно было бы сравнить мои выводы"[122]. На примере теории стресса Г.Селье можно увидеть как происходит взаимодействие одной теории с другими: конкуренция, попытки вытеснения других, расширение предметной области и ее углубление, попытки превратить концепцию о стрессе в общемедицинский образ реальности. В стиле мышления Г. Селье и его школы важное место занимают сложные виды немеханической, системной детерминации. Г.Селъе писал: «Начинает намечаться новая и кое в чем более сложная патология, в которой главным объектом нашего изучения являются не отдельные "патогенные агенты", а скорее "патогенные ситуации"»[123]. Теория Селье выявила свою историческую ограниченность и несостоятельность своих претензий – это, прежде всего, связано с недооценкой нервной системы при анализе регуляции организма. Но нельзя сказать, что созданный в рамках концепции Г. Селъе образ реальности утратил свое значение, эвристическую силу. Произошла определенная его модификация и в связи с исследованиями, идущими в рамках синергетики, она обрела новый смысл. А процессы, идущие в социально-политической сфере, "приоритет общечеловеческих ценностей", рост влияния демократических движений не позволяют оценивать "философию благодарности" Г. Селье, выросшую на базе его учения о стрессе, как просто наивные, утопические и методологически несостоятельные в философском и социологическом плане взгляды[124]. Напротив, эти процессы выявляют большой мировоззренческий и гуманистический потенциал его концепции, а отдельные черты его стиля мышления (взгляды на детерминацию, например) близки к стилю мышления нового современного неклассического этапа развития современной науки и практики. Необходимо отметить, что ряд сторон его концепции близок к системам восточной медицины (например, понятие адаптационной энергий Селье и внутренней энергии «ци» в китайской медицине или «праны» — в индийской).

Если давать характеристику особенностей современного неклассического медицинского знания, то, прежде всего, надо отметить его политеоретичность. Представляется, что ни одна из существующих ФМТ не может сейчас претендовать на роль общемедицинской теории. Современная медицинская наука представляет особо сложный комплекс эмпирических обобщений, ЧМТ и ФМТ разной общности и развитости. Медицина эпохи НТР обнаруживает полиморфизм идеалов. Уже нельзя сказать, что естественнонаучная ориентация безоговорочно господствует в медицине. При возрастающих процессах интеграции медицинского знания, идущих в настоящее время, полярность тенденций развития не уменьшается.

---

[120] Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М: Мед. Гиз., 1960.
[121] Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. Медицина, 1984.
[122] Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М: Мед. Гиз., 1960. С.219-220.
[123] Ibid., С.41.
[124] Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. М: Медицина, 1984. С.237.

С одной стороны мы видим расширение проникновения (экспансии) естественнонаучных методов в медицине. Используя типологию теорий, данную А.И.Алешиным в статье в[125], можно выделить следующие основные возможные виды теоретического исследования в медицине: 1) построение описательных теорий; 2) построение математических моделей на основе описательных теорий (или, что равнозначно, создание математизированных медицинских теорий; 3) построение "медицинской" по языку гипотетико-дедуктивной теории; 4) построение биологической (химической, физической) по языку гипотетико-дедуктивных медицинской теории; 5) то же на базе системно-кибернетических наук; 6) построения теоретической модели тех или иных патологических и/или нормальных явлений для применение ФТ биологии, химии, физики в интерпретации соответствующих патологических (нормальных) явлений; 7) аналогичная теоретическая деятельность на базе системно-кибернетических подходов.

Теперь, построив на базе этой формальной типологии классификацию медицинских теорий, связанную с естествознанием, обратимся к реальному положению дел в современной медицине. Если бы удалось обнаружить 3 или 4 тип медицинской теории, то это бы означало принципиальную практическую возможность построения медицины по образу и подобию теорий точного естествознания, но, к сожалению, нам такие теории не известны. Если обратиться к 4 и 5 типам теоретизации медицины, существование такого типа теорий позволило бы утверждать о принципиальной возможности сведения медицины к соответствующему типу научного знания. Однако в каком-то последовательном смысле можно говорить о биологических по языку описательных теориях, да и то тщательный метаанализ объект-языка таких теорий выявляет неполноту редукции собственно медицинских терминов (конструктов) к биологическим (тем более это верно для попыток построения теорий типа 4 и 5). Наибольшее развитие получили 2, 6, 7 типы теоретизации. Особенно большой вес имеют гибридные типы, где сочетаются 2 и 3 из трех вышеназванных типов теоретизации. Основные виды эффективно работающих моделей: 1) модели патологии и экстремальных режимов отдельных схем и органов, 2) синтез оптимальных лечебных воздействий; 3) модели эпидемических процессов; 4) расчеты системы медицинского обслуживания (здравоохранения).

Определенные аналогии между работой технических систем и биосистем позволяют в ряде случаев создать модели для использования их в медицине. Скажем, параллель между иммунитетом и надежностью, генетической программой и технологией производства. Однако не всегда внедрение методов естественных наук в медицинскую практику сопровождается прогрессом клинического мышления. Н.В.Элъштейн пишет об определенном аппаратурном фетишизме, о девальвации классических методов исследования больных.

С другой стороны, все большую силу набирает тенденция "социологизации" медицины, стремление к цельности восприятия больного, возрождение личного (человеческого) фактора врачебной деятельности. Эта тенденция реализуется в самых различных формах: в лозунге «назад к Гиппократу», в обострившемся интересе к восточной медицине, к проблемам врачебной этики, социальным аспектам медицины. Особенно важна и актуальна такая ориентация медицины в области нервно-психических заболеваний, нейролингвистических афазий, болезней речи и т.п., где классические представления о болезни, из которых устранено все индивидуальное, не работают в силу особой сложности данных феноменов, неповторимости скрытой субклинической подготовки и инициативных клинических проявлений

В зависимости от выбранной ориентации в различных ФМТ идеал медицины предстает существенно различным образом: от жестко организованной и формализованной дисциплины до предельно гуманизированной и преимущественно духовной. По нашему мнению, интеграция медицинского знания должна идти не по пути безоговорочного принятия одной из перечисленных выше научно-исследовательских

[125] Биология и современное научное познание. М.: Наука, 1984.

программ, а путем организации продуктивного диалога между ними, использования в лечении и профилактике результатов каждой из них. Методологический анализ данных процессов может оказать активную помощь по установлению продуктивного диалога между названными направлениями, что не исключает возможности создания в перспективе единой концепции медицины.

Здоровье и проблема адаптации человека[126]

Е.В.Петрова

В современной литературе по биологии, медицине, философии можно найти множество определений понятия "здоровье". Вот, например, определение здоровья, данное И.А. Гундаровым: «Здоровье – это способность - а) дожить до необходимого возраста, б) быть достаточно удовлетворенным собой в физическом, душевном и социальном аспектах, в) адекватно соответствовать запросам семьи и общества»[127].

Таким образом, следует исходить из того, что здоровье является конкретным состоянием человека, которое определяется нормальным течением физиологических процессов, обеспечивающим его оптимальную жизнедеятельность. Здоровье как оптимальное функционирование организма определяется соответствующими внутренними и внешними условиями, причинами, факторами (возраст, пол, профессия, наследственность, социальные, природные и производственные факторы). В уставе ВОЗ здоровье определяется как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезни или физических недостатков. Следовательно, в понятие "здоровье" в качестве обязательного критерия должна входить возможность полноценной трудовой и общественной деятельности. Болезнь не только препятствует, но и нередко значительно ограничивает либо совсем лишает человека этой возможности. Движение от здоровья к болезни можно рассматривать как процесс постепенного ослабления способностей организма приспосабливаться к изменениям социальной и производственной среды, окружающих условий, что в итоге ведет к снижению общественных, социальных и трудовых функций. Здоровье является необходимой предпосылкой для полной реализации биосоциальных возможностей человека.

Наступившее XXI столетие не позволяет рассматривать здоровье как нечто независимое, связанное только с индивидуальными особенностями организма. Оно является результатом воздействия совокупности тесно переплетенных социальных и природных факторов. Всевозрастающие темпы индустриализации и урбанизации могут привести и уже приводят к нарушению экологического равновесия и способны вызывать деградацию не только среды, но и здоровья людей. Все это дает основание считать здоровье и болезнь производными окружающей среды.

Такие реалии современности, как ускорение технического прогресса, прогрессирующее загрязнение окружающей среды, значительный рост числа стрессов при современном образе жизни увеличивают риск развития различных заболеваний и делают каждого человека потенциальным или реальным пациентом медицинских учреждений.

---

[126] Работа выполнена при поддержке Федерального агенства по науке и инновациям совместно с Советом по грантам Президента РФ для поддержки молодых российских ученых (грант № МК-3343.2006.6).

[127] Гундаров И.А. Закон духовной детерминации здоровья // Философия здоровья. М.:ИФ РАН, 2001. С.158

Степень риска болезни зависит от сопротивляемости организма вредным влияниям, от его устойчивости при воздействии разнообразных стрессовых факторов, от запаса жизненных сил (функциональных резервов организма). Все эти свойства определяют способность организма приспосабливаться (адаптироваться) к изменениям условий окружающей среды. Нельзя не согласиться с рядом исследователей в том, что «так называемые "адаптационные возможности организма" могут рассматриваться как мера здоровья, как мера защиты от болезни»[2].

В последние десятилетия происходит интенсивное изменение окружающей среды за счет резкого расширения промышленного производства, роста количества отходов, загрязняющих окружающую среду. Все это непосредственно влияет на здоровье людей, наносит огромный ущерб экономике, резко уменьшает трудовые ресурсы, а также потенциально создает канцерогенную и мутагенную опасность для здоровья не только настоящих, но и будущих поколений.

Нельзя также забывать о и том, что уже проявились и все более набирают силу негативные тенденции информационного общества. Начавшееся в последней трети XX века и продолжающееся в настоящее время бурное развитие информационных технологий (так называемый «информационный взрыв») принесло с собой некоторые весьма существенные проблемы, связанные со здоровьем человека. Д.И. Дубровский пишет об этом: «Мы вступаем в новый этап цивилизации – информационное общество, и это обязывает во многом по-новому осмыслить столь значимые для каждого из нас вопросы здоровья и болезни»[3]

Существует целый комплекс проблем, прямо или опосредованно связанных с проблемой здоровья человека в современной городской информационной среде. Это проблема видеоэкологии (влияние окружающей среды на человека через органы зрения), связанная с ней проблема компьютерного зрительного синдрома и общего воздействия информационных технологий на организм и психику человека, а также проблема информационного стресса.

На проблеме информационного стресса хотелось бы остановиться немного подробнее. Она приобретает повышенную научную и практическую актуальность в связи с непрерывным ростом социальной, экономической, экологической, техногенной, личностной напряженности нашей жизни и значительными изменениями содержания и условий труда у представителей многих профессий. Автоматизация производства, широкое применение вычислительной техники, использование информационных моделей, интенсификация труда приводят к возрастанию количества проблемных ситуаций, повышению темпа работы и увеличению профессиональной и личностной значимости и ответственности за результаты и последствия деятельности. В отечественной и зарубежной литературе получили довольно широкое освещение вопросы влияния информационных факторов на деятельность человека и его состояние. В частности, в работе В.А. Бодрова «Информационный стресс» представлены материалы экспериментально-теоретического изучения информационного стресса человека-оператора, как одного из видов профессионального стресса психологической природы. В.А. Бодров считает, что стресс «является реакцией не столько на физические свойства ситуации, сколько на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром. Это в большей степени продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов), степени обученности способам управления и стратегии поведения, их адекватному выбору»[4]. Примером источника информационного стресса могут служить телефонные звонки и другие средства коммуникации. Необходимость выделения информационного стресса в качестве

[2] Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний. М.: 1997. С. 5

[3] Дубровский Д.И. Здоровье и болезнь – проблемы самопознания и самоорганизации // Философия здоровья. М.:ИФ РАН, 2001. С. 86

[4] Бодров В.А. Информационный стресс. М.: 2000. С. 5

отдельной формы стресса обусловливается как особенностями его происхождения и развития, так и специфичностью средств и способов профилактики и преодоления данного вида стресса (проектирование информационных моделей и способов деятельности, эргономичность условий и организации труда, психологический отбор и подготовка операторов).

С точки зрения теории адаптации под здоровьем понимают возможность организма активно адаптироваться к условиям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психологической и социальной сущности человека. Поэтому здоровье можно определить не как состояние, а как процесс. По В.П.Казначееву, здоровье - это процесс сохранения и развития физиологических, биологических и психических функций, оптимальной трудовой и социальной активности при максимальной продолжительности активной творческой жизни.

В.П.Казначеев различает адекватные и неадекватные условия среды. Адекватные условия – это те, которые соответствуют генофенотипическим конституционным свойствам организма в определенный момент его существования. Механизмы биологической адаптации к таким условиям есть результат длительной эволюции и онтогенеза. Неадекватные условия – это условия, не соответствующие в данный момент основным свойствам организма, и тогда жизнедеятельность человека возможна только при включении резервных механизмов адаптации. Неадекватное воздействие в течение длительного времени может вызывать адаптивные перестройки в организме человека, являющиеся универсальным механизмом адаптации к длительным напряжениям. Установлено существенное влияние этого механизма на биохимические и биофизические процессы в клетках.

Организм человека, испытывающий в условиях современного научно-технического прогресса непрерывные стрессовые воздействия (производственные, психоэмоциональные и др.), необходимо рассматривать как динамическую систему, которая непрерывно приспосабливается к условиям окружающей среды путем изменения уровня функционирования отдельных систем и соответствующего напряжения регуляторных механизмов. Приспособление или адаптация к новым условиям достигается ценой затраты функциональных ресурсов организма, за счет определенной "биосоциальной платы" (термин А.Н.Авцина). И.В.Давыдовский предложил термин "цена адаптации". Им же была выдвинута концепция «болезнь-адаптация»: «по своей биологической сущности всякая болезнь есть приспособительное явление»[5].

Соотношение здоровья и болезни как особых состояний человека выражается через понятие «адаптация»: чем лучше человек приспосабливается к природным и социальным факторам, тем выше показатель общественного здоровья. Недостаточная логико-гносеологическая и общеметодологическая разработка проблемы «болезнь-адаптация» требует дальнейшего теоретического исследования самого понятия «адаптация». Не все клиницисты разделяют мнение И.В. Давыдовского о болезни как о приспособительном процессе, справедливо указывая на такие заболевания, как рак, при котором рост опухоли не является приспособительной реакцией. Однако сложно отрицать, что на этапе перехода от здоровья к болезни защитно-приспособительные реакции организма играют ведущую роль.

Адаптация как одно из фундаментальных свойств живой материи является результатом и средством разрешения внутренних и внешних противоречий, она существует и формируется на грани жизни и смерти, здоровья и болезни, за счет их столкновения и взаимоперехода. По словам Т.Г.Дичева, «с экологической адаптацией и ее нарушениями могут быть связаны не только различные патологические процессы и состояния, но и сама причина той или иной болезни и ее последствия».

«Все это убедительно говорит о необходимости более глубокого исследования сложной, своеобразной в каждом конкретном случае связи патологии и адаптации,

[5] Давыдовский И.В. Ответ моим критикам.// «Клиническая медицина», 1957, т. 35, №1. С.136.

здоровья и болезни. Это имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение для медицины. Так как неверное представление о значении механизмов адаптации в том или ином патологическом процессе, его этиологии или исходе ведет к неадекватным вторжениям лечащего врача в эти механизмы, порой препятствующим, а не способствующим процессу выздоровления и выживания». Т.Г. Дичев отмечает и еще один очень важный аспект: «Ведь и лечебно-профилактические действия относятся к особому виду социальной адаптации человека и требуют серьезного изучения их реального адаптивного значения в диалектической связи с другими предпосылками и свойствами жизни»[6]

Теория общего адаптационного синдрома, основы которой сформулированы в 1936 г. Г. Селье, привлекла внимание исследователей к проблеме соотношения специфического и неспецифического в адаптации человека. Селье обосновал и показал наличие общих, неспецифических реакций организма при действии любых раздражителей, превышающих физиологическую норму адаптации. Также была выделена особая группа болезней, получившая название «болезней адаптации».

Адаптационные возможности организма представляют собой одно из фундаментальных его свойств. Чем выше адаптационные возможности организма, тем меньше риск болезни, поскольку более надежна защита от болезни.

Таким образом, на современном этапе развития медицины клинический подход к оценке здоровья должен в значительной степени основываться на представлениях теории адаптации и рассматривать болезнь как нарушение сложившегося равновесия между организмом и средой в результате повреждающего воздействия неблагоприятных факторов среды. Для здорового организма эти реакции служат средством уравновешивания со средой, а для больного целям восстановления нарушенного равновесия со средой.

Не вызывает сомнений необходимость всестороннего изучения общих закономерностей взаимоотношений организма человека с факторами окружающей среды различной природы (физическими, химическими, биологическими), адаптационно-приспособительных процессов, механизмов взаимодействия организма с комплексом благоприятных и неблагоприятных факторов среды антропогенного происхождения, а также с комплексом социально обусловленных факторов.

«Русский» – функционалистский биокосмологический – путь развития биомедицины

К.С.Хруцкий

"*Сводя в одно целое сумму впечатлений прошлой истории и современности, можно, конечно лишь условным образом, выразить ту мысль, что народы Азии представляют своего рода тезу, а европейцы – антитезу и что нужен синтез, которого еще недостает. Сущность этой мысли сказалась у славянофилов, и хоть я никоим образом не могу себя причислить к их доброму числу, но все же я полагаю вместе с ними, что в нас, русских, больше всего имеется задатков всякого рода для достижения этого синтеза, хотя по настоящее время видна только первичная к тому подготовка*" (Менделеев Д.И., 1905 г.).

Как хорошо известно, в XIX–XX веках Русская философия и наука активно интегрировалась в мировой философский процесс и успешно вносила собственный вклад

[6] Дичев Т.Г. Адаптация и здоровье, выживание и экология человека. М.: 1994. С.51-53

в мировую философскую культуру. Неизвестно, насколько великой оказалась бы ее всемирно-историческая роль, поскольку в нашем обществе случилось то, что случилось – поистине разрушительная «культурная революция» большевистского режима, на долгие десятилетия обрубившая живительные корни преемственности Российской культуры. Таким образом "естественное"[128] развитие Русской философии и культуры оказалось прерванным на долгий период (вплоть до текущего момента), причем в социологической и персонологической сферах развитие присущей отечественной культуры оказалось тотально заблокированным.

В то же время важно уяснить, что в естественнонаучной сфере (включая биомедицину), как наименее идеологизированной области, живительные импульсы Русской культуры нашли свое приложение и были реализованы в удивительно мощные научные концепции и теории. Я имею в виду в первую очередь краеугольную концепцию «функционального органа» и теорию «доминанты» А.А. Ухтомского[129], послуживших, в частности, основанием для общей теории функциональных систем П.К. Анохина, развиваемой в настоящем сотрудниками НИИ нормальной физиологии РАМН, возглавляемого академиком К.В. Судаковым[130]. В равной мере примером может служить концепция «современного функционализма» А.М. Уголева[131] (1985), включая «принцип эффективности», заключающий, что в действительности «полезна не функция, а вызываемый ею эффект» (1987). Другим явным примером является потребностно-информационная теория высшей нервной деятельности П.В. Симонова[132], определяющей поведение человека как функцию его потребностей, высшими из которых являются «*Идеальные* потребности познания окружающего мира и своего места в нем, познания смысла и назначения своего существования на Земле как путем присвоения уже имеющихся культурных ценностей, так и путем открытия совершенно нового, неизвестного предшествующим поколениям» (1993).

В предшествующей публикации уже рассматривался «Русский путь» в мировой науке – понятие, обоснованное М.Г. Ярошевским (1995) для отражения созданной в России «целостной науки о поведении», возникновение которой увязано автором с именем и творчеством И.М. Сеченова. На основании этих и других данных можно утверждать, что в отношении индивида (личности) И.М. Сеченов и А.А. Ухтомский фактически заложили фундамент «научной персонологии», позволяющий достижение великой цели научного обоснования индивидуального здоровья человека.

В этом русле ценным является анализ достижений И.М. Сеченова, выполненный В.В. Зеньковским[133], в частности два его вывода: 1) «Его (Сеченова. – Авт.) основное убеждение заключалось вовсе не в материалистическом истолковании психики, а в отрицании самостоятельности духовных процессов»[134]; 2) «Сеченов чрезвычайный противник психологии, строящейся из одних данных сознания – в этом ключ к критике у Сеченова современной ему психологии. *Это не материализм, а чисто натуралистический* подход к изучению психики, т.е. отрицание так называемой «чистой

---

[128] Кавычки: " " используются мною для обозначения собственных терминов, метафор, выражений и т.д., тогда как «» – для цитирования и употребления общепринятых слов.

[129] Научное творчество А.А. Ухтомского, как утверждают историки науки, являет "... прямое развитие русской идеалистической философии (Вл. Соловьева прежде всего), которую он попытался соединить с многообещающими открытиями в области наук естественных – психологии, физиологии..." (Соколова Л., Цурикова Г., 1997).

[130] Сайт Института: http://www.aha.ru/~niinf/

[131] А.М. Уголев развивал в своем творчестве идеи Д.И. Менделеева, характерное высказывание которого вынесено в эпиграф.

[132] П.В. Симонов опирался в своих научных построениях на суждения Ф.М. Достоевского, другого выдающегося представителя Русской философии Всеединства.

[133] Цитаты приводятся по его «Истории русской философии» (Москва, 1991).

[134] Таким образом, Сеченов категорически расходился с Западным противопоставлением «духа» (разума, человека) окружающему миру-космосу.

психологии». *Ничего другого* в работах Сеченова, если их изучать без предубеждения, нет; поэтому надо признать, что для причисления его к материалистам *нет* оснований».

На самом деле, мы вправе говорить об особом натурализме, развиваемом отечественными философами и учеными, причем термин "русский" здесь равносилен значению «британский» (в отношении эпистемологического эмпиризма) или «немецкий» (в отношении философского идеализма), или «американский» (прагматизм) и т.д. Иными словами, термин "русский" означает не некие национальные особенности (противостоящие другим национальным особенностям), но означает именно присущий вклад российской цивилизации в мировую культуру, имеющий необходимое значение для целостного благополучного развития всего мира жизни на Земле.

В этом смысле "национальные особенности" Русского вклада в мировую культуру более чем очевидны. Например, в прошлом году мы отметили 150-летие со дня рождения видного отечественного психолога и философа А.И. Введенского, безоговорочно признаваемого неокантианцем. В то же время, рассматривая центральное философское суждение А.И. Введенского о смысле жизни, мы обнаруживаем, что «вопрос о смысле жизни совпадает с вопросом о цели жизни», что «смысл жизни сводится к назначению жизни для достижения абсолютно ценной цели», и что в свою очередь «цель, осмысливающая любую работу, находится не в ней самой, а вне ее, в ее результатах»[135]. После такого краеугольного заключения, отнесение Введенского к кантианству представляется крайне условным. На самом деле, если Цель жизни заключается в ее Результатах или Эффектах (что равным образом выступает как центральное положение для теоретических построений у вышеупомянутых Сеченова, Ухтомского, Анохина, Уголева, Симонова), причем в Результатах, необходимых для эффективной жизнедеятельности другого, интегрирующего (жизнедеятельность данного субъекта) организма, то концептуально мы имеем принципиально иной порядок отношения (и изучения) окружающего мира. Неудивительно, еще в свое время, И.В. Киреевский отмечал, что «отличительный тип Русского взгляда на всякий порядок…» заключается в «совмещении личной самостоятельности с цельностью общего порядка…», в то время как разум западноевропейца «не вмещает порядка без однообразия»[136].

Именно в таком порядке А.М. Уголев (1987) обосновывал свой краеугольный «принцип эффективности», утверждая, что «...мельница эволюции перемалывает все бесполезное. Действительно, полезна не функция, а вызываемый ею эффект. Можно сказать больше: сама по себе функция вне связи с полезным эффектом оказывается вредной». Этим принципом А.М. Уголев фактически опровергает доминирующие в настоящем представления Дарвина (и всех современных эволюционистов) об эволюции как истории развития с ведущим значением случайности, а также что главным механизмом эволюции является отбор наиболее приспособленных организмов к условиям среды. Ведь «эффект» – это не «признак». Если «полезный признак» реально помогает особи выжить в среде действия конкретных факторов окружающей среды, то «полезный эффект» главным образом нужен отнюдь не особи: «эффект» нужен для выживания и благополучного – здорового – существования вышеорганизованной целостности (организму). Рассматриваемый субъект будет функционально-системно интегрирован *(в будущем)* как полноценный (в плане эффективности) орган для конечного обеспечения здорового существования вышеорганизованного организма как целого. Таким образом, мы в состоянии определить, что "естественная селекция эффектов" кардинально отличается от «естественного отбора признаков».

В 1938г. В.И. Вернадский утверждал: «Прошло много лет, прежде чем я понял (в середине 30-х годов) отсталость философии (в мировом ее охвате) в переживаемый нами исторический момент в жизни человечества… Она стоит, в сущности, на почве XVII в., не

---

[135] Цит. по: Введенский А.И. Условия допустимости веры в смысл жизни. Интернет-публикация: http://hpsy.ru/public/x776.htm

[136] Цит. по «Истории русской философии» Н.О. Лосского (1991).

сознавая невозможности освоить новые явления “старыми мехами”… Мы живем в эпоху примата *науки над философией*… Время философии в будущем…»[137]. Удивительно точные суждения великого Русского ученого! Тем более что если Вернадский говорит в 1930-х об «отсталости» философии, то сегодня впору отмечать практически полное "отсутствие" «оригинальной творческой работы философии» (в выражении Вернадского), поскольку работа философа тотально переключилась на обслуживание (интерпретацию) научных достижений (а нередко – сглаживание неразумностей и ошибок ученых) в соответствие с политическими запросами текущего исторического момента. Самая главная "неспособность" современной (Западной) философии заключается в ее «невозможности освоить» "кричащие" «научные эмпирические обобщения» знания: объективную реальность *универсальности*, *макро-эволюционизма* и *макро-цикличности* существующего мира жизни на Земле. Напротив (кстати, сам В.И. Вернадский признавал будущее исключительно за «философией холизма и органицизма»), Западная (мировая) наука основана на принципиальном плюрализме эпистемологических подходов (хотя, мир объективно един и универсален, но не для Западной науки).

Для нас важно отношение В.И. Вернадского к философии И. Канта. Как хорошо известно, Вернадский высоко ценил творчество Канта. В то же время[138], в системе философии космизма Вернадского кантианская оппозиция «человек – мир» существенно переосмысливается. «Царству человеческих целей» Канта отчетливо противостоит концепция «ноосферы» Вернадского. Человек с позиций этой философии есть космическое событие, а не внешний по отношению к Вселенной субъект. Тем самым В.И. Вернадский выражает глубоко присущий Русской философии реалистический (натуралистский) взгляд на Природу-Космос как они есть в объективном рассмотрении. В целом, существенной особенностью Русской философии XIX–XX веков (до периода ее "искусственного" блокирования и недопущения в мировой культурный процесс) выступает ее борьба против абстрактности классической мысли, против «отвлеченных начал». Как точно сформулировал Н.О. Лосский: «В отличие от кантовского эпистемологического идеализма русский интуитивизм является формой эпистемологического реализма» (Lossky, 1951). Последний выражается в том, что «в русской философии стремление к цельному познанию и острое чувство реальности тесно сочетаются с верой во все многообразие опыта как чувственного, так и более утонченного, глубже проникающего в строение бытия» (Там же).

Таким образом, можно утверждать наличие в мировой философии и науке двух натурализмов и реализмов: "антропоцентристского", основанного на Западном эпистематическом АнтиКосмизме – *индивидуализме*, *адаптационизме*, *презентизме* (в форме, например, картезианского рационализма (дуализма), британского эмпиризма, кантианского априоризма, американского прагматизма и т.д.); и, напротив, – "к о с м и с т с к о г о" натурализма (реализма), который может быть основан на основаниях Русской культуры: *органицизме* (*космизме*, *универсализме*), *эволюционном субъективном (персоналистском) функционализме* (*функционалистском активизме*) и *макро-циклическом футуризме* (*эволюционном триадизме* – трехступенчатом эмерджентном Тезисе-АнтиТезисе-СинТезисе[139] самовосхождения любого эволюционного процесса жизни на Земле).

Космистский натурализм – естественная субстанция для создания и разработки целостной биомедицины как всеобъемлющей науки. Не менее важна и другая истина, уже подчеркиваемая выше, Русская культурная традиция сохранила себя в советское и постсоветское время исключительно в научных (неидеологизированных, преимущественно биомедицинских) достижениях Ухтомского, Введенского, Вернадского,

---

[137] Цитирую по книге В.И. Вернадского "Философские книги натуралиста" (М.: Наука, 1988г.).

[138] Как следует из анализа статьи В.И. Вернадского «Кант и естествознание», доступной на сайте: http://www.elibrary.ru/books/vernadsky/1.2.0.htm

[139] Орфографические особенности в написании терминов Тезис-АнтиТезис-СинТезис проистекают из их макро-эволюционного значения, отражая сущность авторской БиоКосмологической теории.

Анохина, Уголева, Симонова и др., в то время как достижения в социально-политической и экономической сферах (как, например, учения Данилевского, Менделеева, Богданова, Сорокина, Кондратьева и др.) были жесточайшим образом уничтожены или не допущены к рассмотрению.

Сегодня, когда демографы в один голос заявляют объективную истину о неизбежном (уже через 50–80 лет) демографическом (следовательно, и во всех других сферах) распаде России как целостного организма, – не может быть более актуальной задачи, чем неотложного возвращения и восстановления присущих цивилизационных оснований, в первую очередь принципов космистского натурализма (реализма) в сферу отечественной науки (но уже на СинТезисной стадии мирового развития), в первую очередь биомедицины. Авторская БиоКосмологическая концепция (Хруцкий 1995–2007)[140] может расцениваться как активная попытка достижения определенных результатов на этом пути.

Важно, что мною вводится термин "функционалистский" и что это понятие в БиоКосмологии имеет не столько общепринятое значение приверженности функционализму как философскому учению или научной концепции, сколько подчеркивает, что эффективность эволюционной интеграции субъекта в вышеорганизованную целостность осуществляется преимущественно за счет самостоятельной активности субъекта по реализации и презентации имманентных (присущих ему) функциональных способностей. Поэтому термин "функционалистский", в отличие от «функциональный», подчеркивает в русле БиоКосмологической концепции намеренный (или внутренне предопределенный – для субъектов, не обладающих сознанием) характер эффективной и удовлетворяющей жизненной активности, в конечном счете направленной на эффективную реализацию Основных Функциональных возможностей (Основной Космистской Функциональности – ОКФ[141]) субъекта жизни – для осуществления эффективного вклада в благополучие Эволюционного Процесса жизни на Земле.

Понятие "функционалистский" означает решающее значение первичного самостоятельного определения (осознания) субъектом (личностью) своего присущего благополучного (здорового) вектора жизненной (трудовой) активности на всем протяжении жизни (онтогенеза). Иначе говоря, принципиальный момент в том, что реализация собственной присущей жизненной функциональности (и, следовательно, – индивидуального здоровья) не может состояться иначе, как путем первичного самостоятельного (ответственного активистского) ее развития.

Функционалистский системный подход опирается на выдвигаемые оригинальные Космистские основания, позволяющие личностный (универсальный) подход в системных исследованиях, при этом обязательно и необходимо используя все наработанные колоссальные научные достижения, уже вобравшие в себя эволюционный опыт в развитии отечественной и мировой культуры. Поэтому БиоКосмологический подход не отменяет, но полноценно использует и расширяет отечественные биомедицинские достижения в области системологии и функционализма, позволяя практическую реализацию научных достижений на эволюционном новом (высшем – СинТезисном) уровне культурного (научного) развития.

Таким образом, становится возможным синтез достижений отечественной биомедицины на новом – СинТезисном уровне (как вариант – в авторском БиоКосмологическом подходе). Например, в отношении теории функциональных систем П.К. Анохина, краеугольное здесь понятие «результат действия» в полной мере сохраняет свое значение, выступая в роли системообразующего фактора и определяя, что каждая

---

[140] В том числе в on-line доступном тексте, размещенном в Библиотеке сайта РФО «Диалог XXI век» http://www.dialog21.ru/

[141] ОКФ – краеугольное понятие оригинальной БиоКосмологической концепции. Значение ОКФ созвучно понятию «хотения» И.М. Сеченова, «доминирующей потребности» А.А. Ухтомского, П.К. Анохина, П.В. Симонова, «функционального эффекта» А.М. Уголева.

(биологического организма) функциональная система для обеспечения своего, полезного для организма *в целом* результата избирательно объединяет тканевые элементы различного уровня, принадлежащие к различным анатомическим образованиям. В то же время, в БиоКосмологическом подходе данный закон приобретает универсальное значение, поэтому любая (потребностно организованная) функциональная система будет объединять (на будущий результат) с необходимостью исключительно *функционально эффективные субъекты* (как в теории А.М. Уголева), т.е. (в БиоКосмологическом значении) исключительно *функционалистские* субъекты – самостоятельно достигшие эффективного уровня (и предлагающие свои возможности) для целостного включения в данную функциональную («на результат») системную организацию, включая, что существенно, достижение результатов, удовлетворяющих не только *адаптационные* потребности (П.К. Анохин), но и в равной мере и д е а л ь н ы е потребности (обоснованные в теории П.В. Симонова).

Жизнь в свете функционального подхода

М.В.Черников

На сегодняшний день проблема нахождения всех достаточных условий для полного и окончательного определения феномена жизни еще не нашла в научной литературе своего решения, тем не менее, правомерно заявить, что с функциональной точки зрения сущностные свойства живых систем прояснены. В частности, можно утверждать, что все земные живые системы относятся к классу т.н. диссипативных (от лат. *dissipatio* — рассеяние) систем, функционирующих в режиме самоорганизации.

Диссипативные системы – это открытые, неравновесные системы, диссипирующие (рассеивающие) приходящую извне энергию. Для диссипативных систем открывается возможность использования приходящей извне энергии для совершения «полезной» работы, что достигается за счет понижения качества поступающей в систему и «протекающей» через нее энергии. Живые системы – это диссипативные системы, которые «научились» приходящую извне энергию направлять на восстановление и развитие собственной структуры. Живые системы можно определить как устойчивые диссипативные системы, стабильно осуществляющие процесс самоорганизации.

Жизнь, по сути дела, есть не что иное, как сохранение, продление во времени своей уникальной системной определенности. Жизни противостоит смерть, которая разрушает данную системную определенность. Феномен смерти выражает собой базовый для нашей Вселенной принцип, получивший название второго начала термодинамики (закона возрастания энтропии). Согласно этому принципу, любая изолированная система изменяется таким образом, что ее энтропия возрастает. При этом структурная дифференцированность системы и ее способность совершать работу уменьшаются. По сути, второй закон термодинамики указывает на то, что преобладающей тенденцией в развитии мировых процессов является тенденция к деградации, распаду. Именно вследствие этой фундаментальной тенденции уникальная системная определенность, как правило, с течением времени разрушается: могучая скала осыпается, стальной клинок ржавеет, деревянный сруб гниет и т.п. Стандартная судьба большинства систем — раствориться в окружающей среде, перестать быть, умереть.

Но этому процессу всеобщего умирания в нашей Вселенной научился противостоять определенный класс диссипативных систем, к которым и относятся т.н. живые системы.

Энтропия живых систем может оставаться неизменной в течение длительного времени и даже уменьшаться. В последнем случае и структурная определенность и способность совершать работу для живой системы становятся более высокими.

Значит ли это, что феномен живых систем свидетельствует против универсальности второго начала термодинамики? Отнюдь. Если рассматривать живые системы вместе с окружающей их средой, то совокупная энтропия этого объединенного пространства все время повышается, просто живые системы приспособились «перетягивать одеяло на себя», они научились использовать запасенные во внешней среде энергетические ресурсы для восстановления собственной определенности. Согласно второму началу, энтропия объединенной системы «организм + остальная Вселенная» должна возрастать, отсюда следует, что если энтропия организма понижается, то энтропия остальной Вселенной должна увеличиться в еще большей степени. Таким образом, уменьшая собственную энтропию, живые системы неизбежно повышают энтропию окружающей среды. Жизнь, таким образом, порождает смерть, смерть тех системных образований, которые и используются для поддержания жизни.

Сопоставляя живые и неживые системы, можно заметить, что для неживых систем характерен один – базовый – режим взаимодействия с окружающей средой, а для живых систем – два: и тот же самый базовый, и специфический, т. н. режим жизни. Общий для всех систем в нашей Вселенной базовый режим – это режим, приводящий к разрушению, утрате структурной определенности данной системы. Но для живых систем базовый режим дополняется специфическим режимом, режимом жизни, который предполагает использование потоков запасенной в окружающей среде энергии для восстановления собственной системной определенности, постоянно утрачиваемой вследствие фонового воздействия внешней среды.

Можно, таким образом, сказать, что существование любой живой системы — это «бег вверх по эскалатору, идущему вниз». «Эскалатор», движение которого соответствует фундаментальному для нашей Вселенной закону возрастания энтропии, рано или поздно погружает в небытие системы любого типа, но жизнь сопротивляется всеобщей смерти и умеет сохранять себя, «бежать вверх» — правда, только за счет использования имеющихся во внешней среде источников энергии.

Такое понимание специфики живых систем имеет многочисленные последствия. В частности, приходится признать, что любая живая система в качестве фундаментальных имеет, по крайней мере, две «аморальные» ориентации: любая живая система не может не паразитировать (она использует внешние, т.е. не ею созданные, источники энергии) и любая живая система не может не убивать (используя внешние источники энергии, живая система тем самым фактически разрушает свое окружение, повышает его энтропию).

При этом жизнь обнаруживает себя как весьма «капризный» процесс, критически зависимый от условий внешней среды. Стоит только прерваться потоку проходящей через живую систему, полезной для нее энергии, как жизнь прекращается. Поэтому главной эволюционной стратегией для живых систем становится «приспособление к внешней среде», т.е. нахождение и освоение энергетических ресурсов, способных быть используемыми для поддержания жизни. Чем выше располагается живая система на «лестнице эволюции», тем активнее она осуществляет данную поведенческую стратегию, затрачивая часть запасенных энергетических ресурсов на поиск и, при возможности, на конструирование благоприятных для себя жизненных условий, обеспечивающих наибольший приток качественной внешней энергии, поддающейся освоению и утилизации.

Можно сказать, что живая система для обеспечения своей жизни выстраивает особый тип взаимодействий с окружающей средой, который, по сути, сводится к неэквивалентному обмену энергетическими ресурсами: дабы получить из окружающей среды соответствующие энергетические ресурсы, система затрачивает некое количество собственных. При этом энергетическая ценность (пропорциональная качеству энергии, то

есть степени свободной энергии) приобретаемых ресурсов должна быть больше энергетической ценности затрачиваемых живой системой ресурсов. Обозначая энергетическую ценность приобретаемых ресурсов как $V_{приобр.}$, а энергетическую ценность затрачиваемых ресурсов как $V_{растр.}$ можно записать базовое условие жизни как процесса неэквивалентного обмена с окружающей средой:

$$V_{растр.} < V_{приобр.} \text{ или } V_{приобр.} / V_{растр.} > 1$$

В качестве обобщенного индикатора жизнеспособности живой системы можно ввести т. н. функцию благополучия, которая будет пропорциональна разности между ценностью приобретаемых живой системой энергетических ресурсов и ценностью растрачиваемых живой системой энергетических ресурсов

$$F_{бл.} = k\ (V_{приобр.} - V_{растр.}),$$

где k – коэффициент пропорциональности.

Можно утверждать, что жизнеобеспечивающей стратегией для всех живых систем является увеличение своей функции благополучия. Именно задача увеличения функции благополучия определяет активность живых систем. При этом можно выделить два типа активности живых систем: первый тип активности направлен на внутренние преобразования (восстановление и самоорганизацию), второй – на изменение отношений системы со своей внешней средой (т.н. поведенческая активность).

В зависимости от характера и распределения энергетических потоков, находящихся в поле достижимости живой системы, а также возможностей живой системы распоряжаться приобретаемыми энергетическими ресурсами, функция благополучия живой системы может быть увеличена как за счет внутренней активности, то есть за счет внутренних системных преобразований (интенсивный путь развития), так и за счет внешней – поведенческой – активности (экстенсивный путь развития).

В то же время следует иметь в виду, что наращивание внутренней и внешней активности имеет свою энергетическую цену и не может происходить бесконечно. Прирост активности будет иметь место до тех пор, пока предельная величина ценности энергетических ресурсов, приобретаемых за счет внутренней и/или внешней активности системы, будет превышать предельную величину ценности энергетических ресурсов, затрачиваемых на соответствующую активность. Это фактически и означает, что прирост активности будет происходить только в том случае, если функция благополучия системы в результате соответствующей активности увеличивается.

Однако возможность подобного увеличения зависит от нахождения в пространстве досягаемости живой системы таких элементов окружающей среды, которые могут выступать источниками энергетических ресурсов для живой системы. Это значит, что энергетические затраты живой системы на освоение подобных источников, должны быть меньше, чем энергетические ресурсы, получаемые живой системой в результате такого освоения. Подобного рода элементы окружающей среды для живой системы мы будем определять как ее источники благополучия (ИБ).

Обменные взаимодействия живой системы с ИБ принципиально асимметричны: энергетические ресурсы (в ценностном эквиваленте), затрачиваемые живой системой на «подключение» к ИБ, должны быть меньше, чем энергетические ресурсы (в ценностном эквиваленте), получаемые живой системой от ИБ. Для живой системы обменное взаимодействие с ИБ выступает как прогрессивный обмен (получаем больше, чем отдаем), для ИБ обменное взаимодействие с живой системой, соответственно, оказывается регрессивным обменом (отдаем больше, чем получаем).

Ориентация на поиск ИБ является для живой системы стратегической целью именно потому, что окружающая среда в соответствии со вторым началом термодинамики является постоянным источником угроз для существования живой системы. Те элементы окружающей среды, которые в процессе взаимодействия с живой системой уменьшают ее функцию благополучия, можно определить как разрушителей благополучия (РБ). Соответственно, поведенческая стратегия живых систем заключается в ***«движении к»*** ИБ и ***«движении от»*** РБ. *Движение к* ИБ оправдано в той мере, в какой издержки на осуществление данного движения для живой системы меньше выгод от взаимодействия с ИБ. *Движение от* РБ оправдано в той мере, в какой издержки на осуществление данного движения для живой системы меньше издержек, возникающих для нее от взаимодействия с РБ.

По сути, эти базовые *движения* в поведенческой стратегии живых систем являются онтологическим основанием для чувств ***любви*** и ***нелюбви*** (***вражды***), так или иначе характерных для всех живых систем. *Любовь* по своей функциональной роли является оператором присоединения. Выражение «Я *люблю* X» фактически означает «Я стремлюсь быть *вместе с* X». *Нелюбовь* (*вражда*) подразумевает операцию ***дистанцирования от***. Выражение «Я *не люблю* X» фактически означает «Я стремлюсь быть *отдельно от* X». Соответственно, для живой системы предметом любви онтологически являются ИБ, а предметом нелюбви (вражды) онтологически являются РБ.

Эволюционное развитие живых систем идет по направлению от простейших ко все более сложноорганизованным системам. В ходе эволюции возникают дополнительные подсистемы организма, обеспечивающие самостоятельную активность живых систем в их отношении к внешней среде. Развивается способность аккумуляции энергетических ресурсов, могущих быть использованными живой системой для реализации своей поведенческой стратегии («эффект верблюда»). За счет этого в пределах досягаемости живых систем начинают появляться все более разнообразные ИБ. Но их достижение требует учета все большего количества факторов внешней среды. Увеличение количества значимых факторов означает расширение и усложнение сферы потребностей и интересов живой системы, что сопровождается увеличением и усложнением поведенческих форм, а также возникновением и постоянным усовершенствованием когнитивного (информационного) обеспечения поведения.

Ментально-философские основания народной медицины и культура выживания

Я.В.Чеснов

Наша задача – помыслить народно-медицинскую практику в качестве важнейшей стороны традиционной культуры и на этой базе вычленить культуру выживания.

Традиционной культурой принято называть составную часть совокупной культуры общества, полученную в виде наследия от предшествовавших поколений. Понятие традиции шире понятия традиционной культуры. Говорят, например, о традиции станковой живописи, воинских традициях, традициях научной школы. Поэтому то, о чем здесь предполагается рассуждать, правильнее именовать «традиционалистической» культурой, то есть культурой, в своей целостности основанной на традиции. Но остановимся на более принятом варианте термина. С точки зрения целостности традиционная культура близка к народной. Но здесь имеются свои особенности

словоупотребления, ибо исторически менялось содержание понятия народ. В русском языке это сначала необразованные слои («простонародье»), потом со времен Пушкина и Надеждина члены неформальной общности, прежде всего этнической. Наконец, народ стал обозначать граждан, источник легитимизации государственной власти (в текстах разных конституций).

Отмеченная целостность традиционной культуры предполагает единство системы жизнеобеспечения с системой ценностей. В этом случае традиционная культура проявляет черты цивилизации, которая основывается на воспроизводстве особого образа человека в конкретных экологических и технологических условиях. Но речь идет именно об отдельных элементах цивилизации, ибо даже в древних обществах, вроде шумерского, наряду с господствовавшей цивилизацией можно обнаружить блок того, что мы назвали традиционной культурой. Для Шумера это культура племенных маргинальных общностей, фольклор, народная медицинская культура, культура скотоводов, культура простых тружеников мотыги в отличие от знатных владельцев плугов, что нашло отражение в эпическом «Споре мотыги с плугом».[142] Приведенный пример призван иллюстрировать внутреннюю вариативность любой цивилизации. Между цивилизацией и культурами одного сообщества идет взаимообмен, что на примере Шумера можно показать соотношением официальной и неофициальной медицины, закончившегося победой софистицированных медицинских учений.

Если внешние связи традиционной культуры с цивилизацией типологические, то внутренняя структура их топологически самостоятельна. В древних цивилизациях (раз уж мы взяли достаточно простой пример с Шумером) выражен мировоззренческий аспект. В медицинской практике это отразилось идеологией тайных знаний, астрологией и прочими элементами «картины мира» того времени. Традиционная (народная) медицина оставалась организованной иначе - больше эмпирической и экспериментальной.

Этот вывод подтверждается при перенесении взгляда вообще на всю историю традиционной (народной) медицины – в ней слабо представлен космологический аспект, представления о «совершенном человеке» и прочие идеологические институции. Так, многочисленные авторы, изучавшие русскую народную медицину, редко упоминают космологические сюжеты, сообщая в изобилии рецептуру лекарственных средств. Слов нет, среди этих рецептов есть те, которые позаимствованы из старинных медицинских книг, есть отзвуки учений Гиппократа, Галена и медиков средневековья.

Особая страница русских народно-медицинских знаний обязана влиянию христианской церкви. Христианская символика легитимизировала целительность того или иного средства. Например, названия нескольких разных растений оказались связаны с именем апостола Петра, единственного мученика, распятого головой вниз. Растениям, наделенным названием «петров крест», придавалась особая целительная сила. Для знахарей-зелейщиков сбор этих растений в Петров день почти не уступал Иванову дню.[143] Огромная целительская роль вербы в народном мышлении была обязана связи с образом Христа, раскрывающегося божественными символами агнца («барашки»), просфоры и креста.[144]. Надо полагать, что значимость христианской символики в народно-медицинской и заговорной практике вызвана выпадением космогонии из традиционного крестьянского мировоззрения, что открыло дорогу сильному воздействию христианства.

Противоречит этой картине, полученной при кратком обзоре русской народной медицины, на первый взгляд шаманское лечение, где всегда задействована та или иная космология. Она представлена обычно теми слоями мироздания, куда демоны-духи похищают душу человека, вызывая его болезнь. Шаман поднимается по уровням вселенной по шаманскому дереву, о котором иногда говорится, что оно растет корнями вверх. Шаман возвращает душу или изгоняет духа из тела человека. Лечение больных

---

[142] Крамер С. Н. История начинается в Шумере. М., 1991

[143] Часовникова А. В. Христианские образы растительного мира в народной культуре. М., 2003. С.38.

[144] Там же. С. 212

везде считается главной функцией шамана. Эта специализация как раз подтверждает сделанный вывод о слабой космизации народно-медицинских представлений, ибо шаман – это профессионал. Сами системы шаманских верований говорят об их связи с центрами цивилизаций. В сибирском шаманизме это можно показать восхождением термина «шаман» к санскритскому названию жреца «шрамана». Ритуально-мифологическое шаманское дерево, носящее у эвенков и ульчей название «туру», восходит к санскритскому «дру, тару», обозначающему священное дерево Будды. [145]

Космологичность шаманских представлений о душах явно обязана индийскому цивилизационному центру с его буддизмом и, возможно, более древним переднеазиатским центрам с концепцией мирового древа.

Таким образом, народно-медицинская практика показывает удивительную восприимчивость к пространственно удаленным системам знаний. Эта чисто географическая удаленность оестествляет знания, превращая их в природный ресурс. Удаленный источник знания сообщает виртуальной зоне обитания человека разреженность, пустоту, которая призвана структурировать процессы жизнедеятельности. Пустота порождает легкие трансформации народных представлений о телесности: она особая у ребенка, у женщины, мужчины, у людей преклонного возраста, мифологически может воспринимать несоматическую субстанцию. В той или иной степени эти ментальные черты присущи широким слоям и ныне живущего населения.

Примечательно, что современное медицинское знание пополняет оестествленное народно-медицинское знание. Так, ныне практикующий старец Пафнутьев - Боровского монастыря (Калужская область) отец Власий имеет высшее медицинское образование, но люди, обращающиеся к нему за медицинскими советами, их воспринимают как рекомендации народной медицины.[146] В конце 1980-х годов я жил несколько дней в адыгейском ауле Егерухай, изучая взгляды и лечебные методы знаменитого на весь Северный Кавказ народного лекаря. Этот очень умный и развитой человек не только хранил секреты традиционной медицины своего народа, но читал также медицинские вузовские учебники и фармакологические справочники. Для сбора лекарственных трав в местностях Северного Кавказа он использовал справочник «Лекарственные растения СССР».[147]

Это типичные случаи, характеризующие эмпиризм народной медицины. Видно, что она относится к научной как к природному ресурсу. Народная медицина снимает иерархичность, ставя научно выработанное знание на один уровень с эмпирическим.

Все сказанное нас приводит к следующим заключительным положениям.

1. Интенция на оестествление знания и эмпирическое использование природных ресурсов в народном целительстве вызваны индивидуальностью человека, его обособленной от общества жизнью, включающей заболевания и потребность в выздоровлении. Народно-медицинская практика везде составляет важнейшую часть традиционной культуры.

2. В традиционной культуре природа делается не более или менее благоприятной средой обитания, а фактором выживания.

3. Вся традиционная культура в таком случае предстает как культура выживания. В ней снижен вес формально-семиотического статуса, но повышена роль смыслов. Человеческая телесность в этой культуре выживания не перформативно-знаковая, а целостная.

4. Поэтому не случайно, что в разных традиционных культурах критерием здоровья человека (точнее, его витальности) считается его детородная способность. При этом незначительные нарушения здоровья вообще не принимаются во внимание.

---

[145] Золотарев А. М. Родовой строй и религия ульчей. Л.. 1935. С. 87.
[146] Материалы моих полевых исследований 2003-2005 гг.
[147] Материалы моих полевых исследований 1985-1990 гг.

5. Из этого следует, что в народной культуре выживания важна не только жизнь отдельного человека, но и всего сообщества, в интересах которого индивид должен производить и воспитывать детей.

6. Утрата ментальных установок на деторождение во многих современных обществах, в том числе и в России, связана с поглощением культуры выживания обществом потребления.

7. Обнаружение установок на деторождение в ментальной сфере дает надежду на то, что механизмы депопуляции можно затормозить и остановить при обращении внимания на безусловную ценность каждого индивида вне его зависимости от социального статуса, но при его принадлежности к этнической общности, состоящей из ушедших, ныне живущих и будущих поколений. Речь идет о родовом теле этноса.

Из истории философии биомедицины: спор реалистов и номиналистов о понятии болезни

П.А.Плютто

Философия биологии – область философского знания, занимающаяся метафизическими, эпистемологическими и понятийными проблемами биологии. Она является относительно молодой наукой, возникшей в 60-х гг. XX века как область философии науки, ориентированной на проблемы физики. В начале 1970-х Дэвид Халл (David Hull), Майкл Руз (Michael Ruse) и другие занялись специально формальными проблемами эволюционной биологии. Возможно ли аксиоматизировать эволюционную теорию? Как объяснить очевидную телеологию эволюционных объяснений? Какие можно выделить единицы естественного отбора? Поиск ответов на подобные вопросы стимулирует развитие философии биологии и по сегодняшний день.

В соответствии с принципом дифференциации, господствующим в развитии научного знания в целом, философия биологии - несмотря на свою короткую историю - успела разбиться на определенные субполя своих исследований, включающие, между прочим, и философию медицины. И все же - несмотря на все эти признаки развития - на сегодняшний день нельзя сказать определенно, что философия биологии является окончательно конституировавшейся дисциплиной.

Споры, возникающие в ней, нередко оказываются противостоянием наиболее общим философским точкам зрения, уже известным из истории философии. Однако в приложении к новому материалу биологии и медицины эти старые философские споры могут дать неожиданный познавательный эффект. Одним из таких споров является спор современных онтологов и номиналистов о понятии болезни.

* * *

1. Онтологи. С онтологической (реалистической) точки зрения болезни являются реальными сущностями, наличествующими в мире. С этой точки зрения нозологии – классификации болезней – есть истинные классификации мира. Болезни, по мысли онтологов, «разрезают» природу на её стыках, давая, тем самым, нам возможность видеть ее устройство.

Если обычно принято считать, что болезнь лишь причиняется агентами, отличаясь от них, как следствие отличается от причины, то с онтологической точки зрения агент болезни и сама болезнь - одно и то же. Например, полиовирус - с онтологической точки зрения - не причина полиомиелита, но сам полиомиелит: болезнь и ее причина онтологически тождественны, то есть являются одной и той же реальностью.

2. Номиналисты. В отличие от этих положений номиналисты ссылаются на старую поговорку «Нет болезней, есть больные люди». Нозологии с точки зрения номиналистов - всего лишь условные системы классификации. Нозологии имеют, конечно, большой практический смысл, но это не означает, что они описывают реальность «как она есть». Согласно номиналистам, проблема классификации - не онтологическая, но гносеологическая проблема. Познание, однако, всегда обусловлено его критериями. В данном случае - критериями создания классификаций.

3. Критерии классификаций. Первый ***условный*** критерий создания классификаций, согласно номиналистам, может быть назван патогенным. Болезни условно выделяются по патогенам, которые причиняют болезнь.

Второй критерий классификаций - «знаки» или симптомы болезней.

Третий критерий создания классификаций - по системам органов, которые оказываются поражены. Отметим, что при этом третьем критерии, например, чтобы не запутать классификацию, классификатор не обращаем внимания ни на причины (критерий 1), ни на симптомы (критерий 2) болезней. Это же касается, соответственно, критериев 1 и 2.

Номиналисты, таким образом, говорят об отсутствии единства в таксономии болезней. Именно поэтому таксономии - ***условны*** и в этом смысле являются (по крайней мере, до некоторой степени) произвольными системами. Они не описывают «саму» реальность.

4. Возражение реалистов. Возражение реалистов состоит, прежде всего, в том, что медицина занимается болезнями именно как особыми сущностями, то есть именно как самой реальностью.

Во-вторых, критику таксономических систем как ***условных*** можно отнести к любой науке. Но несмотря на это, никто не сомневается, что таксономии, например, в физике или химии описывают саму реальность. Таксономии физики косвенно участвуют в том, что самолеты летают, а таксономии химии участвуют в создании мира окружающих нас артефактов, без которых мы уже не могли бы жить.

5. DSM. В своей более конкретной форме спор о таксономиях развернулся вокруг проблемы DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), версии которой все время сменяют друг друга. Частая смена версий медицинской классификации психических болезней наглядно демонстрирует, по мысли номиналистов, что все таксономии болезней являются именно условными.

Ответ онтологов состоит в указании на то, что психиатрия – как и всякая наука - прогрессирует. DSM действительно описывает саму реальность, но это описание уточняется в связи с прогрессом нашего познания реальности.

Речь идет не просто об уточнениях, возражают номиналисты, но о принципиальном переписывании классификации заново. При этом данное переписывание, по мысли номиналистов, находится в тесной связи с меняющимися социо-культурными обстоятельствами человеческой жизни. (Так, например, согласно ранним версиям DSM гомосексуализм является болезнью, а согласно DSM IV – уже нет.)

6. Проблема ценностей. Номиналисты, таким образом, хотят сказать, что в классификации болезней заложено в готовом - хотя часто и неосознанном - виде то или иное решение проблемы ценностей. Иными словами, в разработку нозологий - в том числе и в разработку DSM – заложены социальные и культурные ценности самих составителей нозологий. Специалисты по нозологиям – хотят они того или нет - оценивают болезни с некой готовой социо-культурной точки зрения, хотя эксплицитно речь идет, конечно, лишь о медицинских и естественнонаучных данных, используемых в классификациях.

Онтологи возражают на это самим определением болезни. Болезнь – это нарушение нормально функционирующего организма, а нормальное функционирование – это то, как организм ***предназначен*** функционировать; предназначен все равно кем, - Богом или эволюцией. Такова существующая реальность (кто бы ее ни создал): она включает болезни.

Онтологи утверждают далее, что понятие болезни является одним и тем же понятием, идет ли речь о болезни человеческого организма или организма животного. Этими рассуждениями они хотят сказать, что ***не-научные***, ***не-эпистемологические*** ценности не играют никакой роли в классификации болезней. Именно поэтому болезнь - как онтологическая сущность мира - соответствует тому, что по отношению к человеку мы можем употреблять то же понятие болезни, которое мы употребляем для объяснения болезней любых нечеловеческих организмов. Спор, таким образом, продолжается.

* * *

Заключение. В заключение нам бы хотелось сформулировать два наиболее общих вывода из описанного спора.

Фиксация описанных основных положений спора онтологов и номиналистов в рамках истории философии биологии представляется важной уже потому, что – хотят они того или нет - онтологическую или номиналистическую точку зрения вынуждены занять все специалисты в области философии биологии, занимающиеся понятийными проблемами этой науки. (Это, конечно, не исключает того, что во многих случаях можно говорить либо о неотрефлексированной склонности ученого в сторону онтологии или номинализма, либо о попытках синтезировать онтологию и номинализм в том или ином варианте особого «третьего пути».)

Еще более важным выводом является, на наш взгляд, вывод о том, что подобные споры – прорывающиеся как в виде открытых дискуссий, так и в виде невольных выводов из развития современных философских исследований биологии и медицины - создают необходимое натяжение противоборства, в котором только и может успешно развиваться наука. Особенно наука, находящаяся в одном из начальных периодов своего не слишком долгого развития.

Об онтологической целостности природы

Н.А.Саблина, А.Шапиева

Важнейшей проблемой 21 века является проблема выживания Человечества и всего живого на Земле, поскольку реально существует угроза его самоуничтожения. Поэтому важно понять положение, в котором очутился человек. Почему его дорога привела к катастрофе?

Человек не отделим от биосферы, которая является необходимым естественным фактором его существования. Человек может существовать лишь в достаточно определенных рамках окружающей природной среды, которая соответствует биологическим особенностям его организма. Возможность существования общества гарантирована в контексте развития биосферы в относительно узком диапазоне ее параметров. Хотя человечество обладает возможностью приспосабливаться к изменяющимся условиям природной среды, но адаптационные возможности человеческого организма не беспредельны. При условии опережения скорости изменения окружающей природной среды, приспособительных возможностей организма человека, возникают патологические явления, ведущие, в конечном счете, к гибели людей. Человек как биосоциальное существо для полноценной жизнедеятельности и развития нуждается в естественной среде определенного качества. Это значит, что наряду с материальными и духовными потребностями объективно существуют потребности экологические. Лишь

при сохранении должного качества таких фундаментальных условий существования людей, как воздух, вода и почва, возможна их полноценная жизнь. Разрушение хотя бы одного из этих жизненно важных компонентов окружающей среды привело бы к гибели жизни на Земле. Таким образом, экологические потребности так же древни, как и потребности человека в пище, одежде, жилище и т.д. На протяжении всей предшествующей истории удовлетворение экологических потребностей происходило автоматически, и люди были убеждены, что воздухом, водой и почвой они обеспечены в достатке на все времена. Понимание того, что это не так, пришло несколько десятилетий назад, когда в связи с нарастанием угрозы экологического кризиса стал острее ощущаться дефицит чистого воздуха, воды и почвы. Сегодня всем ясно, что здоровая окружающая среда не менее значима, чем материальные и духовные потребности. Важно понять необходимость выбора новых ценностных ориентиров, создания нового образа человека - человека гуманного по отношению к самому себе и природе.

Первые экологические кризисы были известны еще в древности и являлись той основой, которая служила наглядной иллюстрацией жизненной важности данной проблемы.

Являясь, по сути, неотъемлемой частью природы, человечество в своих отношениях с ней прошло ряд эволюционных этапов: от полного обожествления и поклонения природным силам до идей полной и без условной власти человека над природой. Катастрофические последствия последней мы в полной мере пожинаем сегодня. Природа и общество всегда находились в единстве, в котором они останутся до тех пор, пока будут существовать Земля и Человек[148]. За последнее столетие средние температуры земной поверхности повысились на 0,3 – 0,6°С; уровень Мирового океана поднялся в среднем на 10 – 20 см. По мнению ученых Великобритании, на основе накопившихся за последние годы данных принято, что к 2090 г. потепление приведет к несколько большему повышению уровня моря — на 1 м против 60 см, учитывавшихся в предыдущих моделях.

По новому прогнозу, средняя температура к концу изучаемого периода поднимется в Индонезии на 3°С, в Малайзии — на 3 – 4°С.

На заре развития человеческой цивилизации, когда люди довольствовались преимущественно присвоением готовых продуктов, общество находилось в абсолютной зависимости от внешней среды. Подобно стаду животных, первобытные люди после истощения пищевых ресурсов в одном месте перемещались в другое, где было достаточно природных средств для существования. Таким образом, истощение природных ресурсов, деградация природы вели к определенным социальным изменениям - миграции населения. На следующих этапах эволюции сформировался современный человек. Становление и развитие гомо сапиенс — человека разумного — происходило на фоне смены ледниковых периодов и межледниковых, когда колебания температуры за промежутки времени в десятки тысяч лет были соизмеримы с изменениями температуры за десятки миллионов лет кайнозойской эры. Именно в это чрезвычайно изменчивое время человек быстро развивался даже в самых суровых условиях, вблизи кромки наступающих ледников, о чем рассказывают разнообразные археологические находки. В условиях последнего валдайского ледникового периода человек широко расселился по планете, воспользовавшись, в том числе, коротким интервалом отступления Лаврентийского ледникового покрова, чтобы 25 тыс. лет назад по коридору между ним и Кордильерским ледниковым щитом проникнуть через Северную Америку в Центральную и Южную.

Человек появился в эпоху кайнозойского оледенения. Сам человек и его человекообразные предки относятся к семейству гоминид. В Южной и Восточной Африке найдены остатки гоминид, известные как австралопитеки, которых считают прямыми предками человека. Возраст этих находок — около 5 млн. лет. Последующая эволюция около 2 – 3 млн. лет назад привела австралопитеков к разделению на так называемых

---

[148] Данилов-Данильянц В.И. Устойчивое развитие - проблема выживания человека. ж.Человек, 2003, №5, с.55.

массивных австралопитеков, которые затем вымерли, и на гоминид, известных как гомо габилис — человек умелый, а затем как гомо эректус — человек прямоходящий. С появлением человека умелого совпадают и самые первые находки примитивных орудий труда в слоях возрастом 2,2 – 2,0 млн. лет, а также первые признаки использования огня. В дальнейшем, по мере развития производительных сил, зависимость общества от природы постоянно уменьшалась, человек все больше выходил из-под власти ее стихийных сил. Но эта независимость человека от природы оказалась иллюзорной, поскольку интенсивное воздействие на окружающую среду ведет к резкому ухудшению условий его существования, то есть экологическому дискомфорту. Более того, нарастание экологических опасностей ставит под вопрос само существование земной цивилизации, сохранение обитаемости планеты Земля. Все это свидетельствует о том, что в процессе обособления человека от природы зависимость его от нее не ослабевала, а наоборот, возрастала. Уже в древности, в условиях античности и средневековья, воздействие общества на окружающую среду было весьма существенным, что приводило к локальным экологическим кризисам, в результате которых под песками пустынь оказывались погребенными развалины некогда цветущих цивилизаций. Так, одной из причин гибели государства майя, было не только истощение земель, но и изменение климата, ведущее к изоляции. Как мы знаем, естественное происхождение человека много тысяч лет назад определило его частью природы, равной прочим. Но в процессе эволюции шаг за шагом человек отделился от нее: рамапитеки, австралопитеки, архантропы, палеоанторпы, неандертальцы, гомо сапиенс. Человек - единственное создание, для которого собственное существование может составлять проблему, которую нужно решить и которой невозможно избежать. Тот факт, что предстоит смерть для человека, не отменим, это, между прочим, показывает что примитивный, но весьма необходимый инстинкт самосохранения сменился осознанием и несколько притупился. Именно в связи с этим среди людей нередко встречается суицид (среди животных это явление встречается крайне редко). Неуспокоенность является тем условием, которое пробуждает человека раскрывать свои силы. Одна из самых поразительных особенностей человека - демонстрируемая им огромная глубина страстей и влечений, которые впрочем, являются как бы «эволюционировавшей формой» инстинктов. Даже при полном удовлетворении голода, жажды, человек может остаться неудовлетворенным. В противоположность животным, у человека эти проблемы не решаются, а с этого начинаются. Человеку врождены религиозные потребности, которые невозможно объяснить. И ответы на человеческую потребность в ориентации и поклонении весьма различны по содержанию и форме - от тотемизма до буддизма и прочих религиозно-философских общин.

Ежегодно перемещаются и преобразуются гигантские массы вещества, нарушаются огромные участки девственной поверхности суши, исчезают виды растений и животных, нарастает радиоактивный фон. Основной принцип природы - рациональность и правильность. И именно этого так не хватает Homo sapiens. Можно вспомнить печальный опыт Месопотамии и Греции, где тучные пастбища были выбиты скотом, или земли Ливана, где опустынивание было вызвано вырубкой ливанского кедра. В XX в. экологические проблемы переросли в общий экологический кризис планетарного масштаба, во многом "благодаря" тому, что именно в этот период человек стал активной стороной взаимодействия в системе "человек-природа" и своими непродуманными действиями резко нарушил баланс экологического равновесия. С того времени, как человек "нарушил" закон природной эволюции, вышел из его подчинения, нашел путь развития, отличный от пути развития других живых организмов, начинается история взаимоотношения двух суверенных начал: общества и природы. Можно выделить 3 этапа взаимодействия природы и общества:

- Доцивилизационный этап; когда имеет место неосознанное сотрудничество, а противостояние носит неантагонистический характер, то есть взаимдействие природы и общества. Мы имеем систему «природа-человек».

- Цивилизационный; Для этого этапа характерно нарастание конфронтационных, антагонистических отношений между природой и обществом; производящая деятельность, ведущая к уничтожению естественной среды обитания, быстрой смене естественных ландшафтов антропогенными, постепенное осознание гибельности конфронтационных отношений.

- Постцивилизационный этап, предлагающий наличие альтернативы: либо логическая катастрофа планетарного масштаба, либо полная перестройка научно-философской основы взаимоотношений Природы и Человека. Последний путь и является предметом нашего расмтрения.

На данном этапе мы имеем цивилизацию технократического типа, основные приоритеты которой нацелены на дальнейшее расширение власти над природой без учета возможных последствий; здесь уже мы имеем систему человек-природа, в которой стрелки резко смещены в сторону преобразующей деятельности человека.

Философское обоснование этой сложившейся системы таково: Человек в большинстве своем рассматривается как внеприродный объект, Природа - как неодушевленный склад ресурсов и богатств, которые можно и должно использовать в соответствии с волей и желанием Человека. Агрессивно потребительский антропоцентризм составляет мировоззренческую основу экологического кризиса.

Ранее все угрозы окружающей среды имели локальный и региональный характер, но сегодня они приобрели стратегический размах. Озоновая дыра над Антарктидой и уменьшение озонового слоя на всех широтах, парниковый эффект, а также возможное изменение климатического баланса, который делает нашу Землю пригодной для жизни, - все это говорит о том, что противоречия между человеком и природой, между природой и цивилизацией становятся все сильнее.

Технократическая цивилизация, освобождая человека от власти природы, одновременно вновь привязывает его к ней, ибо техника создает новые потребности, а именно – метапотребности, то есть нужду в определенном технически опосредованном способе удовлетворения самих потребностей. Зависимость человека от цивилизации предстает также в виде проблем продовольствия, сырья, энергии и других так называемых глобальных проблем. Оказалось, что ресурсы исчерпаемы, что для цивилизации нет прочной опоры, если она разрушает структуру биосферы, несет в себе моральную деградацию человека. Люди не могут перестать изменять природу, но они могут и должны перестать изменять ее необдуманно и безответственно, не учитывая требований экологических законов. Только в том случае, если деятельность людей будет идти в соответствии с объективными требованиями этих законов, а не вопреки им, изменение природы человеком станет способом ее сохранения, а не разрушения[149]. Неоправданное смещение философских акцентов в системе «Человек – Природа» приводит к тому, что, калеча природу, окружающую среду, человек калечит и свою собственную человеческую природу. Ученые считают, что рост числа душевных заболеваний и самоубийств во всем мире связан с продолжающимся насилием недр окружающей среды. Общение с не искалеченной природой способно снять стрессы, напряжение, вдохновить человека на творчество. Общение же с изуродованной средой угнетает человека, будит разрушительные импульсы, губит физическое и психическое здоровье. Сейчас уже ясно, что образ жизни, который требует все большего количества невозобновляемых ресурсов планеты, бесперспективен, что разрушение среды влечет за собой деградацию человека, как физическую, так и духовную, вызывает необратимые изменения в его генотипе. В конечном счете, случилось следующее: стремясь к достижению ближайших целей, человек в итоге получил последствия, которые не желал и которые порой диаметрально противоположны ожидаемым и способны перечеркнуть все достигнутые положительные результаты. Угроза глобального экологического кризиса свидетельствует об исчерпании

[149] Толстоухов А.В. Глобальный и социальный контекст и контуры экобудущего // Вопросы философии, 2003, № 8, С.54.

возможностей саморегуляции биосферы в условиях возрастания интенсивности человеческой деятельности в природе. Землю нельзя рассматривать как нечто обособленное от человеческой цивилизации. Человечество - лишь часть целого; обращая свой взгляд на природу, мы обращаем его на самих себя. И если мы не поймем, что человек, будучи частью природы, оказывает на весь окружающий его мир мощное и растущее влияние, что человек, по сути дела, - такая же естественная сила, как ветры и приливы, мы не сможем увидеть и осознать всей опасности наших нескончаемых усилий вывести Землю из равновесия.

Размышления о дне наступающем становятся насущной потребностью общества. Технократическая цивилизация оказалась на перепутье, и предполагаемый выбор нельзя назвать богатым: либо дальнейшее следование по пути дестабилизации и разрушения к глобальной экологической катастрофе, либо принципиально новый путь развития, основанный на совершенно иных нравственно-философских принципах, на идее равновесного сосуществования Человека и Природы. Возникли идеи совершенствования нравственного начала, создания некоего нового мирового правопорядка, новой моральной основы.

Определяя дальнейшую стратегию развития человечества и цивилизации, новые нравственно-философские приоритеты во взаимоотношениях с природой, следует помнить, что биосфера существовала до появления на Земле человека, может существовать и без него. Но человек без биосферы существовать не может - это аксиома. Значит, выполнение принципа совместного развития, обеспечение коэволюции биосферы и общества требует от человека известной регламентации в своих действиях, определенных ограничений. Способно ли будет наше общество поставить свое развитие в определенные рамки, подчинить его тем или иным условиям "экологического императива"? Ответ на этот вопрос сможет дать только история

Глобальная историческая ситуация в наши дни стала пограничной: возможны как гибель человечества, так и его выживание. Человечество впервые в истории не абстрактно, а вполне реально оказалось перед угрозой смерти, как в жизни индивидов, так и в жизни человеческого рода сегодня требуется высокий жизненный порыв, критическая рефлексия, усилия разума, борьба с иррациональными устремлениями, «ангажированность» - активность, инициатива всех каждого из нас Важнейший шаг, который должно сделать и уже делает человечество - осознание того, что сложилась качественно новая ситуация, что она действительно пограничная. Даже страх перед глобальной катастрофой, которыми охвачены многие люди, должен послужить делу выживания человечества. Человек свободен осознать свою неотделимость от человечества, и он должен это осознать.

Здоровье как эсхатологическая проблема христианской антропологии

А.А.Шевченко

В христианской традиции болезнь переживается и осмысливается как нормальная антропологическая характеристика человека после его грехопадения. Определение Всемирной Организации Здравоохранения, которая считает здоровьем не только отсутствие болезней, но и нахождение человека в состоянии полного душевного и духовного благополучия, по сути своей глубоко религиозно и реализуемо для человека, с точки зрения христианской антропологии, лишь в эсхатологической перспективе. После

грехопадения природа человека искажена болезнью. Это позволяет без большого преувеличения утверждать, что человек и больной являются синонимами. В антропологическом пространстве тварного мира, где болезнь тотальна, Церковь рассматривает себя как терапевтическое сообщество, цель которого – врачевание поврежденного болезнью человека. Однако философская и богословская антропология зачастую игнорируют существования болезней, словно считая их чем-то несущественным при рассмотрении природы человека. Между тем сама «болезненность» человеческой природы является состоянием, нуждающимся в осмыслении как фактор, накладывающий серьезный отпечаток на механизмы человеческого познания и общения, в том числе Богопознания и Богообщения. «Золотой период» святоотеческой письменности подарил нераздельной Церкви идеально разработанные темы тринитарного богословия, христологии и екклезиологии. Но православная антропология не получила систематического изложения вплоть до двадцатого столетия. Богословская антропология как систематическое собрание богословских утверждений о человеке, вообще появляется лишь в девятнадцатом веке, - прежде всего стараниями протестантских и католических мыслителей. Поэтому, важно понимать, что современная православная антропология формируется в интеллектуальном пространстве, уже заполненном идеями, выдвинутыми представителями других конфессий. В этой связи нельзя не принимать во внимание конфессиональные различия в понимании человека, которые неизбежно приводят к различным образам человеческих болезни и различному пониманию путей исцеления. Отмечается, что в появившейся во второй четверти двадцатого века медицинской антропологии болезнь переходит из объекта изучения медицины в предпосылочный статус: патология становится методологической схемой, на базе которой формируется представление о человеке. В докладе рассматривается влияние этой дисциплины на богословие и философию науки, рассматриваются особенности католической и православной антропологии, проводится экзегетика медицинской лексики греческих текстов Нового Завета.

В частности, утверждается, что методологический статус болезни ранее был особенно характерен для древних обществ и библейской традиции, где, во-первых, болезнь была знаком греха. И, во-вторых, признавалась возможность распространения греха от согрешившего человека на весь народ. Изоляция заболевших в ветхозаветной культуре, таким образом, имела целью не столько предотвращение инфекций, сколько недопущение нарушения заповеди Бога «будьте святы, потому что Я свят». Болезнь являлась маркером греха и грешника, угрожающего своей ритуальной нечистотой святости церковной общины. По мнению представителей традиционных культур, святой человек не может не быть и телесно здоровым. По-другому болезнь понимается в Новом Завете, где различаются грех и его последствия. Болезнь является не знаком греха, но последствием грехопадения. Сам безгрешный Спаситель имеет человеческую плоть, подверженную страданиям и болезням. Более того, для Новозаветной Церкви болезнь – это то, что предотвращает и врачует утрату богообщения. В православной традиции здоровый и святой - вовсе не одно и тоже, а исцеление – это не отсутствие болезней, а воссоединение человека с Церковью и Богом. Сам Иисус Христос показывает чудесными исцелениями, что больной человек не может рассматриваться как проклятый и отлученный от общения с народом Божиим, именно потому, что он не отлучен в своей болезни от общения с любящим его Богом. Поэтому, новозаветной нормой становится «открытость» болеющего на церковную общину, а не изгнание из нее.

В древнегреческих текстах Евангелия русское слово «болезнь» чаще всего выражается термином ἀστενέια – астения, состояние немощи человеческой плоти. Реже словом νὸσον- более медицинским термином, означающий конкретный болезненный процесс. Интересно, что слово, означающее пассивное перенесение страдания - πάτος, существующее в греческом языке, в Евангелиях в медицинском значении не используется. Ведь болезнь для христианина – это шанс для внутреннего духовного роста.

Христос и пришел на землю, чтобы показать человеку путь для исцеления его природы. Часто используемое в русскоязычном переводе слово «исцеление» выражается в древнегреческом словами с богатыми смысловыми оттенками: τεραπεύειν - слово, происходящее от τεράπων – слуга, помощник. Этим словом в евангельских текстах выражается действие человека. Действие же Бога обозначается другим словом, - σοτερία, - исцеление, спасение. Иисус Христос обозначается в Евангелии как σοτήρ – Спаситель, Целитель человека. Наконец, используется еще и слово «врачевание», врачебное искусство, ἰατρική (от ἰατρος - врач). Но исключительно в сочетании или в контексте со словом χαρὶσματα – дар Святого Духа. То есть для Церкви врачевание – это не человеческое ремесло, а дар Бога. Врач выступает в роли не только помощника больному. Врач еще является посредником между благодатными энергиями Бога и больным человеком, - совершая при этом священническую по своей сути миссию: соединяет небесное с земным. Что находится в контексте представления Церкви о том, что здоровье, как свойство человеческой природы после воскресения, является предметом сотериологии.

В настоящее время ни в медицинской науке, ни в философии не оказалось места, где бы удовлетворительным образом рассматривались понятия «болезнь» и «здоровье».

С одной стороны, состояние теоретического медицинского знания вызывает глубокое разочарование у самого профессионального медицинского сообщества. Речь идет, прежде всего, о феномене доказательной медицины, - evidence-based medicine, - методами которой было обнаружено, что эффективная лечебная деятельность зачастую не соответствует теоретическим представлениям о патологии человека. Многочисленные примеры убедительно засвидетельствовали то, что медицинские воззрения, которые теоретически должны были бы обеспечивать лечебный эффект, на самом деле не работают. Это был настоящий скандал в медицине, признак ее кризиса, который вполне сопоставим с кризисом в физике в конце 19-го – начале 20-го века.

С другой стороны, хотя проблематика здоровья и болезни человека всегда вызывала интерес в философском ракурсе рассмотрения, однако философская антропология при рассмотрении человека опирается на интуицию болезни как чего-то несущественного в человеческой природе.

Автор, считающий возможным плодотворный диалог между медицинским дисциплинами и богословием, рассматривает здоровье и болезнь в контексте диалога медицины с православным Преданием, где болезнь переживается и осмысливается как нормальная антропологическая характеристика человека после его грехопадения.

Анализируя отличие Ветхозаветного и Новозаветного образов болезни, особенности использования медицинской лексики апостола Павла и святоотеческие работы, автор приходит к выводу о том, что в христианской традиции пространство болезни не совпадает с пространством ее локализации в теле, - но имеет личностное и космическое измерения. Обращает внимание один из самых поразительных фактов современной медицины – то, что она начисто лишена понятия "личность" в христианском значении этого слова, - хотя имеются и заметные конфессиональные отличия этого понятия. В отличие от новоевропейской медицины, здоровье и болезнь в христианской антропологии не «сведены» к человеческой природе. Они укоренены в отношении личности с человеческой природой.

Проблематика болезни и здоровья носит «предельный» характер в нескольких аспектах:

1) Определение здоровья Всемирной Организации Здравоохранения (как состояние не только отсутствия болезней, но и полного душевного и духовного благополучия человека) оказывается, по сути своей, глубоко религиозным, так как реализуемо для человека, с точки зрения христианской антропологии, лишь в эсхатологической перспективе, после Воскресения.

2) Человек в его земной жизни погружен в тотальность болезни, изнутри которой он парадоксальным образом рассуждает о здоровье, не имея возможности доподлинно переживать полноту того, о чем говорит.

3) Понятие «личность», к которой христианская антропология возводит состояния болезни и здоровья, само по себе в христианской интеллектуальной традиции «предельно» и описывается скорее апофатически.

Смерть, как рождение в вечную жизнь, оказывается путем в полноту человеческого здоровья, а болезнь может быть рассмотрена как отблески неполноты этого эсхатологического совершенства в нашей земной жизни.

Новоевропейская культура и новоевропейская биология и медицина: между естественнонаучным и гуманитарным

В.А.Беляев

1. Это доклад о судьбе и новоевропейской культуры, и новоевропейских биологии и медицины. Их судьбы связаны между собой. Второе лежит в границах первого. Представление о живом, его сути и предназначении, представление о человеке, его сути и назначении, его смертности или бессмертии, о его телесности и духовности, его здоровье или болезни, о том, что надо делать с тем и другим – лежат в границах силового поля новоевропейской культуры.

2. Для начала разговора надо рассказать о том наборе жизненных вызовов, ответы на которые определили фундаментальные параметры новоевропейской культуры. Индивидуализм является основополагающей направленностью этой культуры. Вся новоевропейская история является историей развертывания либерально-эгалитарного процесса. Одним из фундаментальных вызовов, задавших силу и направленность новоевропейского индивидуализма, была борьба с общеевропейским диктатом римско-католической церкви. Реформация, создавшая самую индивидуалистическую конфессию христианства, инициировала одновременно целую эпоху внутриевропейских религиозных войн. Это были войны между традиционным и реформированным христианством, между течениями внутри реформированного христианства, войны за разделение власти между церковной и светской властью, войны за внутреннее единство государств против религиозной вражды. Ответом на вызов религиозных войн стал принцип веротерпимости, ставший одним из фундаментальных принципов новоевропейской культуры. Вторым из фундаментальных вызовов стал хаос индивидуальных интересов, названный Гоббсом «войной всех против всех». Ответом на этот вызов стал принцип разумного эгоизма, направляющий каждого отдельного человека за пределы его индивидуальных интересов. Таким образом, перед новоевропейской культурой стояли и до сих пор стоят две связанный между собой задачи: ограничения человеческого волюнтаризма сверху (ответ на вызов религиозных войн и вообще любой борьбы, связанной со слишком дальними полаганиями) и ограничение человеческого волюнтаризма снизу (ответ на вызов борьбы идущей от индивидуалистических интересов).

3. По аналогии с кантовским названием его дела в философии, либерально-эгалитарный процесс можно назвать коперниканским переворотом в европейской культуре. Это логично, ведь Кант через свою философию выражал и решал внутренние проблемы этой культуры. И его коперниканский переворот - всего лишь фиксация уже состоявшегося коперниканского переворота новоевропейской культуры в целом. Поэтому

можно рассмотреть фундаментальные проблемы новоевропейской культуры и стратегии из решения так, как они выражены в кантовской философии. А кантовскую философию в основном можно представить как решение двойной задачи, которую я уже схематично описал. С одной стороны нужно прекратить борьбу, связанную со слишком дальними полаганиями. Этим занимается кантовская «критика чистого разума». С другой стороны, нужно прекратить борьбу, связанную с земными индивидуалистическими интересами. Этим занимается «критика практического разума». В определенном смысле можно сказать, что «критика чистого разума» является обоснованием естественных наук, а «критика практического разума» – обоснованием гуманитарных наук.

4. Задачу прекращения борьбы, связанной со слишком дальними полаганиями, Кант решал за счет полагания пределов разуму. Это не специфически кантовское решение. Просто Кант выразил его наиболее удачно. В целом борьба новоевропейского все более индивидуализирующегося человека со всеми традиционными институтами, идущими от средневековой культуры и от надындивидуальных форм культуры, и ограничивающими его, принимала формы, создающие все более приземленную культуру, в которой символом достоверности все более и более становилась земная реальность. К середине XIX века это выразилось в общеевропейской волне позитивизма и натурализма. Естественные науки стали предельным выражением этой волны, ее методологической основой, идеалом, к которому нужно стремиться. В биологии это прозвучало выстрелом теории эволюции мира живых существ в пределах одной только земной реальности, которую наиболее ярко выразил Ч,Дарвин. В отношении экологии это выразилось во все более нарастающем давлении человека на природу. Земному человеку, опирающемуся преимущественно на земные интересы, освобождаемому и тиражируемому либерально-эгалитарным процессом, требовались земные ресурсы для самореализации. Медицина, направленная на земного, телесного человека, в перспективе мыслилась как способ освобождения человечества от множества болезней, преследовавших человеческий род, на протяжении всей его истории. Она тоже была одним из символом этой эпохи. Можно вспомнить символический литературный персонаж этой эпохи: тургеневский Базаров – нигилист в отношении «высоких» ценностей, естественник, демократ и медик.

5. Вторую свою задачу и, соответственно, задачу новоевропейской культуры, Кант решал через преодоление индивидуалистического эгоизма, через императив самовозвышения. Кантовский нравственный закон гласит: поступай так, чтобы максима твоей воли могла одновременно послужить основой всеобщего законодательства. Для реализации этого закона потребовалось ввести бессмертие души и бытие бога в качестве постулатов практического разума. То есть потребовалось сделать нечто противоположное тому, что Кант делал в отношении «чистого разума». Если перевести это на более широкой язык, то преодоление индивидуалистического эгоизма требует самовозвышение и самоосвобождение от власти своей земной эгоистической природы, выход в пространство универсальных ценностей. Требуется свободное подчинение себя этим ценностям. Точнее подчинение себя этим ценностям является не внешним требованием, а внутренним стремлением человека, который осознал власть над собой низшей природы и готов освободиться от этой власти. Это его путь к свободе.

6. Нетрудно видеть, что стратегически первая и вторая кантовские (и соответственно новоевропейские) задачи, естественнонаучная и гуманитарная, противоречат друг другу. Во всяком случае, они всегда могут вступить друг с другом в конфликт. Могут подавлять одна другую. В этом смысле и можно говорить о положении европейской культуры и европейских биологии и медицины между естественнонаучным и гуманитарным. Если слишком радикально решать первую задачу, то получиться именно позитивистский вариант мира, в котором человек – только земной человек, только телесный человек, его ценности – только земные ценности, его проблемы – только земные проблемы. Его болезни только земные болезни, только телесные болезни. Вариант предельного

материализма. Очень близок к этому варианту был исторический позитивизм, как общеевропейская культурная парадигма, развернувшаяся со второй половины XIX века. Эту парадигму и мир, который строился на ее основе, критиковали уже с конца XIX века. Критиковали проект покорения природы, проект покорения самого человека, одномерного человека позитивистского мира, инструментальный разум, как средство реализации этого мира. Естественным наукам, как наукам о «природе», противопоставляли гуманитарные науки, как науки о «духе». «Генерализирующему» методу естественных наук противопоставляли «индивидуализирующий» метод гуманитарных наук. Проекту покорения человеком природы противопоставляли проект коэволюции человека и природы. Миру природы, как миру предельной объективности, противопоставляли мир смыслов, как мир собственно человеческого содержания. Цивилизации, как миру обустроенного земного существования, противопоставляли культуру, как мир, где существуют через стремление к высоким ценностям. Науке, как способу познания и обустройства земного мира, противопоставляли философию и религию, как способу познания и обустройства каких-то иных миров. Человеку как функции земной социальной машины, противопоставляли человека как экзистенцию, как поток существования.

7. Современное состояние европейской культуры и соответственно европейских биологии и медицины содержит в себе непрекращающуюся борьбу двух описанных стратегий. Поскольку каждая из стратегий является ответом на определенную группу жизненных вызовов, то она актуализируется всякий раз в ситуации, где возникает тот же самый вызов, что породил ее впервые. С одной стороны, например, по всему европейскому миру идет расширение влияния нетрадиционной, восточной философии и медицины. Это несомненный ответ на вызов позитивистски ориентированной традиционной европейской антропологии, биологии и медицины. С другой стороны, массовое рыночное существование нетрадиционной медицины, служит вызовом, актуализирующим ответ, который был дан в эпоху Реформации и в начале Нового времени, который конституировал новоевропейскую науку как способ борьбы со средневековой магией и всеми теми феноменами средневековой философии, антропологии и медицины, которые квалифицируются учеными как «невежество», «ненаучность», «антинаучность», «мракобесие» и т.п.

У соотношения естественнонаучной и гуманитарной стратегий современной европейской культуры, и соответственно, биологии и медицины, есть и другой, более фундаментальный аспект, который задает противопоставленность этих стратегий. Позитивная наука, направленная на расширение познания земной реальности, честно выполняя свою задачу, поставляет современной цивилизации, на ней развертывающейся все большие и большие объемы степеней свободы. Ведь знание – это возможность изменения мира. Каждое новое знание добавляет человеку новую степень свободу в земном, материальном мире. Увеличение знания – увеличение степеней свободы. Человек неизбежно заполняет своим существованием все открывающиеся перед ним миры, движется по всем степеням свободы. А ценностные, этические формы осознания и механизмы не успевают за всем этим. Наука, честно выполняя свою естественнонаучную задачу, волей-неволей разрушает гуманитарную составляющую мира, его гуманитарную размерность. Не потому, что намеренно старается это делать, а по своей технологии, по своему методу. Наука стала сложной традицией, особенно когда она настолько тесно соединилась с либеральной цивилизацией, что они вместе образовали техногенную цивилизацию. Возможно, нет ни одного ученого, который намеренно ставит перед собой задачу разрушать какие-то ценности или ценностные области, но научная традиция как социальная технология в стратегии «критики чистого разума», выполняет эту задачу быть по ту сторону ценностей и расширять мир по ту сторону ценностей. Гуманитарная же размерность мира состоит из баланса интересов, норм, ценностей, механизмом сообразования наличных взаимодействующих сил. Всякое изменение этого баланса,

особенно фундаментальное, влечет за собой ценностный дисбаланс, кризис или катастрофу. Так вот, европейская культура развивается как динамическое равновесие между этими процессами. С одной стороны, естественнонаучное расширение знания о мире, о самом мире по ту сторону ценностей. С другой стороны, европейская культура постоянно ведет борьбу за удержание баланса ценностей и сил в условиях постоянной ценностной дестабилизации.

Прогресс биомедицинских технологий

С.Л.Болховитинова

Еще в начале XX века зарождение человеческой жизни, считалось великой тайной. Сегодня оно превращается в техническую манипуляцию под названием «новые репродуктивные технологии» (НРТ).

Прогресс биомедицинских технологий, разновидностью которых являются новые технологии репродукции человека, вызывает к жизни значительное число сложнейших моральных проблем, остающихся по сей день нерешенными. Над их разрешением работают как медики, философы, так и богословы.

Новые репродуктивные технологии развиваются столь стремительно, что чуть более чем за два десятилетия, человечество прошло путь от полного бесплодия, до почти полного взятия в свои руки таинства зачатия человека. На свет появилось уже более миллиона детей, зачатых in vitro, в некоторых странах трое–четверо из каждой сотни новорожденных были зачаты в результате применения НРТ. На сегодняшний день медицинское сообщество считает, что НРТ - это не только способ преодоления бесплодия, это базовая технология для профилактики наследственных и хромосомных болезней, клонирования и других направлений биологии и медицины. Возникает вопрос — кому мы этим обязаны? Как это было? Что будет дальше?

История вопроса

Взгляд, обращенный назад, принято называть историей. История человечества со времен Ветхого Завета изобилует примерами бесплодных браков и способами их преодоления.

Но только в XVIII веке впервые осуществляется искусственная инсеминация. Несмотря на то, что еще не было известно об овуляции и благоприятных для зачатия днях менструального цикла, процедура завершилась наступлением беременности.

XIX век — открытие гормонов и их роли в репродуктивной функции человека. Век описательной и экспериментальной эндокринологии.

В 1920–40 годах — активное применение внутриматочной инсеминации спермой мужа и донора.

В 1951 году — начинается разработка условий сред для культивирования гамет эмбрионов in vitro.

В 1968 году начинается совместная работа эмбриологов с гинекологами; разработка способов получения ооцитов из фолликулов во время лапароскопии.

В 1978 году - рождение первого в мире «ребенка из пробирки» Луизы Браун. В общей сложности было сделано около 600 переносов, прежде чем перенос 10 ноября 1977 года восьмиклеточного эмбриона в полость матки привел к наступлению маточной беременности.

В 1980 году — рождение первого ребенка после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в Австрии после восьми лет экспериментов.

В 1983 году — первые роды после переноса размороженных эмбрионов, полученных in vitro.

В 1986 году — группа Б.В. Леонова сообщила о рождении первого ребенка в СССР, зачатого в результате применения ЭКО.

В 1990 году — в мире уже насчитывается более 1000 центров ЭКО. В этом же году впервые ставится вопрос об ограничении числа переносимых эмбрионов или редукции лишних эмбрионов.

Методы искусственного оплодотворения

Первым методом новых репродуктивных технологий, стала искусственная инсеминация. При определенных формах бесплодия семя мужа вводится в половые пути женщины, минуя губительные для него барьеры. Метод используется, как при женской, так и при мужской репродуктивной патологии.

Механизм метода при интракорпоральном (внутрителесном) оплодотворении следующий: сперматозоиды вводятся в полость матки. Через маточную трубу они проникают в брюшную полость и оплодотворяют одну наиболее созревшую яйцеклетку. Затем она имплантируется (приживляется) и продолжает свое развитие. Заметим, что проблема «лишних» эмбрионов и их преднамеренного уничтожения при использовании данного метода не возникает.

Положительный результат, достигнутый с помощью искусственного осеменения, варьируется в зависимости от используемой техники и показаний к нему. Наилучших результатов достигают пары, где мужчина здоров. В среднем беременность возникает в 25 из 100 случаев, однако, согласно некоторым авторам, этот процент на самом деле ниже и не превышает 15–16%. Процент успеха метода искусственного осеменения в переводе на число детей, рожденных в результате курса терапии, колеблется в пределах 10–20%.[150]

В целом, этот метод искусственного оплодотворения для супружеской пары не содержит в себе противопоказаний и трудностей морального порядка, поскольку речь идет о врачебной вспомогательной помощи для того, чтобы супружеский акт деторождения, целостный во всех своих компонентах (физических, психических, духовных) сохранился.

Например, Православная Церковь относит метод искусственного оплодотворения половыми клетками мужа к допустимым средствам медицинской помощи, поскольку он не нарушает целостности брачного союза, и не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений[151].

Ситуация меняется при манипуляциях, связанных с донорством половых клеток. В этом случае нарушается целостность и исключительность брачных отношений, происходит вторжение в них третьего лица.

Этичность донорского искусственного осеменения женщины, без согласия и содействия мужа, подвергается сомнению во всех религиях и трактуется как форма супружеской измены и неверности. В Основах Социальной Концепции РПЦ говорится: «Если пара не способна к зачатию…, то по обоюдному согласию ребенка можно усыновить или произвести интракорпоральное оплодотворение половыми клетками мужа. Последнее не разрушает целостности брачного союза»[152].

Второй метод лечения бесплодия получил название экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), которое отражало его суть — зачатие вне организма матери.

Единственным показанием к лечению бесплодия методом ЭКО, ради которого он был разработан, считалось абсолютное трубное бесплодие. Однако уже через пару лет стало ясно, что ЭКО является и методом лечения всех видов бесплодия, включая мужское. С тех пор схема ЭКО практически не изменилась, однако каждый из этапов претерпел

---

[150] Элио Стречча, В. Тамбоне. Биоэтика. Учебник. С.228.

[151] Основы Социальной Концепции Русской Православной Церкви. М., 2001. С.72.

[152] Там же.

значительную эволюцию, отражением которой стал термин новые репродуктивные технологии, которые охватили все виды лечения бесплодия.

Обычный цикл ЭКО предусматривает: гиперстимуляцию яичников, изъятие яйцеклеток, отбор семени, оплодотворение, выращивание эмбриона в культуре, пересадку эмбриона.

Механизм действия следующий: в начале путем инъекции гонадотропных гормонов достигается гиперстимуляция женских яичников, производящих несколько яйцеклеток. Эти яйцеклетки изымаются с помощью лапароскопического метода. В отобранном мужском семени сперматозоиды отделяются от семенной жидкости, помещаются в инкубатор и подвергаются обработке, создающей оптимальные условия для оплодотворения. Сперматозоиды смешиваются с яйцеклетками в стеклянной чашке и выдерживаются при температуре +37С^0. Через 24 часа из оплодотворенных яйцеклеток делают выборку, чтобы отделить наиболее жизнеспособные зиготы для выращивания и последующей пересадки эмбрионов, а остальные замораживают. Предназначенные к пересадке ооциты выдерживаются в специальной жидкой среде еще 24 часа, пока не достигнут шести- или восьмиклеточного уровня дробления. Для обеспечения оптимальных условий имплантации женщина получает эстроген и прогестерон. Спустя 48 часов подготовленные эмбрионы пересаживаются с помощью катетера через шейку матки в ее полость.

Чем закончилась процедура (успешная примерно в 18% случаев), показывал тест на беременность, проводимый в конце второй недели. Остальные («лишние») эмбрионы могут быть заморожены (криоконсервация) на случай использования в будущем, для чего их необходимо обезводить и сохранять в жидком азоте при температуре – 196С^0.

Моральная оценка НРТ (на примере позиций христианства)

Существенным моментом ЭКО является тот факт, что после успешного проведения процедуры 85–90% жизнеспособных эмбрионов остаются «неиспользованными». Такие эмбрионы либо уничтожаются, либо передаются для имплантации другим женщинам, либо используются в экспериментах или биопроизводстве.

После переноса в матку нескольких зародышей возникает многоплодная беременность, вынашивание которой рискованно как для здоровья женщины, так и для ребенка. Поэтому при беременности 7–8 недель выполнялась процедура, за названием которой, «редукция», стоит по сути убийство «лишних» зародышей внутри матки. Производится редукция под ультразвуковым контролем посредством введения иглы в сердце зародыша. Выполняют ее те же руки, которые способствовали зачатию. Кому жить, кому умереть, специалист по ЭКО выбирает по своему желанию.

Впервые вопрос об ограничении числа переносимых эмбрионов был поставлен в 1990 году на заседании Европейского совета ВОЗ, где было показано, что из 10 000 детей, родившихся во Франции после ЭКО, в живых остались только 6000, остальные, в абсолютном большинстве из многоплодных беременностей (трое – шестеро), погибли.

В связи с этим в большинстве стран мира (это распространяется и на Россию) был принят запрет на перенос более 4, а затем более 3 и, наконец, более 2 эмбрионов. Был также поставлен вопрос о редукции «лишних эмбрионов».

В Основах социальной концепции Церковь обращает внимание на то, что нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения, предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов.

Эта позиция не произвольна и не случайна. Во 2-м и 8-м правилах святителя Василия Великого, включенных в Книгу правил Православной Церкви и подтвержденных 91 правилом VI Вселенского Собора (680–691гг.), говорится: «Точного различения плода образовавшегося или еще необразованного — у нас нет».

Эта позиция находится в полном согласии с современной эмбриологией, согласно которой эмбрион человека — это живое существо, отличное от своих родителей. Эмбрион принадлежит к роду Homo Sapiens, обладает своим собственным уникальным геномом, динамично развивается, последовательно раскрывая потенции, заложенные в него природой, и называется человеком на эмбриональной стадии его развития.

Для католиков, как только происходит проникновение сперматозоида в яйцеклетку, начинается цепочка действий, которые со всей очевидностью указывают на то, что уже не две системы действуют независимо друг от друга, но возникает «новая система», которая начинает функционировать как «единство», называемое «зиготой» или «одноклеточным эмбрионом»[153] .

Для решения проблемы о личностном статусе зародыша ключевой и авторитетной в христианской традиции является позиция Тертуллиана, согласно которой «тот, кто будет человеком, уже человек»[154]. Именно поэтому в рамках традиционной европейской культуры эмбрион человека, безусловно, обладает человеческим достоинством.

Тем самым по отношению к человеческому эмбриону действенны все нравственные обязательства, которые приложимы к человеку после его рождения. В связи с этим в полный рост встает проблема, связанная с определением правового статуса эмбрионов, их правовой защиты. Нравственное отношение к человеческой жизни необходимо, чтобы защитить человеческую жизнь от попыток произвольного манипулирования ею. Человеческая жизнь с самого момента своего зачатия зависит от помощи поддержки окружающих. Жизнь зарождается, развивается и осуществляется именно в сообществе сострадающих и соучаствующих в ней людей. Представляется, что юридическое отношение к статусу эмбрионов в нашей стране должно строиться на основе признания того факта, что эмбрион - не часть материнского организма, а начало новой жизни, что и должно определять подходы к созданию соответствующего правового регулирования НРТ.

Философские проблемы феноменологической психиатрии

О.А.Власова

В работах по феноменологии, ее истории и теории почти всегда упускается или упоминается всего лишь вскользь одно весьма примечательное направление (более точно – движение) – феноменологическая психиатрия (К. Ясперс, Э. Минковски, Э. Штраус, В.Е. фон Гебзаттель, Л. Бинсвангер и др.). Между тем она по праву может считаться результатом следования призывам феноменологии в клинике, поздней феноменологией.

Феноменологическая ориентация представителей этого движения проявляется скорее в практике, чем в теории. Г.Шпигельберг пишет о Бинсвангере: «Ясно, что поскольку он является прикладным феноменологом, важнее всего обратить внимание на то, что он делает, чем на то, что он говорит о феноменологии»[155]. Мы не можем назвать это феноменологией в классическом и традиционном смысле этого слова, который придается ему в отечественной и иногда западной литературе. Тем не менее, это не означает, что феноменологическая психиатрия никакого отношения к феноменологии не имеет.

[153] Биоэтика. Э.Сгречча, В.Тамбоне.2002, С. 155.
[154] Тертуллиан. Богословские труды. М. 1984., С.180.
[155] Spiegelberg H. Phenomenology in Psychology and Psychiatry: A Historical Introduction. Evanston: NorthWestern University Press, 1972. P. 217.

Напротив, она прямое ее продолжение, и связана скорее с экстенсивным, чем с интенсивным развитием. Это мета-феноменология, или прикладная феноменология.

Представители феноменологической психиатрии наследуют от философской феноменологии стремление обратиться «к самим вещам». Тем не менее, призывы к очищению от предрассудков выражаются не в попытках поиска трансцендентального эго, как в философской феноменологии Гуссерля и других более ортодоксальных его последователей, а в постулировании необходимости исследования внутренней реальности психически больного человека, его внутреннего опыта. Последней ступенью феноменологической редукции, таким образом, в данном случае оказывается именно опыт переживания реальности и самого себя психически больного человека.

Использование феноменологии в психиатрии уже изначально подразумевает, что психическое заболевание будет трактоваться как особого рода опыт, что и происходит в феноменологической психиатрии. Все представители феноменологической психиатрии пытаются выделить те измерения патологического опыта, которые отличают его от опыта нормального и попытаться схватить динамику перехода нормального в патологическое. Статическая философская феноменология превращается, тем самым, в работах феноменологических психиатров в динамическую, т.е. исследование связей феноменов и их трансформаций.

Какие влияния более значимы для феноменологической психиатрии: феноменология Гуссерля или понимающая психология Ясперса, является большим вопросом. В любом случае, отправной точкой в этом направлении становится непосредственный опыт психически больного человека. При этом основой исследования становится опыт клинический, позволяющий обратиться, как призывал основатель феноменологии, к самим вещам. Он позволяет прийти к философским обобщениям, не ограничиваясь единственной философской теорией, его многообразие и непредсказуемость исключает возможность такой однобокой трактовки. Говоря о значении конкретного клинического исследования, Эрвин Штраус отмечает: «Таким образом, я применю своего рода философское “эпохе”, т.е. я сначала заключу в скобки все философские учения (те, которые мне известны) и, отталкиваясь от клинического случая, представлю свою философскую теорию…»[156].

Философское эпохе в психиатрии приводит к своеобразному решению проблемы онтологического статуса психического заболевания, а точнее, мира психически больного человека. Закономерно, что коль скоро мы совершаем феноменологическую редукцию (которая является неотъемлемой частью феноменологической психиатрии), то вопрос об онтологическом статусе «редуцируемого» объекта должен сниматься. Поэтому если мы говорим о здоровье и болезни в терминах опыта и переживания, то ни одно из переживаний не может быть более реальным или менее истинным. В этом случае мы должны констатировать онтологическую истинность опыта психически больного, реальность его мира. Ван Ден Берг пишет об объектах галлюцинаторного мира: «В некотором смысле, они даже более реальны, чем повседневные объекты неодинокого человека. В частности, психически больной (как и нормальный человек, находящийся в изоляции) действительно относится к этим объектам очень серьезно. Они определяют его жизнь, он подчиняется их команде и пытается избежать этих образов»[157].

Постулирование реальности патологического опыта и патологического мира приводит к необходимости его исследования. Так феноменологическая психиатрия приносит философии целый пласт неизвестного и сложного материала – опыт безумца, и, не дожидаясь действий философов, сама берется за его изучение. Констатация необходимости обращения к непосредственному опыту безумца является отправной точкой феноменологической психиатрии.

---

[156] Straus E.W. Phenomenological Psychology: The Selected Papers. New York: Basic Books, 1966. P. 274.

[157] Van Den Berg J.H. A Different Existence: Principles of Phenomenological Psychopathology. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1972. P. 106.

Именно феноменологические психиатры впервые обозначают ту пропасть, которая разделяет нормальный опыт от опыта патологического. Чуждость превращается здесь в своеобразный индикатор для определения нормальности или ненормальности в клинике и повседневных отношениях. «… в ходе беседы мы обнаруживаем иностранца, говорящего на другом языке, незнакомом нам», - отмечает Эрвин Штраус. Окружающие ощущают эту непохожесть, отчужденность, странность интуитивно, так же, как замечают грамматические ошибки, не помня правил правописания. Опыт чужой инаковости первоначально переживается, по Штраусу, как непонимание и удивление, безумие «сначала удивляет нас и заставляет искать причины этого удивления»[158].

Какие же особенности, по мнению феноменологических психиатров, присущи этому иному и удивительному опыту? Что формирует этот странный и непохожий на большинство миров мир? Ответ одновременно и прост, и сложен. Можно выделить два вектора таких отличий и изменений: темпоральность и пространственность. Оба они равноценны и зависят друг от друга, не выделяясь первичностью или значимостью. Именно они, по мнению феноменологических психиатров, повинны в происходящих трансформациях.

При всех этих изменениях опыт психически больного является парадоксальным. Его парадоксальность в том, что мир, который вначале предстает как значимый и физиогномичный, затем наполняется пустотой. Именно в феноменологической психиатрии появляется трактовка мира безумца как исчезающего, растворяющегося и пустого. Этот мир характеризуется ограниченностью, неестественной монотонностью и ригидной неизменностью. Безумец четко ощущает пустоту, потерю существования, внешний мир при этом носит редуцированный характер, наблюдается депривация мира. Эта идея потери мира и его пустотности будет впоследствии развита в экзистенциальном анализе и достигнет предела развития в антипсихиатрии Р.Д. Лэйнга.

Таким образом, феноменологическая психиатрия одновременно и ограничивается областью клиники, и выходит за ее пределы. Безусловно, она анализирует, главным образом, только патологические проявления психики. Именно они служат основным предметом ее пристального интереса. Но, поскольку она не замыкается на симтоматическом и синдромальном анализе, поскольку пытается понять внутреннюю реальность и мир психически больного человека, сфера ее исследования расширяется до бытия человека, а также существования как такового. Феноменологическая психиатрия не является законченной теорией, а, скорее, особым взглядом на мир как таковой. Это подход, ракурс исследования человека, и поэтому под этим углом зрения можно увидеть не только патологические явления.

Проблема человекобожия как угроза существованию человечества

И.А.Горюнов

Современную цивилизацию, по словам В.С.Степина, вполне можно назвать техногенной, так как в ней «решающую роль играет технико-технологический процесс, приводящий к ускоренным темпам социального обновления»[159].

---

[158] Straus E.W. Philosophy and Psychiatry / Psychiatry and Philosophy. Eds.: E.W. Straus, M. Natanson and H.E. Ey. New York: Springer-Verlag. 1969. P. 19.

[159] Степин В.С. Наука и религия: возможности диалога // Два града. Диалог науки и религии: Восточно- и Западноевропейская традиции. М., 2002. С. 5.

Ульф Гёрман, определяя технологию как «орудие для делания вещей, для достижения целей и для приченения действий»[160], замечает, что сталкиваясь с современными биотехнологиями, мы имеем дело не только с некоторой механической трансформацией существующей реальности, но и с сотворением некой будущей реальности, которая может быть весьма отлична от существующей.

Следует отметить, что в современном мире биотехнологии (точнее концепция их использования) являются не только неким порожденным наукой технико-технологическим средством, но также и некоторой идеологией, определяющей способ деятельности в окружающей реальности[161].

ООН определила XXI век как столетие биотехнологий. Футурологи предсказывают им беспрецедентную роль в цивилизации будущего. В частности, в условиях нарастающего ресурсно-экологического кризиса только с их помощью можно обеспечить устойчивое развитие человечества.

Фундаментальной основой для создания биотехнологий является стремительно развивающаяся физико-химическая биология. Революционные достижения последних лет в этой области науки прежде всего связаны с расшифровкой механизмов «записи» и реализации генетической информации, организации структурных элементов живых систем (в первую очередь, белков), пониманием механизмов управления процессами в живой клетке и клеточных ансамблях различной степени сложности, включая организм человека.

Эти достижения биологической науки имеют прямой выход на медицину. С их помощью можно лечить различные, в том числе и до недавнего времени неизлечимые болезни. Здоровье человека во многом связано с его генетическими особенностями. Как отмечают, например, ученые-генетики С.А. Боринская и Н.К. Янковский в настоящее время человечество стремится взять под контроль собственные генетические процессы и вносить в них коррективы, подправлять генетические тексты на основе информации, получаемой при геномных исследованиях. Новый метод лечения – генная терапия предусматривает введение больным генетического материала, который должен компенсировать исходный дефект[162].

Однако быть уверенным в том, что манипуляции с генами ограничатся только медициной, точнее лечением болезней нельзя. Например, Ф. Фукуяма дает такую характеристику нынешней биотехнологической революции: «в ее ходе открываются беспрецедентные возможности изменения природы человека – изменения, быть может, столь глубокого, что возникает вопрос: какое будущее нас ждет – человеческое или постчеловеческое?»[163] Ему вторит Ю. Хабермас: «Бурный прогресс молекулярной генетики все более вовлекает в сферу биотехнологического вмешательства то, чем мы являемся «по природе»[164].

Современная революция в биологии в принципе позволяет изменять «физическое состояние человека». Вследствие этого, как отмечает Б.Г. Юдин, на рубеже тысячелетий мы оказались перед «перспективами коренных преобразований человеческой природы вследствие разнообразных технологических воздействий»[165].

Человеку необходимо вырабатывать ориентиры, которые необходимы для того, чтобы жить в этом мире новых, едва ли не сказочных возможностей. Прежде всего определить какова истинная «природа» человека?

---

[160] Гёрман У. Религиозные ответы современным биотехнологиям // Два града. Диалог науки и религии: Восточно- и Западноевропейская традиции. М., 2002. С. 358.

[161] Об этом в частности см.: Biotechnology: Its challtnges to the Churches and the World. Report by World Council of Churches, Submit on Church&Society: Geneva: World Council of Churches, 1989.

[162] См.: Боринская С.А., Янковский Н.К. Люди и их гены: нити судьбы. Фрязино., 2006. С. 20 – 24.

[163] Fukuyama F. Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolunion. N.Y., 2002. P. 19.

[164] Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. М., 2002. С. 35.

[165] Юдин Б.Г. Человек сегодня и завтра: между природой и реконструкцией // Человек. Наука. Цивилизация. К семидесятилетию академика В.С. Стёпина. М., 2004. С. 418.

Многие исследователи фиксируют принципиальную несформированность человека, проявляющуюся в присущей ему способности преодолевать любые пределы. По мнению Ф.М. Достоевского «человек есть существо, ко всему привыкающее и … это самое лучшее его определение»[166].

Эта неопределенность, непредзаданность и всепривыкаемость человеческой природы может восприниматься в эпоху поистине безграничных технологических возможностей нашего времени как указание на возможность «улучшения» физического и ментального состояния современного человека. Например, современный трансгуманизм открыто признает возможность и желательность телесной трансформации человечества посредством прогресса генной инженерии и других передовых медицинских технологий с целью ликвидации болезней, процесса старения и даже смерти, а также значительного усиления физических, умственных и психологических возможностей человека. При этом трансгуманисты утверждают, что современный человек является не вершиной, а началом эволюции homo sapiens[167].

В рамках такой мыслительной парадигмы человек начинает восприниматься как поле для реализации разного рода конструкторских проектов. Прежде всего по созданию здоровых, красивых, интеллектуально одаренных детей, обреченных на успех, процветание и счастье в их последующей жизни.

Некие основания для такого утопического хода мыслей дает прогресс биологических наук, в первую очередь, генетики, которая уже нашла ряд мутаций, которые, грубо говоря, и «сделали нас людьми». Как известно «запахи в жизни человека играют гораздо меньшую роль, чем у животных, в том числе у наших ближайших генетических родственников – шимпанзе – и это связано с мутациями, инактивирующими часть генов обонятельных рецепторов. Кроме того, у человека утратил активность один из генов кератина – белка, образующего шерсть и волосы»[168]. Как отмечают С.А. Боринская и Н.К. Янковский «среди других мутаций в линии человека особый интерес вызывают те, которые связаны с работой мозга. Найдены мутации в гене, который контролирует формирование зоны мозга, задействованной в обучении речи. Этот ген был найден при исследовании семьи, в которой неспособность осваивать грамматику и правильно составлять фразы передавалась как наследственный признак. Дальнейший анализ структуры гена у разных видов животных показал, что он эволюционно стабилен, и только в линии человека произошли важные изменения»[169].

Вслед за Б.Г. Юдиным заметим, что ориентиром и мерой прогресса в таком констриуровании и реконструировании человека выступает непрестанное, в идеале даже безграничное, расширение его индивидуальных возможностей.

Кстати приведем высказанную К.Н. Леонтьев мысль: любые нововведения, рано или поздно, всегда торжествуют, хотя и не совсем в том смысле, которого от них ожидали. Положительная сторона новаций часто остается воздушным замком, но их разрушительная деятельность, к несчастью, слишком часто достигает своей цели[170].

Есть веские основания предполагать, что если планируемое посредством биомедицинских технологий «улучшение» человека действительно удастся осуществить, то это приведет к большой степени его унификации. Он, может быть, будет иметь даже более высокий индекс человеческого развития, но его генофонд станет более однородным. А это уже грозит опасностями для будущего существования человечества.

---

[166] Достоевский Ф.М. Записки из Мертвого дома //Достоевский Ф.М. Повести и рассказы в двух томах. Т. 2. М., 1979. С. 141.

[167] См.: www.transhumanism-russia.ru.

[168] Боринская С.А., Янковский Н.К. Люди и их гены: нити судьбы. Фрязино., 2006. С. 33.

[169] Там же. С. 33 – 34.

[170] См.: Леонтьев К.Н. Византизм и славянство (главы из работы) // Леонтьев К.Н. Цветущая сложность: Избранные статьи М., 1992. С. 119.

В декларации ЮНЕСКО в связи с результатами исследований генома человека указывается, что каждый человек имеет право на уважение его достоинства, независимо от того, каковы его генетические характеристики. При этом, по мнению генетиков, «ни одна человеческая группа (народ. – И.Г.) не может иметь «лучший» или «худший» генофонд – так же, как нельзя назвать «самый лучший» ход в шахматной игре. Все зависит от истории народа и конкретных условий обитания. Генетические различия не подразумевают превосходства какой-либо расы, этнической или иной группы, образованной по тому или иному признаку (религиозной принадлежности, типу хозяйства или социальной организации). Напротив, они подчеркивают эволюционную ценность разнообразия человечества, позволившие освоить все климатические зоны Земли»[171].

Вообще человечество можно рассматривать как некую мегапопуляцию, обладающую всеми необходимыми характеристиками не просто для выживания, а для полноценной жизни (реализуя свои целевые и ценностные установки) на всей территории планеты Земля. А, как заметил, например, выдающийся российский генетик Ю.П. Алтухов, «всякая популяционная система представляет собой четко упорядоченную во времени и пространстве систему, состоящую из множества субпопуляций, каждая из которых имеет и свою генетику, и свою биологию и вносит свой особый вклад в устойчивость системы как целого»[172]. При этом ясно, что при сокращении разнообразия (за счет биологической и культурной унификации и ассимиляции народов в процессе глобализации) такой мегапопуляции, как человечество, ее генофонд (биологический и культурный) становится более однообразным, что ведет к снижению адаптационных возможностей и даже к снижению численности мегапопуляции при ее попадании в неблагоприятные условия.

Конечно, процесс глобализации объективный процесс, обусловленный многими факторами (прежде всего экономическими), и он, вне всякого сомнения, будет продолжаться, обеспечивая «смешение» народов, в первую очередь их генофонда и культурного наследия. Но признавая объективность, неизбежность и даже прогрессивность этого процесса, не надо забывать, что есть некий предел допустимости унификации, который нельзя переступать. С биологической точки зрения, по мнению Ю.П. Алтухова необходимо поддерживать «генетический оптимум – важнейший природный механизм сохранения видового генофонда – совокупный наследственной информации, передаваемой родителями потомкам. Воспроизводясь в последовательных поколениях, она определяет такие важные свойства организма, как размеры и пропорции тела, скорость роста и развития, продолжительность жизни»[173].

В настоящее время наука стоит в преддверии или уже в начале творения Нового Мира и Нового Человека. Этот Постчеловек, соответствующий ныне господствующим в обществе представлениям об идеальном человеке, должен стать безусловным творцом своего будущего и счастья. По сути, современная наука приблизилась к созданию Человекабога. Именно Человекобога, а не Богочеловека. На эту разницу обратил внимание еще Ф.М. Достоевский.

Зарождение Человекобога можно отнести к Новому времени, когда в Западной Европе человек начинает брать на себя функции, исконно принадлежащие Творцу: строить (создавать) себя и окружающий мир, исходя из своего разумения. Проявлять свое своеволие, по Ф.М. Достоевскому: «Если Бог есть, то вся воля Его, и из воли Его я не могу. Если нет, то вся воля моя, и я обязан заявить своеволие»[174].

В романе «Бесы» Кириллов заявляет: «Атрибут божества моего – Своеволие! Это все, чем я могу в главном пункте показать непокорность и новую страшную свободу мою. Ибо она очень страшна. Я убиваю себя, чтобы показать непокорность и новую страшную

[171] Боринская С.А., Янковский Н.К. Люди и их гены: нити судьбы. Фрязино., 2006. С. 33 – 34.

[172] Алтухов Ю.П. Современный экологический кризис: два взгляда на мир Природы и природу Человека // Два града. Диалог науки и религии: Восточно- и Западноевропейская традиции. М., 2002. С. 322.

[173] Алтухов Ю.П. Современный экологический кризис: два взгляда на мир Природы и природу Человека // Два града. Диалог науки и религии: Восточно- и Западноевропейская традиции. М., 2002. С. 321

[174] Достоевский Ф.М. Бесы. М., 1994. С. 366.

свободу свою». И далее в тексте говорится, что «Теперь человек еще не тот человек. Будет новый человек, счастливый и гордый. Кто победит боль и страх, тот сам бог будет. А тот Бог не будет. … Тогда новая жизнь, тогда новый человек, все новое… Тогда историю будут делить на две части: от гориллы до уничтожения Бога, и от уничтожения Бога до … перемены земли и человека физически. Будет богом человек и переменится физически. И мир переменится физически, и дела переменятся, и мысли, и все чувства». При этом по Кириллову особенно важна именно физическая перемена человечества, «ибо в теперешнем физическом виде … нельзя быть человеку без прежнего Бога никак»[175].

На заре Нового времени как средство преобразования окружающего мира возникают современная наука и техника. Позднее развитие экономики и гуманитарных наук ставит задачу трансформации человека, переделки его под конструируемые идеальные структуры общества. Причем, в отличие от структур традиционного общества, которые были призваны приблизить человека к Богу, или имевшие «божественное» происхождение, новые структуры конструируются человеком и для человека.

Кстати, главная трансформация человека, после того как он стал собственно человеком, была трансформация от человека к богочеловеку. Следует также отметить, что почти вся человеческая культура, как во многом и цивилизация, есть побочный продукт этого движения от человека к богочеловеку.

Однако человек, несмотря на колоссальное развитие технологий манипуляции (включая различные информационные технологии), до конца XX века оставался крепким орешком. И дело здесь, несомненно, в его существующей биологической организации, с которой ничего нельзя было сделать.

Нынешняя революция в биологии способна радикальным образом трансформировать человека. Искус современной биологии и связанной с ней медицины – трансформировать человека в более совершенное существо. Избавить от страданий, болезней, смерти. Как фиксирует Ю.П. Алтухов, нынешние «тенденции развития отдельных направлений науки тесно смыкаются с идеологией человекобожия … современные смелые умы обещают человеку физическое бессмертие и райскую жизнь здесь, на Земле»[176].

Конечно, сами надежды на создание Человекобога иллюзорны. По мнению того же Ю.П. Алтухова, поскольку живые создания суть сложноорганизованные и тонко скоординированные системы, предполагать, что методами генной инженерии можно что-то кардинально в них улучшить, представляется сомнительным. В природе реализуется генетический оптимум. Если при «вмешательстве в живую природу в чем-то выигрываешь, то в другом неизбежно проигрываешь. Так не бывает, чтобы все время можно было выигрывать. Система с положительной обратной связью ведет к гибели. А биологические системы – это системы с отрицательной обратной связью, она позволят поддерживать гомеостаз. … Человек может создать нечто новое, имея сначала модель, образ, творческий замысел. И все это – лишь применительно к миру неживому. Создать что-либо в органическом мире, кроме химер, да и то лишь опираясь на не принадлежащие ему методы, человеку абсолютно недопустимо»[177].

Однако в современном мире ситуация с человекобожием намного серьезней, чем представляется на первый взгляд. В эпоху Постмодерна, конечно, можно даже табуировать неприкосновенность человеческого «Я», по крайне мере, его физической формы. Но удастся ли это сделать в реальности? И дело здесь не только в злонамеренности ученых.

Ориентированная на ценности инноваций и прогресса техногенная цивилизация имеет свой вектор развития, и его не изменить с помощью нравственных заклинаний. Необходим переход, точнее силовой перевод, человечества на иной аттрактор развития. В

---

[175] Там же. С. 368.

[176] Алтухов Ю.П. Современный экологический кризис: два взгляда на мир Природы и природу Человека. С. 327.

[177] Там же. С. 331.

рамках новой формы цивилизационного развития одной из ведущих научных дисциплин вне всякого сомнения станет природоохранительная биология. Ее основной постулат, по Ю.П. Алтухову: «следуя принципам, по которым природа организована, мы получаем возможность неистощительного природопользования и можем неограниченно долго пользоваться биологическими ресурсами нашей планеты»[178].

Этот подход, предложенный отечественными учеными еще в начале 1980-х годов, получил название «модели социально-экологического оптимума» и коррелирует с основными положениями принятой в 1992 году на специальной конференции ООН в Рио-де-Жанейро хартии по сохранению биологического разнообразия, необходимости изменения образа жизни, перехода к стратегии устойчивого развития, сохраняющего биологическое разнообразие на нашей планете.

Наш выдающийся ученый Н.Н. Моисеев даже настаивал на необходиости коэволюционного развития природы и человеческой цивилизации. Однако будет ли отвергнувший концепцию человекобожия и жестко вписанный в природный мир человек, именно человеком – тем существом, которое по своему предопределению призвано преодолевать все существующие пределы?

Негегелевская диалектика живой природы

А.Б.Григорьев

Негегелевский характер внутреннего противоречия живой природы проявляется не в числе противоположностей (не в многополярности), а в самой многомерности отношения между ними, собственные параметры которого не сводятся только лишь к единству и борьбе (конкретному тождеству и взаимоотрицанию). Многомерный характер диалектического противоречия настолько отличен от его возможной многополярности (многоместности, многосторонности), что даже две противоположности не исключают многомерного отношения друг к другу.

Вначале проведём дедукцию собственных, имманентных параметров диалектического противоречия жизни, не забывая о том, что они являются не самими противоположностями, а собственными рефлексивными одновременными определениями отношения между противоположностями.

Приспособительная форма является качеством не только живых существ, но и окружающей их среды. Приспособление рефлексивно отражено в наследственности, в которой всё качественное многообразие сведено к определенному количеству генетической информации. Взаимодействие существ с окружающей их средой приводит её к изменениям, не предусмотренным их наследственно предопределённой приспособительной формой. Постоянное воспроизведение неприспособленности к условиям среды в ходе самого приспособления к ним приводит к необходимости того, что является самой возможностью приспосабливания к непредсказуемости – не запрограммированным изменениям генетической программы. Способом функционирования случайной наследственной изменчивости является расширенное самовоспроизведение внутреннего неравновесия, в котором единично возникшее случайное наследственное изменение (мутация) превращается в самокопирующееся, массовое явление. Размножение сталкивается с ограниченным количеством необходимых для жизни веществ, вследствие чего линейно-экстенсивный прирост биомассы превращается в круговорот веществ, в котором ограниченное количество веществ

[178] Там же. С. 323.

приобретает свойство бесконечного отношения биосферы к себе самой. Однако чем развитее живые существа, тем меньше доля их видовой биомассы по отношению к совокупной массе веществ всей биосферы: высокоразвитые животные вступают в предметно-манипулирующее, информационно-поисковое отношение к неорганическим факторам среды, тогда как низшие организмы присваивают эти факторы в качестве составной части своей биомассы. Поляризующий разрыв между живой индивидуальностью и общей организацией биосферы проявляется в том, что в первую очередь вымирают виды животных с наиболее развитым головным мозгом и сложным социальным поведением. Неразрешимость противоречия индивидуальности в биосферной системе свидетельствует о принципиальной незавершимости эволюции, все законы которой тоже развиваются (эволюция эволюции).

Итак, противоречие жизни – это расширенное самовоспроизведение приспособительной формы случайной наследственной изменчивости, функционирующей через естественный отбор в устойчиво неравновесном круговороте веществ. Рассмотрим с позиций этого противоречия основные этапы эволюции.

Исходной формой жизни является циклическое самовоспроизведение белков (гиперцикл Эйгена), в котором белок функционирует одновременно как автокатализатор и самореферентная матрица, исключающие друг друга в самом процессе самовоспроизведения их непосредственного единства. Противоречие здесь возникает из-за того, что не всякое структурное случайное изменение белка сохраняет его способность к саморепликации: белок не может выполнять одновременно функцию фермента и функцию матрицы, но для своего самовоспроизведения он должен выполнять одновременно обе взаимоисключающие функции. Антиномия автофермента и автореферентной матрицы приводит к необходимости появления универсального информационного эквивалента, являющегося мерой энергетических и вещественных превращений в белковом гиперцикле. Непосредственное единство белкового самовоспроизведения поляризуется на ферментативные белки и их информационное представительство в нуклеиновых кислотах, любое структурное изменение которых способно к самоудвоению. Возникает генетический код.

Появление универсального информационного эквивалента увеличило темпы самовоспроизведения, что привело к коренному преобразованию первичной среды, являвшейся необходимой предпосылкой зарождения жизни. Но первичная среда была не уничтожена, а снята в качестве внутренней среды прокариотной клетки. Однако для воспроизведения таких предпосылок жизни, как органические вещества, необходимо производительное самопотребление живой структуры – фотосинтез. Жизнь замыкается на себя в круговороте веществ между гетеротрофами и фотоавтотрофами, переставая быть несамостоятельным отростком геохимии.

Видимость гармонии, достигнутой на основе конвариантной редупликации, исчезает при достижении его достаточной сложности: вероятность гибели в результате случайной наследственной изменчивости возрастает вместе с усложнением мутирующей системы. Если мутация становится до предела деструктивной для нуклеопротеиновой организации, но в то же время составляет основание эволюции, то нужно сделать форму проявления мутации опосредованной и регулируемой. Это достигается рецессивностью мутаций, диплоидностью и половым процессом (комбинативной наследственной изменчивостью).

Теперь появление и проявление мутаций разорваны в пространстве и времени: фенотипическому проявлению рецессивной мутации у диплоидов предшествует период её скрытого распространения в популяции. Если у гаплоидов сразу проявляющаяся летальная мутация губит лишь того, у кого она впервые возникла, то у диплоидов скрытое распространение мутации приводит к тому, что непрерывно гибнет некоторый процент популяции. Так появляется пока ещё неразвитая возможность биологических кризисов.

Центр наследственной изменчивости смещается с мутаций на комбинаторную: мутабильность более сложных организмом снижена по сравнению с низшими (преобладание более стабильного АТ-типа нуклеиновых кислот).

На уровне одноклеточной организации проявляется взаимоисключение между вегетативной функцией и функцией размножения. Антиномия между вегетативными и генеративными функциями не может вместиться в пределах одноклеточного индивида, так как сложное строение одноклеточного исключает высокие темпы его размножения. Но одновременно этот конфликт не может разрешиться через его распространение на популяционную структуру, потому что невозможно существование особей, которые бы выполняли только вегетативную или только генеративную функцию. Это противоречие разрешается появлением многоклеточности: в пределах многоклеточного существа выполнение вегетативных и генеративных функций поляризуется между разными группами клеток.

Когда морфология многоклеточных достигает своего предела, то эволюционные возможности безусловных рефлексов исчерпывают свои эволюционные возможности. Возникает необходимость в таком гибком не предопределённом врождённой программой поведении, которое перестраивалось бы по ходу изменения условий существования и было бы аналогично жизненному опыту. Условные рефлексы соответствовали бы сами по себе этому требованию, если бы их можно было передавать по наследству так, чтобы они при этом не были записаны в генетической программе. Если условные рефлексы закодировать в программе, то они перестают быть условными и теряют свою гибкость, подвижность, а если их не передавать по наследству закодированными, то они не являются эволюционно значимым фактором. Условный рефлекс должен передаваться по наследству в генотипе и одновременно вне его: он должен через особую форму наследования обладать несамоприменимостью, «гетерологичностью» как собственным, устойчиво воспроизводящимся свойством. Таковой формой наследования является инстинкт подражания. Инстинкт подражания предопределён наследственной программой, но его содержание составляет внеположное ему условнорефлекторное, приобретённое поведение, не записанное ни в какой наследственной программе.

Инстинкт подражания не содержит в себе критерия целесообразности изменения поведения, поэтому его аномальные формы через подражание могут распространяться на популяционный уровень и приводить к вымиранию достаточно высокоорганизованные формы жизни (гипотезу вымирания из-за пандемий подражания отчасти подтверждают косвенные данные о формах вымирания динозавров). Инстинкт подражания приводит к кризису и снимается возникновением интердикции – врождённой способности сигнально тормозить у других любое отклонение от стадного стереотипа поведения (независимо от вреда или пользы этого отклонения). Кризис сменяется состоянием эволюционной депрессии (первичные млекопитающие).

Интердикция обращена против самой себя, так как можно пресекать само интердиктивное поведение. Данная самоотрицательность, как отмечал Б.Ф.Поршнев, приводит к возникновению суггестии – врождённой способности активно навязывать окружающим определённый тип поведения взамен того, который пресекается. Суггестия позволяет реализовать животный стадный труд, но она же позволяет активно навязывать любой аномальный тип поведения. По этой причине вымерли животные предки человека. Тем же самым объясняется явление «массовых самоубийств» дельфинов, суггестивный механизм которого описал А.Г.Томилин.

Эволюционное усложнение биосистем происходит на основе случайной наследственной изменчивости, но вероятность их саморазрушения из-за случайной изменчивости возрастает вследствие их усложнения. Разрешение предельно обострённого противоречия жизни состоит в стирании той части наследственной программы, которая предопределяет деятельность и поведение. В этой ситуации живое существо вынуждено само создавать программу деятельности и не ограничено в своём развитии верхним

пределом сложности. Искусственная программа деятельности и поведения – культура, а сама способность создавать такую программу – разум. В деянии человеческом природа достраивается до таких высот, которых она сама по себе достичь не в состоянии. Природа, начиная с определённого эволюционного этапа, нуждается в возникновении свободного разумного существа, без которого её эволюция являлась бы по сути ограниченной верхним пределом информационной сложности. Однако утверждение о природной необходимости эволюционного возникновения свободы является для эволюционной теории чем-то вроде гёделевского высказывания, утверждающего собственную недоказуемость в пределах теории, на языке которой оно сформулировано. Поэтому и появляется необходимость в такой более сильной теории как биофилософия, метабиологический характер которой позволяет ей обосновать объективно-гуманистический смысл биологической эволюции, избегая крайностей мистифицированной натурфилософии и социал-дарвинизма.

Становление самосознания науки в эпоху гуманитарной революции

Н.В.Кочубей

Образ современной науки, как считают многие ученые, в значительной степени определяется исследованиями в области синергетики, теории сложности, нано- и других наукоёмких технологий. Наука переходит к исследованию сложных нелинейных самоорганизующихся систем, которые были названы В.С.Степиным «человекоразмерными». В этой ситуации важными и ценными становятся не только знания сами по себе, но и способы их получения, а также последствия внедрения. Наука все чаще обращается к самой себе, анализирует собственные и социальные основания. Попытаемся прояснить, как происходит становление современного образа науки. Эти изменения мы рассмотрим в двух аспектах – с точки зрения кризисных состояний науки, а также как смену предпочтительных научных методологий. Нас также будет интересовать когерентность этих процессов – своеобразная «встреча», наложение современного кризисного состояния науки и становление её самосознания как имманентного процесса.

Зарождение науки в XVI веке и критическое состояние научного знания того времени может быть понято в известной мере как онтологический кризис. При этом видимый мир из неподвижного и расположенного в центре вдруг превращается в подвижный, вращающийся вокруг центра и имеющий строгое математическое описание. Кризис естествознания конца XIX – начала XX века – также в известной мере онтологический кризис, т.к. было доказано, в частности, что атом не неделим. Но это также и гносеологический и методологический кризис, поскольку происходит смена механистической картины мира, и вероятностные закономерности начинают восприниматься столь же фундаментальными, как и динамические. Понятия прежней науки теряют свою былую смысловую незыблемость, фундаментальную неизменность с позиции новых научных теорий. Кризис конца XIX века воспринимается сегодня многими учёными, прежде всего, как кризис притязаний науки на всезнайство, кризис ожидания возможности полного познания если не всего мира, то по крайней мере того или иного фрагмента действительности. Как считает современный исследователь Ульрих Бек, в этот период развития научного знания «притязания научной рационализации на познание и

просвещение еще не затронуты методическим самоприложением научного сомнения[179]. Преодоление кризиса конца XIX–начала XX века – это пересмотр наукой своих собственных оснований без осознания рисков, которые могут быть инициированы в обществе техническими приложениями фундаментальной науки.

В кризисе науки конца XX присутствуют те же черты, что и в предыдущих кризисах, но есть и новые существенные моменты. До этого времени общество не воспринималось как общество риска, а наука как одна из причин, средство определения и источник разрешения этих рисков. Если предыдущие научные революции, прежде всего, укрепляли научный оптимизм, веру в силу разума, то ныне происходит распространение научного сомнения на внутренние основы и внешние последствия самой науки. Так развенчивается притязание науки на истину.

В эпоху постмодерна наука становится неразрывной с технологией, которая понимается прежде всего как изменение мира. Современная технонаука превращается в двигатель экономического роста. При этом основными видами технологий признаются высокие технологии (биоинженерная, генная, информационная, космическая, ядерная и др.), которые составляют основу экономического процветания развитых стран, а также гуманитарные технологии, ориентированные на преобразование человека, расширение горизонта человеческих возможностей. Если предыдущие научные революции были направлены на овладение веществом и энергией, то современная информационно-технологическая революция рассматривает духовные, интеллектуальные, психические реалии и возможности человека как особый стратегический ресурс. Особое значение приобретает гуманитарная информация, отличающая человека от других биологических видов, у которых информация накапливается в генах и используется ими для воспроизводства. «Вот почему о человеке можно говорить как о своеобразном органе самопознания природы; его познание оказывает непосредственное и опосредованное влияние не только на процесс глобального преобразования окружающего мира, но и на многовековой процесс самовоспроизводства человечества в мире»[180]. Современный кризис, который получил название «гуманитарной революции», это кризис мировоззренческих оснований, парадигмальных установок, подготовленный всем ходом развития научного и философского знания, особенно второй половины прошедшего века. Произошел сдвиг с "наукоцентрических" мировоззренческих установок к "антропологическим", смещение от приоритетности естественно-научного дискурса к информационно-гуманитарному, что радикально изменяет понимание социальной роли всего комплекса наук о человеке. Благодаря этим наукам, человек начинает воспринимать себя как субъекта глобального действия, сохраняющего себя и развивающегося в сложном нелинейном мире.

В XX веке в значительной степени была пересмотрена классическая эпистемология, произошло становление нелинейного мышления. В этом движении можно выделить несколько пришедших на смену друг другу современных научных теорий, каждая из которых претендовала на роль интегративной, общенаучной: *кибернетика, теория систем, экология, синергетика*. Эти теории оказывали влияние на значительную часть научного знания, становились *предпочтительными* теориями и методологиями. С появлением каждой из них в научное знание привносилась особая проблематика, язык. При этом каждая из теорий продолжала развиваться, имея собственные предмет исследования и логику развития.

Кибернетика, которая зародилась в 50–60-х годах XX столетия, рассматривает объекты научного исследования с точки зрения управления ими. Происходит распространение понятий управления и информации на биологические и социальные системы. Ученые находят сходство проблем управления в системах различной природы – технических, биологических, социальных. Такая ситуация вызывает оживление исследований научной

---

[179] Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. – М, 2000. – С.237.

[180] Лукьянец В.С., Соболь О.Н. Гуманитарная революция // Практична філософія. – К., 2004. – №3. – С.62.

картины мира, проблемы единства научного знания. Выделяется общая идея, имманентно присущая значительной части научного познания.

Далее в научном дискурсе происходит как бы ветвление. С одной стороны, развивается и преобразуется сама кибернетика, возникает робототехника, системотехника, информатика, проблема искусственного интеллекта, с другой – изменяются сами общенаучные предпочтения. От проблем *управления* большими динамическими системами акцент смещается на сами *системы*, их структуру, системообразующие отношения. Системный подход становится научным предпочтением, а задача общей теории систем формулируется как систематическая разработка принципов построения и развития знания о системных объектах.

В контексте системного подхода и на фоне дальнейшего развития кибернетического знания восприятие проблемы управления значительно обогащается. Управляющее воздействие производится на системный объект, имеющий свою структуру, подсистемы, взаимосвязи между элементами и т.д. Развиваются также и сами системные исследования, системные принципы выносятся на уровень философской рефлексии. Происходит постепенное разрушение классической эпистемологии и рациональности, классических парадигмальных установок оказывается недостаточно, чтобы предсказать изменения системного объекта. Данные моменты фиксируются в методологических исследованиях, они не воспринимаются как "размывание" существующей парадигмы, в то время как это так и есть на самом деле.

В 1970–80-х годах системный подход постепенно сменяется экологическим. Это вызвано глобально-экологическими проблемами, а также новым пониманием роли человека в окружающей среде, которая может быть не только позитивной. Понимание значения среды для функционирования системного объекта расширяется новым открытием роли человека, его ответственности за происходящие события. Экологический подход, пришедший на смену системному, вовсе не отменил системные представления. Напротив, последние были существенно дополнены пониманием взаимоотношений "системный объект – среда".

С усилением предпочтительности экологического подхода происходит перенос акцента *системы* и системообразующего отношения на взаимоотношение системного объекта со *средой* и зависимости последней от человека, его качеств. Не только система влияет на среду, но и среда на систему, а взаимоотношения "система – среда" тоже можно рассматривать как системные. Изменяется и понимание сущности и целей управления, они существенно дополняются экологическими моментами, а также выделением свойств личности, принимающей решения

С экологическим расширением системного подхода и параллельно с ним начинает употребляться понятие "сложная" и "самоорганизованная" (позже "самоорганизующаяся") система. Сложность в этих условиях воспринимается как неотъемлемое свойство природы, которое должно быть описано и исследовано адекватными научными методами. Возникает понимание того, что сложный объект не может быть объяснен с точки зрения одной теории, необходима политеоретичность, дополнительность различных подходов. Вместе с тем бурно развивается и собственно экологическое направление науки. Выделяются глобалистика, биологическая экология, социальная экология; эколого-экономические и другие исследования.

Тем самым значительно изменяется рационалистический идеал «строгой науки». Познавательные системы вырастают из комплексных научных направлений, а также включают в себя человека, становятся "человекоразмерными". В смене предпочтений происходит постепенное увеличение этой "человекоразмерности". От исследования человеко-машинных систем и управления ними происходит переход к познанию систем, в которых присутствие человека, его деятельность и целеполагание являются неотъемлемой частью.

В 1980–90-х годах происходит постепенный сдвиг научного интереса к проблеме *становления* системных объектов и исследованию свойства среды, допускающей такое становлении. Появляется синергетика, которая становится предпочтительной методологией. Благодаря работам в области синергетики и неравновесной термодинамики, удалось перейти от "физики существующего" к "физике возникающего", найти некоторые математические модели эволюционных процессов, которые оказались сходными для явлений различной природы. Как и в предыдущих случаях смены предпочтительных методологий, синергетика их не отменяет, а значительно обогащает и сама ими обогащается, выходя на уровень методологических установок. Сложные системные объекты теперь представляются как развивающиеся, порожденные средой, находящейся в состоянии, далеком от равновесия. При этом в управленческие, системные, экологические представления привносится понимание того, что среда порождает не любые, а только возможные структуры. Быстро развивается и само синергетическое знание – теория фазовых переходов, теория катастроф, фрактальная геометрия, психосинергетика и другие.

Синергетика по-новому высвечивает "вечные" философские проблемы – проблему бытия, взаимоотношения человека и мира, человеческой нравственности и т.д. В постнеклассической философской рефлексии бытие воспринимается не как ставшее, а как становящееся, предметы рассматриваются не как простые единичные, а как имеющие системные свойства. Системы исследуются как погруженные в среду и получающие влияние от среды, т.е. становящиеся, самоорганизующиеся в среде. В этот период человеческая деятельность становится все более наукоемкой и средообразующей.

Развиваясь и взаимодействуя между собой, кибернетика превратилась в компьютерсайенс, системные исследования – в теорию сложности, экологические проблемы способствовали появлению глобалистики, глобальной биоэтики. Все эти направления в настоящее время сошлись в одной точке, встретившись с синергетикой и наукоёмкими технологиями. Получает развитие комплекс негуманитарных наук о человеке, который основывается на достижениях генетики, геномики, генной инженерии, нанофармакологии, наноэлектроники и т.д. Возросшая наукоемкость привносит в бытие человека нестабильность, негарантированность, увеличивая тем самым опасность. Поэтому человеческая деятельность и наука как один из ее видов должны измениться, включить в себя регулятивы, ограничивающие и снижающие опасность. По мере роста человекоразмерности систем, увеличивается роль этических и социально-культурных оснований деятельности. Значит, наука, новая рациональность должна включить в себя этику как признание ценности не только истины, но и способа, которым эта истина добыта. Для постнеклассической науки ценностью является не только то, что познано, но и то, что еще не познано или временно не может быть познано, из-за несовершенства познавательных методов или неясности последствий изменений, внесенных в среду. Человеку необходимо научиться эффективно действовать в быстро изменяющейся среде, выработать новые формы рациональности, основой которой является этика, мудрость познающего субъекта.

«Ординарное безумие» как парадигматическое представление современного психического расстройства

Н.Н.Мурзин

Что является предметом медицины – здоровье или болезнь? Возможно ли иметь дело со здоровьем так, как мы имеем дело с болезнью? Оправданно ли говорить о болезни, нездоровье как отклонении от некоей нормы («здоровья», «здоровости»), если сама по себе эта норма не поддается четкому определению, а потому не может быть задана, с ней всегда незадача? Эти вопросы задавались не раз, и сегодня ответ на них не менее востребован, чем в прошлом или будущем. Между тем ответ дать трудно. Это вопросы философские.

Здоровье невозможно выставить нормой, однако норма есть некий знак здоровья, суммарное его выражение. Мы говорим: «все в порядке». Это «все» есть многое, составляющее нашу целостность и пребывающее как бы в гармонии, которую и отражает наше высказывание. Можем ли мы постичь эту гармонию аналитически? Можем ли мы индуктивно, отлаживанием и сложением отлаженных по отдельности частей, получить вновь эту гармонию, то целое, что именуется здоровой жизнью? Казалось бы, что может быть проще – сложив отдельные знаки, получить суммарный знак, подобно тому, как правильное сочетание букв, по видимости, дает ясное и отчетливое по смыслу слово. Но что, если здесь мы столкнемся с затруднением? С опасностью.

Какого рода эта опасность? Мне представляется, это можно проследить на примере нового, современного безумия. Почему нового? Разумность, психическая нормальность всегда были проблемой. Но подобно тому, как меняется исторически разум, меняется, вероятно, и безумие. Не отношение к нему, а оно само. Мишель Фуко в книге «История безумия в классическую эпоху» описывает три исторически, а не терминологически, различных типа безумия: средневековое божественное безумие; безумие гениальной личности, или «благородная шизофрения», возобладавшее в Новое время – эпоху субъективно ориентированной философии, которую Фуко и называет собственно классической эпохой; и пост-классическое интеллектуальное безумие – психическое расстройство, связанное с оформлением умственного труда в особого рода специализацию. Слово «расстройство» в последнем случае попадает точно в цель, и потому делается в дальнейшем повсеместно распространенным и общепринятым термином для обозначения безумия вообще. Это «расстройство» сродни расстроенности, нестроению музыкального инструмента – оно указывает на неподготовленность, неготовность имеющегося интеллектуального существа к управлению своей жизнью в условиях всевозрастающей абстрактности средств. Возможности инструмента не соответствуют задачам партии. Срыв, надрыв вследствие чрезмерного усилия и есть образ такого безумия.

Что дальше? Фуко оставляет финал истории безумия открытым, но мы сталкиваемся с необходимостью продолжить за него. Каков лик нового безумия? Нет больше блаженных и одержимых, нет больше гениальных безумцев. Парадигматическое представление безумия сегодня – ординарное безумие. Современный безумец ординарен, не в том смысле, что незаметен, и усреднен, но не посредствен. Он не изгой, а напротив, с социальной точки зрения, образец нормальности. Его желания удовлетворяются; его способности не подавляются, они развиты, более того – их гармоническое равно-, ровно-развитие цивилизация ставит себе первоочередной задачей и целью. Вопрос в том, почему система дает сбой, почему идеальная настройка производит диссонанс.

Ницше говорит: «Власть над аффектами – власть одного аффекта над всеми остальными». Знак современности – подмена требования целостности аналитическим перебором-перебиранием ее отдельных составляющих. Таким образом, существует, возможно, опасность, связанная с определением нормы, нормальности, психического здоровья как суммы неких более-менее произвольно абстрагированных положительных значений без учета целого, в котором они должны быть собраны. Ницше называет это целое «волей», которая ставит себе «цели». Деградация воли создает вместо активного существования реактивное, которое стремится лишь соответствовать, всякий раз принимать соответствующую, отвечающую случаю форму. Однако тот, кто принимает эту

форму, ускользает от определения; и чем более изощренной делается социальная игра, чем больше масок она предлагает, чем более быструю реакцию (переключение) она предполагает, тем отчетливее становится разрыв на месте субъекта, оси всех этих переходов и трансформаций («трансверсальность» личности у Жиля Делеза). Потребность в действии, в активности, характерная для воли, проявится тем скорее и тем более негативно, чем интенсивнее человек оказывается вовлечен, занят этой игрой, которая только и стремится, что занять его целиком, за-ставить, заполнить всю его жизнь. Проявится, прежде всего, в т. н. «немотивированном» насилии – жестокости, разрушении, саморазрушении. Объяснять которое, возможно, следует уже не через «фрустрацию» и «бунтарство». Проблема не в том, чтобы предложить некую идеологическую объединяющую сил в человеке, введение которой повлечет за собой лишь новое подавление, а в том, чтобы научиться мыслить вне идеологии – мыслить, например, здоровье как принципиально «ненормализуемую», но все-таки норму; мыслить, собственно, философски.

IV. Общие проблемы философии, медицины и образования

К проекту содержания блока социально-гуманитарных дисциплин в МГМСУ федерального образовательного стандарта третьего поколения[181]

А.Н.Лежнев, В.И.Моисеев

Новый образовательный федеральный стандарт 3 поколения кладет в основу своей методологии так называемый компетентностный подход. Компетентность – это некоторый финальный признак, выражающий целевые характеристики человеческой деятельности. Установка на компетентности выражает направление современной системы образования на учет целостных характеристик профессиональной деятельности будущего специалиста. Каждая учебная дисциплина, в том числе и гуманитарные науки, должны получить свое оправдание с точки зрения формирования соответствующих компетентностей. Ниже мы даем выдержки из «Профиля и компетентностей современного европейского стоматолога» и приводим примеры возможных формулировок некоторых социально-гуманитарных компетентностей, основанных на данном «Профиле». Эти формулировки могут послужить информацией к размышлению в дальнейшем исследовании и разработке требований нового федерального стандарта в приложении к блоку социально-гуманитарных дисциплин.

1. Концепция компетентностей

[181] Работа выполняется при поддержке РГНФ в рамках проекта «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а.

Предполагается участие врачей в совместной работе, направленной на поддержание общего здоровья пациента путем обеспечения здоровья в соответствующей сфере. Врач должен научиться это делать путем приобретения набора компетентностей – профессиональных качеств, необходимых для начала независимой самостоятельной врачебной практики. Это должно быть достигнуто к моменту получения студентом первой профессиональной квалификации.

Описанные далее компетентности есть базовый уровень поведения, отношения к работе, знаний и навыков, необходимый выпускнику для решения любых проблем, которые встречаются в повседневной, профессиональной деятельности. На этом уровне уже требуется умение, не причинив вреда здоровью пациента, с достаточной быстротой и точностью провести необходимое лечение, но пока еще не на высочайшем профессиональном уровне. Кроме того, со стороны врача необходимо осознание понятия приемлемого (достаточного) лечения в изменяемых условиях, а также желание самосовершенствоваться.

Компетентности способствуют слиянию всех дисциплин, что должно принести пользу студентам и их пациентам. Их перечень и описание даст учебным заведениям точку отсчета для (1) пересмотра, реструктурирования и изменения учебных планов студентов; (2) пересмотра и усовершенствования процесса оценки усвоения студентами знаний и аттестации; (3) разработки методов оценки эффективности программы додипломного обучения. Стандарты компетентности могут быть использованы при аккредитации.

Были определены семь областей знаний, представляющие основные категории профессиональной деятельности и проблемы, возникающие в общеврачебной практике. По своей направленности они междисциплинарны.

I. Профессионализм
II. Коммуникативные навыки и умение профессионально общаться
III. База знаний, управление информацией и критическое мышление
IV. Сбор клинической информации
V. Диагностика и планирование лечения
VI. Достижение и поддержание здоровья в своей области
VII. Пропаганда здорового образа жизни

Основные компетентности:

В каждой области знаний определяется одна или более составляющих «основные компетентности», относящиеся к деятельности и проблемам данной области. Основная компетентность - это способность выполнять или обеспечивать определенную, но сложную услугу или задачу. Ее сложность предполагает, что для обеспечения выполнения каждой из основных компетентностей требуются многие более специфические способности.

Сопутствующие компетентности:

Более специфические способности могут рассматриваться как подразделы «Основной компетентности» и называются «Сопутствующие компетентности». Для достижения основной компетентности требуется овладение и демонстрация всех сопутствующих компетентностей, связанных с данной услугой или задачей.

Здесь мы более подробно прописываем сопутствующие компетентности, имеющих отношение к блоку социально-гуманитарных дисциплин высшего медицинского образования на примере первых двух областей знания – Профессионализма и Коммуникативных навыков.

Область знаний I: Профессионализм

ОСНОВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ: ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

По окончании учебного заведения врач должен владеть современными знаниями и пониманием общих вопросов врачебной практики, широким спектром навыков, включая способность проводить исследования, анализировать, находить пути решения проблем, планировать, иметь коммуникативные навыки, излагать материал и работать в команде, а также осознавать важность всего вышеперечисленного во врачебной деятельности. В частности, врач должен иметь:

СОПУТСТВУЮЩИЕ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ:

1.1) Уметь строить свою деятельность в отношении к больному на основных принципах медицинской деонтологии и биоэтики.

1.2) Следовать гуманистическим принципам адекватного профессионального поведения по отношению ко всем членам коллектива.

1.3) Обладать знаниями социальных и гуманитарных вопросов, связанных с лечением пациентов.

1.4) Осознавать необходимость постоянного повышения научно-гуманитарной и этической квалификации, связанную с прохождением курсов усовершенствования, чтобы обеспечивать поддержание высокого уровня медико-гуманитарной компетентности и доказательной биомедэтической базы знаний.

1.5) Уметь создать и поддерживать рабочую среду с учетом специальных требований биоэтики, медицинской деонтологии и всех мировоззренческих аспектов общегуманитарных нормативов.

1.6) Знать и понимать, насколько важно собственное нравственное здоровье, целостное мировоззрение и его влияние на способность работать во врачебной практике (гуманитарная оптимальность и медико-гуманитарные крайности).

1.7) Уметь правильно вести себя по отношению к другим членам профессионального коллектива с позиций нравственного здоровья и методологии предотвращения ценностных конфликтов.

ОСНОВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ: ЭТИКА И ПРАВО

Выпускник должен осознавать и понимать моральную и этическую ответственность, связанную с оказанием помощи конкретному пациенту и населению в целом, а также ориентироваться в нормативных документах, распространяющихся на врачебную практику.
В частности, выпускник должен иметь:

СОПУТСТВУЮЩИЕ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ:

1.8) Знать этические принципы, касающиеся врачебной профессии, в практике быть честным в личном и профессиональном плане, обладать интегративным и открытым мировоззрением.

1.9) Гуманно и с состраданием относиться к пациентам при оказании им помощи, понимать и признавать ценности гуманизма.

1.10) Знать и признавать принцип автономии пациента, особенно в том, что касается конфиденциальности и информированного согласия, а также обязанности пациента.

1.11) Осознавать, что врачи обязаны постоянно прилагать все усилия, чтобы оказывать помощь пациенту на высочайшем уровне, признавать и понимать принципы деонтологических направлений биоэтики.

1.12) Основываясь на современном подходе к оказанию врачебной помощи, выбирать и определять гуманитарно-ориентированные приоритеты при составлении плана лечения в соответствии с индивидуальными потребностями, целями и ценностями пациентов.

1.13) Признавать, что главное – это здоровье пациента, поэтому все вмешательства, включая диагностику, выбор плана и сам процесс лечения, должны проводиться на благо пациента.

1.14) Уважительно относиться к пациентам и коллегам, проявлять толерантность, избегая предрассудков, вызванных половой принадлежностью, разницей в происхождении, возможностях, языке и культуре.

1.15) Осознавать пределы собственных возможностей и помогать процессу лечения в случае недостаточной компетентности, неадекватности и неэтичного поведения коллег и их пациентов (в рамках разумного).

1.16) Знать юридические, законодательные и административные процедуры и стратегию, касающиеся биоэтических аспектов своей профессии.

1.17) Понимать принципы социальной организации и управления лечебным процессом.

Компетентностный подход предъявляет новые требования к организации и построению курсов образовательных дисциплин, в том числе социально-гуманитарной направленности. Каждая тема должна быть оправдана участием в той или иной компетентности. С другой стороны, концепция компетентностей заставляет использовать новые ресурсы социально-гуманитарного знания, не задействованные ранее. Общая формула, как нам представляется, должна состоять в том, чтобы не столько сужать полномочия гуманитарного знания рамками узко понятого профессионализма, сколько расширить само понимание и определение понятия профессиональности.

Роль истории медицинской науки для воспитания морально-нравственного облика судебно-медицинского эксперта

Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский

Обращение к прошлому отечественной медицины диктуется в настоящее время общественной потребностью. Очень важны правдивые, объективные, выверенные, а не конъюнктурные оценки всех этапов развития медицины в России.

К большому сожалению, истории развития отечественной судебной медицины посвящено очень мало работ. Еще недостаточно изучены вопросы о создании научных школ отечественной судебной медицины, организации судебно-медицинской службы в различные периоды отечественной истории.

Данные о прошлом судебной медицинской службы в России, развитии судебно-медицинской науки крайне необходимы в вопросах подготовки, как врачей общего профиля, так и судебно-медицинских экспертов. Подобные сведения не только обогащают молодых людей знаниями об избранной ими специальности, но и помогают формировать для себя нравственные ценности.

Нравственность, мораль, этика, право - понятия неразрывные. Каждый человек, который стоит на службе права, обязан обладать высокими морально-нравственными качествами. Это в полной мере относится и к судебно-медицинским экспертам, участвующим в деятельности правоохранительных органов. Сомнения в высоких

морально-нравственных качествах судебно-медицинского эксперта являются поводом для постановки вопроса о правомочности использования его на этой работе.

Личность судебно-медицинского эксперта во все времена (с тех пор, как врачи стали привлекаться к участию в предварительном и судебном следствии) всегда вызывала интерес участников процесса, публики, прессы. Состав суда, представители обвинения и защиты ожидают от судебно-медицинского эксперта научного, объективного и аргументированного заключения.

Еще в конце XIX столетия видным русским юристом П.Сергеичем была дана классификация судебных экспертов. В ней имелись в виду эксперты: «… а) сведущие и добросовестные; б) добросовестные и несведущие; в) сведущие и недобросовестные; г) недобросовестные и несведущие …».

Нашей же задачей является подготовка специалистов «сведущих и добросовестных».

Еще выдающийся отечественный юрист и судебный деятель А.Ф.Кони отмечал: «Судебная практика очень часто заставляет прибегать к специальным исследованиям, сосредотачивая в них центр тяжести дела или обращаясь к содействию сведущих людей, то есть экспертов, по разным специальным отраслям знаний, искусств и ремесел... В пределах своего показания, он является научным судьей того материала, который им добыт путем исследования или подвергнут его рассмотрению... Бывает, что эксперты, особенно врачи, очень расходятся в своих заключениях, но это лишь придает особую важность вдумчивому отношению суда к оценке основательности этих заключений при сопоставлении их с выясненными на суде обстоятельствами дела... Между экспертами, которых мне приходилось слушать в суде, первое и главное место занимали судебные врачи, мнения которых очень часто имело решающее значение для дела. По широте, научности и способу изложения своих мнений они явственно делились на две категории. К первой принадлежали уездные, полицейские и городовые врачи, старавшиеся обыкновенно вдвинуть свое заключение в узкие рамки устава судебной медицины... Не мудрствуя лукаво, стараясь выразиться по возможности кратко и в терминах, принятых в законе, они вместе с тем в большинстве случаев отличались большой решительностью в выводах... Вторую категорию составляли профессора медицинского факультета и врачи-специалисты. Привычка большинства из них к преподаванию облегчала им дачу заключений в судебных заседаниях и позволяла, не стесняясь в словах для выражения своей мысли, развивать ее с научной широтой и глубиной. Очень часто, особливо в первые годы судебной реформы, эти заключения обращались в целые лекции, поучительные для слушателей ...». Все вышеизложенное остается актуальным и в наши дни.

Для формирования молодого специалиста крайне важны не только наглядные примеры со стороны коллег, но и примеры отношения к своей профессии основоположников отечественной судебной медицины.

На кафедре судебной медицины и медицинского права МГМСУ вопросам истории судебно-медицинской науки придается очень большое значение. Сведения по истории судебной медицины студенты, врачи-интерны и клинические ординаторы получают не только на лекциях и практических занятиях, но и на заседаниях студенческого научного кружка. Особо отмечается момент тесной связи специалистов в области судебной медицины с правоохранительными органами. Среди научных исследований, выполняемых на кафедре, имеются работы посвященные формированию московской научной школы судебных медиков и судебно-медицинской службы г. Москвы. Молодым специалистам и студентам приводятся сведения о том, как в самые тяжелые для России годы судебно-медицинская служба осуществляла свою работу и важную помощь в подготовке врачей-специалистов, работников суда, прокуратуры, милиции.

Студенты, врачи-интерны, клинические ординаторы, аспиранты знакомятся не только с основными этапами развития судебно-медицинской науки, но и получают сведения о жизни и деятельности ученых, составивших славу отечественной судебной медицины,

таких как С.Г.Забелин, Ф.Ф.Керестури, И.Ф.Венсович, И.Е.Грузинов, Е.О.Мухин, С.А.Громов, А.О.Армфельд, Д.Е.Мин, И.И.Нейдинг, П.А.Минаков, А.В.Григорьев, М.И.Райский, М.И.Авдеев и др.

Полученные студентами и молодыми специалистами сведения по истории судебной медицины позволяют в полной мере оценить высокие моральные принципы, которыми руководствовались в своей работе выдающиеся отечественные ученые, так как все основные требования, предъявляемые к судебно-медицинскому эксперту, предусмотрены процессуальными нормами, обусловленными принципами морали.

Морально-нравственный облик судебно-медицинского эксперта требует постоянного совершенствования и формирование его должно начинаться еще в студенческие годы.

Проблема количественного измерения здоровья больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

М.Э.Гурылева, И.Н.Ахунов

Бурное развитие естественных и технических наук, внедрение современных достижений в медицинскую практику, дало возможность добиться огромных результатов в области снижения смертности и увеличения продолжительности жизни человека, повысить эффективность профилактических мероприятий, добиться успехов в области лечения многих заболеваний. Но все же, наиболее важным достижением современной медицины нужно признать кардинальное изменение отношения к сути и смыслу медицинских вмешательств, когда во главу угла ставится человек, переосмысление известной максимы, принадлежащей замечательному русскому ученому конца 18 – начала 19 веков Матвею Яковлевичу Мудрову: *«лечить не болезнь, а больного»*. Осуществить эту тенденцию призвана концепция качества жизни, появившаяся в медицине около полувека назад, но успевшая занять видное место в клинических и медико-социальных исследованиях. Более того, приходится признать, что на современном этапе исследование качества жизни становится насущной необходимостью, без него невозможно ни обоснование наиболее рационального стандарта оказания медицинской помощи, ни выбор управленческой тактики, ни индивидуализация лечения.

Качество жизни родилось как социологическая категория, характеризующая сторону жизни человека, ориентированную на оценку степени удовлетворения потребностей, которая не поддается прямому количественному измерению. Первоначально качество жизни рассматривалось как явление социально-экономического порядка, отражающее уровень жизни населения или определенных его слоев в масштабах отдельно взятого государства. Переосмысление термина и приобретение его современного звучания стало возможным после окончания Второй мировой войны, принесшей миру новые приоритеты государственной политики в международных отношениях, акцентуацию на признании жизни и здоровья человека как величайших ценностей, курс на приоритет прав человека. Это переосмысление строится на адаптационной концепции Г. Селье, согласно которой все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни как меры оценки успешности лечебно-реабилитационных мероприятий. К 80-м годам прошлого века изучение качества жизни в медицине стало модным. A. McSweeny начал определять качество жизни, основываясь на 4 аспектах: эмоциональное, социальное функционирование, повседневная активность и проведение досуга. A.E. Fletcher и C.I. Bulpitt, предложили принимать во внимание компоненты качества жизни, которые можно измерить: демографические, социальные,

психологические, физические и духовные переменные. Концепция качества жизни стала неким гуманистическим дополнением к медицинской практике, с космической скоростью становящейся все более технократической.

Нужно признать за Всемирной организацией здравоохранения приоритет в признании нефизиологических аспектов центральными в характеристике состояния здоровья. Эта организация сформулировала ставшее классическим определение здоровья, затем проделала большую работу по выработке основополагающих критериев качества жизни человека конца XX века, которые лежат в основе современных представлений (физические, психологические, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда и духовность). Качество жизни в медицине определяется уровнем удовлетворенности пациента теми сторонами жизни, на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение. Качество жизни, связанное со здоровьем, ВОЗ определяет как *«ценность, приписываемую продолжению жизни и меняющуюся под действием социальных возможностей, представлений, функционального состояния и различных нарушений, на которые оказывают влияние болезнь, травмы, лечение и политика в данной области»*.

В медицинской практике изучение качества жизни используется в различных целях: для оценки эффективности методов современной клинической медицины и различных реабилитационных технологий; для оценки степени тяжести больного; для определения прогноза заболевания; эффективности лечения. Качество жизни является дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии и экспертизы трудоспособности; анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи при фармакоэкономических подсчетах; в медицинском аудите; для выявления психологических проблем и наблюдения за ними у больных в системе общей практики. Оценка качества жизни - обязательное условие при испытании лекарственных средств, новых медицинских технологий и методов лечения. Критерии качества жизни незаменимы в сравнении различных подходов к лечению; в случае, если лечение является эффективным, но токсичным; в случае, если лечение длительное, возможность осложнений низка и пациенты не ощущают симптомов заболевания. Медицина, основанная на доказательствах, (evidence based medicine) сегодня активно пользуется критериями качества жизни наряду с высокоинформативными количественными и качественными современными методами при планировании и проведении исследований. Многие рандомизированные многоцентровые тщательно спланированные исследования включают критерии качества жизни, как очень весомый показатель здоровья.

Качество жизни - объективный показатель субъективности. Его инструментом являются опросники. В свое время Галилео Галилей пришел к выводу, что «величина, которая может быть измерена, делает измеряемым то, что нельзя измерить» и эти слова в полной мере применимы к измерению качества жизни человека. Единых критериев и стандартных норм качества жизни не существует. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалы оценки и, следовательно, требует становления собственных норм. Эти нормы устанавливаются для конкретных опросников, регионов, стран, групп.

Целью нашей исследовательской работы было изучение состояния здоровья больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), качества жизни пациентов, и поиск корреляций этих показателей с медико-социальными факторами жизни.

ГЭРБ — состояние, вызванное нарушением замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера и забросом желудочного содержимого в пищевод. Распространенность заболевания по различным оценкам сильно варьирует, составляя в развитых странах от 30 до 40%. Высокая распространенность и выраженная клиническая симптоматика (боль за грудиной, чётко связанная с приёмом пищи и усиливающаяся в горизонтальном положении, при наклонах вперёд, при приёме алкоголя и курении; изжога различной степени выраженности; сильный кашель по ночам за счёт аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути) обусловливают актуальность изучения

качества жизни таких больных. Основной метод лечения ГЭРБ – диета и консервативная терапия, включающая антисекреторные преапраты: блокаторы H_2-гистаминовых рецепторов (циметидин, ранитидин, фамотидин), блокаторы протонного насоса (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол), антациды, прокинетики, спазмолитики, местноанестезирующие и седативные препараты.

Нами было обследовано 499 больных с диагнозом ГЭРБ, верифицированного методом фиброгастроскопии в 50,8% и УЗИ в 39,3% случаев. В качестве контрольной группы обследовано 87 здоровых добровольцев. Средняя длительность заболевания составляла 7,3 года. Возраст пациентов колебался в широких пределах, но 65,1% больных находились в возрастной категории 30-49 лет. Количество обострений менее 1 раза в год констатировалось лишь у 0,2% больных. Каждый третий имел одно обострение ежегодно (38%), два обострения были характерны для 47,4% пациентов, для 14,5% - 3 и более. Основной жалобой была изжога различной степени выраженности. При этом, испытывая изжогу, не считали себя больными 28,7 % пациентов. 29,9% не принимали каких-либо лекарственных препаратов для коррекции своего состояния, остальные получали рациональную фармакотерапию: 44,6% в амбулаторных условиях и 25,5% в стационарных.

Среди тех, кто не получал лечения, считали себя больными 18,1%. 2/3 из них жаловались на изжогу, при этом 28,2% испытывали изжогу сильной выраженности, которая значительно мешала обычному функционированию. Из числа больных, которые получали амбулаторное лечение в последние 3 недели, чувствовали себя больными 28,8%, жаловались на изжогу 77%, из них 32% на выраженную изжогу. Из тех больных, кто в последнее время получал стационарное лечение, ощущающих себя больными было 13,4%, на изжогу жаловались 68,5%, выраженный вариант которой досаждал 31,5% из них.

Качество жизни больных ГЭРБ согласно опросника ВОЗ «КЖ-100» оказалось сниженным по 3 шкалам, отражающим состояние физической сферы, уровень независимости, социальной активности и 20 составляющим их фасетам.

В рамках шкалы физического благополучия низким КЖ больных ГЭРБ оказалось за счет испытываемой боли и дискомфорта, чувства усталости и выраженного снижения активности, проблем, возникающих в связи с нарушением сна, который не приносил ожидаемого отдыха. По боли и дискомфорту различия между группами были высокозначимыми. В рамках шкалы психического здоровья больные ГЭРБ испытывали меньше положительных и больше отрицательных эмоций, хуже оценивали собственные возможности обучения. В остальном, различий между группами больных и здоровых выявлено не было. Больные, в отличие от здоровых, были менее подвижны, активны, трудоспособны, у них возникали проблемы с выполнением даже простейших повседневных дел. Они отмечали значительную зависимость от лекарств и проводимого лечения. В рамках шкалы общественной жизни больные имели худшие взаимоотношения с окружающими, проблемы в общении с противоположным полом, сексуальной активностью. По шкале окружающей среды больные выше оценивали домашнюю обстановку и собственные финансовые возможности по сравнению со здоровыми людьми, но ниже - возможности приобретения новой информации и имеющуюся социальную поддержку.

Мы изучали возможные корреляции между качеством жизни больных и медико-социальными факторами. Семейное положение, длительность страдания, частота обострений заболевания не оказывали влияние на качество жизни пациентов, влияние возраста было аналогичным в группах больных и здоровых лиц. Между длительностью заболевания и самооценкой больным своего здоровья имелась слабая положительная корреляция, так же как между качеством жизни и выраженностью изжоги как основной жалобы. Между приверженностью к лечению и частотой рецидивов корреляции не

выявлено. Зато было показано, что более частые обострения наблюдались у больных мужчин, чем у женщин, рецидивы чаще имели место у больных, которые не получали поддерживающую терапию во время периода ремиссии и не выполняли диетических рекомендаций доктора. Женщины оказались более внимательны к своему здоровью, более рационально питались, придерживались лекарственных назначений.

Было проанализировано качество жизни больных ГЭРБ в процессе лекарственной терапии, что позволило сделать вывод о том, что рационально назначенное лечение дает такой же эффект в отношении качества жизни пациентов, как и период ремиссии. Сам процесс лечения не нарушал привычной жизни пациента, не был труден для выполнения.

Проведенный курс лечения, назначенный согласно унифицированным протоколам лечения ГЭРБ (шифр К 21.0), привел к уменьшению или полному исчезновению симптоматики у пациентов и был оценен врачом как эффективный. В результате проведенной терапии получена достоверная положительная динамика показателей качества жизни лишь по шкале физического благополучия ($p<0,05$), позитивные изменение показателей остальных шкал не были достоверными. Наибольшие изменения претерпели три субшкалы, характеризующие выраженность и интенсивность, частоту появления и насыщенность боли и дискомфортных ощущений, а также число и выраженность положительных и отрицательных эмоций т.е. под влиянием лечения нивелировались основные жалобы больных, явившиеся причиной обращения к врачу. Наиболее выраженной динамика КЖ оказалась при применении блокаторов H_2-гистаминовых рецепторов. В данном случае наблюдалась и максимальная приверженность больных к лечению.

В результате проделанной работы удалось показать профиль качества жизни больных ГЭРБ в сравнении со здоровыми добровольцами и динамику повышения качества жизни в результате лечения, а также оценить влияние некоторых медико-социальных факторов на качество жизни наших пациентов.

Формирование частных теорий и научный анализ этиологии кариеса

И.Г.Островская, Ю.Г.Гаверова, О.Е.Жилкина

«Наука – это не волшебный ключик,
которым в одно мгновение можно
открыть все тайны и загадки природы».
(Найдыш В.М.)

Первобытному человеку не были знакомы проблемы, связанные с болезнями зубов. По мере становления и развития цивилизации, менялись характер питания, условия труда и быта человека. Необходимо также учесть, что с внедрением автоматизации и химизации в современную жизнь, изменились окружающая среда человека и природа. В процессе филогенеза произошли изменения, связанные с устойчивостью тканей зуба к вреднодействующим факторам внешней и внутренней среды, что привело к возникновению проблемы кариеса зубов – заболевания, связанного с деструкцией твердых тканей зуба. Эта проблема актуальна и в настоящее время. Более того, чем выше уровень жизни человека, тем чаще возникают заболевания зубочелюстной системы, среди которых первое место занимает кариес зубов.

Для объяснения этиологии и патогенеза кариеса зубов предложено около 400 теорий, самые известные из которых способствовали накоплению сведений, позволивших высказать определенное завершенное суждение по этой проблеме. Среди множества теорий, дошедших до наших дней, осталось очень мало способных привлечь наше внимание. Все остальные теории являются примитивными, не способными объяснить этиологию и патогенез самого распространенного патологического процесса.

Объясняется это, в первую очередь тем, что многочисленные теории, которые посвящены этой проблеме, не могут привести к доказательству истины о причинах развития кариозного процесса. В древности причину кариеса пытались объяснить воздействием на ткани зуба червей, застоем испорченных соков и другими факторами. Научные достижения в области химии, микробиологии, биологии способствовали появлению новых теорий. В 1884 году химико-паразитарная теория кариеса В. Д. Миллера была положена в основу современной концепции патогенеза кариеса. В 1928 году на основании исследования физико-химических свойств слюны и зуба Д.А. Энтин выдвинул свою теорию кариеса. Биологическая теория кариеса И.Г. Лукомского (1948 г.) связывала развитие кариеса с уменьшением размеров и количества одонтобластов, которое приводит к нарушению обмена веществ в эмали и дентине. А.Э. Шарпенак (1949 г.) объяснял причину возникновения кариеса зуба местным обеднением эмали белками в результате их ускоренного распада. Протеолизо-хелационная теория кариеса Шатца и Мартина (1956 г.) объясняла восприимчивость эмали к поражению кариесом нарушением стабильности кальций-белковых комплексов. Трофоневротическая теория Е.Е. Платонова рассматривала кариес зубов как нарушение нервной регуляции трофики зубных тканей.

Основываясь на исторических теориях, в настоящее время удалось достигнуть значительных успехов в изучении этиологии и патогенеза кариеса зубов. Согласно современным взглядам, непосредственной причиной возникновения прогрессирующей деминерализации твердых тканей зуба (кариеса) являются органические кислоты, образование которых связано с жизнедеятельностью микроорганизмов.

Касаясь упомянутых теорий, следует остановиться на экзогенной теории Миллера (1884), которую считают классической и наиболее обоснованной. По Миллеру, кариозному процессу способствуют бактерии, которые в результате расщепления углеводных остатков пищи в полости рта и метаболизма моносахаридов продуцируют молочную кислоту. Данный метаболический продукт разрушительно действует на эмаль, растворяя её минеральные компоненты. В образовавшиеся дефекты эмали проникают бактерии, которые способствуют дальнейшему разрушению твёрдых тканей зуба. Вариант этой теории постулирует практический вывод о возможности предотвращения кариеса путём соблюдения гигиены полости рта.

В основе экзогенных локальных теорий последователей Миллера лежит представление об эмали зуба, как о мёртвой ткани, не связанной с другими тканями и с организмом в целом.

Экзогенные локальные теории возникновения кариеса зубов владеют умами стоматологов на протяжении многих десятилетий и продолжают смущать многих до сих пор. Некоторые стоматологи готовы подчас «либерально» признать, что наряду с экзогенными локальными факторами, в возникновении кариеса зубов играют роль и эндогенные факторы. Однако в своей научной и практической деятельности продолжают оставаться ярко выраженными локалистами.

Для того, чтобы оценить по достоинству утверждение о том, что эмаль не связана с организмом, частью которого она является, необходимо вспомнить, что «диалектика рассматривает природу не как скопление случайных предметов, явлений, оторванных и независимых друг от друга, а как связанное единое целое, где предметы и явления органически связаны друг с другом, зависят и обуславливают друг друга»[182].

---

[182] Энгельс Ф. Диалектика природы / М., из-во Политической литературы, 1975. – С.343.

Применение этого закона диалектики к взаимоотношениям, имеющимся в живом организме, привело физиологов и биохимиков к выводу, что все органы и ткани живого организма теснейшим образом связаны между собой, и что «живой организм представляет собой сложное единое целое»[183]. Этот вывод, подкреплённый несметным количеством неоспоримых факторов, стал основным законом биологии.

В защиту живой эмали профессорами-стоматологами Лукомским И.Г. и Энтиным Д.А. приведен в своё время следующий аргумент: в живом организме нет неизменно мёртвых тканей, омертвевшие ткани рассасываются, отторгаются или осумковываются.

Для того чтобы иметь право утверждать, что эмаль является мёртвой тканью, необходимо привести веские доказательства. Для уяснения характера требуемых доказательств полезно остановиться на вопросе о коренных различиях между живой тканью и мёртвой. Ответ на этот вопрос мы можем найти у Энгельса: «Жизнь – это форма существования белковых тел, существенным моментом которой является постоянный обмен веществ с окружающей их внешней природой, и которая прекращается вместе с прекращением этого обмена веществ…»[184]. «Обмен веществ состоит в приёме веществ, химический состав которых изменяется, которые ассимилируются организмом, и остатки которых выделяются вместе с порождёнными процессом жизни продуктами разложения самого организма»[185].

Итак, принципиальное различие между живой и мёртвой тканью заключается в том, что в живой ткани обмен веществ протекает непрерывно и постоянно, который представляет собой единство противоположно направленных процессов диссимиляции и ассимиляции, распада и синтеза, поглощения и выделения. В отличие от этого в мёртвой ткани химические процессы возникают под влиянием внешних воздействий и протекают только в одном направлении.

Сказанным выше определяется характер доказательств, которые требуются для того, чтобы обосновать утверждение, что эмаль – мёртвая ткань. Для этого необходимо показать, что в эмали не происходят процессы обмена, и данный тип ткани отторгается организмом.

Согласно основным положениям теории локалистов, причиной возникновения кариеса является растворение кальция эмали молочной кислотой, образующейся во рту в процессе брожения углеводных остатков пищи. Приведём основные три доказательства локалистов, убедительно трактующих свои предположения:

1. Усиленное развитие кариеса зубов наблюдается при обильном потреблении углеводов.

Усиленное развитие кариеса зубов при обильном употреблении углеводов – факт бесспорный. Однако, это ни в какой мере не подтверждает концепции локалистов. Человек ежедневно употребляет около 500 г углеводов. Локалисты фиксируют своё внимание на экзогенном локальном влиянии на эмаль зуба 2-5 г углеводов, застревающих во рту, но игнорируют мощное эндогенное влияние 495 г углеводов, всасывающихся из кишечника. Какое из этих влияний – экзогенное локальное или экзогенно-эндогенное общее является решающим в процессе возникновения кариеса? Вопрос, по меньшей мере, спорный. Совершенно очевидно, что факт развития кариеса при обильном употреблении углеводов не может служить убедительным доказательством этого предположения.

2. Миллер наблюдал кариозные разрушения на экстрагированном зубе, помещённом в смесь слюны и пережёванного хлеба, при высокой температуре в термостате.

Необходимо отметить, что метод постановки опыта был методологически неверен. Опыт проводился на изъятых из организма, мёртвых зубах. Полученные результаты не

---

[183] Найдыш В.М. Концепции современного естествознания: Учебник. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Альфа-М; ИНФРА-М, 2006. – С.275.

[184] Энгельс Ф. Диалектика природы / М., из-во Политической литературы, 1975. – С.82.

[185] Энгельс Ф. «Анти-Дюринг» / Москва, Политиздат, 1969. – С.82.

могут быть применены к живым зубам, находящимся в сообществе всего организма в целом. По законам диалектики «…ни одно явление природы не может быть понято, если взять его в изолированном виде, вне связи с окружающими явлениями, ибо любое явление, в любой области природы может быть превращено в бессмыслицу, если его рассматривать вне связи с окружающими условиями…»[186].

Существуют принципиальные различия в процессах диффузии веществ в живые ткани и мёртвые:

а) Процесс поступления различных веществ в мёртвую ткань основан на простых законах диффузии. Быстрота всасывания будет зависеть от величины молекул, проникающих в ткань.

Процесс всасывания веществ в живую ткань активный. Способность веществ к диффузии в живую ткань будет зависеть от их химической природы.

Поэтому нет доказательств того, что молочная кислота в живой системе зуба будет вести себя так же активно, как в условиях опыта на мёртвом зубе. В живом организме существует великое множество защитных систем, которые способны противостоять действиям повреждающих агентов.

б) Молочная кислота при воздействии на мёртвый зуб может вызвать механическое растворение твёрдых тканей зуба. Но совершенно иная картина будет наблюдаться при воздействии молочной кислоты на живой зуб. В живой системе протекают постоянные непрерывные процессы распада и синтеза. В данном случае, молочная кислота будет вовлечена в сложную игру химических превращений, происходящих в живом зубе.

3. Кариес возникает чаще всего в области фиссур, где легче застревают и бродят остатки пищи.

Гипотезы, утверждающие, что в фиссурах зубов происходит наиболее усиленное образование молочной кислоты, никем не доказаны и не подтверждены.

Надо отметить, что внимательный анализ основных положений экзогенных локальных теорий, не позволяет обнаружить ни одного безупречного доказательства в пользу этих теорий. И это несмотря на то, что экзогенные локальные теории играют доминирующую роль в науке и практике стоматологии на протяжении 100 лет.

Существует ряд веских доказательств, опровергающих эти теории:

1) Сам Миллер отмечал в своё время случаи отсутствия кариозных поражений на тех поверхностях зуба, где обнаруживались скопления бактерий и, наоборот, наличие кариеса там, где бактерии отсутствовали.

2) Английские исследователи Мак-Клюр и Ручика поили крыс в течение нескольких месяцев раствором молочной кислоты различной концентрации и не наблюдали никаких поражений твёрдых тканей зубов.

3) Усиленное развитие кариеса является неизменным спутником различных соматических заболеваний и физиологических состояний организма, причём для некоторых характерна определённая локализация кариозного процесса.

Экзогенные локальные теории предлагают практический выход, который сводится к тому, что кариес можно предотвратить путём санации полости рта и чистки зубов. Этот вывод проверялся в течение 100 лет на практике. Сотни миллионов людей чистили зубы щётками твёрдыми и мягкими, прямыми и изогнутыми, а поражаемость кариесом продолжает катастрофически расти. Доисторические люди не знали, что такое зубная щётка и паста. При исследовании антропологами челюстей древних людей было отмечено, что их зубы практически не поражались кариесом. Это связано с тем, что характер питания современного человека существенно отличается от питания его древних предков. Как правило, цивилизация дает человеку рафинированную, термически обработанную и физически измельченную пищу, богатую белками и легкорастворимыми углеводами, являющимися хорошей питательной средой для микробов. Кроме того, пища современного человека содержит мало природных бактерицидных веществ и некоторых

[186] Энгельс Ф. «Анти-Дюринг» / Москва, Политиздат, 1969. – С.11-12.

витаминов. Исключение из рациона сырой растительной пищи препятствует механическому очищению ротовой полости.

В настоящее время большое количество учёных отвергает эти теории, противопоставляя им другие, в основе которых лежат эндогенные причины возникновения кариеса зубов.

«Отрицание включает в себя преемственность, означает поглощение, критическую переработку и объединение в новом высшем синтезе всего того передового и прогрессивного, что уже достигнуто в истории человеческой жизни»[187]. Конкретизируя это положение, профессор Евдокимов А.И., указывал, что нельзя, отвергая одну одностороннюю теорию, противопоставлять ей другую одностороннюю теорию. То есть нельзя при отрицании существования экзогенных локальных теорий возникновения кариеса, игнорировать возможное влияние внешних факторов на твёрдые ткани зуба.

Если рассматривать существующие теории под другим углом зрения, то следует признать, что наиболее глубокими и дальновидными являются теории профессора Шарпенака А.Э. и профессора Энтина Д.А.. Они считали, что в возникновении кариеса зубов могут играть роль не только эндогенные факторы, или не только экзогенные локальные, но и совокупность этих факторов. Конституция, наследственность, состояние нервной системы могут накладывать свой отпечаток на характер и интенсивность процессов, возникающих под влиянием причин, обуславливающих возникновение кариеса зубов. Упомянутые теории подчёркивают, как мы видим, исключительно важную роль в возникновении кариеса зубов таких экзогенных и эндогенных факторов, которые оказывают влияние на живой организм в целом.

Однако и эти теории страдают недостатками. Теория Д.А. Энтина не подчёркивает главного, что лежит в основе кариозного процесса и опосредует различные влияния на ткани зуба. Профессор Шарпенак А.Э. считал эмаль зуба живой тканью, в которой могут протекать обменные процессы. Что изменение химического состава эмали является результатом нарушения процессов обмена, как первичных, так и вторичных.

По данным современных исследователей, изучивших состав и строение эмали на молекулярном уровне, эмаль участвует в обменных процессах не путем диффузии молекул через твёрдые призмы гидроксиапатита, а через межпризменные пространства. Однако, внимание исследователей, изучавших причину возникновения кариеса зубов, было фиксировано в первую очередь на минеральных составных частях зуба. «Неорганическая природа находится в этом отношении в особом положении: здесь обратимость преобладает над необратимостью, нет устойчивых прогрессивных линий развития, ибо каждое развитие сменяется деградацией, здесь нет “борьбы” как противостояния интересов, борьба противоположностей заменяется взаимодействием разнонаправленных тенденций»[188]. Было высказано множество предположений о том, что причиной кариеса являются нарушение соотношения количества фосфора и кальция в твёрдых тканях зуба, по аналогии с теми процессами, которые протекают в костной ткани при рахите. При изучении литературных данных по вопросу о химическом составе нормальных и кариозных зубов был выявлен интересный факт. Многие авторы указывали в своих научных трудах, что в кариозных зубах содержится меньше белка, чем в условно здоровых зубах. Было выявлено, что состав минеральных компонентов в твёрдых тканях зуба, поражённого кариесом, практически не отличается от здоровых зубов.

Поэтому ряд вопросов в отношении этиологии и патогенеза кариеса зубов остаётся до сих пор не выясненным, спорным и подлежащим дальнейшему изучению. А также остаётся открытым вопрос о жизненности эмали и активном её участии в различных обменных процессах. Как известно, сформированная эмаль не содержит клеток, а значит не в состоянии участвовать в процессах роста и регенерации. Вместе с тем, участие эмали в обмене минеральных ионов, которые поступают непосредственно из слюны и сыворотки

---

[187] Гегель. Энциклопедия философских наук./ М., 1974. Соч. Т. 8. - С.54.

[188] Мелюхин С.Т. Диалектика развития в неорганической природе. М.,1960, с.44.

крови неоспоримо. Процессы обмена, протекающие в тканях зуба, связаны гуморальным и нервным путём с процессами, протекающими как в ближайших, так и в периферических тканях и органах. Поэтому различные химические вещества – аминокислоты, жиры, углеводы, витамины, минеральные и другие компоненты могут доставляться к поверхности эмали как изнутри, через пульпу и дентин, так и снаружи при контакте со слюной. Таким образом, нарушения обменных процессов в тканях зуба могут, в частности, зависеть от общего состояния организма под влиянием эндогенных и экзогенных факторов. Сдвиги в обмене веществ, ведущие, в конечном счёте, к возникновению кариеса, развиваются в зубе постепенно и влекут за собой появление незначительных, скрытых количественных изменений, что обуславливает затем скачкообразный переход к качественным, явным изменениям. Эти изменения впоследствии знаменуются появлением белого или пигментированного пятна в эмали зуба, появлением первого признака кариеса. Нельзя сомневаться в том, что появление белого или пигментированного пятна на поверхности эмали обусловлено в первую очередь изменением химического состава и строения белковой матрицы эмали зуба.

Большинство современных теорий в области биологии и медицины являются продолжением и результатом интеграции нескольких ранее сформулированных и зачастую противоречащих друг другу теорий. В этом также проявляется закон единства и борьбы противоположностей, который доминирует практически во всех сферах человеческой деятельности. Современная наука идёт по пути интеграции и взаимного обогащения различных смежных сфер знаний. Не является исключением и стоматология. В результате происходит обогащение теоретических представлений о развитии кариеса большим фактическим материалом, теориями и обобщениями, почерпнутыми из смежных дициплин. Задача современного поколения заключается в том, чтобы учесть научное наследие, предложить свои теории с конкретным содержанием, выявить пути и механизмы взаимодействия факторов, приводящих к развитию кариеса.

Значение депрессии и алекситимии в формировании психосоматических расстройств в пожилом возрасте

М.А.Тетюшкин

Широко известна связь ряда соматических заболеваний с изменением психического статуса. По некоторым данным до 25% больных, обращающихся за помощью в поликлинику, страдают теми или иными расстройствами психической сферы. Депрессивные расстройства, как и заболевания сердечно-сосудистой системы представляют значительную угрозу здоровью населения во всем мире. По прогнозам ВОЗ, депрессия к 2020 г. по распространенности займет ведущее место среди инвалидизирующих заболеваний (Bebbington P., 1987; Ustun T., Sartorius N., 1995). В нашем исследовании мы рассматриваем взаимосвязь такого заболевание, как гипертоническая болезнь, с депрессивным синдромом и алекситимией. В исследование были включены 29 пациентов (10 мужчин и 19 женщин) 60–66 лет (средний возраст 63± 2,3 года), обратившихся за помощью к врачам-клиницистам (терапевт, невролог, гинеколог). У всех пациентов диагноз гипертонической болезни различной стадии и степени риска был выставлен от 4 до 18 лет (средняя продолжительность заболевания составила 11,2± 6,4 года). Критериями исключения являлись расстройства психотического уровня в анамнезе, умеренные и грубые интеллектуально-мнестические расстройства. Оценка психического состояния пациентов осуществлялся при помощи клинико-

психопатологического метода, а также 21-балльной шкалы М.Гамильтона для оценки депрессии (HDRS – 21, Hamilton M., 1967) и торонтской шкалы алекситимии (TAS, Taylor G.J., 1985). В ходе исследования было установлено, что из 29 пациентов, не предъявляющих активно жалобы на сниженное настроение или иные проявления депрессии, по данным шкалы М.Гамильтона, у 2 выявлялась тяжелая депрессия, у 7 депрессия средней степени тяжести и у 12 легкая депрессия. Средний бал по шкале Гамильтона составил 20,7± 5,2. Таким образом, только у 8 пациентов не было выявлено клинически значимой депрессивной симптоматики. По данным торонтской шкалы алекситимии, алекситимический тип реагирования отмечался у одного из восьмерых пациентов без депрессии, у 2 пациентов с тяжелой, 6 пациентов с депрессией средней степени тяжести и у 10 пациентов с легкой депрессией. Средний балл по TAS для пациентов с депрессией и гипертонической болезнью составил 73,1± 1,3 балла, что соответствует высокому уровню алекситимии характерному для психосоматических заболеваний, а для пациентов с гипертонической болезнью без депрессии – 61,2± 1,6, что в большей степени типично для людей не страдающих заболеваниями этого регистра. Можно отметить так же, что в целом в исследуемой группе больных гипертонической болезнью распространенность клинически значимой алекситимии составила 66%, а клинически значимой депрессии – 72%, причем в группе больных страдающих и гипертонической болезнью и депрессией уровень алексетимиии составил 86%, а в группе больных гипертонической болезнью не страдающих депрессией уровень алекситимии составил всего 12%.

Из представленных результатов исследования можно сделать вывод, что и депрессия и алекситимия широко представлены среди контингента больных гипертонической болезнью. Отмечается явная коморбидность этих расстройств в исследуемой группе. Можно предположить, что именно явления алекситимии способствуют маскированному протеканию депрессии у гипертоников.

Проблема применения математического анализа в медико-биологических исследованиях

Я.А.Туровский

В настоящее время практически нет ни одного медицинского исследования, где бы не использовался математический аппарат для обработки полученных результатов, начиная от описательной статистики и заканчивая сложными математическими моделями. Как следствие, развитие новой группы методик математического анализа, к примеру, биомедицинских сигналов даёт новый толчок в исследовании процессов, происходящих в человеческом организме. Однако, несмотря на существенный рост среди медицинского научного сообщества знаний о тех ли иных методах анализа, принципиальным остаётся вопрос о корректности их применения. Если правомочность применения той или иной методики математической обработки полученных результатов освещена в специальной литературе достаточно широко, то методологическая составляющая разработана гораздо более слабо.

Иллюстрацией этой мысли может служить простой пример. Необходимо проанализировать какой-то временной ряд, например электроэнцефалограмму или вариабельность сердечного ритма. Одним из наиболее популярных методов анализа в данном случае является преобразование Фурье, раскладывающее исходный сигнал на синусы и косинусы различной частоты и амплитуды. И непосредственно сам анализ во

всех его модификациях и ограничениях, и интерпретация полученных результатов широко описаны как в математической так, и в медицинской литературе. В то же время гораздо меньше освещён принципиально важный вопрос: а на сколько полученные результаты соответствуют реальности? Действительно ли в исходном процессе присутствуют гармонические колебания или они выявлены для него искусственно? К примеру, «пилообразный» сигнал легко можно разложить на набор гармонических функций, хотя при его генерации они не использовались. Ещё более сложная, чем в области обработки сигналов, ситуация с математическим моделированием. Как показывает практика, один и тот же процесс может быть с успехом описан с применением самого разнообразного математического аппарата. Именно поэтому среди разработчиков подобных моделей сформировалось направление, согласно которому при создании модели и/или прогноза на её основании следует отказаться от медицинской и биологической интерпретации её элементов, добившись при этом максимальной прогностической ценности.

Данная проблема имеет ещё один важный аспект, который серьёзно затрудняет её решение. Как правило, над разработкой тех или иных методов математического анализа работают математики, физики, программисты, а получают и, что самое важное, интерпретируют результаты медики и биологи. В итоге на границе двух и более дисциплин возникает методологическое «непонимание» и, как следствие, идеи, заложенные в разработанные методы, далеко не всегда полностью понимаются и реализуются при медицинских исследованиях. В свою очередь и пожелания медиков нередко «видоизменяются», пройдя через формализацию математиков и программистов.

Основным путём преодоления данных противоречий является дальнейшая и более глубокая интеграция медико-биологических и физико-математических специальностей, осуществляемая не только через совместное проведение семинаров и конференций, но и через организацию в рамках учебного процесса специальных курсов как для студентов математических и физических факультетов, так и для студентов медицинских и биологических специальностей.

Металогические структуры в межкультурной коммуникации

Ю.В.Гриднев

Витологический подход к феномену социальных отношений характерен для органической школы философии конца XIX-начала XX века и её последователей в последующие годы. Автором упомянутого вначале термина «витология» является проф. В. И. Моисеев[189]. Любопытно отметить связь первого компонента этого термина (vita - жизнь) с медицинским термином “живот”, который в церковно-славянском языке означает “жизнь, органическое существование, бытие в союзе души и тела… В житии Антония Печерского говорится, что он “ископа пещеру, в ней же сконча животъ” (Полный церковно-славянский словарь Г. Дьяченко, с. 184).

Как известно, качественной особенностью ощущения является его модальность. Исходя из этой функционально-семантической категории, заметим, что ощущать себя в истории крайне важно. Этому ощущению в истории помогают добросовестно выполненные переводы, научные статьи, общественная деятельность и т.д. Известно, что без языка народ народу нем (“немец”). Язык является проявлением народного духа, одной из отличительных черт данной национальности. В ходе межкультурной коммуникации замечено (из литературных источников и личностного общения), что “западный” человек

[189] см. Моисеев В.И. Логика всеединства. - М.: Пер Сэ, 2002. – С.45-46.

стыдится искренности, совести, доброты как “глупости” в отличие от жителя нашей страны. Да и книги у нас разные: “Три Мушкетера”, “Блеск и нищета куртизанок”, “Кот в сапогах” и т.д., с одной стороны, “Капитанская дочка”, “Вешние воды”, “Аленький цветочек” и т.д., с другой.

Традиционно перевод считается ключом к пониманию особенностей иной страны, ее экономики и искусства, ее истории и культуры. Вряд ли стала бы возможной в мире широкая художественно-вербальная коммуникация без этого древнейшего вида человеческой деятельности. В этом отношении показательно одно очень глубокое в историческом плане наблюдение: "Существенная разница между допетровской и петровской эпохой заметна лишь в одном. До Петра переводы с польского, - обычное дело, многочисленны; при Петре их уже почти нет: увеличившееся знакомство с латинским и вообще с западноевропейскими языками позволило нам усилить перевод прямо с оригиналов, минуя польское посредство"[190]. Здесь важно отметить, что культурные и литературные контакты разных народов эволюционируют одновременно с развитием переводческого мастерства.

В теории и практике поэтического перевода метафора занимает достаточно видное место. Этот лингвистический термин в буквальном переводе с греческого означает "перенос за пределы"; греческое phérō - "несу" и греческий псевдопрефикс “meta-" имеет значения "за, между, после". В греческой философии metaphorá означала "переносное значение слова".

По мнению бывшего, ныне покойного, президента международного комитета по переводной поэзии проф. С.Ф. Гончаренко, при переводе поэтического текста необходимо учитывать, что металогические структуры, порождая разветвленную сеть словесно-образных связей, пронизывают всё стихотворение и "осуществляют своеобразную метафорическую интеграцию текста, преобразуя его в единую расширенную метафору"[191].

Эту металогическую структуру испанский мыслитель Хосе Ортега-и-Гассет определяет следующим образом: "Метафора, вероятно, является самой плодоносной потенцией человека. Всякая другая потенция держит нас в пределах реального, то есть того, что в данную минуту существует. Максимум, что можно здесь сделать, это что-то прибавить или убавить. Только метафора способна дать выход из повседневной жизни в мираж цветущих островков"[192].

В транслатологии под термином "адекватный перевод" обычно понимают перевод, находящийся с оригиналом в отношениях общей адекватности. Термин "адекватность" происходит от латинского прилагательного aequus - равный, одинаковый и латинской приставки ad-, иногда соответствующей русской приставке "при-“.

С теоретической позиции немецкого и российского лингвистов А. Нойберта и А.Д. Швейцера общая адекватность представляет собой оптимальный продукт трех видов частной адекватности, а именно: стилистической, прагматической и смысловой. Следовательно, в соответствии с жанровой принадлежностью оригинала и в зависимости от целевой установки переводчика и типа реципиента (читателя) надо добиваться различного соотношения этих трех видов.

Принятие данной точки зрения обязывает нас вспомнить "Очерки по истории русского литературного языка XVII-XIX веков" акад. В.В. Виноградова, где он справедливо ссылается на предписание Петра Первого "остерегаться", "дабы внятнее перевесть, и не надлежит речь от речи хранить в переводе, но точию сенс выразумев, на свой язык уж так писать, как внятнее"[193].

---

[190] Виноградов В.В. Очерки по истории русского литературного языка XVII-XIX веков. – М.: Высшая школа, 1982, изд. 3-е. – С.56.

[191] Гончаренко С.Ф. Стилистический анализ испанского стихотворного текста. М.: Высшая школа, 1988. С.165.

[192] Прос: Pros, Jorge S. Diccionario de Máximas, Pensamientos y Sentencias. - Barcelona (España): editorial SINTES, 1964. – С.356.

Сам термин "перевод" уходит корнями вглубь веков. Здесь, конечно же, уместно вспомнить девятый век, а с ним - Кирилла и Мефодия - первых переводчиков духовных книг с греческого языка на славянский. Своей лингвистической и переводческой деятельностью братья заложили основы современной восточноевропейской литературы.

Перевод, как явление, всегда связан с историческим опытом. В средние века, а именно в XII веке, в странах романской речи "одной из наиболее представительных переводческих организаций была "Escue1a de traductores de To1edo", то есть "Школа переводчиков из испанского города Толедо". В этой школе по инициативе архиепископа Раймундо начала работать группа ученых, которые переводили арабскую литературу на латинский язык" [10, с. 1099] В период Реконкисты, проходившей с VIII по XV век, когда народы Пиренейского полуострова освобождались от арабского военно-политического господства, были созданы эпические песни и цикл романсов о кастильском рыцаре Сиде Кампеадоре. Арабское слово "sāid" означает "господин" и испанское слово "campeador" означает "воитель". Интересно заметить, что в современном испанском языке "в переносном смысле слово cid имеет значение сильного и очень храброго человека, что ассоциативно соотносится с Сидом Кампеадором"[194].

Образ бесстрашного рыцаря запечатлен не только в памятниках испанской литературы, но и, например, в произведениях "французского драматурга Пьера Корнеля (1636 г.), немецкого писателя и философа Иоганна Готфрида Гердера (1803 г.)"[195] и других.

Следующий фрагмент стихотворного текста взят из сборника романсов о Сиде Кампеадоре:

Mis arreos son las armas,
Mi descanso es pelear,
Mi cama las duras peñas,
Mi dormir, siempre velar. (Romancero del Cid)

По упрощенной схеме перевод этого стихотворения, да в принципе и любого другого, можно условно представить в двух ступенях.

На первой ступени перевод идет в рамках "практического" линеарного дискурса.

На второй ступени с помощью специальных структур идет преобразование дискретных единиц прозаической речи в континуум "партитурно-специальных поэтических знаков" (акад. Н.И. Балашов).

Но прежде чем рассмотреть перевод данного стихотворения, уместно обратиться к определению перевода, которое дает испанский писатель Анхел Мариа де Лера: "Перевод литературного текста нельзя рассматривать как простую замену слов одного языка словами другого языка, чтобы написать вроде бы тот же текст. Так называемый перевод "слово в слово" также может оказаться непригодным, даже если его сделает известный писатель. Дело в том, что во всяком литературном произведении под чисто языковой ватерлинией скрываются невыраженные тайны, намерения, динамизм, а также бурное волнение жизни. И всё это закономерно проглядывает в прозе, как содержимое аквариума через стекло. Именно этот мир чувств и мыслей и должен воспринять и передать переводчик, которому нужно обладать сильной способностью к объяснению, интуицией и большой писательской культурой. В работе он не просто перелагает, а как бы повторно создает произведение иноязычного автора. Таким образом, переводчик - это не бесчувственный канал из цемента, а своего рода живая артерия, по которой идет полнокровная передача мысли. Из сказанного ясно, - как считает Анхел Мариа де Лера, -

---

[193] Виноградов В.В. Очерки по истории русского литературного языка XVII-XIX веков. – М.: Высшая школа, 1982, изд. 3-е. – С.58.

[194] Словарь академический: Real Academia Española. - Diccionario de la Lengua Española. – Madrid: Espasa-Calpe, S. A., 1956. – С.303.

[195] Словарь энциклопедический: Diccionario Enciclopédico Ilustrado. - Barcelona (España): Salvat Editores, S. A., 1990. – С.297-298, 572.

для того, чтобы переводить недостаточно механического знания двух сообщающихся языков"[196].

Однако вернемся к стихотворению об испанском национальном герое. В соответствии с первым этапом перевода оно будет иметь следующий вид:

Мой наряд - доспехи,
Мой отдых - в сражении,
Моя постель - твердые скалы,
Мой сон - вечное бодрствование.

Валерий Брюсов как-то заметил, что стихи, переложенные прозой, даже хорошей прозой, - умирают. Поэтому в соответствии со вторым этапом перевода текст будет следующим:

Мой наряд: щит и кольчуга,
Отдых мой в сражении,
Мой диван: скала-подруга,
В вечном сон мой бдении.

Любопытно употребление в переводе церковно-славянского слова "бдение", что означает "бодрствование". Не менее интересно, что зарождение церковно-славянского, или старо-славянского, или древне-болгарского языка (IX век) примерно совпадает во временном интервале с начальным периодом Реконкисты (VIII- IX века). Как известно, русская поэзия всегда была ориентирована на язык Пушкина, Лермонтова, Крылова. Употребление в переводе текста о кастильском рыцаре слова "бдение" ассоциируется с высказыванием о А. С. Пушкине, которое сделал акад. В.В. Виноградов. Действительно, "в церковно-славянском языке поэт ценит **...** его стилистические достоинства - простоту, краткость, первобытную свежесть и свободу от европейского жеманства ... Пушкин, - как отмечал В.В. Виноградов, - смешивал и сливал слова и обороты церковнославянского языка с живою русской речью и на таком соединении создал поразительное разнообразие литературных стилей и жанров"[197].

В четырех строчках вышеприведенного испанского романса, как и в его переводе, точно в зеркале отражаются металогические, или образные структуры. Казалось бы и текст небольшой - всего четыре стихотворных строки, а в нем есть антитеза и ирония, анафора и эпитет, гипербола и эллипсис, асиндетон и симиликаденция, силлепс и парадокс. Вообще правильнее видеть в этих поэтических словоупотреблениях сложную взаимосвязь не только между собой, но и с другими стиховыми структурами, например, с метро-ритмическими.

Повествование данного поэтического текста идет от первого лица, то есть от лица Сида Кампеадора. Интересен перевод строки "Mi cama las duras peñas". Испанское слово "cama" (кровать, ложе) - латинского происхождения, в переводе передано словом "диван" арабского происхождения. Испанский филолог и специалист по истории средних веков Рамон Менендес Пидаль в числе составляющих испанским язык, наряду с греческим, латинским и другими языками, выделял также арабский язык, через который в испанский лингвистический ареал попали слова, например, обиходно-бытового значения: a1coba - спальня, diván -кушетка, диван, zaguán - прихожая, сени и т.д.[198].

Употребление в переводе слова "диван" закономерно еще и потому, что согласуется с метро-ритмической структурой подлинника. Испанский текст написан четырехстопным хореем. В данной ситуации слова переводящего языка "кровать" или "постель" в сочетании с притяжательным местоимением могут передавать только ямбическую каденцию. Таким образом, слово "диван" в переводе может быть уместно не только с

---

[196] Мадарьяга: Madariaga, Luis de. Terminos Literarios. - León (España): Everest, S. A.. 1980. – С. 531-532.

[197] Виноградов В.В. Очерки по истории русского литературного языка XVII-XIX веков. – М.: Высшая школа, 1982, изд. 3-е. – С.258-259.

[198] Пидаль: Pidal, Ramon M. Manual de Gramática Histórica Española. – Habana: Instituto del Libro, 1969. – С.22-24.

исторической точки зрения, но и с точки зрения метрики. В строке текста перевода "Мой диван: скала-подруга" обращает на себя внимание метафора. Между тем, в подлиннике наблюдается эпитет в выражении "duras peñas" - "твердые скалы". Однако некоторые ученые, например, проф. С.Ф. Гончаренко и представители его школы переводоведения, склонны считать эпитет частным случаем метафоры, не отрицая при этом, разумеется, его коммуникативно-информационной самостоятельности. Как известно, метафорическое выражение индийского поэта "твердый, как скала" на санскрите звучит "Sa parvato na acyutas", что в переводе на латинский язык "ille firmus non rupes" означает "твердый, но не скала".

Но если перевести, что диван кастильского рыцаря был твердый, как скала, то концептуально-смысловое и эстетическое содержание стихотворной строки мы, конечно же, не передадим. Заметим, что при адекватном переводе в метафоре "скала-подруга" последнее слово в стилистическом плане может иметь разговорный оттенок. А как отмечал испанский филолог акад. Рафаэль Лапеса, хуглары - исполнители эпических песен, лирической поэзии и романсов - нередко прибегали к разговорным конструкциям в повествовании о подвигах Сида Кампеадора[199].

Акад. В. В. Виноградов в книге "Русский язык. Грамматическое учение о слове" относил притяжательные местоимения - мой, твой и др. - к категории имен прилагательных[200]. В испанском стихе выражение "Mi descanso", то есть "Мой отдых", в тексте перевода в соответствии с ритмом четырехстопного хорея передано, как "Отдых мой". В самом деле, можно ли менять положение слов в переводе? Французский романист и поэт Альфонс Даудет (1840-97 гг.) по-своему понимал этот вопрос. "Имя прилагательное, - говорил А. Даудет, - должно быть любовницей имени существительного, а не его законной женой. Слова хороши, когда встречаются случайно и не обременяют себя вечными узами брака. От этой подвижности слова и зависит самобытность автора"[201].

В качестве иллюстрации к остроумной, но безнравственной речи французского литератора можно привести "ресторанно-салонную" поэзию Игоря Северянина. "Подвижность слова", по А.Даудету, конечно, указывает на самобытность северянинского таланта. Хотя философ И.А. Ильин в книге "О грядущей России" (М., 1993 г.) резко отзывался о его "безграмотно-развратной манере" в стихах предреволюционного периода.

Как уже отмечалось, в тексте перевода фрагмента из сборника романсов о Сиде Кампеадоре нашли свое отражение анафора, эллипсис и некоторые другие структуры исходного текста, не потеряв при этом своей прагматической функции. Президент Императорской Академии наук (1889-1915 гг.) Вел. Кн. Константин Романов, известный в литературных кругах под аббревиатурой К. Р., в предисловии к своему переводу из Шекспира писал: "Близость к подлиннику нами по возможности соблюдена; но там, где буквальная точность шла бы в ущерб поэтической красоте и свойствам нашего языка, мы не считали себя в праве переводить слово в слово. Вообще мы стремились передать не столько слова, сколько смысл, дух и настроение подлинника"[202]. В этой идее, высказанной замечательным поэтом еще в 1893 году, заключается важная теоретическая рекомендация переводчикам, имеющая прямое отношение и к сегодняшнему дню.

Сергей Есенин в цветовой органике истории

[199] Лапеса: Lapesa, Rafael. Historia de la Lengua Española. - Madrid, Buenos Aires, Cádiz: Escelicer, S. L., 1950. – С.158.
[200] Виноградов В.В. Русский язык. Грамматическое учение о слове. - М.-Л.: Учпедгиз, 1947. – С. 201, 317.
[201] Прос: Pros, Jorge S. Diccionario de Máximas, Pensamientos y Sentencias. - Barcelona (España): editorial SINTES, 1964. – С.210.
[202] К.Р. Стихотворения. - СПБ.: Академия Наук, 1901. – С. 387.

Ю.В.Гриднев

В органической картине мира жизнь понимается не только как жизнь биологического организма, но и как существование культуры, поэзии, духа, различных феноменов, например, феномена цвета и т. д. В настоящее время хромотерапия, или лечение “цветом” находят должное применение в медицине. Присвоение объектам живой и неживой природы того или иного цвета известно с давних времен. Например, существует мнение, что Россию прозвали “Белою”, а русских государей - «Белый царь» - восточные народы, потому что в России, в XIV и XV столетиях, в великокняжеском обиходе белое платье было «в великом почтении»: даже в позднейшее время белый цвет преобладал на московских стенах (Белый город)»[203]. В свое время Н.А. Некрасова называли "красным" поэтом. То же, очевидно, можно сказать о Маяковском, Есенине и в некотором смысле о Блоке с его первой советской поэмой о революции. В своем поэтическом творчестве Ломоносов, Пушкин, А.К. Толстой, Майков, К.Р., Бунин и т.д. были "белыми"поэтами. Пушкинская "Песнь о вещем Олеге" была популярна в белогвардейской среде во время гражданской войны 1917-1922 гг. в России. К "белой традиции" в лучших своих произведениях были близки Цветаева, Северянин, Владимир Набоков, сделавший перевод на английский язык "Евгения Онегина". И хотя Пушкин по матери был правнуком Абрама Петровича Ганнибала, знаменитого крестника Петра Великого, негра по происхождению, и Лермонтов по отцу происходил из древней шотландской фамилии, переселившейся в Россию[204], мы считаем их великими русскими поэтами, как говорится, "без никаких!"

Размышляя об открытом этногенезе русского народа, главный научный сотрудник Института русской литературы (Пушкинский Дом) РАН проф. Г.М.Прохоров напомнил об одном письме, в котором ”Аксаков писал Достоевскому, что немец, генерал Клюки фон Клюгенау - русский, потому что он православный и служит русскому царю. Этого достаточно, чтобы стать русским. Думаю, открытый этногенез, - признает Г.М.Прохоров, - и сейчас работает, и скрывать православную культуру просто антинародно”[205].

С.А.Есенин - поэт, находившийся на изломе русской духовной культуры, как бы полемизируя с Аксаковым, еще в 1914 г. пишет свои залихватские строчки:

"Если крикнет рать святая:
Кинь ты Русь, живи в раю!
Я скажу: "Не надо рая,
Дайте родину мою" (1914 г.)[206]

Или другой пример:

"Позабыв людское горе,
Сплю на вырублях сучья.
Я молюсь на алы зори,
Причащаюсь у ручья” (1914 г.) [Там же, С.31].

И хотя поэт выступает в этом стихотворении от имени пастуха, перенос церковной терминологии на пантеистическую почву говорит о его внутренней противоречивости. Между тем поэт родился в православной семье. Его отец Александр Никитич обладал

---

[203] Дьяченко Г.М. Полный церковно-славянский словарь / Репринтное воспроизведение издания 1900 г. - М.: "Посад”, 1993. – С.800.

[204] Более подробно см., напр., Сосницкий А. Русская Поэзия. Избранные стихотворения Русских Поэтов с биографическими и пояснительными примечаниями. - М.: Типография Г. Лисснера и А. Гешеля, преемн. Э. Лисснера и Ю. Романа, 1902. - С. 484-491, 513-617].

[205] Прохоров Г.М. Скрывать православную культуру антинародно // Журнал "Фома”/Председатель попечительского совета Анатолий Торкунов, ректор МГИМО(У) МИД России, член-корр. РАН. - М., 2006. - № II.-С. 28-30, 32. – С.30.

[206] Есенин С.А. Снежные ветры: Стихотворения, поэмы / Сост., вступ. статья и примеч. С.П. Кошечкина. – М.: Сов, Россия, 1985. – С.30.

хорошим голосом, пел в сельском церковном хоре и не раз приглашался в хор Рязанского собора. Данное обстоятельство не помешало, однако, его сыну написать следующие строчки:

"Как будто тысяча
Гнусавейших дьячков,
Поет она плакидой –
Сволочь-вьюга!
… Но эта пакость –
Хладная планета!
Ее и Солнцем-Лениным
Пока не растопить! **…** ("Ответ", 1924 г.)[207].

Уже было известно о расстреле членов Царской Семьи, которые пополнили сонм святых канонизированных покровителей России. Но для Есенина царская Россия имела следующий вид:

"Самодержавный
Русский гнет
Сжимал все лучшее за горло,
Его мы кончили –
И вот
Свобода крылья распростерла (”Поэтам Грузии", 1924 г)[208] .

Отрицанием монархии православие тоже как бы ставится под вопрос. В знаменитом есенинском стихотворении-романсе "Письмо к матери” есть такие строки:

”И молиться не учи меня. Не надо!
К старому возврата больше нет" (1924 г.)[209]

Однако связь поэта с народной духовной культурой, которая, по словам философа И.А.Ильина, является "гимном, всенародно пропетым Богу в истории”, позволяет все-таки считать С. Есенина русским поэтом. Несмотря на внешнюю браваду "по-Дарвину”, поэт знал Священное Писание, что отразилось, хотя и в несколько искаженном виде в его творчестве. Так, например, четыре фрагмента из Откровения святого апостола Иоанна Богослова свидетельствуют о том, что Есенин читал Священное Писание, что видно из его имажинистско (буквально: образно) -прекрасных стихов, ассоциативно связанных с указанными выше фрагментами:

”В прозрачном холоде заголубели долы,
Отчетлив стук подкованных копыт,
Трава поблекшая в расстеленные полы
Сбирает медь с обветренных ракит.
С пустых лощин ползет дугою тощей
Сырой туман, курчаво свившись в мох,
И вечер, свесившись над речкою, полощет
Водою белой пальцы синих ног.
Осенним холодом расцвечены надежды,
Бредет мой конь, как тихая судьба,
И ловит край махающей одежды
Его чуть мокрая буланая губа.
В дорогу дальнюю, не к битве, не к покою,
Влекут меня незримые следы,
Погаснет день, мелькнув пятой златою,
И в короб лет улягутся труды..." ("Голубень", 1917 г.)[210] [3, с. 56].

---

[207] Ibid., С.110.
[208] Ibid., С.105.
[209] Ibid., С.79.
[210] Ibid., С.56.

Не вдаваясь в теологические толкования образов из Откровения, приведем указанные фрагменты, на которые, возможно, сознательно или подсознательно ориентировался поэт при создании своего произведения.

1) Откровение (Откр.) 1.14. Глава Его и волосы белы, как белая волна, как снег; и очи Его, как пламень огненный.

2) Откр. 1.15. И ноги Его подобны халколивану, как раскаленные в печи, и голос Его, как шум вод многих.

3) Откр. 1.16. Он держал в деснице Своей семь звезд и из уст Его выходил острый с обеих сторон меч, и лице Его, как солнце, сияющее в силе своей.

4) Откр. 1.17. И когда я увидел Его, то пал к ногам Его, как мертвый. И Он положил на меня десницу Свою и сказал мне**:** не бойся; Я есмь Первый и Последний…" [211].

Символический "обоюдоострый меч" из Откровения ассоциативно соотносится, как можно предположить, с войной или миром в есенинской строке:

"В дорогу дальнюю не к битве, не к покою…"

А то, что этот меч принадлежит Христу[212], делает понятным, в какую "дальнюю дорогу" влекут поэта "незримые следы" в следующей строке. Под словом "день" у Есенина понимаются не какие-то конкретные сутки, а целая жизнь, о чем говорится в конце стихотворения:

"И в короб лет улягутся труды".

Еще В. Даль на словарную статью "День" давал следующую сентенцию:

"День мой век мой; что до нас дошло, то и к нам пришло"[213].

На закат жизни в тексте Есенина указывает закат солнца, которое мелькает "пятой златою", а также буланый конь, бредущий, "как тихая судьба". Любопытно рассмотреть символику масти лошади, встречающейся в стихотворении. Под "буланой лошадью" подразумевается конь "светло-рыжий с черным хвостом и гривой"[214]. Символически "рыжий конь" представляет собой "образ кровавой войны или борьбы"[215]. Конь данной масти, по Апокалипсису, может также означать "или пролитую кровь, или же ревность сердечную мучеников **за** имя Христово"[216]. Здесь уместно вспомнить, что три революции в России, первая мировая война 1914-1918 гг.[217], гражданская война, трагическая гибель были страшными вехами в биографии поэта.

Лексема "халколиван" из второго фрагмента Откровения композиционно очень четко просматривается в первых двух строфах есенинского стиха. Первый компонент этой сложной лексемы происходит от греческого chalkos "медь" - металл красновато-желтого цвета. Таким образом, мы видим, как осенняя листва "медного" цвета постепенно сыплется в траву, поблекшую от "солнца, сияющего в силе своей"[218]. Второй компонент

---

[211] Библия или книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. - Петроград: Синодальная типография, 1916. – С.1507-1508.

[212] Указание на это см. Святой Андрей, архиепископ Кесарийский. Толкование на Апокалипсис/ Издание посвящается 2000-летию Рождества Христова. - М.: "Отчий дом"**,** 2000. - С. 13.

[213] Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка: В 4-х т./ Репринтное воспроизведение издания 1903-1909 гг., осуществленного под ред. проф. И.А. Бодуэна де Куртенэ. – М.: Издательская группа "Прогресс", "Универс", 1994. - Т. I. – С.1069.

[214] АН СССР. Ин-т языкознания. Словарь русского языка: В 4-х т. - М.: Гос. изд-во иностр. и нац. словарей, 1957. - Т. I. – С.150.

[215] Дьяченко Г.М. Полный церковно-славянский словарь / Репринтное воспроизведение издания 1900 г. - М**.:** "Посад", 1993. – С.262.

[216] Святой Андрей, архиепископ Кесарийский. Толкование на Апокалипсис/ Издание посвящается 2000-летию Рождества Христова. - М.: "Отчий дом"**,** 2000. – С.50.

[217] "Советская" историческая наука и "просвещенные" европейцы не относили и не относят войну с Наполеоном к первой мировой, хотя в зависимость от Франции военным путем попало большинство государств Западной и Центральной Европы.

[218] Разумеется, лицо Христа, - пишет святой Андрей, архиепископ Кесарийский, - "сияет, как солнце светом духовным, а не чувственным: как Солнце правды..." (Святой Андрей, архиепископ Кесарийский. Толкование на Апокалипсис/ Издание посвящается 2000-летию Рождества Христова. - М.: "Отчий дом"**,** 2000. - С.14).

данной лексемы "ливан", в переводе с еврейского - "белый", может иметь значение "ладана", т.е. ароматической смолы, употребляемой для курения при богослужении. Одно из значений лексемы "халколиван" - это "особый благовонный фимиам"[219], т.е. специальное вещество для курения, а также дым, поднимающийся при таком курении. А вот и есенинские строчки:

"С пустых лощин ползет дугою тощей
Сырой туман, курчаво свившись в мох"

С белым цветом воды в восьмой строчке у Есенина ассоциируется первый из приведенных ранее фрагментов Откровения: “Глава Его и волосы белы, как белая волна, как снег, и очи Его, как пламень огненный". Под "белой волной" в церковно-славянском языке понимается шерсть козья или овечья. Сразу вспоминается барашек - "белая курчавая волна, пена на волне, зайчик, беляк, белоголовец. По Волге барашки ходят"[220]. Поскольку "белая вода" у Есенина предполагает некое волнение на реке, возможно, от ветра, то данное обстоятельство ассоциируется с тем местом из Откровения, где говорится о Божием гласе, "как шуме вод многих" (1.15.).

Присутствие лексемы "ноги" в Священном Писании (Откр. 1.15. и 1.17.) можно соотнести с окончанием второго четверостишия. По христианской символике, темно-синий цвет облачения духовенства в период постов может означать "покаяние". Как известно, таинство исповеди происходит или в конце вечернего богослужения, или в начале литургии.

Одно из значений библейского выражения "Первый и Последний” (Откр, 1.17.) в церковнославянском - это "начало и конец всему"[221]. Вечер, как окончание дня и "дневной жизни в природе", находит отражение в строчках:

"И вечер, свесившись над речкою, полощет
Водою белой пальцы синих ног".

Ассоциативная связь указанных строк с отрывком из Библии "И когда я увидел Его, то пал к ногам Его, как мертвый. И Он положил на меня десницу Свою и сказал мне**:** не бойся; Я есмь Первый и Последний…" вызывает в памяти пушкинские строки:

"Где ж мертвец? - Вон, тятя, э-вот!
В самом деле, при реке,
Где разостлан мокрый невод,
Мертвый виден на песке"[222].

Разумеется, что сложный и многоплановый Сергей Есенин, отрекаясь от наносной и поверхностной, и где-то, может быть, конъюнктурной шелухи, в лучших своих душевных порывах создавал проникновенные и красивые лирические произведения.

В литературной биографии гениев бывали периоды падений и взлетов. За участие в революционной деятельности Достоевский побывал на каторге, но впоследствии писал романы с христианской точки зрения. Роман Толстого "Война и мир" (1863-1869) читали в трех поколениях царской семьи. А за псевдоправославную проповедь о непротивлении злу насилием Ленин назвал Толстого "зеркалом русской революции”. Философ С.Н.Булгаков из тупиков легального марксизма вышел, в конечном счете, к православному богословию. Примеры можно множить.

---

[219] Святой Андрей, архиепископ Кесарийский. Толкование на Апокалипсис/ Издание посвящается 2000-летию Рождества Христова. - М.: "Отчий дом”**,** 2000. – С.13.

[220] Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка: В 4-х т./ Репринтное воспроизведение издания 1903-1909 гг., осуществленного под ред. проф. И.А. Бодуэна де Куртенэ. – М.: Издательская группа "Прогресс", "Универс", 1994. - Т. I. – С.120.

[221] Дьяченко Г.М. Полный церковно-славянский словарь / Репринтное воспроизведение издания 1900 г. - М.: "Посад”, 1993. – С.415.

[222] Сочинения А. С. Пушкина / Издание третье, под ред. П.А. Ефремова. -СПб.: Издание книгопродавца Я.А. Исакова, в Типографии В. Безобразова и Комп., 1880. - Т. 2. – С.246.

Но вернемся к Есенину. Как вспоминал поэт, в детские годы он мечтал: "…буду я известным и богатым и будет памятник стоять в Рязани мне"[223]. С.Н. Кошечкин отмечает: "Памятник ему поставлен - и не только в Рязани. Русский поэт Сергей Есенин известен во всем мире.

И богат он - беспредельно. Он богат народной любовью - искренней и глубокой"[224].

---

[223] Ср, у Пушкина: "Я памятник себе воздвиг нерукотворный, / К нему не заростет народная тропа, / Вознесся выше он главою непокорной / Наполеонова столпа" [Сочинения А. С. Пушкина / Издание третье, под ред. П.А. Ефремова.- СПб.: Издание книгопродавца Я.А. Исакова, Типография (бывшая) Котомина, 1880. - Т. З. - С. 431]. Да, да, здесь нет оговорки. Именно "Наполеонова". Того самого, которого разгромил Александр I. Но надо же какой "проклятый царизм". В советских изданиях произведений Пушкина Наполеон превратился в Александра. См., например, "…Александрийского столпа" [Пушкин А. С. Избранные стихотворения и поэмы / Подготовка текста и примеч. Л.Н. Назаровой. – Л.: Ленинградское газетно-журнальное и книжное изд-во, 1949. - С. 250]. О том, как препарировались в XX веке тексты классиков русской литературы и поэзии, могли бы, наверное, рассказать в своих исследованиях российские филологи и историки нового поколения.

[224] Есенин С.А. Снежные ветры: Стихотворения, поэмы / Сост., вступ. статья и примеч. С.П. Кошечкина. – М.: Сов, Россия, 1985. – С.22.

Данные об авторах:

1. ***Ахунов Ильдар Наилевич*,** аспирант кафедры биоэтики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета.
2. ***Баринов Евгений Христофорович***, канд. мед. н., доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ.
3. ***Бартко Александр Николаевич***, канд. филос. н., доцент кафедры философии, биомедэтики и гум.наук МГМСУ.
4. ***Беляев Вадим Алексеевич***, канд. филос. н.
5. ***Болховитинова Светлана Леонидовна***, преподаватель кафедры биомедицинской этики РГМУ, аспирант Института Философии РАН.
6. ***Бурлина Елена Яковлевна***, д. филос. н., профессор, заведующая кафедрой философии и культурологии Самарского государственного медицинского университета.
7. ***Власова Ольга Александровна***, канд. филос. н., старший преподаватель кафедры философии Курского государственного университета.
8. ***Гаспаров Игорь Гарибович***, аспирант кафедры систематической философии Воронежского государственного университета.
9. ***Гнатик Екатерина Николаевна***, д. филос. н., профессор кафедры онтологии и теории познания Российского университета дружбы народов, ведущий научный сотрудник Института философии РАН.
10. ***Горюнов Игорь Александрович***, специальный корреспондент отдела фундаментальной науки газеты Российской академии наук "Поиск", соискатель на степень кандидата философских наук Государственного Университета Гуманитарных Наук (Москва).
11. ***Григорьев Александр Борисович***, канд. филос. н., доцент каф. философии, ГОУ ВПО «Сибирский государственный технологический университет» (г.Красноярск).
12. ***Гриднев Юрий Васильевич,*** канд. филол. наук, докторант Московского государственного лингвистического университета.
13. ***Гурылева Марина Элисовна*,** д. мед. наук, доцент кафедры биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета.
14. ***Егоренков Анатолий Иванович***, канд. пед. н., биофизик, доцент кафедры мед. биофизики Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г.Киев), ответственный секретарь Комиссии по вопросам этики при НМУ.
15. ***Ивашкин Сергей Николаевич***, кандидат культурологии, докторант Российского Института Культурологии.
16. ***Калинин Эдуард Юрьевич***, старший преподаватель Московского энергетического института.
17. ***Кашин Александр Васильевич***, канд.мед.наук, доцент кафедры философии и гуманитарной подготовки ВГМА им. Н.Н. Бурденко.
18. ***Киященко Лариса Павловна***, д. филос. н., ведущий научный сотрудник ИФ РАН.

19. ***Коган Виктория Олеговна***, ассистент кафедры культурологии Воронежского государственного университета, факультет философии и психологии.

20. ***Кочубей Наталья Васильевна***, канд. филос. наук, доцент Сумского государственного педагогического университета.

21. ***Крель Александр Александрович***, д. мед. н., профессор, президент Ассоциации «Антира» – Института клинической медицины и социальной работы им. М.П. Кончаловского, г.Санкт-Петербург.

22. ***Кулиев Закир Агаевич***, к. филос. н., доцент кафедры философии и политологии ММА им. И.М.Сеченова.

23. ***Летов Олег Владимирович***, канд. филос. наук, старший научный сотрудник ИНИОН РАН.

24. ***Майленова Фарида Габделхаковна***, д.филос.н., в.н.с. ИФ РАН.

25. ***Моисеев Вячеслав Иванович***, д.филос.н., профессор, заведующий кафедрой философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ.

26. ***Москаленко Виталий Федорович***, ректор НМУ им. А.А. Богомольца, проф., д.м.н., член-корр. АМН Украины.

27. ***Нагуманова Светлана Фарвазовна***, канд. филос. н., доцент кафедры истории, философии, социологии и политологии Казанского государственного медицинского университета.

28. ***Островская Ирина Геннадиевна***, аспирант кафедры биохимии МГМСУ.

29. ***Панов Сергей Владимирович***, канд. филос. н., докторант Российского Института Культурологии.

30. ***Петрова Екатерина Викторовна***, канд. филос. н., Институт Философии РАН, научный сотрудник Центра био- и экофилософии.

31. ***Плютто Петр Александрович***, канд. филос. н., канд. ист. н, доцент кафедры философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ.

32. ***Пронин Михаил Анатольевич***, канд. мед. н., руководитель исследовательской группы «Виртуалистика», заместитель заведующего сектором гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН.

33. ***Роганов Сергей Валерьевич***, помощник руководителя аппарата Советника Президента РФ, соискатель Института философии РАН.

34. ***Ромодановский Павел Олегович***, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и медицинского права МГМСУ.

35. ***Саблина Наталья Алексеевна***, канд. филос. н., доцент кафедры философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ.

36. ***Сабурова Вера Ивановна***, канд. био. н., доцент кафедры биомедицинской этики РГМУ.

37. ***Сидорова Татьяна Александровна***, канд. филос. н., доцент кафедры общегуманитарных и социальных дисциплин Сибирского Независимого института.

38. ***Силуянова Ирина Васильевна***, д.филос.н., профессор, заведующая кафедрой биомедицинской этики РГМУ.

39. ***Тетюшкин Михаил Александрович***, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета.

40. ***Тищенко Павел Дмитриевич***, д. филос. н., заведующий сектором гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН.

41. ***Туровский Ярослав Александрович***, канд. мед. н., доцент кафедры цифровых технологий Воронежского ГУ, заведующий лабораторией информационных медицинских технологий ВорГУ.

42. ***Ульев Алексей Викторович***, специалист по учебно-организационной работе научного отдела ГОУВПО «Московский государственный университет сервиса»,

факультет экономики сервиса.

43. ***Хрусталев Юрий Михайлович***, д. филос. н., профессор, председатель Координационного учебно-методического совета по гуманитарному образованию в вузах Минздрава России, заведующий кафедрой философии и политологии ММА им. И.М.Сеченова.

44. ***Хруцкий Константин Станиславович***, канд. филос. н., доцент Института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого; г. Великий Новгород.

45. ***Черников Михаил Васильевич***, д. филос. н., заведующий кафедрой философии и социально-гуманитарных дисциплин Института менеджмента, маркетинга и финансов (ИММиФ), г. Воронеж.

46. ***Чеснов Ян Вениаминович***, канд. ист. н., ведущий научный сотрудник ИФ РАН.

47. ***Шапиева Альбина***, студентка 2 курса МГМСУ, факультет лечебное дело.

48. ***Шевченко Александр Алексеевич***, канд. филос. н., Медицинский отдел Управления Воронежской и Борисоглебской епархией, г. Воронеж.

49. ***Шеманов Алексей Юрьевич***, канд мед. наук, ведущий научный сотрудник Российского Института Культурологии.

50. ***Юдин Борис Григорьевич***, д.филос.н., профессор, член-корр. РАН, заведующий отделом ИФ РАН.

51. ***Юрьев Георгий Петрович***, главный научный сотрудник ИФ РАН, психотерапевт поликлиники № 1 РАН, д. мед. н. (авиационная, космическая и морская медицина), канд. психол. н. (педагогическая психология), психотерапевт в.к.

52. ***Яворовский Александр Петрович***, д. мед. н., профессор, проректор НМУ им. А.А. Богомольца.