Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова
Московское философское общество

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Вып. 11

ОБРАЗЫ СОЦИАЛЬНОГО И ВИТАЛЬНОГО В БИОМЕДИЦИНЕ

сборник статей

МОСКВА 2017

УДК 57:1(082)+61:1(082)
ББК Е.в.я43+Р.в..я43
Ф54

Редколлегия сборника:

Моисеев В.И., доктор филос. наук, профессор (главный редактор),
Кияшенко Л.П., доктор филос. наук, профессор;
Аверкина Е.И., канд. филос. наук.

Ф54 Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 11: образы социального и витального в биомедицине: сборник статей. – Тверь: Твер. гос. ун-т, 2017. – 274 с.

В сборнике представлены тезисы докладов и сообщений участников одиннадцатой ежегодной конференции «Философские проблемы биологии и медицины: образы социального и витального в биомедицине» (Москва, октябрь 2017 г.).

© Авторы статей, 2017
© Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, 2017
© Тверской государственный университет, 2017

ISBN 978-5-7609-1254-1

Введение

В рамках 11-й научно-практической всероссийской конференции «Философские проблемы биологии и медицины: образы социального и витального в биомедицине» планируется обсуждение феноменов биологии и медицины как трансдисциплинарных типов знания и практики, существенно связанных с субъектно-социальными структурами опыта. Предполагается, что в рамках медико-биологической субкультуры в обществе формируется и эволюционирует новый тип трансдисциплинарного опыта, предполагающий выход за границы позитивистски понимаемого научного знания, существенно опирающийся на культурологические, субъектно-насыщенные определения научной рациональности, проекцию феноменов жизненности («витальности») за границы телесно-соматических определений индивида. Тем самым, в культуре формируется творческая смыслопорождающая среда, создающая возможности для более глубокого теоретического осмысления и практического освоения феноменов человеческой жизни в норме и патологии, для содержательного выстраивания отношений человека с живой и неживой природой, с техногенным телом человеческой цивилизации, для взаимообогащающей конвергенции социогуманитарного и естественнонаучного знания. В рамках «субъектно-тропного» трансдисциплинарного опыта важную роль играют структуры коллективной субъектности (социальности), формирующие новый тип рациональной объективности и инвариантности.

Многочисленные кризисные явления в современной биомедицине (рост числа заболеваний, в том числе хронического характера, угрожающие тенденции ятрогении, связанные с осложнениями и побочными явлениями фармакотерапии, господство биоинженерной и контрактной моделей в отношениях врача и больного и т.д.), укоренены в столкновении неорганико- и органико-тропного типов рациональности социального института биомедицины и требуют своего глубокого исследования и социальной коррекции. Подобные задачи апеллируют к области фундаментальной проблематики философии трансдисциплинарности, одновременно выражая актуальные проблемы современной биологии и медицины, их философско-методологических и ценностных оснований.

Киященко Л.П.
Моисеев В.И.

ДОКЛАДЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

ТРАНСМАТЕРИАЛИЗМ КАК ОСНОВАНИЕ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО И ВИТАЛЬНОГО

Моисеев В.И.

Я хотел бы ввести в философскую терминологию и семантику новые термин и категорию – так называемый «трансматериализм». С одной стороны, это разновидность материализма, который утверждает, что есть только материя и ничего, кроме материи и её форм. С другой стороны, приставка «транс-» означает выход вовне, транс-цендирование за любую фиксированную область. В данном случае, «транс-» означает выход за границы любой формы материи и утверждение материи как *транс-материи* – такого образа материального бытия, которое и включает в себя любой вид материальности, и выходит за его границы, предполагая всё новые и неизвестные ранее виды материальности[1].

Таким образом, можно дать такое первоначальное определение*:* *трансматериализм* – философское учение, которое утверждает, что есть только материя и её формы, но число форм материи безгранично, так что для любой фиксированной формы материи всегда найдётся выходящая за её границы новая форма материальности.

Конечно же в первую очередь возникает вопрос, как соотносится трансматериализм с идеальным бытием – внутренним миром, сознанием, разумом, идеями и т.д. Трансматериализм отвечает, - в духе любого другого материализма, - что всё то, что называется «идеальным» («нематериальным»), является на самом деле также теми или иными формами материальности, но трансцендирующими за другие материальные формы, которые обычно отождествляются с материей вообще.

Как, например, решает трансматериализм вопрос о непространственной природе идеального бытия? Как известно, со времён декартовского дуализма, материальное отождествляется с пространственным (протяжённым), в то время как нематериальное (идеальное), согласно Декарту, не обладает протяжённостью и не имеет точек пересечения с материальным бытием.

Трансматериализм отмечает, что в любом материальном бытии есть момент *самости*, самобытия, данности изнутри данного бытия. И это измерение самости есть также одно из проявлений трансматериальности, которое в ряде случаев может достигать высокой степени развития и выражения себя в форме внутреннего мира и его проявлений (сознания, разума

[1] В этом смысле трансматериализм содержит в себе вечный момент становления, трансцендирования к иному из всякой фиксированной области; в то же время, в своём пределе, трансматериализм оказывается антиномичным, когда нужно трансцендировать за границы «всего» – того, за что уже трансцендировать нельзя по определению. Здесь прямая аналогия с так называемыми *предельными противоречиями (L-противоречиями),* теорию которых автор развивал в ряде своих работ – см. напр.[2].

и т.д.). В аспекте самости в материальном образовании возникает момент непространственности – в форме, например, пространственной безграничности (бесконечности) или неопределённости. Также следует заметить, что момент непространственности присутствует в самом феномене пространства, поскольку пространство, как некоторое определённое качество, имеет границы со своим иным (непространством), например, временем, бесконечностью, и потому момент инобытия заложен в самом пространстве (как, впрочем, и в любой определённости, имеющей предел в чём-то ином).

Таким образом, «непространственность нематериального бытия» может быть представлена как *инобытие пространственности* (*инопространственность*) всё того же трансматериального бытия, данного в своих повышенно инаковых формах в отношении к более центральным своим областям (*само*)*пространственной* материальности.

В связи с этим, материя (как трансматерия) всегда пространственна, но не обязательно всегда *самопространственна*, выражая только момент самобытия пространства. Она покрывает феномен пространственности во всей его полноте – в единстве само- и ино-пространственности, образуя в целом *транс-пространство* и *транспространственность*. Учение о транспространственности – это отдельная и важная задача трансматериализма. В этом случае точнее было бы утверждать, что трансматериализм принимает *инопространственность* идеального бытия, а не просто его непространственность, и в таком виде включает его в состав трансматерии.

Как относится трансматериализм к платоновскому миру идей? Трансматериализм принимает здесь промежуточную позицию *сильнопредикатизма*[1], согласно которой идеи есть *сильные предикаты* сущих, обладающие своей инвариантностью, но отличной от инвариантности сущих, в частности, таким образом, что сильные предикаты не могут предицироваться так же, как сущие, - они лишь *экспрессируют* себя в частных своих проявлениях (частных предикатах сущих). В то же время сильные предикаты принадлежат той же онтологии, что и сущие, только несколько иным её онтологическим измерениям. Сильные предикаты – также одно из проявлений трансматериальности, относительно трансцендентной к бытию сущих.

Развивая учение о транспространственности, можно говорить о категории *пространства-материи*, которая должна дополнять категорию пространства-времени в единой категории *пространства-материи-времени* – также как одной из форм трансматериальности.

Категория пространства-материи означает, что тот или иной вид (форма) материи всегда имеет свою *транспространственную проекцию*, своё транспространственное выражение, которое как бы кодирует данный вид материальности в некоторой единой транспространственной схеме. В связи с этим, виды материи можно во многом выражать их транспространственными

[1] Сильнопредикатизм [Электронный ресурс] URL: https://yadi.sk/i/_xLFfx1os2sPN (Последняя дата обращения 02.09.2017).

проекциями, т.е. теми видами транспространственных структур, в рамках которых только и рождается и определяет себя данный вид материальности.

В принципе, примерно к тому же состоянию, которое представляет собой трансматериализм, можно было бы придти, оттакливаясь от идеализма и развивая версию своего рода «транс-идеализма». Но, во-первых, в итоге всё равно получилось бы равенство «транс-идеализм = трансматериализм». Во-вторых, идеализм строится в большем противопоставлении с пространственными структурами, и здесь сложнее было бы провести идею нематериального как инопространственного и выйти к более структурным решениям. Но в любом случае этот ход «транс-идеализма» не следует сбрасывать со счетов, поскольку через него может идти более органичная координация с рядом гуманитарных направлений «транс-субстанциализма», если уж под этим термином обобщать то единое, что одинаково получается как из трансматериализма, так и транс-идеализма.

Учение о транспространственности предполагает развитие новых разделов математики, которые в целом можно было бы называть *трансматематикой*. Сегодня эти разделы во многом центрируются вокруг направления, развиваемого автором и получившего название *R-анализ* (*релятивистский анализ количества*) [2], – подобно релятивистскому анализу движения в теории относительности. Основным объектом исследования в R-анализе является *R-система* – относительно законченная система количества, инвариантом которой является качество данного вида количества. R-пространства – это пространственные случаи R-систем, когда рассматриваются относительно законченные пространственные системы (малые пространства). Главная особенность R-анализа состоит в возможности построения моделей *многослойных R-систем* и *R-пространств*, когда одни R-системы (R-пространства) вложены в другие, образуя в целом сложную их координацию (многослойную R-систему (многослойное R-пространство)). В этом случае каждое R-пространство будет выражать тот или иной вид материальности, в связи с чем многослойность R-пространств будет означать трансматериальную многослойность.

В общем случае R-анализ выходит за границы только пространственных моделей, предполагая более общее учение об *R-структурах*; но в онтологическом плане, по-видимому, все прочие структуры оказываются так или иначе производными от базовых транспространственных структур.

Если теперь, после общефилософских формулировок, двигаться в направлении к выражению феномена жизни, человека и общества, то, во-первых, мы встаём перед задачей определения феномена жизни. Здесь общая схема решения следующая. Уже физическая материя проявляет многослойность, например, в виде различных агрегатных состояний вещества. Далее эта многослойность продолжается за пределы физико-химических форм материи. В частности, используя структуры R-анализа, так называемые модели *двуполюсного* и *обратного количества* [2], можно связать феномен жизни не

просто с многослойностью, но с существованием слоёв *обратных материй* (и пространств), обладающих особенно сильной когерентностью и самостью, способной породить феномен внутреннего мира. В этом случае жизнь – это многослойное материальное образование, в котором скоординированы слои прямых и обратных материй. Число и уровень развития обратных (телесных) материй будет выражаться в развитии и сложности как внешней телесности живого существа, так и его внутреннего мира. Достаточно высокой стадией развития внутреннего мира выступит разум – способность оперирования с бесконечными изображениями внутреннего мира (общими понятиями, универсальными законами, идеями). В связи с этим можно говорить о биологической (витальной), психической, социальной материальности – в некоторой аналогии с соответствующими формами материи, например, в диалектическом материализме. Специфика трансматериализма в том, что он использует для объяснения соответствующих видов материальности модели многослойных R-пространств – прямых и обратных.

Переходя к выражению феномена социума, мы должны будем использовать понятие социальной материи, которая имеет в том числе своё многослойное R-пространственное представление – в виде многослойных социальных R-пространств, в материальности которых организованы социальный внутренний мир и социальная телесность.

Более детально соотношение социального и витального можно было бы моделировать в рамках так называемой *модели самости*, предполагая, что область индивидуальности субъекта имеет трансматериальное выражение в виде некоторой области транспространства (*сферы самости*), в которой в максимальной степени сконцентрировано начало самости данного субъекта (индивидуального или коллективного). Центром-ядром сферы самости разумного субъекта является его эго (*эго-центр* сферы самости). Сфера самости в общем случае многослойна по разным параметрам, например, по времени (слои прошлого-настоящего-будущего), по степени своего-чужого и т.д. Эго выступает как источник разного рода своих *эманаций* – действий, состояний, качеств, и может называться в связи с этим *источниковым эго* [3]. Сфера самости дана также как переживательное бытие в многообразии разных своих видов (образ, чувство, смысл и т.д.). Состояния, которые соотносятся со сферой самости (например, лежат внутри или вне её), могут обладать качествами правильности и самостности. *Правильность* выражает в конечном итоге тот или иной модус развития субъект-бытия, а *самостность* – это свойство состояния как желаемого, как своего. Вхождение внутрь сферы самости – это и есть определение состояния как своего, т.е. приобретение им свойства самостности. То же, что лежит вне сферы самости, - то несамостно, т.е. переживается как не своё, как нежелаемое. Витальность можно во многом отождествить с самостностью (нахождением внутри сферы самости), а идеал социальности – с правильностью состояний.

В этом случае главная задача развития разумного субъекта – это сделать всё правильное самостным, а всё самостное – правильным, т.е. отождествить

качества самостности и правильности. В иной терминологии – это гармонизация социального и витального. Известно, что это задача не из лёгких, поскольку, как правило, субъект обнаруживает, что множество самостных его состояний являются неправильными (например, деструктивные агрессивные желания, пороки), а множество правильных состояний не обладают для него свойством самостности – понятно, что, например, законы морали нужно выполнять, но они во многом выступают в модусе долга, а не желания. Кант даже принял ту крайнюю точку зрения, что именно нежелаемость нравственных норм повышает их нравственный характер. Но хорошее воспитание, как известно, стремится слить долг и желание.

Более того, для развития субъекта необходимо, чтобы два основных акта развития – вывод из сферы самости неправильного (*экзо-акт*) и ввод в сферу самости правильного (*эндо-акт*) совершались бы самим источниковым эго субъекта, т.е. по его собственной воле, а не навязывались извне тем или иным способом. Кстати, *волю* можно как раз определить как активность указанных двух актов, в то время как *желание* направлено только на самостное, независимо от его качества правильности или неправильности.

Это значит, что экзо- и эндо-акты сами должны быть самостны, т.е. принадлежать сфере самости субъекта. Отсюда возникает своеобразный *круг развития* – чтобы становиться правильным, нужно уже быть правильным. Но реальная жизнь всё же умудряется разрывать этот круг, и в истории мы имеем примеры развития субъектов. Общая логика разрыва круга развития – метод последовательных приближений, когда существует некоторая мера и область квазиправильности (в том числе в определениях воли), отталкиваясь от которой можно усилить имеющиеся образы (около-)правильности (по качеству или объёму). Но конечно всегда возможно и противоположное движение. В общем случае мы имеем здесь сложную экзистенциальную диалектику, рисунок которой и есть сама жизнь.

Стратегия развития тем и сложна (и это хорошо знают все родители), что здесь обычно нельзя заставить быть правильным, поскольку это будет несамостная правильность, не принятая субъектом по своей воле. Максимум, что можно обычно сделать, - это со-действовать двум основным актам воли. Например, социальная среда могла бы усиливать вероятность выбора правильного, оставляя окончательный выбор за индивидом (стратегия «мягкой силы»).

Но и конечно же, все эти схемы предполагают, что мы знаем, что такое правильное. Однако понять это – также непростая задача жизни и часть общего развития. Непростая, но в принципе решаемая задача, и здесь можно двигаться к истине, используя в общем-то всё те же процедуры обоснования, что использует и наука, но в науке самой жизни. Важную роль здесь играет также *интервальный подход* [1], который позволяет оперировать конструкциями «относительной абсолютности» - абсолютности в рамках некоторого интервала условий.

Подобные модели позволяют решить ряд проблем, которые не в состоянии были преодолеть существовавшие ранее монистические или дуалистические направления.

В первую очередь на общефилософском уровне в трансматериализме решается проблема «взаимодействия души и тела» (mind-body problem). И то, и другое есть одинаково материальные образования, между которыми вполне возможны взаимодействия и отношения. В частности, с каждым видом R-пространства могут быть связаны не только свои виды материальности, но и энергии, так что феномен энергии также оказывается многослойным, в целом формируя инвариант более высокого порядка, который можно было бы называть *трансэнергией*. Если отдельные виды энергии могут не сохраняться в том или ином контексте, то в отношении к трансэнергии всегда можно предполагать выполнение закона сохранения.

Далее, несмотря на материалистическую установку, в трансматериализме, как это было представлено выше, вполне находят своё выражение феномен «нематериальности» («непространственности») как иноматериальности (инопространственности). В частности, феномен внутреннего мира связывается с сильной самостью обратных материй, и внутреннее измерение бытия оказывается одним из онтологических измерений трансматериальности. Бытие идей представляется как особый вид бытия сильных предикатов, существующих хотя и в своём измерении, но той же онтологии сущих. В том числе приставка «транс-» в определениях трансматериализма может пониматься и как момент трансцендирования за границы внешней материальности в область бытия внутреннего мира, в область формы, предикативного бытия и т.д.

В конечном итоге трансматериализм может выполнить роль синтеза интегральных философских подходов и научной методологии, формируя новый феномен интегрального научно-ориентированного знания, которое условно можно обозначить как *транснаука* [4]. Тем самым могут преодолеваться фундаментальные расколы современной культуры, например, между наукой и религией, естественными и гуманитарными науками и т.д. Одним из маркеров такой интеграции является принятая нашей конференцией тематическая дополнительность «социального и витального», где полюс социального больше тяготеет к надбиологическим, а полюс витального – к биологическим определениям комплексного человеко-бытия.

Литература

1. Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. – М.: ИФРАН, 2009. – 205 с.

2. Моисеев В.И. Логика открытого синтеза: в 2-х тт. Т.1. Структура. Природа. Душа. Кн.1. – СПб.: ИД «Міръ», 2010. – 744 с.

3. Моисеев В.И. Социопротокод как символизация структуры и динамики социального многоединства // Образы постнеклассической интегральной философии. Вып. 2: Материалы 2-й летней школы по интегральной философии

и философии неовсеединства: сборник статей. - М. : ИД «Навигатор»: ООО «Сам полиграфист», 2015. – 104 с. - С.9-26.

4. Моисеев В.И. Феномен транснауки: трансдисциплинарные измерения научного знания / Трансдисциплинарность в философии и науке: подходы, проблемы, перспективы. Под ред. В.Бажанова, Р.В.Шольца. – М.: ИД «Навигатор», 2015. – С.160-175.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕКАРСТВО КАК КУЛЬТУРНЫЙ ПРОДУКТ: МЕДИКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ[1]

Михель Д.В.

Голландский медицинский антрополог Сьяк Ван дер Гист в своих исследованиях об особенностях распространения и восприятия западных лекарств в странах Третьего мира высказал весьма продуктивную мысль о том, что лекарство является не только коммерческим, но и культурным продуктом[2]. Такая особенность торговли лекарствами в развивающихся странах, как их продажа в розницу и без рецептов, влечет за собой важное следствие: продавцы и покупатели лекарств начинают воспринимать их персоналистически. Значимыми признаками лекарств становятся страна их производства, форма, цвет, вкус и цена, а также истории, сопровождающие историю об их чудесных возможностях и о том, как они попали в это конкретное место. Ван дер Гист указывает на то, что население развивающихся стран предпочитает иметь дело не с лекарствами «вообще», а с «особенными» лекарствами, которые лучше всего подойдут конкретному человеку. В силу целого ряда исторических и культурных причин в странах Третьего мира происходит *индигенизация* западной биомедицины: ее лечебно-диагностические методы и ее лекарства впитывают в себя особенности местной культуры, ее символизм и ценностные характеристики.

Представляется, что наблюдения Ван дер Гиста, сделанные применительно к системе здравоохранения стран Третьего мира в 1980-е гг., могут быть, хотя с оговорками, применены и для оценки ситуации с персонализированными препаратами в развитых странах в первой четверти XXI в. В частности, это касается того обстоятельства, что наметившаяся в развитых странах тенденция к выпуску персонализированных лекарств коррелирует с тенденцией к персонализации универсализированных препаратов в развивающихся странах, здравоохранение которых перманентно пребывает в полуразрушенном состоянии. При этом в обоих случаях мы имеем дело с закономерностями культурного процесса: в развитых странах персонализация – это следствие

[1]Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 15-03-00822.

[2] Van der Geest S. Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries // Medical Anthropology Quarterly. 1984. Vol. 15 (3). P. 59-62; Van der Geest S. Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries-II // Medical Anthropology Quarterly. 1984. Vol. 15 (4). P. 87-90.

биомедицинского прогресса в условиях широко обеспеченного потребления, в развивающихся странах персонализация – это результат плохо обеспеченного потребления в условиях хронического отсутствия значимой медицинской информации.

Перешагнув в 1970-е гг. очередной эпидемиологический порог, население развитых стран перестало умирать преимущественно от инфекций, тогда как основной причиной смертности стали хронические болезни, прежде всего, рак и сердечно-сосудистые заболевания. Для большей части населения Третьего мира рак и сердечно-сосудистые заболевания – это все еще далекая перспектива, поскольку главными источниками страданий там остаются кишечные инфекции, малярия и заболевания, передающиеся половым путем.

До самого недавнего времени население развитых стран было приучено лечиться у врачей, которые использовали традиционный подход: «для каждой болезни – свое лекарство». Новые достижения в молекулярной биологии, спровоцировавшие возникновение персонализированной медицины (ПМ), привели к появлению новых воззрений и связанных с ними культурных практик, касающихся персонализированного лечения, прежде всего, различных видов рака, а также целого ряда сердечно-сосудистых, неврологических, эндокринных, ревматологических, психиатрических и иных заболеваний.

Медицинские публикации сегодня пестрят примерами успешных случаев лечения пациентов с помощью персонализированного подхода. Весенний выпуск бюллетеня Коалиции персонализированной медицины приводит характерный пример такого лечения по поводу рака прямой кишки. В нем речь идет о 75-летнем американце Кевине Бенти, которому была оказана помощь с использованием методов ПМ. После безуспешной операции по удалению опухоли в мае 2014 г. и продолжительной химиотерапии в последующий период пациенту провели очередную диагностику, но на этот раз с использованием генетического тестирования. В результате у него была выявлена редкая аномалия, встречающаяся лишь у 1% пациентов с раком прямой кишки, - аномальное слияние генов CCDC6 и RET. Весной 2016 г. Бенти было назначено лечение с помощью экспериментального препарата RXDX-105, который производился компанией Ignyta и в то время проходил клинические испытания (на период мая 2017 г. препарат все еще проходит клинические испытания – *Д.М.*). Активные вещества препарата выступили в роли ингибитора генетической аномалии, и спустя 16 недель после начала приема лекарства пациент полностью вылечился. По словам авторов публикации, «точная онкология» с успехом доказала свое право на существование[1].

Истории, подобные этой, - не редкость. Еще больше таких историй, когда дело касается препаратов, уже прошедших клинические испытания и официально вошедших в арсенал современного здравоохранения. Медицинские издания всего мира пестрят сообщениями об успешном применении

[1]Kowack E., Patel R. Precision Oncology: Far from an Illusion // Personalized Medicine in Brief. Washington, D.C.: PersonalizedMedicineCoalition, 2017. Vol. 8, Spring. P. 14-15.

Герцептина (Трастузумаба), Гливека (Иматиниба), Тарцевы (Эрлотиниба), Тасигны (Нилотиниба) и многих других препаратов. Высокая стоимость препаратов ПМ не отменяет возможности их свободного приобретения у дилеров. Однако принципиальный момент заключается в том, что эти лекарства, действительно, являются лекарствами не для всех, а только для тех пациентов, которые обладают соответствующей биологической характеристикой – особым биомаркером, выявить который можно лишь с помощью специализированных диагностических средств.

Пример с Кевином Бенти показывает, что назначенное ему лекарство было выбрано по итогам персонального подбора. Предлагаемые ему в комплексе с химиотерапией такие препараты, как Иринотекан (Камптосар), Флуоруорацил (Эфудекс) и Бевацизумаб (Авастин), успеха не возымели. Примечательно, что первые два из них – Иринотекан и Флуоруорацил – также входят в перечень таргетных препаратов, одобренных FDA, но в случае с Бенти их эффективность оказалась нулевой, поскольку их мишенями были другие маркеры.

История с лечением Кевина Бенти – это история о драматическом переломе, который привел к отказу от традиционного лечения, не принимающего в расчет уникальную биологию пациента, к лечению, основанному на персональном подборе лекарства. В сущности, это апология ПМ. Между тем исторически в таких апологиях уже нет нужды. В культурных реалиях современного развитого общества персональный подбор препаратов – это уже не блажь медицинских профессионалов, а новая, утвердившаяся культурная норма. Ее возникновение связано с общими закономерностями процесса медикализации, который сопутствует всем прочим социокультурным процессам развития - модернизации, экономическому и научно-техническому развитию, росту социальной защищенности и распространению стилевого и поведенческого разнообразия.

На ранних этапах медикализации произошло превращение медицины из искусства врачевания в социализированную научную силу - ядро системы общественного здравоохранения, которая занялась решением тех социальные проблем, с которыми не могли справиться другие общественные институты – семья, система школьного образования, полиция, суд, армия. На протяжении всего XIX в. медикализация становилась зримым процессом, который способствовал росту общественного доверия к врачам, больницам и всему, что вообще связано с медициной. Многие общественные и индивидуальные проблемы стали осмысливаться в медицинских терминах, включая и те, которые до сих пор не считались предметом медицинского попечения.

Приблизительно с начала XX в. в развитых обществах Запада начался следующий этап медикализации, в ходе которого уже социализированная медицина вновь повысила минимальный стандарт общественного благополучия, обеспечив более высокую среднюю продолжительность жизни, сократив смертность от большинства болезней и т.д. Как и на ранних этапах, на протяжении почти всего XX в. целью медикализации было обеспечение общественного блага и социальной стабильности. Благополучие отдельной личности чаще всего ставилось ниже благополучия общества, особенно когда

речь шла о безопасности всей социальной системы. Наиболее явными примерами медицинского обеспечения общего блага стали массовые вакцинации, поточные методы оказания помощи в больницах, а также исследования с участием человека без информированного согласия.

Несомненные успехи медицинского знания в деле охраны общественного здоровья на рубеже XX и XXI вв. привели к тому, что широко распространилась мысль о том, что медицина пришла к новому этапу своего развития и может обеспечить более эффективную помощь людям. В тот самый момент, когда велась работа по расшифровке человеческого генома, начался еще один, современный, этап медикализации. На этот раз он привел к включению в повестку дня вопроса об обеспечении индивидуального благополучия. Средством достижения этой цели была избрана ПМ, которая в отличии от конвенциональной медицины стала направляться на то, чтобы заботиться о людях именно как индивидах, а не о здоровье общества в целом. У нас нет сомнений в том, что этот поворот в медицине был продиктован общими закономерностями развития культуры уже медикализированного общества.

Новейший этап медикализации призван обеспечить не только более высокий стандарт общественного благополучия, но и сделать медицинский контроль тотальным. Ни один человек не должен остаться без должного внимания, и каждый должен получить качественную помощь, притом максимально результативную. Перефразируя мысль Ивана Иллича, в культуре медикализированного общества не просто нет места боли, болезни и смерти[1], но ее не должно быть для каждого.

БИОЭТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ

Седова Н.Н., Навроцкий Б.А.

Медицина как наука сама по себе имеет смысл только тогда, когда ее достижения позволяют принимать обоснованные клинические решения. Эта научная обоснованность складывается не только из системы доказательств, как считают апологеты доказательной медицины. Позиция врача в каждом конкретном случае определяется еще и ценностными ориентациями, которые также могут быть научно обоснованными. А могут и не быть. Типичной является ситуация, когда врач поступает вопреки логике, отклоняется от обязательных стандартов, руководствуясь тем, что обычно называют интуицией, но что, на самом деле, является результатом его ценностной позиции. Более того, часто такие «отступления от правил» приносят пациентам больше пользы, чем строгое их соблюдение. Этот неожиданный результат объясняется просто: каждый клинический случай – индивидуален и требует модификаций стандартного подхода. Поэтому средствами доказательной

[1]Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. NewYork: PantheonBooks, 1976.

медицины можно обосновать, почему полезно, например, применение того или иного препарата, но нельзя доказать априори, что данному пациенту данный препарат поможет именно так, как указано в прописях. Следовательно, доказательная медицина способна решать общие задачи, но не индивидуальные.

С другой стороны, этическая оценка ситуации может дать терапевтический эффект, не обоснованный медицинской наукой – как положительный, так и отрицательный. Логика норм и оценок в медицине тоже имеет свою научную базу, которая, однако, принципиально отличается от классической науки. Теоретические основы взаимодействия врача и пациента структурированы, описаны и обоснованы, но не законами, а принципами, доказаны не фактами, а конвенциально, методом открытой дискуссии, сравнением аксиологических конструктов решения проблемы. Каким образом соотносятся научные выводы и этические оценки в принятии решений в медицине? Оказывается, этот вопрос решается также в научном контексте. Существует теория принятия решений, которая почему-то до сих пор не востребована медиками[1]. Она изучает закономерности выбора людьми путей решения разного рода задач, а также исследует способы поиска наиболее выгодных из возможных решений. Различают *нормативную теорию*, которая описывает рациональный процесс принятия решения и *дескриптивную теорию*, описывающую практику принятия решений[2]. В медицине, разумеется, больше должна быть востребована дескриптивная теория, но ее нельзя понять, не зная нормативной.

Для того чтобы делать «строгие» статистически достоверные прогнозы на будущее, нужно получить выборку из будущих данных. Так как это невозможно, то многие специалисты предполагают, что выборки из прошлых и текущих, например, историй болезни, равнозначны выборке из будущего. В этом смысле в медицине все ясно – прогноз болезни и план лечения есть результат прошлого опыта и специально проведенных клинических испытаний. В редуцированном виде это выглядит так:

1. Постановка диагноза. Если набор симптомов данного пациента, встречавшийся у Y% пациентов диагностировался как ИБС, то существует Y% шансов, что данный пациент страдает ИБС.
2. Прогноз применения ЛС. Ели X% пациентов с гипертоническим кризом выходили из него на препарате N, есть X-процентная вероятность, что данный пациент выйдет из гипертонического криза на этом препарате.

Конечно, без устойчивости рядов нельзя делать обоснованных выводов. Но это вовсе не значит, что ряд должен быть устойчив во всем. Если лица, принимающие решения, полагают, что процесс не является стационарным, то система, по существу, непредсказуема. К таким случаям относятся редкие заболевания, а также редкие сочетания основного и сопутствующих

---

[1]Теория принятия решений //http://studopedia.ru/10_181492_problema-ergodichnosti.html. Доступ 18.05.2017.

[2]Хемди А. Таха. Теория игр и принятия решений/ТахаА.Хемди [Текст] // Введение в исследование операций = OperationsResearch: AnIntroduction. — 7-е изд. — М.: «Вильямс», 2007. — С. 549-594. — ISBN 0-13-032374-8.

заболеваний. Типичным примером является поведение врачей во время первых случаев лихорадки Западного Нила в нашей стране. Неопределенность была связана с причиной возникновения этого экзотического заболевания. Комары, как возбудители, большинством медиков не рассматривались, а сейчас именно меры борьбы с ними позволили избежать эпидемического развития событий.

Задача обоснования решений в условиях неопределенности всех типов, кроме априорной, сводится к сужению исходного множества альтернатив на основе информации, которой располагает личность, принимающая решение (ЛПР). Здесь важно отметить, что трактовать такое сужение альтернатив в медицине только как необходимость сбора сверхподробного анамнеза и проведения многочисленных тестов неверно. Необходимо еще учитывать личность человека, который становится объектом медицинского вмешательства. Если он поддерживает решение врача, это снижает уровень неопределенности. Практически, решение в медицине принимает бинарный субъект – «врач-пациент». Как только эта бинарность нарушается, неопределенность возрастает. Отсюда следует, что оптимальный выбор модели взаимоотношений врача и пациента повышает шансы на принятие правильных решений в диагностике, лечении и реабилитации. Но это уже – сугубо этический параметр.

И все-таки врач обладает большей свободой в принятии решений, во-первых, потому что у него есть так называемая «терапевтическая привилегия». А, во-вторых, потому что свободу пациента ограничивает определенная степень психосоматогении, препятствующая адекватной оценке ситуации. Исходя из этого, под личностью, принимающей решения (ЛПР) в медицине, обычно подразумевают личность врача. Следовательно, качество рекомендаций для принятия решений в условиях, например, стохастической неопределенности повышается при учете таких характеристик ЛПР, как отношение к своим выигрышам и проигрышам, склонность к риску, желание лидировать в отношениях с пациентом, рациональная критичность в отношении ОСТов клинической практики, индивидуальный моральный статус врача. Обоснование решений в условиях априорной неопределенности в немедицинских областях возможно построением алгоритмов адаптивного управления[1], но в медицине данная ситуация жестко регламентируется принципом «Не навреди», поэтому выбор решения в большей степени подчиняется этическим аргументам, нежели аргументам научной медицины. Просто потому, что последние отсутствуют.

Выбор при неопределённости это важнейшая проблема теории принятия решений. Действие, которое будет выбрано, должно давать наибольшую ожидаемую ценность. На этом построены доводы тех специалистов, которые настаивают на понимании принятия решений в медицине как на исключительно информационно-логической деятельности. Считается, что только эффективные компьютерные программы могут помочь врачу в ситуации ограниченности времени принятия решения или ограниченности возможностей его реализации.

---

[1]Навроцкий, Б.А. Методологические отношения между биоэтикой и философией [Текст] / Б. А. Навроцкий / XXIIIWorldCongressofPhilosophy «PhilosophyasInquiryandWayofLife», Athens 04-10 August 2013. –p.379 – 384.

Разрабатываются все новые и новые алгоритмы таких решений для различных направлений медицины и даже для различных нозологий. Но оказывается, что их валидность невелика, а практический эффект дает персонализированная медицина с включением в процесс врачевания аксиологических операций, наряду с логическими. Парадокс состоит в том, что ученые-медики трактуют персонализированную медицину, преимущественно, в фармакогенетическом контексте, в то время как потребители ее услуг настаивают на этическом содержании проводимых операций. Другими словами, медики руководствуются при принятии решений в этой области истинами, а пациенты - ценностями [1]. Это затрудняет сам процесс принятия решений. Выход можно найти только в обсуждении этической аранжировки новых научных подходов.

Таким образом, субъективные вероятности имеют столь большое значение в медицине, что придают принятию решений в ней совершенно новые особенности. Ожидаемые ценности и ожидаемая польза должны быть интегрированы в этом процессе. Но решение принимает не просто человек – его принимает врач, ограниченный требованиями своей социальной роли. Следовательно, параметры этой роли будут и параметрами принятия решений. А чем они определяются? Нормативной регуляцией врачебной деятельности, другими словами – нормами биоэтики. Поэтому биоэтическая регуляция определяет и процесс, и результат принятия решений в медицине. В связи с этим целесообразно провести теоретическую ревизию методологии доказательной медицины с позиций аксиологизации ее требований и структуры доказательств.

КОНВЕРГЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, СОЦИОТЕХНИЧЕСКИЕ МНИМОСТИ И БУДУЩЕЕ ЧЕЛОВЕКА

Тищенко П.Д.

1. Существенную роль в динамичном развитии современной науки и технологий играют *социотехнические мнимости* (sociotechnicalimaginaries, Sh. Jasanoff, KimSang-Huan), которые представляют собой коллективные имажинативные образы социальной жизни и порядка, воплощенные в научных и технологических проектах. Смартфоны или внедорожники – это не просто технические устройства – машины, связь частей в которых определена физическими законами. В них воплощается особый стиль жизни, образ мышления и самосознания человека. Контрацептивы не только действуют на организм человека, предотвращая наступление нежелательной беременности, но и становятся социальной силой, преобразующей личностные и социальные параметры сексуальности человека. Общество воплощено в техническом устройстве как горизонт возможных личных и коллективных осуществлений. С другой стороны, современное, технологически ориентированное общество само в своих проблемах, потребностях и мотивациях выступает воплощением

[1]Навроцкий Б.А. Отношение жителей крупного промышленного города к персонализированной медицине [Текст] /Н.Н Седова, Б.А. Навроцкий // Социология города. – 2015. - №3. – С. 53 – 60.

будущих технологических идей и реализаций. Желание летать рождается раньше, чем реальные решения этой технической задачи. Оно в самолетах и космических кораблях присутствует не просто как инертный образ желанного будущего, но как *движущая сила научно технологического развития*. Общество в научно-технологических проектах проецирует и проектирует себя как горизонт множащихся сценариев своего осуществления. В свою очередь, научно-технологические проекты вырастают из страхов и надежд, желаний и интересов, страданий и устремлений отдельного человека и разнообразных социальных групп.

2. Социотехнические мнимости конвергентных технологий продуцируют в общественном воображении сценарии радикального преобразования природы человека, сияющие перспективы решения медицинских проблем, образы динамично формирующейся «умной» среды обитания, проекты новых форм производства и потребления, досуга и политического действия. Они (социотехнические мнимости) формируются на границе науки, научной журналистики и научной фантастики. В индивидуальной и общественной жизни, в мышлении индивидов и социальных групп они являются ре-презентантами будущего. Будущее, «используя» подобного рода концепты, выступает в качестве реальной *действующей силы* настоящего. Тем самым, разрозненные, еще мало-убедительные, но много-обещающие научные и технологические успехи складываются благодаря усилиям и активных социальных групп в целостные имажинативные образы возможного будущего отдельного человека и человечества в целом. Они играют роль *движущих сил* в формировании стратегии научно-технологического развития, в обеспечении научных проектов ресурсами и широкой социальной поддержкой.

3. Было бы неосторожным, по старинке, предполагать, что связь трех продуцентов социотехнических мнимостей (науки, журналистики и искусства) носит характер «популяризации» научных знаний и технологий. Своеобразной «эманации» научных истин в профанный мир развлекательных журналов, телесериалов, ток-шоу, общественных движений и т.д. Более адекватна теоретическая модель социально распределенного производства гетерогенных знаний (Mode 2 productionofknowledge), в котором научные лаборатории – лишь узлы сложной сетевой структуры.

4. В чем особенность идеи конвергентных (НБИК) технологий как разновидности социотехнических мнимостей? Эта идея имеет достаточно плотное внутринаучное ядро, предполагающее новый универсальный «синтез» наук и технологий на наноуровне организации материи (W.S. Bainbridge, M. Roco и др.). Пропоненты универсального синтеза трактуют существующие факты и опыты меж- и трансдисциплинарных конвергенций как *локальные*, не отражающие существо дела феномены, подчеркивая *глобальный* смысл предлагаемого ими самими проекта конвергенции. Однако, реальная ситуация более парадоксальна. В качестве популярной темы научной журналистики, телепрограмм, научно-политических международных конференций, киносериалов, трансгуманистических проектов создания бессмертного человека и т.д. идея конвергентых технологий развивается, лишь косвенно и

весьма опосредованно “отображает” реальные научные достижения. Каждая из специфических тематизаций формирует свой локальный узел глобального синтеза. Например, сериал “Черное зеркало” (BlackMirrow) создает экспериментальную модель социального мира конвергентных технологий, материал для которого эклектически, без всяких привязок к идее универсального синтеза заимствуется из околонаучной среды бытовой и художественной научно-технологической фантастики.

5. *В этом смысле, будущее* в социотехнических мнимостях репрезентируется двояко в зависимости от фиксирования внимания на собственно технических и социальных аспектах. В технических репрезентациях оно фигурирует как *цели* действия, конкретизируемые категориями *изменения, контроля* (управления) и *проектирования*. В социальных репрезентациях – как гетерогенные семантические сети самых разнообразных репрезентантов *надежд, желаний, интересов, ценностей, страхов, рисков, опасений* и т.д.

6. Как действующая и деятельная сила это будущее принадлежит настоящему. Как данное в качестве ре-презентаций представления – оно дается нам *по способу узнавания* (Я.И. Свирский), припоминания. Является настоящим будущего сконструированного из элементов прошлого. Получаем формулу овладения будущим через ре-презентацию представляемого - будущее-настоящего-прошлого. Эта формула лежит в основе парадокса целесообразного действия, в котором цель устаревает в момент начала реализации и в контексте действования удерживается *памятью*. В действии, как разворачиваемой деятельности, цель, ре-презентирующая будущее, – это устаревшее представление о будущем, которое насильно насаждается в настоящем. 70 лет в СССР строился коммунизм как светлое будущее «по памяти». Драйверами этой исторической стройки выступали *социотехнические мнимости* коммунистической идеологии.

7. Поскольку совсем не всё из происходящего удерживается в оптике ре-презентаций и может быть представлено, то, следовательно, не всё вмещается в обзор личного и общественного внимания, выраженного в позитивном познании. Поэтому, над современностью, обремененной прошлым, нависает тень непредсказуемого, непонятного, непредставимого будущего.

8. Апории, антиномии, парадоксы являются «машинами будущего» поскольку, перемалывая дискурсы ре-презентаций представления, очищают настоящее от заставленности *поставляемым* позитивным знанием (М. Хайдеггер) ре-презентированным прошлым. Именно в них мы встречаемся с будущим *по способу фундаментальной встречи* (Я.И. Свирский).

9. В социуме очистительную функцию перемалывания прошлого в настоящем и раскрытия его для будущего, которого никогда не было, играет *полемос – спор* разумов мирного сообщества через публикации, уничтожающая культурные и цивилизационные готовые ценности *война*, а так же фундаментальная мощь забвения, которая разрывает связи между поколениями думающих и действующих людей.

10. В *полемосе*, который присутствует в научном сообществе как этос универсального скептицизма и критицизма, ни одна теоретическая или фактическая репрезентация не может претендовать на окончательную истину.

Все позитивное подвешено, помещено критикой под вопрос, поставлено под сомнение. За этой подвещенной реальностью позитивного проглядывает реальность будущего в апофатической перспективе. Оно представляется и репрезентирует себя не позитивно, а негативно, будучи мыслью схвачено в форме головоломок, задач, проблем, тайн. Разум, при этом, не просто становится на грань с будущим. В необходимости дать ответ *он экзистирует из себя,* отвечая на головоломки, задачи, проблемы и тайны, и тем самым, раскрывает себя будущему как непредставимому.

11. *Полемос*, получающий в научном сообществе пространство о-существления благодаря универсальной критике и скептицизму, в гражданском обществе присутствует в доктрине «прав человека». Право отдельного человека требовать от других признания своего права утверждать смысл собственно человеческого в человеке. Казалось бы – какая наглость! *Но разве, не большей наглостью является претензия человека в рясе, сутане или ином балдахине вещать от имени и по поручению Бога?*

12. Гражданское общество– это сфера, в которой мы (как граждане) исходно различны, но можем через общественные обсуждения *договариваться* о том, что для нас благо, а что зло. От страха и неуверенности в себе современный человек, особенно в РФ, жаждет прислониться к чему-то неизменному и устойчивому. НО! Все, что предложат – будет *новодел* – продукт случайного человеческого действия.

13. Наука и гражданское общество формируют *мир человека по договоренности*. Он, с моей точки зрения, онтологически более укоренен, чем христианский, буддистский, мусульманский или иной мир. Когда частные люди с частными перспективами встречаются в готовности со-гласовать их - через них осуществляется Большее.

14. Будущее раскрывается современному человеку (как и раньше) в войне. В войне как непредсказуемой конкуренции человеческих сообществ не на жизнь, а на смерть. Конкуренции различных образов жизни человека, смыслов его существования. Победы в войнах «варваров» - это просто шанс освободиться от заставляющего постава прошлого. Начать с начала. Как в первый раз....

15. Человек и человечество всегда уже в будущем – как оно ему всегда уже дано в настоящем, которого может и не быть...

ФЕНОМЕН ВИТАЛЬНОСТИ И ТЕЛЕСНОСТИ В СОЦИУМЕ И КУЛЬТУРЕ

ГНОСТИЧЕСКОЕ И ГЕДОНИСТИЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К БОЛИ

Вавилова Т.П., Островская И.Г., Островский Ю.А.

Аспекты гностического и гедонистического отношения к боли заключаются в различном восприятии сути самой боли. Основоположником

гедеонизма считается древнегреческий философ Агристипп (435-355 г.г. до н.э), который считал, что путь к счастью лежит в достижении максимального удовольствия, избегая при этом боли. Гностики считают мир тюрьмой, оттуда и пошло развитие мазохистских субкультур, считающих нанесение себе увечий как принадлежность к касте религиозных культов. У сообщества скопцов, сплиттеров (разделяющих язык), флогеров (плёточники), садомазохистов (с сексуальным контекстом) упор делается на боль и страдание как на неотъемлемые качества это мира. Истинная суть гностицизма хорошо была отражена писателем А. Мелиховым: «Вы замечали, что почти все сигналы нашего тела — это сигналы боли – там жмёт, там трёт, там жжёт… Это удовольствия нужно организовывать специально, а боль – воистину праздник, который всегда с нами» (С.137).

Философия предполагает, что проявление боли находится в голове. Считается, что боль представляет собой определённый вид ощущений или является особым случаем парадигмы психологического состояния, носящим феноменальный характер. Философ М. Бойко предложил ввести термин «алгософия» – от греческого слова «алгос» для описания культуры боли и страдания. Новозеландский философ-исследователь человеческого сознания Д. Ситсма привёл несколько примеров из своих наблюдений. Он опросил людей, испытывающих болевые ощущения, и установил, что они не думают о боли как о психологическом состоянии, а представляют её реальной вещью, находящейся в их теле.

А.Ю. Ветлесен в своей книге «Философия Боли» подчёркивает два основных момента: значение боли для человека и для общества. А.Ю. Ветлесен диагностирует боль как неотъёмлемый субъективный, так и частный опыт: я чувствую и знаю только свою боль. Как бы это эгоцентрично не звучало, но, тем не менее, боль привлекает наше внимание: чем она сильнее, тем больше мы о ней заботимся. Согласно А.Ю. Ветлесену, боль сильно индивидуализирует человека, в силу ее частности и пассивного элемента: «Я - уязвимое тело, оно в моей уязвимости». Автор, раскрывая физическую боль, невольно сопоставляет её с психологической. Однако физическая боль подчеркивает: «я - тело и таким образом живой», а душевная боль представляется в виде «заключённого в тюрьму ума» (С.240).

Во многих отношениях попытка определения боли была связана с физиологическим и эмоциональным ответом, а также с поведенческими реакциями у невербальных животных. В течение последних десяти лет осуществлён значительный прорыв в понимании и регистрации болевых ощущений, что имело существенное значение для клинической практики. Развитие рациональных и эффективных стратегий управления болью потребовало понимания физиологии боли, включая: 1) определение раздражителя боли; 2) нейтрализация раздражителей нервными путями; 3) ответ нервной системы на повторное действие раздражителя; 4) системные последствия боли. В 1900 британский учёный в области физиологии и нейробиологии Чарльз Шеррингтон (1857-1952) один из первых дал определение боли, ак «психическое дополнение к обязательной защитной

реакции». Это краткое определение подчеркивает измерение боли - моторный ответ, который целенаправленно ориентирован на удаление ткани из области повреждения и воспаления. Позже, это понятие расширилось, чтобы охватить субъективные эмоциональные и мотивационно-эмоциональные компоненты боли. Академик П.К. Анохин дал определение боли как реакции, мобилизующей разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора и включающей сознание, память, мотивации и эмоции.

Физическая боль в понимании человека не может быть подвергнута сомнению, а душевная боль является представлением абстрактным, хотя иногда выражается физическими потрясениями (рвота, боль в желудке, диарея и многое другое). Хотя, физическое перевоплощение душевной боли является лишь последствиями напряжения организма поступающих от мозговых импульсов. Можно сказать, что, человеческая психодинамика, имея дело с болью, склонна к её транспортировке в виде любых действий, чтобы избавится от боли. Болевые припадки, рождающиеся в муках, способны вызывать весь спектр негативных человеческих эмоций. Боль эмоционально проявляется по-разному: от гневных криков до жалобного плача, метания в пространстве или забивания в угол. Однозначно, не встречался никому субъект, сходивший с ума от радости, что ему прищемило ногу. Интересно, что мозг сам по себе лишен ноцицептивных тканей, и поэтому не может чувствовать боли. Таким образом, головная боль не может исходить от тканей мозга. Имеются предположения, что мембрана, окружающая мозг, и спинной мозг, снабжены нервами с болевыми рецепторами. При стимуляции эпидуральных (относящихся к твердой мозговой оболочке) ноцицепторов, эти рецепторы могут быть вовлечены в «производство» головной боли.

Позднее Международная Ассоциация Исследования Боли (Association for the Study of Pain) предложила следующее определение боли: неприятный сенсорный и эмоциональный опыт, связанный с фактическим или потенциальным повреждением ткани, или представленный с точки зрения такого повреждения. Таким образом, даже при том, что боль традиционно рассматривается как сенсорное явление, она существенно отличается от других сенсорных методов многочисленными и разнообразными типами стимулов способных к инициированию многогранного комплекса ответа на боль.

На основе наблюдений при различных заболеваниях, в медицине сформировалось новое направление – алгиатрия, которая занимается вопросами профилактики и лечения боли, а также реабилитации пациентов в восстановительном периоде. В данном случае исследователей интересовало эмпирическое понимание боли – научные изыскания, отчёты страдальцев, и наконец, аналитические аргументы. Полученные знания позволили облегчить проявления боли путём разработки и апробации новых анальгетических препаратов и гипоалгетических методов. Не стоит забывать о дискретных причинах боли, которую могут вызывать послеоперационные осложнения в виде невропатических или головных болей. Врачи-алгиаторы, как правило, формулируют комплекс лечения, которые затрагивают культурные и

религиозные контексты пациента, а также с учетом потребностей педиатрического и гериатрического населения.

Таким образом, что есть боль? Поощрение или наказание? К ней можно относиться по-разному: терпеть или снять любыми способами. Гностические и гедеонистические представления о боли будут нести противоположный характер. Фактический опыт показывает, что по причине невозможности преодоления собственной уязвимости мы стремимся управлять таким уровнем боли, которую можем вынести, либо осуществляем поиск способов, нейтрализующих боль. В любом случае, боль показывает человеку границы его возможностей и упреждает его иллюзорные представления о всемогуществе.

ВИТАЛЬНОСТЬ КАК ФИЛОСОФСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН: ОБОСНОВАНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Васильева И.А.

Проблема человека остается вечной проблемой философии, стержнем которой является поиск путей свободного развития личности, защита экзистенциальных прав человека. Исследования совокупности социальных установок личности, которые определяют векторы и способы ее интеграции в социум, терминологически определяли их как «внутренняя позиция личности», «направленность личности», «динамическая тенденция личности», «основная жизненная направленность» и т. д.[1]

Научные исследования в настоящее время делают довольно резкий поворот в сторону поиска методов активизации естественных внутренних резервов человеческого организма. Постижение сущности и особенностей феномена человека во многом связано с пониманием человеческой витальности. На различных этапах истории философской мысли витальное начало в человеке трактовалось по-разному, массовое и специализированное сознание в подавляющей части исходило из неотъемлемости витального начала для существования человека[2].

Представления о витальности существуют в различных культурах и берут начало из древних философских и медицинских трудов. Смысл термина «витальность» выражается в жизненности и устремленности к целостному миру, в особого рода мировоззренческой жажде бытия[3].

В естественнонаучной и философской традиции витальности приписывается отчасти мистический характер по причине недостаточной

---

[1]Воронцова М. В. Интерпретация теории интенциальности сознания в психологической науке / Современные тенденции и проблемы психологической науки: материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 110-летию со дня рождения П. М. Якобсона, 17-18 мая 2012 г., г. Уфа. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. - С. 93-97.

[2] Руди А. Ш. Антропная витальность: явление и сущность: автореф. дис. … канд. филос. наук. Омский государственный педагогический университет, Омск, 2003. – С. 3.

[3] Кашапов Ф. А., Григорьева Л. М., Цейсслер В. Э. Витальная потребность в мировоззрении в эпоху биотехнологической революции / Вестник ЮУрГУ. - № 32 (291), 2012. – С. 166-168.

разработанности этой категории и несоответствия постоянно растущему уровню познания природы.

В исследовании феномена витальности выделяются два направления: идеалистическое (рассматривает источник жизненных сил в сознании человека) и биологическое (сводит витальность к физическому потенциалу человеческого организма).

Различные подходы стараются дать больше теоретических и практических данных для обоснования витальности как конструкта, но на данный момент не существует объективных способов для измерения количества жизненной энергии. Субъективный самоотчет является единственным вариантом для измерения витальности, но с ней взаимосвязаны не только внутренние субъективные переживания, но и внешние факторы играют не последнюю роль в ее уровне[1].

Р. Тайер[2] разработал холистическую модель энергии, в которой субъективная энергия есть побочный продукт соматических и психических факторов. В теории самоопределения витальность рассматривается как конструкт, фасилитирующий работу внутренней мотивации.Модель субъективной витальности в теории самоопределения содержит в себе несколько основных гипотез, в которых она соотносится с внутренним субъективным локусом причинности, базовыми психологическими потребностями и интенсивными целями: 1) если локус деятельности внутренний, то она не истощает уровень витальности; 2) деятельность, которая не удовлетворяет базовые психологические потребности (компетенция, связанность или автономия), снижает уровень витальности; 3) образ жизни, в котором личность фокусируется на внутренней мотивации и действует в соответствии с ней, связан с более высоким уровнем витальности, чем если бы это были внешне заданные мотивации.

В книге «Новая наука о жизни» Руперта Шелдрейка[3] содержится принципиально новое объяснение феномена жизни, основывающееся не на редукционистско-механическом подходе к объяснению явлений бытия, а на признании существования в природе духовного, трансцендентального жизненного начала.

Ганс Дриш[4], который разрабатывал направление витализма, полагал, что существует некий нефизический причинный фактор, который он назвал «энтелехией» - «интенсивное многообразие», непространственный фактор, который тем не менее действует в пространстве. Г. Дриш подчеркивал, что это естественный (в противоположность метафизическому или мистическому) фактор, влияющий на физико-химические процессы.

---

[1] Александрова Л. А. Субъективная витальность как личностный ресурс [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 3(17). – Режим доступа: http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3_17/492_aleksandrova17.html#e3

[2]Thayer R.E. Energy, tiredness, and tension effects of a sugar snack versus moderate exercise // Journal of Personality and Social Psychology. - 1987. - Т.52. - №.1. - С.119.

[3] Шелдрейк Р. Новая наука о жизни / Пер. с англ. Е. М. Егоровой. – М.: РИПОЛ классик, 2005. – С. 3.

[4] Дриш Г. Витализм. Его история и система. – М., 2007. – 280 с.

Таким образом, человек является сущностью, содержащей в себе биологическое, психическое и социальное начала. Витализм, как часть этой сущности, ее свойство, определяется как нематериальная сила, которая не может быть объяснена с точки зрения физики, химии или биохимии.

Появившиеся и постепенно развивающиеся концепции внутренней энергии требуют экспериментального испытания дальнейшего теоретического развития феномена витальности. Современные исследования связаны с оригинальными концепциями, но настроены на более детальное рассмотрение таких явлений, как энергия, бодрость и витальность. Прежде всего это исследования в области психологии личности и социальной психологии, направленные на изучение факторов повышения и истощения жизненной энергии и витальности.

ВИТАЛЬНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ КАК ИЗБЫТОЧНОСТЬ И КОЛЛЕКТИВНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА (АНАЛОГИЯ С ОРГАНИЗМОМ И СРЕДОЙ)[1]

Румянцев О.К.

Витальное в данном сообщении прочитано как жизненный порыв для философии жизни, чему соответствует мое понимание избыточности человека. Предполагается, что открытость исходно дана человеку как «открытость-в-себе», которую я и предлагаю интерпретировать в качестве «*неопределенности как избыточности*». Под термином «избыточность» подразумевается интуиция избыточности потенций оплодотворенной яйцеклетки, которая даст начало всем разновидностям тканей и органов, избыточность возможностей новорожденного младенца, или избыточность необузданного воображения мифологического мышления. Подобная избыточность составляет одну предпосылку существования человека, а другой предпосылкой выступает коллективность или социальность человека. Тема «телесности» представлена органогенезом как вписыванием организма в «мир», где мир – горизонт, в котором открывается все сущее. В сообщении будут разобраны два взаимосвязанных вопроса. Первый вопрос, – о взаимодействии избыточности и социальности человека. Второй вопрос, - как понимать, что человек (а также живой организм) сам задает предпосылки своего собственного существования? Другими словами, человек (и организм) сам конституирует, порождает себя. Второй вопрос будет рассмотрен в упрощенном виде: на аналогии взаимодействия организма и видоспецифической среды его обитания.

Итак, в качестве исходной предпосылки принимается факт *существования* человека, выступающего главным действующим лицом истории, которую тем

[1]Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 15-03-00581 «Освоение репрезентаций пространства в культурных практиках: история и современность», и научного проекта № 15-33-14106 «Целевые ориентиры государственной национальной политики: возобновление человеческого ресурса и национальные культуры (проблема Другого).

самым нельзя рассматривать в качестве предпосылочной такому существованию.Об этом свидетельствует длительный этап становления человека (антропогенез). В отличие от человека животному предпослана история его вида, история освоения своей среды обитания, что записано в геноме и воплощено в органах как заданных способах целедостижения. Преемственность человеческой истории связанна с социальной (внегенетической) наследственностью человеческого опыта. Поскольку такой опыт формирует природно не задаваемые способности индивида, постольку процесс саморазвертывания истории основан на ее рефлексивном осознании, непрестанном ретроспективном обращении к своему собственному началу.В существовании людей эта *цикличность* истории выражена опосредствованным характером жизненной активности. Опосредствование представлено, во-первых, избыточной всеобщностью целеполагания человека, а во-вторых, - социальностью, выражающейся в совместности деятельности людей. «Указанные формы опосредствования и выступают предпосылками исторического существования, что подтверждается постоянством их действия в историческом процессе и дает основание рассматривать их в качестве его инварианта»[1].Взаимодействие этих предпосылок воплощается в истории как детерминация индивида, и специфика истории в том, что человек в качестве ее субъекта не предпослан истории, но является ее результатом. В истории культуры данные предпосылки раскрываются как творческая избыточность человека и регламентирующая ее социальность, детерминирующая избыточность[2].

В сообщении внимание будет сосредоточено на *индивидуальной* неопределенности как избыточности. Потому надо помнить, что надындивидуальная *социальность* человека включает и догматизированный опыт предшествующих поколений, и повседневный жизненный мир, и *все* социальные институты! Нормализующая регламентация человека представлена мощными общественными силами. Начиная с семьи, детского сада и школы все социальные «институции» бьют человека «по голове», чтобы сделать его хоть немного похожим на остальных. «И, похоже - пишет Туровский, - игра стоит свеч, потому что налаженная организация деятельных согласований между сотрудничающими людьми выступает едва ли не самой эффективной производственной силой»[3]. Однако, отмечает Туровский, лица у всех людей выразительно разные потому, что они *мыслят*[4].Задаваемых усилий по надындивидуальной регламентации границ (тела, разума) все равно недостаточно для принуждения человека к уже положенному «упорядочиванию социальных связей», потому эти границы все время взламываются индивидуальной избыточностью (она мощнее!), чтобы положить новые границы. Если бы индивидуальная избыточность и надындивидуальная

---

[1]*Туровский М.Б.* Философские основания культурологии – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 1997. – 440 с. С. 335.
[2] См.: Там же С. 366.
[3]*Туровский М.Б.* Там же С. 27 – 28.
[4] См.: Там же С. 29.

регламентация были равномощными силами, то конфликт между ними был бы неразрешим, и вместо развития получилось бы бессмысленное раскачивания маятника или хождение по кругу. Ответственность за разрешение конфликта избыточности и социальности лежит на человеке. Поэтому человеку необходимо, по выражению Туровского: «домыслить меру своей ответственности до собственной свободы»– вытеснить внешнюю регламентацию внутренней, реализовать рефлексивное самоограничение. Причем, дело еще заключается и в добровольной открытости человека для внешних детерминаций. Только в последнем случае можно не спрятаться от окружающего мира, а втянуть его в свое самоопределение. Получается, что большая мощь индивидуальной избыточности предполагает также свободное и осознанное делегирование человеком приоритета социальности. Иначе противоречие избыточности и социальности будет локомотивом не развития, а разрушительных революций.

Теперь обратимся ко второму вопросу, расширяющему первый. Как понять то обстоятельство, что человек сам задает предпосылки своего существования? Или каков смысл приставки «само» в *само*организации, *само*развитии, *само*детерминации? От Аристотеля до Гегеля (да и после него) органическое осмыслялось как *предметно-конечное* подобие Разумного. Человек понимает живое, особенно животное, *по аналогии* с его пониманием своего собственного разума. Потому, в силу конечного «опредмечивания» гораздо проще рассматривать само живое, чем разум как тот образец, по которому построено понимание живого. Кант, характеризуя концепт «аналогии» пишет: «Такое познание есть познание *по аналогии*, что не означает, как обыкновенно понимают это слово, несовершенное подобие двух вещей, но совершенное подобие двух отношений между совершенно неподобными вещами»[1]. В нашем случае совершенно несходные вещи – это человек/социум и организм/среда, а совершенно подобное отношение – это самоорганизация, саморазвитие, самодетерминация.

Если в разборе первого вопроса мы следовали за концепцией М.Б. Туровского, то в разборе второго – последуем за концепцией Л.С. Черняка.[2]Для традиционного представления в геноме оплодотворенной яйцеклетки будущего организма представлена *вся* та информация, которая потом будет *актуализирована* в тканевой и органной специализации, т.е. – в предметной определенности, опредЕленности организма. Потому от ежей рождаются ежи, а от ужей – ужи. Однако если ограничиться таким пониманием генома, то предполагается, что в нем *предначертан* не только органогенез данного организма, но и все будущие видовые паттерны, которые затем произойдут из этого вида. Тем самым, никакой эволюции, никакого появления нового нет, а

[1]*Кант И.* Пролегомены ко всякой будущей метафизике, могущей возникнуть в смысле науки. – М.: Прогресс «VIA» Пер. с нем. Влад. Серг. Соловьева, 1993. – 238 с. С. 166.

[2]См. *Черняк Л.С.* Часть I Начала телеологии культуры. Очерк третий. Философски-математические начала телеологии // Метаморфозы разума в европейской культуре: к философским истокам современных проблем образования/ Отв. ред. О.К. Румянцев. - М.: Прогресс-Традиция, - 2010. – 648 с. С. 93 – 159.

развертываются уже давно предуготованные в геноме варианты развития (не менее странно, если любая новация - только результат случайных поломок программы).Поэтому надо предположить, что в исходном недифференцированном геноме и в стволовых клетках заложена не только возможная будущая определенность организма, но и окружающая эту определенность неопределенность как избыточность. Если такую избыточность понимать лишь *относительно* морфофизиологической определенности, то она (избыточность) будет иметь только отрицательное определение – *НЕопределенность*. Тем самым, ни генетика, ни эмбриология не могут сообщить избыточности положительное содержание.

В отличие от биологии философия предлагает путь для позитивного определения избыточности как *неравенство* организма самому себе, как *выход за пределы*, как закладывание *новой меры*, *экстазис*, существование как *экзистенцию*. Существование как неравенство себе есть существование в форме своей границы, границы с сопредельным, т.е. – в форме перехода к другому. Так понятая граница не есть простая негация, некий кожный мешок, в который спрятан организм, а такая граница есть *матрица, схема* тех условий, на которых сопредельному организму иному (среде) позволяется открывать себя организму, в качестве его сопредельного. Если в исходном интактном геноме сохранятся избыточность организма, значит, в геноме и выстраивается проект границы организма. Для Канта граница мысли как характеристика открытости мысли внемысленному иному есть *формы созерцания* – пространство и время. В этом отношении следует предположить, что в избыточности генома завязывается видоспецифическое для данного организма *пространство-время его окружения*. Итак, в геноме представлена не пространственно-временная структура самого организма *непосредственно*, а проект видоспецифического для данного организма пространства-времени его окружения. В геноме записан тот горизонт, в котором среда (его мир) может быть открыта для организма. Этот видоспецифический горизонт представлен записанной в геноме энграммой конкретной истории освоения видом среды своего обитания. Такой горизонт является проектом специфической для вида вырезки из избыточного для него многообразия среды. Если «среда вообще» для организма не экспрессивна, враждебна, коммуникативно нейтральна, то «видоспецифическая вырезка»– выразительна, дружелюбно обращается к организму (разговор о языках среды и организма и о переводе – отдельная тема[1]).

Мы здесь вовсе не отвергаем традиционного понимания генома как отвечающего за органогенез организма, а лишь настаиваем, что геном отвечает за органогенез, но *вторичным*, опосредствованным образом. И такое *опосредствование* организм выстраивает сам, в своем взаимодействии с геномом.Для того чтобы окружение выступило для организма как его сопредельное, он сначала *сам для себя* должен выступить как *сопредельное*

[1]См. Там же с.118 – 124.

своего сопредельного (как не тождественный среде). А это значит, что организм должен в себе отделить и соотнести себя со схемой своего окружения. Для того чтобы придать «схеме» экзистенциальную весомость требуется *инверсия*, проекция видоспецифического горизонта данного окружения *в само же* это окружение. Определяя себя как сопредельное, организм рефлектирует на свои определения как свою границу. Организм в качестве своей границы есть то «*место*», в котором открывает себя его «мир»[1]. Ответственность генома за органогенез являются феноменом лишь вторичного порядка, поскольку собственный проект организма или проект органогенеза будет выстраиваться только начиная с этой инверсии заключенного в геноме проекта видоспецифической среды. Осуществление такой проекции *меняет* исходную структуру горизонта теперь уже самого окружения. Соответственно должна меняться и проекция видоспецифического горизонта в обновленный «мир». Надо начинать все сначала, обращаясь к той избыточности, в которой завязывается проект горизонта. Такое вписывание организма в «мир», которое осуществляется инверсией изначальной схемы пространственно-временного горизонта и составляет суть органогенеза.

Большое сходство смыслов органогенеза для человека и животных заставляет подчеркнуть их отличия: хотя сама жизнь и есть неравенство себе, однако, по словам М. Хайдеггера, «Жизнь есть особый образ бытия, но по сути доступный только в Dasein»[2]. Однако и у человека, и у животного «органогенез», понимаемый широко как ювенильный период жизни, составляет основу инноваций и в истории культуры, и в эволюции. Обращение к своей изначальной избыточности, как принципиальному неравенству себе, составляет основу такого «органогенеза» (природного или культурного), в котором мы и обнаруживаем *положительный* смысл этого неравенства себе, или неопределенности как избыточности. Так понятый «органогенез» и есть экстазис, бытие всегда-уже-вне-себя, *становление* неравенства себе как процесс вписывания организмом себя в сферу другого, в сферу своего сопредельного. Этот экстазис есть обращение к себе как границе, которая и объединяет, и различает. Вписывание организмом себя в свою среду, с одной стороны, есть объективация, отчуждение, процесс отождествления себя со средой. Но, с другой стороны, вписывание осуществляется как идентификация себя в качестве сопредельного своего сопредельного, т.е. как *НЕтождественного* своему сопредельному, как *открытого* «миру». Органогенез, все-равно природный или культурный, и есть формирование такого неслиянно-нераздельного, нетождественно-тождественного единства организма и мира.

---

[1]Только мир здесь не есть некоторое сущее *вне*Dasein, а характеристика *самого существования* человека (его открытости). М. Хайдеггер пишет «…мир не есть нечто имеющиеся в наличие, не есть природа. Мир есть то, что только и делает возможным раскрытостьприродного» *Хайдеггер. М.* Основные проблемы феноменологии - СПб.: Высшая религиозно-философская школа, 2001. – 445с. С. 341.

[2]*Хайдеггер М.* Бытие и время / Перевод В.В. Бибихина. – М.: AdMarginem, 1997.– С. 50 (там «присутствие», а не Dasein). Различие животного и человека понято в статье почти по Хайдеггеру: камень – не имеет мира, животное – обделено миром, и только Dasein – открыто миру (имеет мир), где мир – горизонт, в котором открывается все сущее.

В нашей аналогии «геном» подобен Божественному Проведению, а «избыточность» - источнику свободы воли человека. Провидение действует мягко и Оно не может реализоваться без участия свободы воли человека. Но при всей своей ненавязчивости Провидение *неотвратимо*, если только не отказаться от своей свободы (насколько такой отказ возможен). Описанная нами инверсия открытости или субъективности и есть ее отчуждение, без которого невозможно становление субъективности. Однако и без преодоления отчуждения невозможно превращение избыточности, или субъективности-в-себе в субъективность-для-себя. Поэтому мы только поняли вопрос о том, как возможно, что человек (и организм) сам отвечает за предпосылки своего существования, сам конституирует себя. А ответ на данный вопрос пока еще только намечен.

СОЦИАЛЬНОЕ И ВИТАЛЬНОЕ В МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ И ИХ АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Рюмина М.Т.

Человек, как известно, является социобиологическим существом. Он есть, с одной стороны, природное существо, а, с другой стороны, является продуктом социальной среды. Сущность человека раньше рассматривалась как социально-природная целостность, где переменной выступала социальная компонента, а природная компонента являлась инвариантной. Именно тело задавало определенные рамки для воздействия на человека и его генотип сохранял постоянство во всех трансформациях. Теперь же телесная субстанция человека – предмет биогенетических манипуляций. Современная генетика дает возможность создавать искусственно синтезированные участки генов, становятся доступными пренатальная диагностика, новые репродуктивные технологии, генотерапия и клеточная терапия. Биомедицинские технологии создают пространство повышения степеней свободы по отношению к телу человека. Трансгуманисты ставят перед собой задачу достижения «кибернетического бессмертия», полагая, что возможны иные искусственные носители сознания человека.

В конце XX века в постмодернизме сущность человека сводилась к телу. В современном постпостмодернизме осуществляется процесс дебиологизации человека. Тело теряет значение предзаданного биологического субстрата, во многом определяющего судьбу человека. «Подобно тому, как в физике в свое время исчезла материя, так и в философской антропологии обнаружилась пустота там, где еще недавно маячила человеческая плоть. Прежнее, классическое представление о теле как биолого-вещественной реальности испарилось, кануло как в воду, буквально запропастилось. На его месте образовался некий фантом, способный к бесконечным пересотворениям, неожиданным трансформациям, радикальным трансформациям. Тело перестало

быть даже глиной в руках мастеровитого гончара. Оно превратилось в некий знак, за которым зияет пустота»[1]. Да и сами обычные люди рассматривают собственное тело как-то отчужденно, как не свое, как временное и несовершенное «пристанище», которое всегда не нравится, и которое можно усовершенствовать любыми пластическими операциями. Не случайно высказываются опасения о том, что человек более не способен выдерживать нагрузки, связанные с новыми технологиями. В человеке не осталось ничего инвариантного, неизменного. Дух и душа моделируются посредством психологических, социальных и виртуальных практик. Можно высказать гипотезу, что в современной антропологии *социальное поглощает витальное*, то есть социальное таким образом преобразует природное, что оно теряет свою автономную сущность. Иными словами, вырабатывается установка социального сознания на конструирование и ре-конструирование телесности. Речь идет об эволюции «человека разумного» в некое иное существо, в «постчеловека». Идея создания нового искусственного, более совершенного человека не нова. Это – евгеническая идея. Евгеника вновь актуальна, как и в начале XX века. В основе евгеники лежит принцип конструктивизма. Современная либеральная евгеника включена в государственные программы, например, по пренатальной диагностике (евгенические аборты).

В условиях виртуализации реальности речь идет о выработке некоего нового алгоритма телесности человека. «Новую формулу Человека предлагается строить на пути соединения всей сферы искусственного: мышления, рецептивных образов, новой телесности с областью традиционных, традиционно окрашенных, созданных в условиях естественного человеческого существования»[2]. Речь идет даже о некоем биоискусстве, в котором манипуляции генами являются предметом и средствами искусства. Социология, информационные технологии, техника и медицина, в том числе социальная медицина, служат инструментами конструирования будущего человека и будущего общества и человека, которые в некоторых современных исследованиях именуются как «постчеловечество» и «постчеловек». Приставка «пост-» очень настораживает, ведь она обозначает такое кардинальное изменение объекта, когда он перестает быть самим собой и выходит за свои собственные пределы, претворяется в нечто иное. Иными словами, в будущем обществе будет присутствовать нечто такое, что оказывается глубоко чуждым и даже враждебным человеку и человечеству. В процессах такой трансформации общества, как представляется, большая роль принадлежит конструктивизму как широко распространившемуся типу мышления, который отливается в доминирующую парадигму современной культуры. Конструктивизм в XXI веке сформировался в последовательную методологическую программу, которая продуцирует определенный тип мышления. Для этого типа мышления нет ничего невозможного, он порождает соответствующую виртуальную реальность. Этот конструктивистский стиль мышления сохраняет во многом

---

[1]*Гуревич П.С.* Феномен дебиологизации человека // Полигнозис, №3, 2009. (www.polignozis.ru/default.asp).

[2] Мигунов А.С., Ерохин С.В. Алгоритмическая эстетика. СПб., 2010. С.15.

утопизм и революционаризм XX века. В наше время все становится технологией и революция, ставшая технологией, в свою очередь, формирует революционаристское мышление, для которого нет сакральных зон в культуре и обществе, все подлежит переустройству в соответствии с заданными параметрами. Только теперь утопизм и революционаризм носят специфически приватный характер.

Время масштабных социальных утопий вроде бы прошло, и их место заняли утопии индивидуальные. Объектом индивидуальных утопий является судьба конкретного человека. Речь идет о «семейной» евгенике. С расшифровкой генома человека и усвоением наукой этой информации стало возможным создавать «младенцев на заказ», то есть предсказывать многие параметры и черты характера ребенка и заранее воздействовать на них (пол, интеллект, цвет волос и глаз, рост и др.). В условиях почти безграничного расширения возможностей все упования человек возлагает не на социальные преобразования, а на достижения науки и техники. Источником, питающим утопическое сознание наших дней, по мнению Б.Г. Юдина, являются биологические науки, и в частности, генетика. «Утопический проект создания ребенка с заранее предопределенными характеристиками и качествами или, иными словами, замысел *конструирования человека* вполне можно считать некоей сверхидеей, которой вдохновляются многие из тех, кто вовлечен в биотехнологическую революцию. Этот замысел действительно выступает как новое, современное выражение воззрений, которые акцентируют ведущую роль биологических, генетических начал в определении природы человека»[1]. Он же отмечает, что «принципиальной особенностью современного подхода является его отчетливо выраженный *конструктивизм.* Не только каждая общая или специфическая черта каждого биологического организма, не только биологический организм как целое, но и каждое человеческое существо воспринимается как в некотором смысле созданное, порожденное, как *сконструированное*.

В современной культуре распространяется представление о человеке как о некоей текучей пластической структуре, которая поддается любым трансформациям и воздействиям, социальным, психологическим и биологическим. Дело заключается только в уровне технологий. Нет в человеке ничего постоянного, субстанциального, сущность прозрачна и изменяема соответственно заданным параметрам. Цель современных биотехнологий – манипуляция и реконструкция сущности человека. В том числе и эстетических его качеств. Ф.Фукуяма в своей книге «Наше постчеловеческое будущее: последствия биотехнологической революции» (2002) описывает четыре биотехнологических пути, ведущих в постчеловеческое будущее. Это – расширение знаний о мозге и биологических основах человеческого поведения;

---

[1] Юдин Б.Г. Новые тенденции в науке о человеке: проблемы, поиски и решения. – В кн. «Многомерный образ человека. На пути к созданию единой науки о человеке». М.,2007. С.25,29.

нейрофармакология и манипулирование эмоциями и поведением; продление жизни; генетическая инженерия[1]. Ф.Фукуяма отмечает, что большие этические противоречия, вызванные появлением биотехнологий будут угрожать, прежде всего, самым уязвимым категориям людей – нерожденным и маленьким детям, смертельно больным людям, старикам и инвалидам. Развитие технологий клонирования, искусственной репродукции, лечения стволовыми клетками ставит нас перед вопросом о том, когда эмбрион становится человеком, и какие манипуляции с ним позволительны, а какие – нет. Если эмбрион – человек, то и терапевтическое клонирование, которое разрешено производить в России, является недопустимым манипулированием с эмбрионами, так как приводит к их запланированной гибели. Само бурное развитие биотехнологий ставит перед человечеством философские вопросы о природе человека. Технологическое увеличение степеней свободы по отношению к самому человеку, его рождению, жизни и смерти, по мнению Фукуямы, приводит человечество к его постчеловеческому состоянию. О биотехническом конструировании постчеловека говорит и В.А.Кутырев[2]. Редукция человека к телу в постмодерне сменяется искусственным реконструированием его телесности. О постчеловеческом состоянии человека говорится потому, что под вопросом оказывается сама его идентичность, которая традиционно связывалась с его разумностью.В.И.Самохвалова отмечает, что «ныне мы видим, как с главных сторон идет «пересмотр» и самой разумности как именно человеческого качества и ценности»[3]. Разумность утверждается не только как свойство человека, но и как свойство машины. И в своих функциональных проявлениях искусственный интеллект гораздо эффективнее человеческого, столь обремененного ценностями и критикой. Сдвиг в сторону приоритета искусственного перед естественным в культуре несет в себе еще не столь ясно различаемые угрозы приоритета машины перед человеком, формирования человека по образу машины, человека-машины, киборга и т.д. как более совершенного существа, чем просто человек. Проект ницшеанского сверхчеловека и последнего человека приобретает новые черты. Современный конструктивизм имеет дегуманистическое направление. Человек в «генной инженерии» понимается как некая конструкция, как то, что «можно конструировать, подобно техническим устройствам, состоящим из деталей, как человеческая индивидуальность – из генетической информации»[4]. Евгеническая идея строится именно на таком инженерном видении человека. Ю.В.Хен полагает, что подобный инженерный (конструктивистский) подход

---

[1]Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее: последствия биотехнологической революции. М.,2004, С.87. Его же: Конец истории и последний человек. М.,2004.

[2]Кутырев В.А. Человеческое и иное: борьба миров. СПб, 2009.С.52-56, 60-91.

[3] Самохвалова В.И. К пониманию человека и его человеческой идентичности // Полигнозис, №2, 2009. С.95.

[4]*Хен Ю.В.* Проблема природы человека в современных геномных исследованиях / Философия природы сегодня. М.,2009. С.431.

выводит евгенику из разряда аморальных идей, каковой она была со времен Второй мировой войны. Это очень важное наблюдение. Конструктивизм как общее умонастроение, как стиль мышления, как методологический подход имеет своим следствием появление конструктивистской этики, допускающей манипулирование ценностями, в силу их созданности. А конструктивистская этика становится основанием для правовых актов, дозволяющих осуществление клонирования, эвтаназии, манипулирование генетическим материалом, искусственную репродукцию и т.д.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВАНИЯ БИОРАЦИОНАЛЬНОСТИ

КУЛЬТУРНАЯ КАНАЛИЗАЦИЯ БИОМЕДИЦИНСКИХ ДОСТИЖЕНИЙ И ПРИНЦИПОВ БИОЭТИКИ: СТОКИ И ИСТОКИ

Серова И.А.

Канализация – система искусственного продвижения. Рыночная экономика возводит потребность в искусственном продвижении товаров, идей и услугв степень. Каналы множатся и успешно прокладываются в самых неожиданных местах и сферах: так, произвольная культурная канализация биомедицинских достиженийнепроизвольно канализирует принципы биоэтики. Телесериалы, ток-шоу продвигают ЭКО, трансплантацию органов, эвтаназию, пластическую хирургию, канализируя принцип «Не навреди!». Художественная литература, канализируя в культуре нарратив, как историю болезни тела и духа, продвигает принцип автономии пациента (И.Макьюэн. «Закон о детях»). Принцип «Делай благо!» канализируется различными приемами. Это и драматизация, например, проблема воспроизводства нации звучит как история искусственного прерывания беременности (Л.Улицкая «Казус Кукоцкого»); и эпатаж – случай с публичной трансляцией аукциона по продаже почки, на деле оказавшимся реалити-шоу, достигнутой целью которого стало увеличение количества добровольных доноров; и социализация инстинкта наживы – на окнах традиционно красных автобусов появляется реклама о возможностях покупки донорских яйцеклеток для их дальнейшего использования в ЭКО. Очевидно, что современные средства культуры выступают каналами её медикализации, как в части продвижения новых медицинских технологий, так и части промоушна биоэтических принципов.

Существующие каналы успешно продвигают нетрадиционные ценности, например, в ближайшем будущем стремление зачать ребенка естественным путем может быть квалифицировано как скотство – безумное размножение, эффективным средством борьбы со СПИДом считается легализация

проституции, а бренды «синглтон», «гей», «метросексуал», «чайлдфри» поднимают цену бесполому существованию до заоблачных высот. Традиционные каналы культуры ветшают, постепенно превращаясь из русла продвижения фундаментальных ценностей в сток. Мейнстрим культуры пересыхает вместе с навешиванием ярлыка утопии на принцип справедливости, хотя еще И.Кант писал: «Ничто не возмущает нас больше, чем несправедливость; все другие виды зла …ничто по сравнению с ней»[1]. Канализация справедливости! Что это сток или исток? Вопрос не праздный. Очевидны каналы превращения содержания принципа справедливости в сточные воды: это «медразвёрстка», медицинский рэкет, ОМС и т.д. Но, как известно, зло только украшает пьесу, иногда превращая сток в исток. Так варварский запрет в нашей стране использовать для лечения вирусных гепатитов эффективные противовирусные дженерики буквально за год наполнил принцип автономии пациента жизненным смыслом, разрушая глобальные бюрократические представления о дистрибутивной справедливости.

Необходимы глубокие широкие каналы продвижения антологии традиционных ценностей – работоспособности, благородства, человеческого достоинства, свободы от навязчивых манипуляций над телом и духом, умения стоически воспринимать удары судьбы, быть мужчиной и женщиной, прожить жизнь ребенка, юноши или девушки, мужа или жены, бабушки или дедушки, друга и недруга. В профессиональной сфере в канализации нуждается стандартизация, продвигающая идеалы, правила и нормы эффективной деятельности. Культурная канализация биоэтических принципов методом кейс-стадис поверхностна, ибо «разбирать случаи можно только тогда, когда известна и интериоризирована соответствующая система ценностей, иначе в области принятия решений сформируется нечто вроде прецедентного права США: человек не будет задумываться над тем, почему надо поступать так или иначе, а будет просто искать аналоги и следовать им»[2].

БИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА НА СТРАНИЦАХ СОВРЕМЕННЫХ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ ЖУРНАЛОВ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДРЕВНИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И НОВЫХ ЗНАНИЙ

Соколова И.С.

Многие современные научно-популярные журналы, ориентированные на естествознание, отличает качество политематичности, междисциплинарности публикуемых в них статей. В рамках настоящей работы мы рассмотрим тенденции соединения в подобных журналах биологических и медицинских

[1] Кант И. Соч. в 6-ти т. Т.2.1964. С.201.

[2] Седова Н.Н.Образование в области биоэтики как интернациональная проблема.// Биоэтика, №2(10), 2012–С.24.

знаний со знаниями других естественных наук (географии, химии), а также выявим закономерности взаимодействия биологических и медицинских знаний настоящего и биологических и медицинских представлений прошлого.

Рассмотрим два конкретных примера: статью «Остроты природы» С. Белкова из четвертого номера журнала «Вокруг света» за 2017 год и статью А.И.Курамшина «Чайные церемонии химиков», опубликованную во втором выпуске журнала «Химия и жизнь – XXI век» за тот же год. Оба произведения заключают в себе и биологические, и медицинские, и географические, и химические знания. Здесь рассматриваются география распространения, биология, химия, медицинские польза и вред растений, из которых получают специи и чай. Статья «Остроты природы» размещена под рубрикой «Химия Наука» в научно-популярном журнале, имеющем прежде всего географическую и страноведческую направленность, а статья «Чайные церемонии химиков» – в рубрике «Что мы пьем» журнала, основным тематическим руслом которого является химия, однако биология и медицина в этих произведениях также находят отражение. Подчеркнем, что в настоящее время активно развивается сугубо медицинская журналистика[1], но медико-биологические знания, которые может получить читатель-неспециалист, отнюдь не исчерпываются возможностями, предоставляемыми ею.

В анализируемых статьях биологические, медицинские, географические, химические знания теснейшим образом переплетаются. С нашей точки зрения, можно говорить об их синкретизме.

Синкретизм обычно понимается в двух смыслах: во-первых, на ранних стадиях развития общества – как исходно существующая нерасчлененность, недифференцированность; во-вторых, в последующие периоды – как смешение, соединение, слияние различных элементов. Вторая ситуация возможна в двух вариантах: неорганическое, искусственное, механическое слияние разнородных элементов; органическое, синтезированное, системное сочетание разных элементов[2].

В рассматриваемых нами научно-популярных статьях можно проследить присутствие биологических, медицинских, географических, химических, знаний на современном нам уровне развития соответствующих наук. На этом уровне в научно-популярных статьях возникает своеобразная эмерджентность воссоздаваемой системы, которую читатель воспринимает как переплетение, взаимопроникновение, теснейшее единство знаний из различных научных отраслей. То есть на данном уровне можно наблюдать синкретизм как органическое сочетание разных элементов.

Вместе с тем в статьях можно увидеть и другой уровень проявления синкретизма – синкретизма как исходно существующей нерасчлененности. На данном уровне представлены уже не современные биологические, медицинские, географические, химические знания, а аналогичные знания,

---

[1]Суворова С.П. Медицинская проблематика в российских печатных СМИ //Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2014. – №12-2. – С. 165–172.

[2]Гаврилова Ю.В. Синкретизм как фактор формирования и эволюции социальной реальности // Гуманитарный вектор. – 2015. – №2. – С. 30–31.

зародившиеся в древности и до сих пор бытующие в рамках обыденного сознания и в практиках повседневности. Причем в некоторых случаях речь идет о том, что представления древности вступают в противоречие с современными воззрениями, в частности, с медико-биологическими. В других же ситуациях представления прошлого находят подтверждение с позиций науки настоящего. Например, в статье «Остроты природы» читаем: *«Применение специй никогда не ограничивалось пищевым бизнесом. Их повсеместно и универсально использовали в медицине. Пережитки прошлого мы до сих пор можем видеть в китайской народной медицине, аюрведе или травничестве. Говорить о доказательной базе таких подходов, конечно, бессмысленно. Подобно прочим донаучным практикам это лечение основано, скорее, на философских размышлениях. ... Современная наука поставила крест на целебной силе специй, отправив их в раздел истории и альтернативной (то есть не имеющей отношения к лечебному делу) медицины и сохранив в своем инструментарии только вещества с доказанной эффективностью. Подавляющее большинство попыток найти хоть какой-нибудь рациональный смысл в медицинских традициях прошлого заканчивается неудачами. Например, куркума, активно продвигаемая представителями альтернативной медицины как средство от кашля, запоров и даже рака, полностью неэффективна в деле лечения любых заболеваний. Зато она прекрасно смотрится в карри, где ей самое место»* (с. 78). В статье «Чайные церемонии химиков» находим: *«Физиологическое воздействие напитка из листьев Camellia sinensis не ограничивается его антиоксидантным эффектом. С древних времен известно его стимулирующее действие…»* (с. 44).

Причин появления синкретизма как органического сочетания элементов, как мы считаем, несколько. Первая – отражение современного тренда интеграции наук; вторая причина коренится в методике создания научно-популярных произведений с обязательным упором на занимательность материала (в нашем случае занимательность достигается благодаря калейдоскопичности знаний из разных наук).

Синкретизм как исходно существующая нерасчлененность – следствие повышенного интереса современного человека к представлениям, сложившимся в древности. Таким образом можно привлечь внимание читателей, весьма далеких от современной науки, при этом, однако, приобщая их к актуальным научным знаниям. «Можно предположить, что научно-популярная периодика, появившись в России в XVIII в., возникла как реакция общественной среды на бурное развитие научных коммуникаций, – отмечают К.И. Морозова и М.А. Еремин. Ведь основная читательская аудитория сугубо научных журналов – ученые, т.е. небольшая, замкнутая социальная группа, “свои”, те, для кого понятен сложный, специализированный научный язык. … В то же время для научно-популярных журналов характерно обращение к широкой читающей публике. Авторы подобных изданий “переводят” научное знание на массовый, общедоступный уровень и, следовательно, могут позволить себе отказаться от сложной терминологии и языкового

пуританства»[1]. Мы полагаем, что причина повышенного интереса читателей научно-популярных журналов к естественнонаучным представлениям древности в XXI веке связана со значительным усложнением актуальных, вновь получаемых естественнонаучных и медицинских знаний, которые уже не так просто, как в веке XVIII, «перевести» на массовый, общедоступный уровень.

Политематические статьи играют немаловажную роль в деле медико-биологического просвещения читателей научно-популярных журналов. Особую ценность имеет то, что человек, открывая такой журнал, как правило, не задается целью получить сведения именно медико-биологического плана. Он получает их как бы «между делом», что очень актуально в условиях современной культуры постмодерна и общества потребления.

СОЦИОБИОМЕДИЦИНСКИЕ ПАРАДИГМЫ

СОЦИОГУМАНИТАРНЫЕ ОБРАЗЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А.

Для решения проблемы качества жизни, понимаемого в интегральном смысле требуется новое онтометодологическое обоснование. Фундаментальный характер проблемы повышения качества жизни человека, нахождения для этих целей надежных способов её обоснования, использование совершенствующихся инструментов диагностики субъектных и личностных ресурсов человека, определяется значимостью ценности жизни и конституирующего жизнь «здоровья». Применение экзистенциальной методологии для объяснения расширяющегося понятия «качество жизни», субъективного благополучия человека как эмерджетного манифестирования качества жизни, позволяет преодолеть узкую трактовку качества жизни, используемую дисциплинарными дискурсами качества жизни и включить более широкий контекст экзитенциальных факторов в аналитику данного феномена.

Множественный феномен качества жизни укоренен философской категорией «качество». Качество – философская категория, которая своими мировоззренческими и методологическими коннотациями транслировалась в различные виды знаний, в том числе в научные. Как понятие качество соотносится с объектами внешнего мира, что различается как объективная его составляющая, например, объективная реальность, объективные факторы. Понятие «качество» транслируется на сознание человека, его ментальный уровень, что идентифицируется как субъективная его составляющая, например, субъективная реальность, субъективное благополучие. Продукт

[1] Морозова К.И. Современные тенденции развития научно-популярного журнала / Морозова К.И., Еремин М.А. // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2016. – №10-2. – С. 146–152.

взаимодействия объективных и субъективных факторов, их интегральная характеристика – необходимое условие экзистенциального конституирования феномена качества, в том числе качества жизни.

В широком смысле понятие качества жизни соизмеряется со всеми гранями жизни человека. На наш взгляд, правомерно выделять интегральное понимание качества жизни, поскольку необходимо учитывать противоречивость, размытость содержания понятия «качество жизни», сложившиеся подходы к его объяснению как образу жизни, удовлетворенности человека жизнью как степени соответствия действительных параметров и условий жизни ожиданиям человека, как уровню жизни, как аксиологической удовлетворенностью жизнью, и как полноты экзистенциального переживания жизни» [2, с. 4]. Качество жизни - междисциплинарное понятие, интегральное объективное и субъективное выражение экзистенциального состояния человека и его социального, психологического, психического и психосоматического здоровья. Качество жизни – проецируемая переменная, инициируемая социальными настроениями, ожиданиями населения, личностными предпочтениями, представлениями. С помощью оценки качества жизни можно получить многомерное представление, распознавать медицинские, психологические, социально-экономические параметры и риски здоровья, учитывать соразмерность объективной и субъективной оценки жизни и здоровья, их темпоральную изменяемость [6].

В узком смысле понятие качество жизни включает прежде всего те показатели, которые связанны с состоянием здоровья человека. Речь идет об объективном и субъективном благополучии, на которые влияет социокультурный контекст и ценностно-смысловые индивидуальные приоритеты. Переживание, в том числе экзистенциальное переживание, человеком «качества» своей жизни «шифруется» как состояние субъективного благополучия. Конструкт субъективного благополучия включает в себя его когнитивные предикторы (удовлетворенность жизнью), так и аффективную эмоциональную составляющую в смысле «регламента» позитивных и негативных эмоций. Заметим, что в социогуманитарной диагностике показатель «удовлетворенность жизнью» манифестирует о степени согласованности желаний и возможностей человека, речь идет об оценке на основе корреляции ожиданий человека и реалий индивидуальной жизнедеятельности.

В отечественной персонологии личностный потенциал различается как: «интегральная характеристика уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз феномен самодетерминации личности, то есть осуществление деятельности в относительной свободе от заданных условий этой деятельности – как внешних, так и внутренних условий, под которыми понимаются психологические, в частности телесные, предпосылки, а также потребности, характер и другие устойчивые психологические структуры» [4, с.7]. Согласно такому видению личностного потенциала, речь идет о сложных механизмах копинга с изменяющейся и неопределенной действительностью, о готовности к самоизменению и способности к самостоятельному созданию

необходимых условий. Д.А. Леонтьев констатирует: «Личностный потенциал – это интегральная системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий. Это способность личности проявлять себя в качестве личности, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, оказывающим целенаправленные изменения во внешнем мире и сочетающим устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуации» [4, с.8].

Как нам представляется концепт «личностный потенциал» имеет методологическую перспективу в понимании множественных параметров качества жизни, он «заточен» на объяснение личностного фактора в достижении высшего уровня переживания качества жизни. В контексте идей позитивной психологии психологическое благополучие коннотируется как счастье. Согласно М. Селигману, счастье отождествляется с благополучием. Благополучие, в свою очередь, предстает как позитивные чувства, позитивные эмоции, положительные черты характера, позитивная оценка жизненного контекста. Иначе говоря, субъективное благополучие – это самый высокий уровень удовлетворенности жизнью [5, с.337].

Согласно нашим представлениям, сегодня возрождается исследовательский интерес к философско-психологическому ресурсу экзистенциальной концепции, которая имеет свой объяснительный потенциал, «свое видение» благополучия человека и качества жизни. Субъективное, психологическое благополучие здесь предстает на экзистенциальном уровне как «разворот» человека на решение экзистенциальных проблем своего существования. Среди таких проблем «забота о себе», страх, боль, страдание, одиночество, полнота их переживания и проживания. Среди особых экзистенциальных проблем – поиск смысла, свобода, ответственность человека. Вспомним также, что экзистенциальная парадигма восходит к «философии жизни», где личность, согласно Н.А. Бердяеву, есть прежде всего смысловая категория, она предстает как обнаружение смысла существования» [1, с.298].

Известный представитель экзистенциальной философии и психологии В. Франкл психологическое благополучие соотносил с понятием «экзистенциальной исполненности» [7]. Под экзистенциальной исполненностью понимается такое качество жизни, которое связано с полнотой экзистирования человека, его потенциала. Полнота экзистирования человека предстает как внутренняя согласованность, субъективная удовлетворенность собой, гармоничное самоотношение. Экзистенциальная исполненность «заточена» на смысловую проекцию жизни. Согласно концепции В. Франкла экзистенциальная исполненность отождествляется с «экзистенциальным смыслом», который демонстрирует наполненность жизни смыслом, «полноту жизни», осознанное счастье. Экзистенциальный смысл указывает на

соизмеримость собственных ценностей с требованиями и предложениями внешнего мира, что позволяет корректировать собственные потребности и интересы с наличными обстоятельствами, разворачивающейся объективной ситуацией. Развитая персональность и экзистенциальность позволяют человеку находится в диалогических отношениях с жизненным контекстом.

Экзистенциальная концепция В. Франкла, О. Лэнгле, И. Ялома и др. коннотирует субъективное благополучие (счастье) как «экзистенциальную исполненность», что отражает степень самоосмысления жизни, внутреннее согласие, самопонимание. Сегодня известна диагностика эксистенциальной исполненности как «Шкала экзистенции» (включающая субшкалы «самодистанцирование», «самотрансценденция», «свобода» и «ответственность») [3, с.141-170]. Обратим внимание на то обстоятельство, что экзистенциальной методологией допускается в самой природе человека непосредственное чувство, «картина себя», как осознаваемая оценка, субъективная правда, на основе которой проявляется свобода решения. Экзистенциальная исполненность субъективно ощущается человеком. Это обстоятельство обосновывает диагностику качества жизни как интегрального показателя объективного и субъективного благополучия.

В итоге, экзистенциальные антиципации (предугадывания) качества жизни, понимаемого как интегральное значение субъективного и объективного благополучия, эмерджентная его манифестация, объяснение субъективного благополучия методологическим инструментом экзистенциальной философией позволяют преодолеть узкую трактовку качества жизни, его объективистскую редукцию в отдельных дисциплинарных дискурсах.

Литература

1. Бердяев Н. Философия свободного духа. М.: Республика, 1994.
2. Конструируя качество жизни: современные модальности и социально-психологические риски: монография / под ред. Е.А. Евстифеевой, А.А. Тягунова, С.И. Филиппченковой, С.В. Рассадина. Тверь: Тверской государственный технический университет, 2015.
3. Кривцова С.В., Лэнгле К., Орглер К. Шкала экзистенции А.Лэнгле и К. Орглер // Экзистенциальный анализ. М.,2009. Бюллетень, №1.
4. Личностный потенциал: структура и диагностика. Предисловие. / Под ред. Д.А. Леонтьева, М., 2011.
5. Селигман М. Новая позитивная психология. М.: София, 2006.
6. Филиппченкова С.И. Психологическая модель взаимодействия врача и пациента. Дисс..д.психол.н., М.:ВНИИТЭ, 2013. 500 С.
7. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва: Прогресс, 1990 г.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ Я. ФОН ИКСКЮЛЯ И ЕГО ПОСЛЕДОВАТЕЛЕЙ КАК МЕТОДОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ[1]

Князева Е.Н.

Якоб фон Икскюль: открытие Umwelt как мира смыслов живого существа. Важнейшее открытие биолога-теоретика Я. фон Икскюля (1864-1944), которое ценится и философами, и современными специалистами в области когнитивной науки, - это Umwelt. Это не просто мир, окружающий живое существо, но субъективный мир значимых вещей и событий, который создается живым существом и обратно влияет на него, его строит. Кроме того, Umwelt – это мир знаковой реальности (*мир знаков* для животного, *мир смыс*лов и *символов* для человека). Поэтому Икскюль считается одним из отцов-основателей междисциплинарного направления *биосемиотики*. Различные биологические виды живут в разных, непересекающихся мирах восприятия и действия, они перцептивно замкнуты, видят и воспринимают мир по-разному, но при этом эволюционно приспособлены именно к своей части воспринимаемой ими и вовлекаемой в свое действие природы, к своей экологической нише. В понятии Umwelt подчеркивается субъективность и смысловая определенность мира живого существа. Причем субъектами восприятия и действия Икскюль называет животных, не только человека.

Икскюль вложил в это понятие ряд оригинальных смыслов, а именно: а) *сопряженность активного восприятия с активным действием:* живые существа создают окружающий их мир на свою пользу и свои нужды, прилаживают его под себя, его воспринимая; б) *циклы прямой и обратной связи* живого организма и окружающей его среды: в случае животного – когнитивного агента и окружающего его мира, который он осваивает, познает, строит, а в случае человека – субъекта и объекта познания; эта связь называется по-разному в разных научных концепция: у Икскюля – это *функциональный круг,* в современной теории сложных систем (а организм есть сложная система, которая встроена в более обширную систему, и эти системы организованы иерархически) – это *циклическая детерминация* (или *циклическая причинность*), согласно теории автопоэзиса У. Матураны и Ф. Варелы, имеет место *структурное сопряжение* между организмом и средой; в) *селективность (избирательность) восприятия и действия*: только определенный фрагмент (срез) внешнего мира схватывается через органы чувств животного, преобразуется в его нервные импульсы и стимулирует его психомоторную активность; не все, но только немногие раздражители из внешнего мира важны для жизни организма; г) *излечение/порождение смыслов*: Umwelt – это то, что значимо и несет смысл для живого организма в отличие от окружающей среды (environment); для всего живого действительность открывается как смысловая; д) *подвижная, динамическая граница между внешним и внутренним*: граница

[1] Исследование выполнено при поддержке РФФИ по проекту № 16-06-00522а «Биосемиотика: рождение и развитие парадигмы».

между организмом и его Umwelt трудно уловима. Живое существо втягивает мир в себя, превращает внешнее во внутреннее, а себя распределяет, «распыляет» в окружении. Паутина, произведенная пауком, в известном смысле является частью его самого; е) *интерактивное единство живого существа и его Umwelt*: объективный внешний мир и субъективный внутренний мир находятся в отношении взаимной детерминации. Живое существо – отчасти вне себя, в своих действиях и в их продуктах (бобер в построенной им платине, ласточка в слепленном ею гнезде), а значимая часть внешнего мира вовлечена в их действия, встроена в их собственную природу, поставлена им на службу.

Относится ли понятие Umwelt к отдельному животному (особи) или ко всему биологическому виду, к которому принадлежит данная особь? Специалисты, изучающие учение об Umwelt Икскюля (Umweltslehre), склоняются к тому, что можно говорить и об Umwelt вида (людей, собак, ворон, пчел и т.д.) и об Umwelt отдельного человека, отдельной собаки, отдельной вороны, отдельной пчелы и т.д., который имеет характерные для каждого индивида особенности. Umwelt обладает свойствами, не только характерными для биологических видов, но и для отдельных особей этих видов. Umwelt несет в себе не только видовые характеристики, но и индивидуальные, специфические для каждой особи характеристики (для данной вороны, для данного кролика, для данного кота и т.п.).

Глубинная экология П.В. Цапффе и А. Нэсса. Икскюль и его идеи, высказанные, в особенности, в наиболее популярном и часто цитируемом сочинении «Прогулки по окружающему миру (Umwelt) животных и людей» (1934) значимы для развития расширенного экологического подхода, для экологии как методологии, для экологической философии. М. Тённессен показывает, как происходила рецепция идей Икскюля норвежскими учеными и мыслителями Петером В. Цапффе (1899-1990) и Арне Нэссом (ArneNæss) (1913-2009). Оба этих мыслителя развивали *экологическую философию*, вернее философское видение, вдохновленное экологическими идеями. Оба они применяли учение Икскюля об Umwelt не к живым существам, а к человеку и развивали идеи Икскюля в человеческой перспективе[1]. Нэсс считается родоначальником направления глубинной экологии (deepecology). Он ввел понятие «экологического Я», подчеркивая, что *части природы являются фрагментами нас самих*, мы вбираем в себя природу, будучи ее созданиями творим значимый мир вокруг нас.

Экософия Феликса Гваттари. Для понимания биологических основ происхождения смысла существенным оказывается введенное Ф. Гваттари понятие «экософия». «Экософия» в буквальном смысле означает мудрость непосредственного окружения, естественной среды обитания, домашних условий жизни. Гваттари поясняет, что корень” есо” в слове «экософия» используется в своем оригинальном древнегреческом смысле “oikos” – «дом», «домашняя обстановка», «естественная среда» (др.-греч.: **οἶκος** - обиталище,

[1]*Tønnessen M.* Introduction: The Relevance of Uexküll’s Umwelt Theory Today // Jakob von Uexküll. The Discovery of the Umwelt between Biosemiotics and Theoretical Biology. Dordrecht: Springer, 2015. P. 5-6.

жилище, помещение, жильё; дом, комната, покой). Экологический подход с точки зрения Гваттари имеет три уровня, или регистра: уровень окружающей среды (энвайронменталистский), уровень социальных отношений и уровень человеческой субъективности[1]. Мы – в мире и мир – в нас, причем, в первую очередь, наш микро-социум, наше непосредственное окружение, наша природная, социальная и культурная среда, та, в которой мы живем. Мы – одновременно и творящие, и творимые, так как мы создаем наше окружение, наш экологический дом и в то же время постоянно создаваемы им, испытываем на себе его воздействие, которое нас преобразует. Мир открывается для нас в определенном своем аспекте, разрезе, в определенных смыслах, и мы черпаем из него, «вырезаем» только доступную и имеющую для нас значимость часть, его фрагмент. Мы одновременно и открыты и закрыты миру, то есть операционально замкнуты. Открытость миру позволяет нам развиваться, а замкнутость – поддерживать свою личностную идентичность, свое Я, не размываться в окружении. Эта наша замкнутость является когнитивной (перцептивной и ментальной) и одновременно семантической замкнутостью: мы живем в открывающейся нам смысловой реальности, и эти смыслы строят нас самих.

Согласно Гваттари, окружающая среда влияет на нас в трех взаимосвязанных отношениях: 1) энвайроменталистском, прежде всего, как природная среда, 2) социальном (как среда социальных связей и социальных действий) и 3) индивидуально-личностном, как поле для индивидуализации, развития личности, развертывания собственной креативности. Не только человек в его социальных и индивидуальных действиях активен, но и от самой окружающей среды проистекает активность. Не только мы, но и среда нас строит, учит и создает. Она является мудрой в том смысле, что обладает определенным сопротивлением, является отчасти ригидной, даже «своенравной», поскольку принимает отнюдь не любое наше когнитивное или практическое действие, а отчасти гибкой, поскольку «зеркалит» и подстраивается под те наши действия, которые природно эволюционно и культурно исторически определены, и отлажены. Новая экософическая логика, открываемая Гваттари в самой природе, позволяет понять не только малые эко-миры живых существ, но и способы их перестраивания благодаря прохождению через сингулярность, вторжению случайностей, что позволяет открывать новые смыслы, достраивать и преобразовывать собственные территории. Эко-миры обладают гибкостью, способны быть чувствительны к случайностям, которые «внезапно заставляют первоначальный проект бифуркировать, заставляют его отклониться далеко от первоначального русла». Прохождение через сингулярность, надломы, катастрофы перестраивает мир человека, открывает ему новые смыслы. Гибкость индивидуальных эко-миров (сложных систем живых существ) – неограниченный потенциал к их изменению.

[1]*Guattari F*. The Three Ecologies.London and New Brunswick (NJ): The Athlone Press, 2000. P. 28.

Экологическая философия как методология в медицине. Идеи Икскюля имеют большую методологическую значимость для научных исследований вообще, и для исследований в области медицины в особенности. Современный экологический подход развивается как расширенный, и можно говорить не только о коэволюции человека и природы, но и об *экологии разума, познания, действия, коммуникации и управления*. У Икскюля была идея о совершенной гармонии в отношении между организмом и средой. Окружающая среда как Umwelt – это мир, обустроенный человеком для самого себя и на свои собственные нужды. Разлад человека со своим Umwelt, в конечном счете разлад человека с сами собой, - это энвайрименталистский и психосоматический фактор для сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, являющихся главными причинами смертности в современном мире.

Здоровье с точки зрения современной экологической философии (в рамках расширенного экологического подхода) рассматривается или как поддержание гомеостазиса, сохранение организмом своей целостности (К. Бернар, У.Б. Кеннон, Н.Н. Моисеев и др.), или как «самопроизвольная стабилизация», аутостабилизация (П.К. Анохин и его последователи в развитии теории функциональных систем), или как автопоэзис жизни (Ф. Варела). В последнем понятии скрывается смысл не только самоподдержания, регенерации, но и самообновления, жизненного творчества, насколько это вообще применимо к неизбежно стареющему и разъедаемому болезнями организму. К автопоэтической трактовке психического и телесного здоровья человека наиболее близко понимание здоровья Б.Г. Юдиным. Он говорит, что «состояние здоровья человека — это воплощенная физиология ликующей жизни», а ликование, игра жизни всегда сопряжена со свободой. Существенным моментом этой свободы можно считать растущую «независимость человека от ограничений, задаваемых собственной телесностью, — независимость, которая позволяет человеку утверждать: “Я тем более здоров, чем шире диапазон доступных мне произвольных действий”»[1]. В таком понимании здоровья воплощена сложность человеческого существа, управляемого внутренними и внешними связями, замыкающиеся в рекурсивные петли взаимной детерминации. Активность человека направлена и вовне, и вовнутрь. Через внешнее он поддерживает, достраивает, обновляет внутреннее. А через внутреннее — ведь Психее, по словам Гераклита, присущ самовозрастающий Логос — конструирует внешнее, подтягивает его до себя и делает его условием для своего творчества. Сложность креативного человека означает, что у него всегда есть больше возможностей дальнейшего действия и приобретения опыта, чем может быть актуализировано в данный момент. Мобилизация своих внутренних сил, энактивность в познании самого себя, в организации своей деятельности и своей социальной среды является способом самоконструирования и самоисцеления. Так манифестирует себя автопоэтичность сложного человеческого организма.

[1]*Юдин Б.Г.* Здоровье: Факт, норма, ценность // Мир психологии. 2000. № 1. С. 60, 61.

ПРАВИЛО ИНФОРМИРОВАННОГО ОТКАЗА

Летов О.В.

В случае столкновения с этическими проблемами ученый должен соизмерять их с имеющимися принципами и интегрировать с новыми фактами, образуя новую систему. Пионерами в этой области могут выступать не только те, кто предлагает новые биотехнологии, но и те, кто нашел в себе силы отказаться от рискованных шагов. Последние выступают представителями «философии ограничений», т.е. указывают некие социальные границы, за которые ученые не должны переходить. Эти границы могут быть обусловлены такими факторами, как половая, национальная, классовая или религиозная принадлежность индивида.

В науке не исключены ситуации, когда группа исследователей работает вопреки правилу информированного согласия и формирует знание, в котором сообщество отнюдь не испытывает потребность. Накладывать определенные ограничения на подобного рода исследования отнюдь не означает стремление руководствоваться «антинаучными мотивами. Отказ от участия в том или ином научном исследовании может носить одновременно методологический и политический характер. Если методологический отказ тесно связан с принципами субъекта, то политический обусловлен факторами принадлежности субъекта к той или и иной социальной группе. Правило информированного отказа позволяет переосмыслить права, обязанности и возможности как ученых, так и лиц, участвующих в исследовании в качестве испытуемых. При этом сам отказ как таковой отнюдь не следует романтизировать или переоценивать. Отказ может выступать первым, но отнюдь не единственным выбором пациента. Так же как и согласие, отказ должен быть действительно информированным, т.е. пациент способен понимать и обосновать причины отказа. При этом никак не следует опираться на такие «доводы» пациентов, согласно которым врачи способны не столько лечить, сколько губить больных.

Информированный отказ несет с собой не только необходимость следования законам, но и социально-политические права пациентов и субъектов, принимающих участие в медицинских исследованиях в качестве испытуемых. Правило информированного отказа предоставляет пациенту выбор, устанавливает равноправные отношения между социальными институтами и пациентами.

«СУБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД» Н.К. МИХАЙЛОВСКОГО В КОНТЕКСТЕ КРИТИКИ НАТУРАЛИЗМА В СОЦИОЛОГИИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX В.

Лямина Т.Е.

В настоящее время, в период активной конвергенции естественнонаучного и социогуманитарного знания актуальность приобретают проблемы методологической специфики социальных и гуманитарных наук, особенностей

познания в них. Для правильного анализа этих вопросов в современных условиях важно обратиться к отечественному философскому наследию, в частности к творчеству выдающегося русского мыслителя второй половины XIX в. Н.К. Михайловского.

Можно провести аналогию между современностью и идейными исканиями второй половины XIX в. Впечатляющие достижения биологии того времени вызывали стремление с помощью биологических знаний и естественнонаучных методов решать социальные вопросы, переустроить общество, переосмыслить проблемы общественных наук.

Философско-социологическая теория Н.К. Михайловского носит двойственный переходный характер. Мыслитель сочетает позитивистские идеи О. Конта и Г. Спенсера, эволюционную натуралистическую методологию и этическую оценку социальных явлений; соединяет системный и индивидуализирующий подходы к изучению общества.

Известно, что представители «субъективной школы» в русской социологии задолго до методологической дискуссии второй половины XIX - начала XX в. выдвинули идею о различии естественных и социальных наук, о своеобразии социальных фактов и необходимости особых методов для их изучения. По мнению Н.К. Михайловского, науки об обществе отличаются от естественных наук тем, что человек является одновременно субъектом и объектом познания.

Ученому-социологу необходима особая восприимчивость к природе изучаемых явлений – «сочувственный опыт». В контексте «теории подражания», разработанной социологом, – это сознательное подражание, психологическое вживание, которое позволяет поставить себя на место другого человека, понять его потребности, интересы и ценности. Наблюдатель должен стать в положение наблюдаемого, понять общественное явление с точки зрения его участников. Оценке социальных явлений в структуре «субъективного метода» предшествует понимание.

Изучение социальных явлений неотделимо от их оценки. Уже выбор предмета и все этапы исследования включают оценочный компонент. Согласно Н.К. Михайловскому, абсолютно объективное рассмотрение общественных явлений невозможно. Само по себе стремление к нему – признак дезорганизованной личности, не владеющей своими симпатиями и антипатиями, которые главенствуют над ней как стихийные силы. Демонстративный отказ от оценки общественных явлений приводит к тому, что «субъективный элемент» становится неосознаваемым и неподдающимся контролю со стороны исследователя. В результате желаемое выдается за объективно-необходимое.

Завершается исследование оценкой социальных явлений с позиции общественного идеала. Уделяя большое внимание социальным границам познания, социолог утверждал, что в социальных науках разногласия между научными школами часто порождаются различием общественных интересов, идеологических установок исследователей, недостатком «сочувственного опыта» в специализированном обществе.

«Субъективные разногласия сообщением сведений не устраняются, потому что и порождаются они не различием в количестве знаний, а различием симпатий и антипатий, различием общественных положений, препятствующих людям представлять себе чужие мысли в форме собственных»[1] - писал Н.К. Михайловский.

Признавая ограниченность всех современных «идеалов», связанных с интересами различных общественных групп, идеолог народничества полагал, что устранение «субъективных разногласий», приближение к правильному познанию возможно только в будущем. В результате прогрессивного развития общества должны уменьшиться отрицательные последствия общественного разделения труда, возрастет уровень социальной солидарности и будут созданы условия для гармоничного и всестороннего развития личности. Успехи познания, по мнению Н.К. Михайловского, зависят от уровня социальной солидарности, степени социальной общности людей.

Мыслитель утверждал, что ученый должен контролировать свой «субъективизм», отделяя установленные факты от своих оценок, четко формулируя в самом начале исследования свой общественный идеал. В духе неокантианства Н.К. Михайловский много внимания уделяет формированию на основе общечеловеческих ценностей общеобязательного общественного идеала, единства истины и справедливости. Эти положения «субъективного метода» лежат в основе критики социологом современных ему философско-социологических учений: социологии Г. Спенсера, идейных построений русских марксистов 90-х годов XIX века.

ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ АКТУАЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Панов С.В., Ивашкин С.Н.

Марк Олано[2] предлагает панораму актуальных психотерапевтических методов в современной медицинской науке и практике. Когнитивно-поведенческая терапия третьей волны имеет целью скорректировать неадаптивность нашего повседневного поведения и наших эмоций, смещая акцент на наши телесные восприятия, используя буддийскую медитацию как внутреннее созерцание нашего потока восприятий, эмоций и мыслей. В 1980-х гг. американский врач Джон Кабат-Зинн был первым, кто ввел практику медитации в больницах для пациентов, страдающих хроническими расстройствами психики. Он разработал программу снятия стресса на основе самосознания. Пациент в этой программе проходит сеансы медитации и дискуссии в группе, начиная практиковать индивидуально медитацию дома. Через внутреннее созерцание пациент может найти истоки своего стресса, чтобы обрести средства регуляции собственных состояний. Медитация ведет

[1] Михайловский Н.К. Записки профана // Полн.собр.соч. СПб. Т3, 1909. С.404.
[2] Olano Marc. Panorama des thérapies actuelles//Sciences humaines, №283, juillet 2016. C.30-35.

к исчерпывающему анализу телесно-душевного, эмоционального и поведенческого состояния. Современная оценка когнитивно-поведенческой терапии показывает ее высокую эффективность в лечении стресса, средний результат - для терапии тревожности и депрессии и слабый результат - в лечении психо-эмоционального выгорания. Эта терапия достаточно эффективна для снятия болезненных ощущений при стрессе.

В 2000-х гг. английские и канадские профессора психиатрии и психологии Дж.Тисдэйл, М.Уильямс и З. Сигэл разработали когнитивную терапию полного сознания на основе работ Дж.Кабат-Зинна и на модели депрессии американского психиатра А.Бэка, по которой депрессивные личности характеризуются преувеличенной реакцией на негативные эмоции и замыканием на отрицательном переживании. Поэтому целью этой терапии явилось высвобождение реактивного сознания из порочного круга травматизма, который заставлял личность бесконечно переживать травматическое событие. По актуальным данным, когнитивно-поведенческая терапия позволяет снять 34% риска депрессивного рецидива. Она показала свою эффективность, равную пользе лечения антидепрессантами. Применение когнитивно- поведенческой терапии распространяется на другие патологии: анорексия, пристрастия, дефицит внимания, гиперактивность.

Терапия виртуальной реальностью погружает пациента в фиктивный мир, проецируемый на экране или в специальной каске. Эта терапия позволяет излечивать фобии, например, фобию пустоты и высоты. Пациент помещается на виртуальной крыше небоскреба, ему предлагается пройтись по бордюру крыши. Виртуальная среда изменяется в зависимости от перемещений таким образом, что у пациента создается реальное впечатление свободной прогулки над пустотой. Другие виртуальные модули этой терапии помогают лечить страх перед пауками, страх полетов, клаустрофобию, социальные фобии и посттравматический стресс. Новые программы работают над патологическими пристрастиями, создавая виртуальный зрительно-тактильной контакт с объектом пристрастия. Используется и такая техника: пациент наблюдает свой собственный предварительно заснятый образ в фиктивном мире, где он может развиваться в лучшую сторону. Эта техника показывает свою действенность в лечении расщепления образа «я» у пациентов, страдающих анорексией и шизофренией.

Терапия принятия и вовлечения, разработанная американским психологом Стивеном Хэйсом в конце 1980-х гг., предназначена для лечения неврозов, связанных с неприятными воспоминаниями, нашими негативными мыслями и эмоциями. Пациенту предлагается дистанцироваться от эмоционального стресса, от ощущаемой внутренней тяжести, посмотреть на себя со стороны, даже медитировать. Факт принятия жизненных трудностей и душевных переживаний позволяет улучшить нашу повседневную жизнь и сместить фокус внимания на ценности, на то, что действительно значимо в жизни. Эта терапия показывает свою эффективность в лечении депрессии, психозов, обцессивно-компульсивного синдрома, тревожности, рабочих стрессов и токсикомании.

Диалектическая поведенческая терапия, предложенная американским психологом Машей Лайнхэн в 1980-х гг., направлена на снятие аутоагрессии, суицидальных тенденций пациента. Эта терапия совмещает достижения медитативной практики и методов принятия и вовлечения, которые призваны отвлечь пациента от негативных эмоций. Идея диалектической терапии состоит в совмещении противоположных тенденций у пациента: принять себя таким, как есть, и изменяться, однако объективно благоприятные условия для признания фактичности и потенциальности субъекта остаются здесь неясны. В этой связи несколько размытой представляется формула метода – «превратить свои недостатки в достоинства».

Терапия схем также является интегральной, совмещающей тенденции разных психотерапевтических школ. В основе метода, разработанного Джеффри Янгом, лежат теория привязанности и Gestalt-терапия. Исходным пунктом в лечении патологических явлений нашей психики здесь выступает положение о том, что в небезопасной травмообразующей среде человек вырабатывает неадаптивные поведенческие схемы, число которых, по Янгу, достигает 18-ти. Если в детстве мы усваиваем схему недоверия, систематического подозрения других во лжи и мошенничестве, велик шанс закрепления этой реакции в зрелом возрасте при соответствующих стимулах. Цель метода - заставить личность выйти из этих социально-психологических автоматизмов, метод показал свою действенность в лечении хронических расстройств личности, тревожности, смены настроения, синдрома нервного срыва.

Терапия ментальной корректировки (brainspotting) предложена американским психотерапевтом Дэвидом Грандом как результат лечения психологических травм после теракта 11 сентября 2001г. Этот метод показывает, что при переживании стресса наше восприятие акцентируется на одной из сторон реальности. Опираясь на различие нашего полярного зрения, мы можем сместить зрительный фокус восприятия реальности, заставив личность посмотреть на травматическое событие по-другому. Очевидно, что этот метод предполагает способность нашей психики к самовосстановлению. Использование связи зрительных аспектов с ментальными состояниями обнаруживает свою эффективность в терапии посттравматического синдрома, психосоматических патологий, фобий, тревожности и пагубных пристрастий.

Психотелесная терапия, основанная на концепции «тела-души», на представлении о сохранении в нашем теле следов пережитых нами травм и наследуемых патологий. Этот метод имеет целью освободить сознание пациента от бессознательно хранимых элементов через практику вегетотерапии и технику дыхания, предложенную в 1930-х гг. учеником Фрейда - Вильгельмом Райхом. Этот метод послужил стимулом для создания биоэнергетической терапии А.Лоуэна, терапии первичного крика Иды Рольф и постулярной интеграции сознания Дж.Пэйнтера. Широкую известность приобрели художественная терапия, танцевальная и музыкальная терапия, при которых все части тела пациента вовлекаются в лечебное действие. Эти техники раскрепощения телесного выражения личности расслабляют

скованные внутренним напряжением стресса группы мышц. Техники, использующие методы расслабления, освобождающего первичного крика и плача, дыхания и прикосновений предполагают также связь психотелесного лечения с речевой терапией. Психотелесные методы назначаются преимущественно для лечения душевно-соматических расстройств (мигрень, боли в спине, отсутствие сна или потенции), но также используются в терапии непостоянного настроения, тревожности, стресса, некоторых фобий.

Аптопсихотерапия, берущая начало от физических контактов беременных матерей с их плодом, базируется на применении аффективных прикосновений к пациенту, испытывающему эмоциональный дискомфорт, страх или стресс. Этот метод предназначен в основном для подростков, переживающих неудачи в учебе, для пациентов, страдающих депрессией, страхами и эффектами нервного срыва. Смеховая терапия, основанная на нейропсихологических разработках и «положительной» психологии, устанавливает связь личности с исходной радостью жизни, способной преодолеть все негативные последствия страданий. Ее сеансы совмещают упражнения в бурном коллективном смехе, расслабляющие упражнения, ролевые игры, техники «ласкательного» смеха, клоунады и танца. Эта терапия способна уменьшить воздействия болевого синдрома или стресса, нарушения сна и органических дисфункций.

Техника эмоционального освобождения, созданная американским инженером Гэри Грэйгом в 1990-х гг., и популяризированная во Франции Жаном-Мишелем Гюррэ, сравнима с телесной стимуляцией в китайской акупунктуре, но вместо иголок здесь используется нажатие пальцами на энергетические точки лица, торса и рук. Достоинством метода является его легкое усвоение и автономное применение любым пациентом. Страхи, стрессовые ситуации, неуправляемые аффективные состояния (например, взрывы гнева) снимаются стимуляцией 15-ти чувствительных точек на человеческом теле. К лечебному результату ведут четыре фазы этой техники: определение проблемы, вербализация пациентом эмоций, с нею связанных, формулирование внушающей фразы, повторимой при одновременном нажатии на точку «каратэ» - срединную зону ребра ладони между мизинцем и запястьем. Фраза может быть такой: «Чтобы ни случилось, каков бы ни был результат собеседования (или другой ситуации), я люблю себя и принимаю себя безусловно таким, каков я есть.» Следующая фаза - стимуляция 15-ти точек с одновременным воспроизведением в сознании неприятных эмоций, связанных с травмообразующей ситуацией. Терапевтическое действие заканчивается подведением итогов для оценки снижения стресса и возобновлением стимуляции чувствительных точек начиная с точки «каратэ» до момента полного исчезновения негативных переживаний, получаемых от представляемой травматической ситуации. Метод призван облегчить состояние пациентов с разными видами эмоциональных и психических страданий, патологическими зависимостями, потерей аппетита, тревожностью и посттравматическим синдромом.

Новая аналитическая терапия зиждется на теоретических достижениях

1970-х гг. австрийского психоаналитика В.Франкла с его логотерапией, предусматривающей потребность пациента в осознании смысла существования, и Пауля Диля, предложившего психотерапию мотивации, интроспекции и «интимного освобождения». К этой терапии примыкают лечебные методы Н.Абраама и М.Тёрёк - французских психоаналитиков, предложивших межпоколенческий психоанализ, изучающий переносы бессознательных импульсов от одного поколения к другому, и Антонио Меркурия - итальянского антрополога с его «софийным анализом» (Sophia-analyse), вводящим принципы гуманистической и экзистенциальной психологии в психоанализ.

Интерперсональная психотерапия, разработанная американским психиатром Дж.Клерманом в 1970-х гг. для лечения депрессий, основана на методе привязанности и направлена на лечение психо-эмоциональных последствий от потери близких, конфликтов и смены социального статуса (потеря работы, развод). После идентификации пациентом источника травмы следует прагматический поиск решений конфликтных травмопорождающих ситуаций, который можно проводить как индивидуально, так и в группе. Кроме классических депрессий метод применим к лечению послеродовых психических расстройств, стрессов, связанных с выкидышем, бесплодием, смертью плода, а также в лечении биполярного синдрома и утраты аппетита.

Техника церебральной стимуляции, получившая свое развитие в последние годы, использует воздействие электромагнитного поля на мозг пациента с целью возбуждения нейронов поверхностной зоны мозга. Существует и мозговая стимуляция прямым током с помощью электродов, присоединяемых к голове пациента, причем воздействие частот тока предполагает не только возбуждение одних нейронов, но и подавление других. Исследования показали эффективность этой техники для лечения устойчивых длительных депрессий, слуховых галлюцинаций, пагубных пристрастий и фибромиалгии. Как ни странно, электрошок – метод, вошедший в практику в 1930-х гг. при лечении эпилепсии, эволюционировал и сейчас все еще используется в виде электрического возбуждения конвульсий под общей анестезией и с добровольного согласия пациента. Его терапевтическая ценность признается в лечении тяжелых депрессий, галлюцинаций и маниакальных состояний. В настоящее время идут разработки методов глубинной стимуляции мозга, когда хирургическим путем электроды вводятся в соответствующие заболеванию участки мозга, а источник тока вживляется под кожу. Эта техника зарекомендовала себя в борьбе с болезнью Паркинсона, обцессивно-компульсивным синдромом, резистентными формами депрессии и анорексии.

Как видим, в большинстве описанных психотерапевтических методов можно признать основной тенденцией вовлечение сознания пациента в процесс лечения, его интерактивное взаимодействие со средой и использование психосоматических связей человеческого организма.

ПАРАДИГМАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОМПЛЕКСНОСТИ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЧЕЛОВЕКА

Пронин М.А.

Задача комплексности в междисциплинарных исследованиях человека на уровне исследовательских парадигм до сих пор не решена. Это проявляется через наличие так называемой «трудной проблемы сознания» или дихотомии тело - сознание, в присутствии в Международной классификации болезней очередного пересмотра целого ряда нозологических единиц, имеющих в своём названии номинацию «идиопатический» либо формулировку нозологии с предикатом «неясного генеза». Из последних «открытий» патогенетических связей между болезнью и патогенным фактором, не имеющих какого-либо вразумительного объяснения, можно указать на новую форму течения бронхиальной астмы, приступы которой возникают в шлемах виртуальной реальности! Хотя объективности ради следует указать на то, что медицинская практика новой нозологической формы пока не замечает; о противопоказаниях на своих сайтах говорят лишь провайдеры развлечений в шлемах виртуальной реальности!

Кроме того, в последние десятилетия нарастает разрыв между успехами и наукоемкостью технологий, изучающих те или иные стороны человеческого организма, такие, например, как иммунитет, и теоретическим уровнем осмысления новых данных (М.В. Головизнин и др.). Скоро, как говорят нейрофизиологи, мы сможем фиксировать и описывать работу каждого из нейронов головного мозга, но что такое сознание, мы до сих пор не понимаем и отдаём себе отчёт в том, что научные успехи описания процессов на уровне нейронов ведут к провалу на уровне осмысления и теоретизации накопленных данных о сознании. Справедливо подобное утверждение и о встречном процессе: данные о сознании не есть данные о природе сознания.

На языке информационных технологий подобная ситуация наблюдается в тех случаях, когда данные не «становятся» информацией. Когда от одного типа описания (языка) надо перейти к другому: когда содержание остаётся прежним, но способ его семасиологических преобразований меняется. Общая и частная семасиология до сих пор серый ящик в языкознании. Алгоритмика подобных преобразований и переходов с одного языка на другой в клинической медицине в явном виде не обсуждается. Конечно же, речь должна идти о системе систем языков медико-биологического поля, что в лингвистике определяется понятием языковой семьи. Сама идея, что язык, слово и речь - система систем, отнюдь не нова, но формирование прикладной лингвистики, рассматривающей «медико-биологическую семью» языков в качестве системы систем, как фундаментальная задача, не то, что в клинике внутренних болезней, но и в фундаментальной медицине не ставятся.

Нетрудно провести параллели с изолированными (одиночными) языками в лингвистике в том, что бурно развивающиеся языки описания новых,

открываемых атрибутов того или иного элемента человеческого организма - той же иммунологии, - становятся «изолированными»: иммунолог, зачастую, с клиницистом с трудом находит общий язык. Кафедры психо-физиологии и психологии личности говорят на разных языках... Примеры не будем продолжать.

Представляется, что парадигматические аномии - в медицине, психологии и биологии это наиболее заметно, - главная, то есть корневая, проблема междисциплинарных исследований; в том смысле, что все остальные проявления на уровне теорий клинических казусов, лишь её следствия. Она выступает в качестве виртуса – силы, лежащей в парадигмальных структурах, которые в свою очередь находятся в коллективном и/или индивидуальном неосознаваемом, - запускающем внешние социальные казусы дисфункций и организационных/социальных патологий - аномий, от есть несуразностей и несостыковок.

Проблемное поле междисциплинарности в последнее время исследуется в дискурсе языка трансдисциплинарности; идея активно разрабатывается в философском сообществе В.И. Моисеевым, Л.П. Киященко, Б.Г. Юдиным, П.Д. Тищенко, В.И. Аршиновым, О.В. Поповой и др. исследователями.

Тем не менее, подчеркнём ещё раз, что в предлагаемой постановке, в предлагаемом ракурсе проблема комплексности научным медико-биологическим мейнстримом практически не обсуждается.

Ещё одним побуждающим фактом к формированию системы систем языков трандисциплинарности, который, возможно, поможет в построении логики и структуры языковых пространств, адекватных медико-биологической реальности, следует назвать то общеизвестное обстоятельство, что нет таких теорий или языков, что могут всё одновременно: описывать, объяснять, предсказывать, указывать на то, как оперировать имеющимися данными (имеются ввиду алгоритмические языки, например Дружелюбный Русский Алгоритмический язык «ДРАКОН» В.Д.Паронджанова) и пр.! Одни теории и подходы хорошо описывают, другие объясняют и т.д. В этой связи установление «нормальной анатомии» семьи языков медико-биологического профиля, адекватных всей системе новых медико-биологических данных и представлений, становится насущной задачей. Речь идёт об искусственном конструировании такой системы на уровне парадигмальных требований к предикативному функционалу входящих/встраиваемых в неё языков.

Тем самым мы вынуждены признать, что «языки семьи», позволяющей оперировать данными на уровне «глаз, палец, ухо» - клиницистам понятно о чем идёт речь, - необходимо дополнить не столько языками, адекватными реальностям, неподвластным прямому наблюдению человека, сколько эпистемами и концептами, позволяющими их взаимоувязывать и выводить из сложившейся «изоляции». Возможно, только что мы сформулировали одну из общих постановок задачи, позволяющую решить проблему комплексности междисциплинарных исследований человека на парадигматическом уровне.

Одновременно, немаловажна не то, что грамматика таких языков, сколько их предикативная изначальная структура, тяготение к тому или иному способу

описания реальности. В этом смысле язык виртуалистики школы Н.А. Носова (1952-2002), будучи процессно организованным, так как ориентирован на виртуальные психологические события, что потребовало положить в его основания категориальную установку полионтизма и категориальную оппозицию «порождающий-порождённый» или «активный-претерпевающий», демонстрирует свой, особый дискурс в общепринятом понимании последнего, и поэтому находится в пространстве «ортогональном» философии научного мейнстрима, оперирующей категориями «сущность - явление»... Две разных «грамматики», две разных семьи языков, по аналогии - языков индоевропейской и арабо-мусульманской культуры (А.В.Смирнов).

В заключении следует сформулировать утверждение. Парадигмальный уровень решения проблемы комплексности может быть сведён к задаче определения необходимого и достаточного разнообразия языков - отсылки к закону необходимого разнообразия У.Р. Эшби очевидны, – или, иными словами, к решению задачи определения минимальной размерности и номенклатуры таких языков, включая языки-навигаторы, то есть языки оперирования ими.

МОРАЛЬНЫЙ СТАТУС ЭМБРИОНОВ И ПРЕ-ЭМБРИОНОВ В БУДДИЗМЕ

Саввина О. В.

Буддизм, также как другие мировые религии, негативно относится к абортам и считает прерывание беременности грехом, уничтожением зарождающейся жизни. Тем не менее, позиция Буддизма в данном вопросе включает ряд оговорок. Это связано со спецификой Буддизма как религии. Несмотря на наличие авторитетных текстов, буддисты чтят веление самого Будды принимать его слова только после собственной проверки[1].

Буддисты признают реинкарнацию. После смерти живого существа его душа воплощается вновь (сансара – колесо перерождений) и её участь определяется её поступками (карма). Если человек грешил при жизни, то в следующей жизни он может родиться представителем более низкого социального слоя и в более бедной семье, обладать слабым здоровьем, также возможно перерождение души человека в животных и даже насекомых. Поэтому в Буддизме действует обет непричинения вреда живым существам, ни мыслью, ни словом, ни делом - *ахимса* (от санскр. ahiṃsā – неубиение)[2]. Согласно буддистской вере в мире существует причинно-следственная связь, в которой поступки всех живых существ взаимозависимы. Если человек нарушает обет непричинения вреда, это сказывается на участи его души по закону кармы.

---

[1] Урбанаева И.С. специфика Буддизма как философии и религии. / Вестник Бурятского государственного университета. - №8, - 2009. С.62.
[2]Тамже. С. 63.

Прерывание беременности – это уничтожение уже живого существа и порождает негативную карму. В традиции Индуизма и Буддизма аборт рассматривался как один из худших грехов, убийство невинного и беспомощного, ещё нерождённого ребёнка[1]. В то же время аборт по медицинским показаниям, когда дальнейшее продолжение беременности угрожает жизни матери, может рассматриваться как логичный поступок[2]. В ряде случаев продолжение беременности может поставить под угрозу жизнь матери и её ещё не родившегося ребёнка, и тогда аборт может оказаться благом, поскольку спасает одну жизнь. Аборт становится тем более оправданным, если у женщины уже есть маленькие дети, которые могут остаться без матери в случае продолжения беременности. Можно сказать, что моральная оценка абортов в Буддизме подчинена утилитарному принципу: минимизация страданий живых существ является критерием моральной оценки. Если аборт минимизирует страдание живых существ, то он допустим, и не приводит к негативной карме. Одновременно с этим аборты по социальным показаниям и «по просьбе» не допускаются. Страдания матери при появлении на свет нежеланного ребёнка нельзя сравнивать с уничтожением эмбриона или плода. Если рождение ребёнка вызывает у матери большие сложности и / или негативные эмоции (например, если зачатие произошло в результате изнасилования), то женщина должна принять свою участь.

Отношение к пре-эмбрионам в рамках Буддизма основывается на таких понятиях как *ахимса*, *кушала* и *акушала*. Ахимса (от санскр. ahiṃsā – неубиение)– это непричинение вреда живому, как в физическом, так и в эмоциональном смысле[3]. На эмбрионов, как на живых существ, тоже распространяется *ахимса*, это означает, что им нельзя приносить вред. По этой причине, как уже упоминалось, буддисты негативно относятся к абортам. ЭКО и суррогатное материнство связано с уничтожением эмбрионов, но, тем не менее, отношение к этим репродуктивным технологиям в Буддизме положительное. Дело в том, что эмбрион нескольких недель гестации и пре-эмбрион – это разные вещи.

В исследовании Томаса Шеннона и Анана Уолтера 1990 года пре-эмбрион определяется как эмбрион, не достигший трёх недель гестации[4]. Приблизительно в этот период – 2-3 недели происходит гаструляция эмбриона человека. Гаструляция, это сложный процесс изменений, сопровождающийся размножением, ростом, направленным перемещением и дифференцировкой клеток, в результате чего образуются зародышевые листки (эктодерма,

---

[1] Damian C-I., Abortion from the perspective of Eastern religions: Hinduism and Buddhism, in Romanian Journal of Bioethics Vol 8, no. 1, January-March 2010.

[2] Rolantová L, Tóthová V. Buddhists of the Diamond Way Buddhism of Karma Kagjü and their specifities in selected areas of nursing care. / Kontakt, 16 (2014). P. 91.

[3] Мезенцева О.В. Ахимса. / Новая философская энциклопедия, ИФ РАН. - URL: https://iphlib.ru (дата обращения: 30.05.2017).

[4] Shannon T.A, Walter A. Reflections on the moral status of the pre-embryo. / Theological studies, 51 (1990). – URL: http://www.kingscollege.net/gbrodie/Status%20of%20the%20Pre-Embryo%20Shannon.pdf (дата обращения: 18.04.2017).

мезодерма и энтодерма) — источники зачатков тканей и органов[1]. То есть эмбрион до гаструляции не имеет систем органов, может делится на 2 части образовывать два организма (однояйцовые близнецы).

Далеко не каждый пре-эмбрион в природе становится младенцем. При определении морального статуса пре-эмбриона буддистские исследователи опираются на понятия *кушала* и *акушала*. *Кушала* (от санскр. kusala) означает благое или то, что ведёт к приобретению, благу, а *акушала* (от санскр. akusala), наоборот, то, что ведёт к урону, потере, плохому исходу[2]. Суррогатное материнство и другие репродуктивные технологии позволяют появиться новой жизни, дать счастье стать родителями для тех, кто не смог бы ими стать без биотехнологий. Таким образом, использование репродуктивных технологий относится к kusala – направленному на благо, имеющему пользу и ценность для живого[3]. Уничтожение пре-эмбрионов в процессе использования ЭКО и суррогатного материнства нежелательно, но поскольку самой природой было устроено так, что довольно небольшой процент пре-эмбрионов становится младенцами, на эти потери можно закрыть глаза[4].

Такой взгляд на статус пре-эмбрионов обуславливает отношение буддистов к экстракорпоральному оплодотворению и суррогатному материнству, которые в основном классифицируется как *кушала*. В тоже время оставляют сомнения неудачные процедуры, когда люди могут получить страдание от применения биотехнологий. Например, смерть суррогатной матери во время родов, выкидыш, последствия для здоровья суррогатной матери. Проблема в том, что эти случаи практически невозможно предугадать. Их следует избегать, но это нелегко сделать. В статьях, рассматривающих применение биотехнологий в рамках буддистской доктрины, практически ничего не говорится как вести себя в подобных ситуациях и как оценивать риски. Буддисты, в данном случае тяготеют к тому, что называется утилитарной этикой в западной философской традиции (консеквенциализм в англо-саксонской традиции от лат. consequens — «следствие, результат»). В контексте утилитарной этики мы не можем учесть все обстоятельства, и всегда остаётся возможность «просчёта». Наше решение строится на подсчёте «плюсов» и «минусов», последствий с точки зрения блага большинства (живого, как в Буддизме), но мы всегда можем ошибиться и не учесть некоторые обстоятельства или события в будущем. Тем не менее, невозможность всегда поступать со стопроцентной гарантией результата не освобождает нас от необходимости действовать. То же самое и с репродуктивными технологиями – изх применение скорее несёт жизнь, чем отбирает её или наносит вред живому, поэтому Буддизм даёт ЭКО и суррогатному материнству зелёный свет. Буддисты в целом с пониманием

---

[1] Гунин А.Г. Гистология в таблицах и схемах. / Эмбриология. Гаструляция. - URL: http://www.histol.ru/tables/emb-gastr.htm (дата обращения: 18.04.2017).

[2] Taniguchi S. Biomedical Ethics From a Buddhist Perspective. Pacific World Journal. – Fall, 1987. - URL: http://www.shin-ibs.edu/publications/pacific-world/new-series-number-3-fall-1987/ (дата обращения: 30.05.2017).

[3] Там же.

[4] Там же.

относятся к применению донорских гамет, использования репродуктивных технологий одинокими женщинами и мужчинами, гомосексуальными парами.

Таким образом, законодательство стран, население которых исповедует Буддизм, в силу морального статуса пре-эмбринов в рамках данной мировой религии, с высокой вероятностью будет благосклонно относиться к суррогатному материнству, в отличие от стран, где сильное влияние имеют Христианство и Ислам. После Второй мировой войны в Западной Германии (Федеративная республика Германии) многие из правящих страной относились к христианам (например, первый президент Теодор Хойс, председатель Христианско-демократического союза Конрад Аденауэр и др.). После объединения Германии Германская демократическая республика (ГДР), находящаяся под влиянием Советского Союза, вошла в состав ФРГ. Сейчас суррогатное материнство в Германии запрещено. Одной из весомых причин, вероятно, является влияние Христианства на территории страны и приверженность правящих кругов этой религии. Сейчас в XXI веке религии продолжают влиять на законодательное регулирование репродуктивных технологий и это влияние необходимо учитывать при анализе тенденций в отрасли репродуктивных технологий. Буддизм – единственная из мировых религий рассматривающая репродуктивные технологии, включая суррогатное материнство преимущественно как благо.

ЦЕННОСТЬ ДОВЕРИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ПРАКТИКАХ МЕДИЦИНЫ[1]

Сидорова Т.А.

Доверие является базовой установкой в коммуникации, нацеленной на взаимодействие и достижение положительного результата. Для отношений врача и пациента в современных условиях это утверждение перестает быть аксиомой, поскольку источником информации для пациента служит не только врач. Кроме того, последовательная реализация принципа автономии сформировала активного пациента, который решает сам, и всечаще встает вопрос о доверии пациенту. В медицине с точки зрения доверия можно взвешивать не только отношения врача и пациента, но более широкий круг межсубъектных контактов. При этом субъектностью, т.е. способностью к действию, выражению собственной позиции обладают не только индивиды, но и отдельные группы, медицинские учреждения, государство как учредитель и законодатель системы здравоохранения. Отношения субъектов следует рассматривать как многомерные: разделяющие их по горизонтали и по вертикали, в соответствии с индивидуальными и групповыми интересами, в зависимости от тех или иных позиций в мировоззренческих вопросах,

[1]Публикация подготовлена в рамках поддержанных РФФИ научных проектов №17-03-00784, №15-23-01008.

актуальных с точки зрения биоэтики. Разнообразные виды взаимодействий, совершающихся в этом сложном конгломерате, тем не менее нуждаются в основополагающих установках, которые упорядочивают весь этот хаос межиндивидуальных и микросоциальных контактов, ориентируя на общие цели медицины. Недоверие проявляется в критике систем здравоохранения, которые не способны обеспечить доступность к качественной медицинской помощи, в распространении самолечения и использовании альтернативной медицины, в отчуждении врача и пациента. Кризис доверия является симптомом аксиологической релятивизации и сомнений в том, что фундаментальные ценности имеют какой-либо вес. Однако, на примере доверия в медицине становится видно, что нельзя отказаться от разрушения оснований, не разрушив саму социальную конструкцию, поэтому, если говорить о ее сохранении и развитии, необходимо найти новые значения ценности доверия, которые будут специфичны для современных условий. Другими словами, важно как понимать доверие: как установку, ценность саму по себе значимую для медицины, или инструмент, который используется для достижения целей коммуникации.

Исследователи указывают на то, что доверие достаточно сложная для интерпретации категория. В социальной теории сформировалось несколько концепций. Например, Н. Луман разделяет уверенность и доверие, соотнося их с понятиями опасности и риска, причем доверие существует только в ситуации риска. К Харт сопоставляет доверие с уверенностью и верой.[1]Э. Гидденс рассматривает доверие как проявление уверенности, поскольку индивид «самостоятельно не может сохранить стабильность своего жизненного мира…, [что]…вынуждает его верить в бесперебойность функционирования системы и добропорядочность окружающих его социальных акторов. Усвоение установок, способствующих проявлению либо доверительного, либо настороженного поведения происходит в процессе социализации. Таким образом, доверие укореняется в отношении к окружающему миру, оно выполняет функцию своеобразного защитного кокона»[2]. Кроме того, различают обобщенное и межличностное доверие. «Болезнь несет в себе риск для здоровья и жизни индивида, более того, сама медицинская помощь несет в себе риск ошибочной диагностики, назначения лечения и последствий»[3]. Однако, в медицине далеко не все взаимодействия связаны с рисками для жизни и здоровья. Риски и опасность стоят довольно близко к друг другу, когда речь идет, например, о риске для жизни и опасности для здоровья. Поэтому уверенность и доверие могут говорить не столько о степенях опасности и риска, сколько об ответственности за действие. Уверенность характеризует действие отдельного субъекта, который уже взвесил опасности, риски, последствия своего действия и совершает выбор. Доверие – понятие, устанавливающее взвешивание риска между теми, кто взаимодействует и совместно отвечает за риск и опасность.

---

[1]Алексеева А.Ю. Уверенность, социальное и межличностное доверие: критерии различения//Человек. сообщество. Управление. 2007, №4. С.4 -12

[2]Там же. С.11

[3] Кузьмин К.В. Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее, будущее (исторический и медико - социологический анализ)/ Екб, Из-во УГМУ, 2016. – С. 127

Поэтому доверие – условие уверенности. Представляется, что доверие в медицине играет иную роль по сравнению с другими сферами социальных взаимодействий, например, в бизнесе, политике и т.д. В медицинской коммуникации соединяются уровни доверия, свойственные приватному общению близких людей и публичному взаимодействию. Врач для пациента одновременно и близкий, т.к. ему открываются самые сокровенные моменты жизни, и дальний, поскольку репрезентирует для пациента не просто свое участие в его судьбе, но и систему оказания медицинской помощи, которая предписывает правила, устанавливающие уровень доверия. Но и на институциональном уровне доверие в медицине занимает особое место, поскольку цели медицины выстраиваются на основе витальных ценностей, таких как жизнь, здоровье, духовно-телесная целостность, самоидентичность, которые непосредственно связывают объективированные публичные отношения с личностным миром. Актуализацию проблемы доверия в медицине можно рассмотреть на примере практик, которые раскрывают особенности современных отношений: информированное согласие и персонализированная медицина.

Как связано информированное согласие и доверие? Чтобы ответить на этот вопрос нужно уточнить в каком контексте рассматривается информированное согласие: в этическом или юридическом. В биоэтике ИДС является формой признания пациента в качестве морального субъекта, способного делать самостоятельный выбор и выносить суждение, основанное на собственном мировоззрении и системе ценностей. Смысл добровольности как раз в том, что мы уважаем способность человека действовать согласно своей воле, сориентированной на определенную систему ценностей, как моральное добро. Для врача с этой точки зрения информированное согласие выступает способом выровнять коммуникативную диспозицию, поскольку пациент находится в зависимом положении, и таким образом, добровольное выражение согласия после информирования, выглядит как процедурное оформление доверительных отношений.

Другое дело, когда информированное согласие является формализованной юридической нормой. В российской медицине сложилась парадоксальная ситуация, когда процедура, защищающая их права, все больше раздражает пациентов. Наши эмпирические исследования в 2005 и 2015 году показали, что за десять лет информированное согласие получило тотальное распространение: согласие получают на инвазивные и неинвазивные вмешательства, на консультацию, на простой осмотр.[1] ИС рассматривается как заключение правовых отношений с врачом и медицинским учреждением, ведь приходиться одномоментно подписывать сразу несколько документов: договор на получение медицинской услуги (если она оказывается платно), бланк информированного согласия на прием специалиста (консультацию), бланки на отдельные диагностические процедуры, согласие на обработку персональных данных.

[1]Сидорова Т.А. Практика информированного согласия в репродуктивной медицине// Вестник Новосибирского государственного университета. -2007. - Т. 5, № 3. - С. 98-101.

Подписание производится до приема у врача и соответственно до всякого информирования. В договоре имеется строка о том, что пациент обязан подписать информированное добровольное согласие, т.е. письменное выражение согласия становится условием оказания медицинской помощи. В последние годы в России неуклонно растет число судебных исков к медицинским учреждениям, участились конфликты между врачами и пациентами, в рейтинге доверия к представителям различных профессий медики занимают восьмое место из 13-ти.[1] Это говорит и о том, что тотальное распространение информированного согласия не способствует установлению доверительных коллегиальных отношений, а переводит взаимодействия врача и пациента все больше в публичную плоскость, и уподобляет их сделке как между продавцом и покупателем. Поводом для сделки является не здоровье как таковое, а конкретная медицинская услуга. Оформление сделки требует заключения контракта, где врач и пациент рассматриваются в качестве независимых по отношению друг к другу агентов, для которых подразумевается соответствующий деловым отношениям уровень доверия, его смысл хорошо передает выражение «только бизнес и ничего личного». Доверие как взаимность, основанная на личном соучастии и ответственности, заменяется стратегией соблюдения договора.

Персонализированная медицина как образ медицины будущего развивается не только в плоскости совершенствования методов диагностики заболеваний, фармакологической, хирургической, социально-профилактической превенции, но и способна трансформировать способы взаимодействия субъектов медицины. Уже сегодня в инновационных областях медицины возникают новые институциональные практики, заметно отличающиеся от привычных форм общения врача и пациента в амбулаториях и больницах. Институциональные структуры традиционной медицины были устроены так,что пациент приходил на территорию медицинского учреждения, был там «гостем», и должен был себя вестисоответственно, поскольку правила устанавливались принимающей стороной. Такие условия в коммуникации предполагали подчиненное положение пациента. Например, в условиях российских больниц подчеркнуто выражена «обжитость» и домашняя атмосфера. А у каждого обжитого дома есть хозяин, отчасти поэтому устоявшееся разделение ролей не смогли изменить новые практики в парадигме прав пациента, и процедура ИС была формализована. ВПМ роли врача и пациента значительно изменяются. «РРРМ предъявляет высокие требования к личностному общению врача и пациента. Можно сказать, здесь кардинально меняется тип взаимодействия»[2] Место общения врача и пациента децентрируется и виртуализируется. Субъектами взаимодействия становятся активный самоуправляемый пациент и врач – консультант, который не столько передает информацию пациенту, сколько собирает ее вместе с ним.

[1]Пресс -выпуск ВЦИОМ №3013 11.01.2016/ wciom.ru/index.php? id=236&uid=115542 (дата обращения 15.05.2017)

[2]Аверкина Е. И. Гуманитарность персонализированной медицины // Философские проблемы биологии и медицины. Вып 9: Стандартизация и персонализация. – М.: Навигатор, 2015. – С.69.

Партисипативная медицина имеет дело с пациентом, социальная память которого, уже включает представление о своей независимости от врача, и который принимает решения, опираясь на источники информации из Интернета[1]. Какова роль доверия в таких отношениях? Поскольку контакт становится все более опосредованным, то структуры и функции, которые были ядром традиционных институтов будут иметь локальное и ограниченное значение. На повестку дня выходят деструктурированные институты, которые в современной неоинституциональной теории называют правилами игры. Но современные атомизированные субъекты персонализированной медицины нуждаются не только в организующих правилах-предписаниях, но, может быть больше в правилах-мотиваторах. Поэтому для отношений врача и пациента и все больше будет востребовано доверие, понимаемое как система взаимно скоординированных моральных обязательств. Развивая ПМ, одновременно нужно заботиться об институционализации доверия и создавать правила, которые будут его формировать и укреплять, и в основе которых будет лежать понимание самой ценности доверия в медицине.

ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЕ ОБРАЗЫ БИОМЕДИЦИНЫИ СОЦИОБИОЛОГИИ

МЕТОДОЛОГИЯ ГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ В ОПЫТЕ ДИАЛОГА ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

Аверкина Е.И.

Современный мир – мир глобальной зависимости и сетевого взаимодействия. Невозможно в XXI веке рассматривать медицину только как сугубо научную область знания и практики, вне социокультурного контекста. Выражением нового понимания медицины является осмысление ее философией медицины сквозь призму нарратива. Неслучайность нарративного подхода к медицине обусловлена как процессами в самой медицинской реальности, так и тенденциями развития собственно философского знания - переживаемого философией нарративного поворота. Широко обсуждающийся на рубеже XX-XXI веков феномен нарративнной медицины можно рассматривать как попытку преодоления медициной ограниченности рамками естественнонаучного дискурса, стремлением поколебать самоуверенность объективно-рационалистических установок прагматически ориентированного сознания. Нарративная медицина феномен, фундирующий пациента как уникальную личность, неповторимость которой может раскрыться в условиях личностного

[1]Михель Д.В. Влияние идеологии персонализированной медицины на практику принятия медицинских решений вначале XXI века // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 24: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ): сб. науч. ст./ под ред. П. Д.Тищенко. — М.: Издательство Московского гуманитарного университета. — 2016.— С. 53.

общения. Прочтение медицины сквозь призму историй, повествований (нарративов) оказывается ответом культуры как области межсубъектных отношений, вызванным необходимостью спасения человека от тотальной объективации, «обездушивания», «овеществления» в условиях коммерциализированного и технологизированного социума. Нарративная медицина не только теория, но и конкретные практики помощи личностному самоопределению пациента, попавшему в состояние болезни.

Обращение к нарративу в медицине, на наш взгляд, актуализирует интерес к герменевтическому этапу развития философии медицины, представленному К.Ясперсом, Э. Минковски, Э. Штраусом и другими философами психиатрами, сторонниками понимающей (разговаривающей) медицины. Их усилия были сконцентрированы на проблеме понимания жизненного мира пациента в экзистенциальной ситуации болезни. Герменевтическая философия медицины находилась в оппозиции к традиции позитивизма, однозначно отдававшего предпочтение в диалоге врача и пациента суждению доктора, как более объективному. Для герменевтической медицины пациент оказывается всегда рефлексирующим, самосознающим субъектом, имеющим свой голос, который должен быть услышан и учтен в ходе лечения. В таком подходе явно прослеживается влияние методологии гуманитарных наук (В. Дильтей, Г. Риккерт), литературоведения (М.М. Бахтин), где грани бытия человека раскрываются в диалоге(со-бытии) и предстают как единство завершенного и бесконечного, конкретного и универсального. Центральной темой клинической герменевтики являлось «понимание как погружение в феноменальный мир человека с целью выделения в нем патологических феноменов, их последующей типологии и исследования»[1]. В акте понимания открывается реальность болезни психически больного человека. Понимание помогает врачу постичь болезнь как больное человеческое существование. Смысл болезни зависит от контекста жизненного мира пациента и предполагает множество интерпретаций.

В соответствии с основополагающими идеями философии диалога, философской герменевтики и разговаривающей психиатрии нарративная медицина рассматривает взаимоотношения врача и пациента как диалог, где пациент выступает как его полноправный субъект. В ситуации болезни происходит утрата прежней целостности и поиск новой, человек находится в смятенном состоянии, тщетно пытаясь ответить на вопросы: «Что я не так сделал?» «Почему мне?» В нарративе пациента начинается «тщательный поиск и открытие истины о себе, а также последующая вербализация этой истины для других»[2]. Именно в высказывании пациента проступает целостность человекобытия – незавершенная, бесконечная единственность его существования. Врач выступает не только в роли эксперта, специалиста по болезням. Он тот Другой, Ты, открывая которому движения своей души, пациент сам лучше понимает что с ним происходит. Врач здесь берет на себя

[1] Власова О.А. Ранний Фуко: до «структуры», «археологии», и «власти» // Фуко М. Психическая болезнь и личность. СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2009. С. 33.
[2]Фуко М. О начале герменевтики себя. Логос №2 (65). 2008. С. 66.

роль наставника, который, обладая бóльшим опытом, бóльшей мудростью может лучше понять, что происходит с пациентом. «Благодаря своему духовному превосходству он способен различить истину и заблуждение в душе руководимого им»[1]. Врач должен использовать весь потенциал «вненаходимости» (М.М. Бахтин), включив смыслы пациента в свои, актуализировав свои знания и опыт, понять его боль глубже, чем он сам.

Нарративная медицина продолжает и усиливает значение роли слова в выражении жизненного мира пациента. В «Технологиях себя» М. Фуко отмечает побуждение к высказыванию как отличительную черту европейской цивилизации. О важности словесного выражения для раскрытия человеческого существования говорил М.М. Бахтин: «Истина, правда присущи не самому бытию, а только бытию познанному иизреченному»[2]**.** В случае пациента имеет место не просто проговаривание Я как поиск самотождественности, но ему для решения проблемы исцеления вменено в обязанность расшифровывание себя в вербализации собственной жизненной истории. Отличительной чертой высказывания пациента оказывается парресия (др.греч. – сказать все, свобода говорящего). Под парресией понимается особенность высказывания, предполагающая искренность перед лицом опасности быть неправильно понятым, или неверно истолкованным. Пациент всегда в ситуации риска возможности «не выразить то, что ты считаешь необходимым выразить, в свободном говорении»[3]. Парресианским оказывается и отклик врача – ему надлежит быть правдивым и ответственным перед лицом возможной утраты доверия к нему со стороны пациента, если правда диагноза неутешительна.

В медицинской практике, которая всегда индивидуальна, врача и пациента объединяет совместная интерпретирующая работа, направленная на преодоление языкового разрыва между участниками диалога. В процессе интерпретации важно не исключать возможность изменения своей первоначальной точки зрения, вести совместный поиск, быть чутким к мнению Другого. «Исключительная установка на узнавание, поиски только знакомого (уже бывшего) не позволяют раскрыться новому (то есть главному, неповторимой целостности)»[4].Сугубо естественнонаучная ориентация врача на поиск общего в индивидуальном, болезни в больном существовании приводит к психологической травме, усугублению состояния пациента.

Исключительность позиции врача в интерпретации нарратива пациента заключается в соотнесении общего (естественнонаучного закона, этического принципа) и частного (уникальности личности, этического казуса). От интерпретации сказанного пациентом, толкования им причины страданий, декларируемых ценностных предпочтений, зависит путь исцеления. Американский философ медицины Рита Шерон указывает на особую «нарративную компетенцию»[5], которой должен обладать врач, психолог,

---

[1] Там же. С. 91.

[2]Бахтин М.М. Из записей 1970-1971 годов // Эстетика словесного творчества М. Искусство, 1986. С.361.

[3]Автономова Н.С. www.fondgp.ru/lib/chteniya/ix/gp_mf/8 дата обращения 25.05.2016

[4]Бахтин М.М. Из записей 1970-1971 годов // Эстетика словесного творчества М. Искусство, 1986. С. 367.

[5]Charon R. Narrative contributions to medical ethics: Recognition, formulation, interpretation, and validation in the Practice of the Ethicist. – Pennsylvania: Trinity Press International, 1994. – 283 p.

специалист по нарративной этике, и которая предполагает владение искусством распознавания смысла метафор, образов, символов, используемых пациентом для создания ясной клинической картины. Здесь важны и навыки вслушивания в чувствования, переживания и проницательность анализа, логики, упорядочения. Врач должен уметь влиять на интерпретацию пациентом своих переживаний. За вариантами изложения истории пациентом (которых может быть множество, в зависимости от контекста: времени, места, настроения, собеседника) следует увидеть причинно-следственные связи, совместно с пациентом выйти к дифференцированному диагнозу.

Диалогу врача и пациента присуща рефлексия как деятельность, направленная на постижение смысла цели, методов, осуществляемых интерпретационных практикой. Рефлексия как целостный акт осмысления синтезирует в себе переживание и объяснение. «Одновременность и художественного переживания, и научного изучения. Их нельзя разорвать, но они проходят разные стадии и степени не всегда одновременно»[1]. Не следует сбрасывать со счетов и рефлексивную интуицию: иррациональное чувствование истины, клиническое и моральное прозрение. Рефлексия проявляет себя в нескольких ипостасях. В «пациентском нарративе»-рассказе пациента, его личной интерпретации истории болезни как пути его страданий, рефлексия предполагает осмысление пациентом себя как творца собственной истории, и в итоге - собственной жизни, собственного бытия в мире. Любое жизнеописание, своего внутреннего мира и своих проблем в ситуации болезни является творчеством. Психология творчества вносит в понимание рефлексии очень важный момент, а именно понимание ее не только как осознанности человеком своей деятельности, но и как осмысленности «Я» в контексте своего существования. С другой стороны, рефлексия пациента направлена на осмысление ситуации болезни с точки зрения понимания ее причины. В рефлексии происходит переход с уровня эмоционального на уровень логически-аналитический. «Возможно не только понимание единственной и неповторимой индивидуальности, но возможна и индивидуальная каузальность»[2]. В целом, нарратив пациента как деятельность самоинтерпретации, включающая рефлексию, является способом освоения болезни, делание ее привычной, обыденной, понятной.

Рефлексия врача многообразна и выражается в осмыслении своих эмоциональных реакций на рассказ пациента, целей и методов общения, пути возможных переинтерпретаций, используемые способы лечения. Развитию рефлексии врача помогает практика «рефлексивных писем», ведения рефлексивного дневника, который является обязательным условием подготовки психолога и психотерапевта в ряде западных стран и США. Рефлексия врача имеет этическую составляющую. Врач рефлексирует не только о вариантах диагноза и лечения, но и о его этическом обеспечении. Каждый новый случай истории болезни как «истории страданий» предполагает сомнение в

[1]Бахтин М.М. Из записей 1970-1971 годов // Эстетика словесного творчества М. Искусство, 1986. С.369.
[2] Там же. С. 369.

правильности и универсальности моральных принципов и ценностей, полагаемых врачом. В этом случае рефлексия оказывается диалогом между общепринятыми в медицинской практике этическими нормами и декларируемыми в рассказе ценностями пациента. В определенном смысле во взаимоотношениях врача и пациента в том аспекте, который предлагает нарративная медицина, можно увидеть параллель с взаимоотношениями творца художественного произведения и художественного критика, где в роли творца выступает пациент как автор, а в роли критика – врач. Его взгляд, за счет феномена «вненаходимости» (М.М. Бахтин), может более точно перевести и глубоко понять самого автора, нежели он сам себя понимает.

Целью рефлексии является ответственное отношение к созданию общего нарратива – совместной истории исцеления. В процессе лечения как диалога акты рефлексии приводят к самоизменению и смыслоопределению всех участников: не только пациента, но и врача. В результате диалога совместными усилиями в пространстве медицины рождается новый вид знания - гуманитарное знание, соединяющее полюса науки и искусства, объективности и персональности.

СПОР ВОКРУГ СОЦИОБИОЛОГИИ КАК ПОПЫТКА ЗАВЕРШЕНИЯ ПРОЕКТА МОДЕРНА

Кузин И.А.

В 1980 году Юрген Хабермас прочел лекцию «Модерн – незавершенный проект»[1], в которой обрисовал одну из наиболее влиятельных концепций модерна и постмодерна. За год до этого была опубликована статья палеонтолога Стивена Джей Гулда и генетика Ричарда Левонтина с необычным для биологии названием «The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme»[2], которой суждено было стать одной из самых известных статей по философии биологии. Позднее вышел сборник, в котором статья Гулда и Левонтина проанализирована с точки зрения риторики и критической теории[3]. Один из авторов данного сборника, Сьюзен Уэллс, рассмотрела конструкцию нарратива в «Spandrels…» и других работах Гулда[4] с точки зрения концепции модерна и постмодерна Хабермаса. Мы предлагаем обсудить анализ Уэллс, а затем расширить контекст и рассмотреть с позиции Хабермаса не только «Spandrels…», но и спор вокруг социобиологии, частью которого явилась публикация данной статьи.

---

[1] Хабермас Ю. Модерн – незавершенный проект // Политические работы / Ю. Хабермас (авт.), А.В. Денежкин (сост.). – М.: Праксис, 2005. – С. 7-31.

[2] Gould S.J., Lewontin R.C. The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme // Proceedings of the Royal Society of London. Series B. Biological sciences. – 1979. – Vol. 205. – № 1161. – P. 581-598.

[3] Understanding scientific prose / J. Selzer (ed.). – Madison : University of Wisconsin Press, 1993. – 406 p.

[4] Гулд был основным автором «Spandrels…».

В статье Гулда и Левонтина обсуждаются вопросы эволюционной биологии, она состоит из аннотации и шести разделов. В первом разделе («Введение») проясняется название статьи. «Спандрелы»[1] – это сужающиеся к нижнему концу треугольники, возникающие в месте перехода круглого купола храма к четырехугольному основанию и часто несущие изображения четырех евангелистов, как в случае собора Св. Марка в Венеции. Гулд и Левонтин утверждают, что наличие таких спандрелов в храме в первую очередь определяется архитектурной необходимостью и лишь вторично связано с текущей функцией (расположение изображений евангелистов). Думать иначе – значит оказаться на месте доктора Панглосса, доказывающего, что в «этом наилучшем из возможных миров» все создано для какой-либо цели.

Во втором разделе, озаглавленном «Адаптационистская программа», рассматриваются два этапа, характерные для исследований в русле этой программы. На первом этапе организм «атомизируется» на признаки, на втором – выделенные признаки интерпретируются как структуры, оптимально сконструированные естественным отбором для выполнения своих функций, то есть как результат адаптации[2].

В третьем разделе («Сочинение историй») выдвигаются обвинения против адаптационистской программы. Отбрасывание одного адаптивного сценария скорее приводит к его замене на другой, чем к подозрению, что может потребоваться другой способ объяснения. При этом критерии для принятия сценария весьма неопределенны.

В четвертом разделе («Перелистывая Мастера») Гулд и Левонтин утверждают, что Дарвин был принципиальным плюралистом по отношению к механизмам эволюции, а более узкая адаптационистская программа обязана своим возникновением менее авторитетным А. Уоллесу и А. Вейсману.

Пятый раздел озаглавлен «Неполная типология альтернатив адаптационистской программе». Гулд и Левонтин приводят реальные и гипотетические примеры альтернатив объяснению формы, функции и поведения через непосредственную адаптацию: эволюция без адаптации и отбора, неадаптивные корреляции, разобщение адаптации и отбора, равноценность некоторых адаптаций с точки зрения отбора и, наконец, наиболее интересный случай – спандрелы (необходимые побочные продукты адаптаций), приобретшие функцию.

В шестом разделе, «Еще один оклеветанный подход к изучению эволюции», рассматривается альтернатива первому этапу адаптационистской программы – «атомизации» организма на признаки. Авторы протестуют против замены эволюционной биологии организмов на эволюционную биологию

---

[1]Ранее мы переводили *spandrels*как «пазухи свода» (Гулд С.Дж., Левонтин Р.Ч. Пазухи свода собора Святого Марка и парадигма Панглосса: критика адаптационистской программы // Философия. Наука. Гуманитарное знание. – М. : Центр стратегической конъюнктуры, 2014. – С. 160-191), однако в настоящее время более правильной считаем транслитерацию «спандрелы».

[2] Под адаптацией здесь подразумевается адаптация в ходе эволюции, филогенетическая адаптация.

частей организмов и генов и надеются вернуть «организмы со всей их непокорной, но постижимой сложностью назад в эволюционную теорию».

Как указывает Сьюзен Уэллс[1], связывая адаптационизм с Панглоссом, Гулд и Левонтин сопоставляют себя с одним из ключевых авторов Просвещения – Вольтером, в результате критика адаптационизма в их исполнении оказывается частью проекта модерна. По Хабермасу социальность находится под контролем двух комплементарных сфер: «системы» (включающей в себя нелингвистические средства контроля, такие как рыночные силы и бюрократическая администрация) и «жизненного мира» (в котором преобладают традиционные и нерефлексивные способы организации). При соприкосновении этих сфер возникают конфликты, которые при благоприятном исходе разрешаются в дискурсе, в рамках «идеальной речевой ситуации». Ключевой объясняющей структурой жизненного мира является нарратив (например, религиозный нарратив). Если конфликтов становится много, то разрешающие их дискурсы специализируются и пытаются отказаться от нарратива как от средства объяснения и доказательства. По Уэллс «Spandrels…» хорошо иллюстрируют этот тезис. Гулд и Левонтин не только критикуют тягу к сочинению историй, характерную для адаптационистской программы (третий раздел статьи), но и используют две альтернативы нарративу: создание аналитической матрицы за счет расположения элементов нарратива не синтагматически, а парадигматически (пятый раздел) и «лирическое» обращение к целому (шестой раздел). Если первая альтернатива является стандартным для науки способом прерывания нарратива, то вторая скорее имеет значение для «жизненного мира». Данный тезис еще ярче, отмечает Уэллс, иллюстрирует другая статья Гулда того же времени, в которой критика адаптационизма явно увязана с критикой социобиологии[2]. Эта статья также заканчивается лирическим обращением к целому: Гулд описывает свое участие в исполнении «Реквиема» Берлиоза как опыт, в котором сливаются физиологические реакции, чувство общности, эмоциональные и эстетические переживания, – опыт, который не может быть объяснен с позиции социобиологии. Как и примеры из архитектуры и антропологии, с которых начинаются «Spandrels…», лирическое обращение к целому является не украшением, не средством убеждения и не средством исследования, а попыткой нащупать новый дискурс. Уэллс делает вывод, что «Spandrels…» - это постмодернистская статья, если постмодерн рассматривать как интенсификацию рефлексии модерна за счет нарушения границ, установленных в ходе дифференциации дисциплин.

Рассмотрим теперь с точки зрения «незавершенного проекта» модерна более обширный предмет – спор вокруг социобиологии. «Социобиология» энтомолога Эдварда О. Уилсона увидела свет в 1975 году[3]. Социобиология

[1]WellsS. «Spandrels», narration and modernity // Understanding scientific prose / Selzer J. (ed.). – Madison: University of Wisconsin Press, 1993. – P. 42-60.
[2]Gould S.J. Sociobiology and the theory of natural selection // Sociobiology: Beyond nature/nurture? / G.W. Barlow and J. Silverberg (ed.). Boulder: Westview, 1980. – P. 257-269.
[3] Wilson E.O. Sociobiology: the new synthesis. – Cambridge, MA : Harvard University Press, 1975. – 697 p.

человека рассматривается в первой и последней главах этой книги, именно они вызвали скандал, обвинения в генетическом детерминизме и расизме. Вскоре Уилсон развил идеи этих глав в книге «О природе человека»[1]. Статья «Spandrels…» и ряд других работ, посвященных критике характерного для социобиологии адаптационизма, позволили обвинить это направление в оправдании социального *statusquo*. Поначалу ведущими участниками дебатов вокруг социобиологии были Левонтин со стороны критиков и Уилсон со стороны защитников, а с начала 80-х и в течение двадцати лет на первом плане было публичное противостояние Гулда и Докинза. Однако, как отмечает главный специалист по истории социобиологии У. Сегерстрол, в споре вокруг социобиологии самым важным был другой водораздел: между авторами, смешивающими сферы науки и этики (американцы Уилсон, Гулд, Левонтин), и теми, кто разграничивал эти сферы (англичане Докинз и Мейнард Смит), то есть между сторонниками «гипер-Просвещения» и «обычного» Просвещения[2]. На наш взгляд, данный водораздел точнее описывается и объясняется с позиции Хабермаса.

По Хабермасу у проекта модерна было две составляющих: разделение науки, этики и искусства (более не объединяемых в рамках религии) и реализация потенциала этих вновь образованных сфер в рамках жизненного мира («популяризация»). Эта программа дала сбой, так как каждая из этих сфер становилась все более специализированной и закрытой для мира обыденных значений. Периодически предпринимаются попытки разрушить одну из сфер (например, в искусстве такой попыткой был сюрреализм) и возвратить ее «народу», но спасти проект модерна может лишь параллельное привлечение ресурсов искусства, науки и этики в деле одушевления жизненного мира[3].

Мы предлагаем следующий набросок реконструкции спора о социобиологии. В середине 1970-х Уилсон предпринял попытку распространить влияние науки на сферу этики, чтобы сделать ее работоспособной и доступной людям: «Мы вступаем в новую эру экзистенциализма, не старого абсурдистского экзистенциализма Кьеркегора и Сартра, приписывавшего полную автономию индивиду, но концепции, согласно которой только единое общедоступное знание делает возможным аккуратное предсказание и мудрый выбор»[4]. В качестве реакции он столкнулся с критикой науки с этических позиций, а в «Spandrels…» (как и других работах Гулда) в спор была вовлечена и сфера искусства. При этом нужно учесть, что Уилсон, Докинз и Гулд – знаменитые популяризаторы науки, так что «вскрытие» ими науки, этики и искусства так или иначе оказывается ориентировано на использование в повседневной жизни.

Данную реконструкцию можно также использовать в качестве защиты против критики концепции модерна Хабермаса со стороны Перри Андерсона.

---

[1]Уилсон Э.О. О природе человека. – М. : Кучково поле, 2015. – 352 с.

[2] Segerstråle U.C.O. Defenders of the truth: the battle for science in the sociobiology debate and beyond. – Oxford : Oxford University Press, 2000. – P.3.

[3]Хабермас Ю. Модерн – незавершенный проект // Политические работы / Ю. Хабермас (авт.), А.В. Денежкин (сост.). – М.: Праксис, 2005. – С. 7-31.

[4] Wilson E.O. Consilience: the unity of knowledge. – New York : Alfred Knopf, 1998. – P. 297.

Последний ставит под сомнение связь между закатом эстетического модернизма и специализацией трех названных ценностных сфер, утверждая, на примере науки, что изоляция ценностной сферы не влияет на ее развитие[1]. Спор вокруг социобиологии показывает, что это не верно.

Таким образом, спор вокруг социобиологии можно рассматривать как попытку «завершения» проекта модерна за счет «трансдисциплинарного» вскрытия сфер науки, этики и искусствах с целью одушевления жизненного мира. Ярким эпизодом этой попытки была статья Гулда и Левонтина 1979 года. На наш взгляд, в рамках концепции Хабермаса эту попытку лучше обозначить как относящуюся не к постмодерну[2], а к «гипермодерну»[3]. Мы согласны с Хабермасом в том, что ключевым моментом здесь является параллельность привлечения ресурсов трех названных сфер. С этой точки зрения данный проект далек от завершения.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ В РУССКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОЗЕ

Морозова Ю.Г.

Многие русские клиницисты (М.Я. Мудров, С.П. Боткин, А.А. Остроумов, Н.И. Пирогов, Ф.П. Гааз, А.П. Чехов и др.) внесли огромный вклад в формирование медицинской деонтологии,в ее основные принципы, оставив после себя обширное литературное наследие (включая мемуары, публицистику, дневники и т.д.). В свою очередь, их профессиональный медицинский опыт оказал влияние на развитие т.н. врачебной прозы и искусства.

Какими же виделись нашим классикам главные черты деонтологии? Это, в первую очередь, ответственность за больного и его здоровье. К сожалению, все больше случаев участившейся безответственности, халатности врачей и медперсонала, приводящие часто к летальному исходу, - следствие укоренившейся в последнее время позиции, что гуманитарные науки в медицинском вузе не нужны или нужны в сокращенном прохождении курса. Каким образом гуманитарные науки, в частности литература, история, философия, воздействуют на формирование клинического мышления врача, говорили еще задолго до XIX века. Например, высказывание Галена: «Хороший врач должен быть философом» или Гиппократа: «Необходимо, чтобы врач сохранял руки чистыми, а совесть — незапятнанной»или Авиценны: «Улучшай душу науками, чтобы двигаться вперед»[4].

---

[1]Андерсон П. Истоки постмодерна. – М. : ИД «Территория будущего», 2011. –С. 55.

[2] По Хабермасу постмодернизм характер для неоконсерваторов, которые приветствуют изоляцию сфер науки, искусства и этики и предлагают заменить их влияние на жизненный мир влиянием традиций.

[3] По аналогии с гипер-Просвещением У. Сегерстрол.

[4]Цит. по: http://doctor.livejournal.com/

И всё же, помня о важности естественных наук, следует отметить, что без гуманитарного знания ни один человек какой-либо специальности не мог бы быть назван профессионалом своего дела. По этому поводу М.Я. Мудров говорил, что врач, получивший посредственные знания (т.е. разбирающий, что ему нужно «знать» в первую очередь в своей профессии, а что можно недоучить или вообще не знать), «приносит больше вреда, чем пользы; больные, оставшиеся без его медицинской помощи, могут выздороветь, а пользованные этим врачом умирают».[1]

Например, что движет Евгением Базаровым в «Отцах и детях», нигилистом и циником, не признающим литературу и искусство, когда он лечит людей? Простой интерес, любопытство, желание дойти до истины? Он выполняет, прежде всего, свой врачебный долг, и чувство долга, тождественное самопожертвованию, служению науке заставляет героя Тургенева забыть о своей боли и о том, что он тоже может умереть, заразившись тифом. В образе Базарова соединяются черты таких ученых, как И.И. Мечников, С.П. Боткин, И.П. Павлов. Евгений Базаров отрицает любовь, поэзию, музыку, красоту природы, философское мышление, семейные связи, альтруистические чувства, такие нравственные категории, как долг, право, обязанность. Базаров выступает беспощадным противником традиционного гуманизма: в глазах «нигилиста» гуманистическая культура оказывается прибежищем для слабых и робких, создавая красивые иллюзии, способные служить их оправданием. И вместе с тем шаг за шагом в романе Тургенев заставляет героя проходить испытания на верность своим материалистическим идеалам, показывая и одновременно развинчивая их несостоятельность. Читатель понимает, что за маской нигилиста скрывается любящий человек с раненой душой, светлый и надломленный, но до конца жизни верный своему призванию.

В русской литературе на примере произведений И.С. Тургенева, Ф.М. Достоевского, А.П. Чехова, Л.Н. Толстого, И.А. Бунина, М.А. Булгакова, В.В. Вересаева, можно проследить, как складывались главныебиоэтические принципы в медицине, как формировалось клиническое мышление, как девиз Ф.П. Гааза «Спешите делать добро!» все больше подменялся понятием блага и благополучия, становясь синонимом корысти и личной выгоды.

Так, в рассказе А.П. Чехова «Цветы запоздалые» доктор Топорков выполняет свою работу профессионально, но не обращает внимание на душевное состояние пациентки, ведь его, в первую очередь, интересует доход. Диагноз был поставлен доктором точно, а вот своевременного сочувствия не хватило для спасения жизни пациентки.

Если врача перестают интересовать поэзия, музыка, гуманитарные науки, то можно не сомневаться в том, что угасает его интерес к окружающему миру, в частности к больному человеку. Безразличие к произведениям искусства ослабляет чувство сопереживания, способствует появлению таких отрицательных нравственных качеств, как грубость.

[1]Там же.

Страдания больного врач начинает воспринимать только разумом. Врач, как отмечал знаменитый отечественный хирург Н. Бурденко, с ярким воображением ошибается реже, чем честный педант и только трудолюбивый исследователь. Чарльз Дарвин вспоминает не без сожаления, что он «почти потерял художественный вкус к картинам и музыке и поэтому, если бы мог начать свою жизнь сначала, то взял бы за правило, по крайней мере, один раз в неделю читать какое-нибудь поэтическое произведение или слушать хорошую музыку»[1]. Он считал, что «утрата восприимчивости к подобным вещам — утрата счастья, возможно, что она вредно отражается на интеллекте, и, во всяком случае, она приносит непоправимый ущерб развитию нравственности человека, ослабляя эмоциональную ее сторону»[2].

Видный отечественный хирург С. Юдин подчеркивал, что «Монотонная работа без живительных встрясок поэзии, искусства и путешествий создает успокоение, привычку к обветшалым предметам старины, примирение с пошлостью и мелкими целями, что в таких условиях вырабатывается постепенно не интерес к жизни, а заинтересованность в ее призраках: материальном достатке, деньгах, чинах, орденах и сплетнях...»[3]

В рассказе М.А. Булгакова «Собачье сердце» опыт, проводимый профессором Преображенским, ставится с целью личной выгоды, созвучной со стремлением профессора быть равным богу. В его образе угадывается что-то жреческое. Не случайно, в рассказе профессор часто напевает: «К берегам священным Нила…». Однако читателю опыт профессора по очеловечению собаки кажется чем-то противоестественным, враждебным самой природе человека. Булгаков создает гротескный образ современности: профессор Преображенский омолаживает советских чиновников и их жен и занимается улучшением человеческой породы, руководствуясь, прежде всего, личной выгодой и забывая о том, к каким последствиям для науки и человечества может привести тот или иной биоэксперимент. Операция профессора оканчивается не тем результатом, на который рассчитывал сам профессор, бившийся над секретом омолаживания: из старого природного материала рождается гомункул. Таким образом, биомедицинский эксперимент уступает место эксперименту социальному и нравственно-психологическому. В конце концов и сам Филипп Филиппович понимает то зло, которое он совершил, создав человекоподобное существо. Своими произведениями М.А. Булгаков прозрел еще одну биоэтическую проблему, которая сейчас так актуально и восторженно звучит в медицине: роль и назначение евгеники в деле улучшения человеческой породы; создание химер; клонирование животных и человека; использование стволовых клеток в терапевтических и репродуктивных целях. Врач-творец, равный Богу, в рассказе Булгакова «Собачье сердце» переживает разочарование, а его опыт, удачно

---

[1]Ч. Дарвин. Воспоминания о развитии моего ума и характера// Ч. Дарвин. Собр. соч. Т.9. – М., 1959. – С. 168

[2] Там же, С. 173

[3] С. Юдин. Цит. по: https://aupam.ru/pages/invasport/kompleksnaya_profilaktika_zabolevaniyj_reabilitaciya_boljnihkh_invalidov/page_11.htm

осуществленный, оказывается предвозвестником зла для всего человечества. Опыт профессора Преображенского грозит самому факту существования профессора, покушается на основы его мироустройства, чуть не губит его вселенную. В этом смысле потоп, который случается по вине Шарика, достаточно показателен. Профессор чувствует свою ответственность за совершенное: «Если бы кто-нибудь, - сладострастно продолжал Филипп Филиппович, - разложил меня здесь и выпорол, я бы, клянусь, заплатил червонцев пять …»[1]. Чувство вины вызывает бездействие и неуверенность в его поведении; нерешительность профессора кроется не только в его характере, но и в его главном деонтологическом принципе – не навреди. Единственный выход в сложившейся ситуации – это насилие, которое противоречит мировоззрению Преображенского. Человек, с самого начала утверждавший, что только лаской можно обращаться с «живым существом», отвергающий преступление ради любой цели, стоит перед нравственным выбором. В конце концов выбор за профессора осуществляет его ученик - Иван Арнольдович Борменталь, которыйи возвращает Шарику его первоначальный облик.

В «Записках врача» В.В. Вересаев раскрывает значимость одного из деонтологических принципов, без которых не было бы самой деонтологии, – доверие пациента. Писатель показывает, как трудно лечить сомневающегося пациента и что «врач может обладать замечательным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений и все это останется бесплодным, если у него нет способности подчинить себе душу больного»[2]. Таким образом, психологическая совместимость врача и пациента играет ведущую роль в процессе врачевания. Только гуманитарные науки способны научить врача, будущих специалистов медицинских вузов общению с пациентами. Через литературные произведения русской классики, через приобщение к миру прекрасного – только так можно познать внутренний мир больного, если врач действительно намерен вылечить своего пациента. Больной человек в значительно большей степени, чем здоровый, восприимчив к различного рода внушающим влияниям. Даже неосторожный жест врача может вызвать у больного искаженное представление о тяжести болезни, а ободряющее слово может вселить веру в выздоровление. «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это не врач»[3] (В.М. Бехтерев).

Отсутствие оптимального контакта между врачом и пациентом оказывает отрицательное воздействие на психологическое и соматическое состояние больного и может быть источником конфликтных ситуаций. Вспомним болезнь Кити Щербацкой, гениально описанной в романе Л.Н. Толстого «Анна Каренина». Визит известного профессора, нарушившего все принципы деонтологии и врачебной этики, привел не только к отсутствию

---

[1] М.А. Булгаков. Собачье сердце. Библиотека «Вехи», 2001. Из собр. соч. Т. 2, с. 193 http://www.vehi.net/mbulgakov/index.html

[2] В.В. Вересаев. Собр. соч. в 4-х томах. Т. 1. - М., "Правда", 1985. – С. 137.

[3] Цит. по: http://doctor.livejournal.com/

контакта с Кити, по и полной неприязни к нему. Или в другом романе Л.Н. Толстого («Война и мир»), когда врачи не сразу смогли распознать характер болезни Наташи Ростовой. Болезнь героини, вызванная размолвкой с князем Болконским, - это душевная болезнь, которую врачи ошибочно расценили как заболевание телесное. Больной человек значительно в большей степени, чем здоровый, восприимчив к внушающим влияниям различного рода как положительного, так и отрицательного характера. Неосторожный жест врача может вызвать у больного искаженное представление о тяжести заболевания, а одобряющее слово, напротив, может вселить веру в исцеление. Следовательно, каждый специалист, работающий с людьми, должен быть хорошим психологом. При несоблюдении этих принципов возникают врачебные ошибки и конфликтные ситуации.

В этом смысле очень показательно умение врача лечить словом.«Слово для человека — такой же реальный раздражитель, как и все остальные, и потому может вызывать все те реакции организма, как и на любой реальный раздражитель»[1] (И.П. Павлов)…

Итак, подведем некоторые итоги. Древнее ведическое изречение, которое любил цитировать Авиценна, гласит: «Три орудия есть у врача: «Слово, растение и нож»[2]. Русские писатели, осознавая ограниченность и в некотором смысле «пагубность» редукционизма, предлагали путь, позволяющий довольно четко диагностировать болезнь и различные болезненные состояния, ярко описывать деонтологические принципы, биоэтичекие модели и безошибочно прогнозировать пути развития современной науки. Этот путь – путь гуманитарной медицины.

МНОГООБРАЗИЕ БИОЭТИЧЕСКОГО ОПЫТА

ПРИНЯТИЕ ДИАГНОЗА И ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ[3]

Горбунова Е.В.

В отличие от других специальностей, где постановка диагноза часто рутинна и основана на достоверных методах: наличие в крови специфических антител, маркеры патологических процессов, психиатрия лишена подобных средств. В психиатрии диагностика и прогноз дальнейшего течения заболевания вписывается в стандарты, отклоняется или не добирает критериев диагноза, оставаясь в переходном состоянии[4]. В зависимости от того, на каком

[1] И.П. Павлов. Цит. по: *П. И. Буль. Техника гипноза и внушения.–М., «Сентябрь», 2001. – С.18.*
[2] Цит. по: http://www.bibliotekar.ru/421/66.htm
[3] Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта № 17-03-00784.
[4] Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Шпикс Т. А. Психическое здоровье XXI века. Психические отклонения в постмодернистском обществе/ монография/ Издательство: LAPLAMBERTAcademicPublishingGmbH&Co. KGHeinrich-Bocking-Str. 6-8. 66121 Saarbrucken, Germany, 2011. С. 14.

временном отрезке мы встречаем пациента, один эндогенный процесс переходит в другой[1]. Многоликость этиологии указывает на то, что в развитии психического расстройства могут быть и такие причины, которые не являются патологическими, психотравмирующими могут оказаться события, которые касаются большого количества людей, но заболевает лишь один. Это, безусловно, затрудняет диагностику и лечение, но и делает необходимым понимать уникальность каждого пациента с психическим расстройством. Постановка диагноза заключается в наблюдении за пациентом, его ответом на терапию, за индивидуальной переносимостью препаратов, эффект от которых наступает не сразу. Чаще всего пациенты пассивно смиряются с тем, что они больны психическим расстройством, при этом не осознают, и не желают до конца осознавать своей болезни, так как одно её название внушает им ужас и страх[2]. Пациент может не принять своего диагноза, отрицать его и само нахождение в психиатрическом стационаре. Особенностью психиатрии является это влияние на принятие диагноза, когда болезнь делает пациента недоступным для разумных доводов, он не откликается на сострадание и милосердие. В определенных случаях психиатры вынуждены прибегать к экстраординарным мерамнедобровольной госпитализации: физическим и «химическим» вязкам, которые «держат больного изнутри, но сковывают не меньше, чем цепи»[3]. Все эти вынужденные действия порождают стереотипы в глазах пациентов, их родственников, обывателей. Диагноз психического расстройства становится тяжким бременем для пациента и для его близких[4]. Поэтому можно поставить вопрос о принятии диагноза и теми, кто окружает больного. Чаще всего врачи не озвучивают диагноза, говорят завуалировано, щадя пациента, и желая таким образом оградить его от излишней информации о его заболевании. Однако такая тактика осложняет принятие диагноза.

А. Финзен в своей книге «Психоз и стигма» связывает принятие диагноза с тем как будут себя вести пациент и его близкие. «Когда болезнь ясна и признана семьёй, часто еще продолжают существовать различия в выборе правильного пути похода к больному. Есть ли необходимость в психиатрическом лечении или нет? Может быть, лучше попробовать лечение у «целителя»? Можно ли дать согласие на лечение против воли больного? Нужно ли это?»[5].Подобные вопросы возникают естественно в процессе «знакомства» пациента и его родственников с психическим заболеванием. Психическое расстройство изменяет личность: расщепление психической деятельности, её дезорганизация приводят к тому, что пациенты становятся безразличны к своему состоянию, они действительно «страдают душой», утрачивая свои

---

[1]DanielR. Weinberger, TerryE. Goldberg .Второе рождениеRDoC// Русская версия журнала ВПА «Всемирнаяпсихиатрия» \пер. с англ. Алфимов П.В., том 13, выпуск 2, 2014 г. С. 37.

[2] Финзен А. Психоз и стигма/ Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. - М.: Алетейа, 2001. (Гуманистическая психиатрия). С.16.

[3] Узлов Н.Д. Шизофрения как клинический и культурный феномен: к проблеме шизофренизации массового населения. /монография/ Пермь. 2009 г. С. 38

[4] Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» в вопросах и ответах. / В.Я.Евтушенко; отв. ред. проф. В.С. Ястребов. - М.: Изд-во ЗАО Юстициформ, 2009. С. 15.

[5] Финзен А. Психоз и стигма/ Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. - М.: Алетейа, 2001. (Гуманистическая психиатрия). С. 22.

эмоции и волю. Одной из самых главных задач врача- психиатра является то, что он должен сделать психическое расстройство понятным, как для пациента, так и для тех, кто его окружает.

Так или иначе, озвучивая диагноз или только объясняя суть процесса и прогноз, мы должны информировать пациента, используя документ, в котором письменно выражается согласие больного на лечение. Очень важно информируя пациента, учитывать его психическое состояние, в котором он может быть негативен по отношению к окружающим, подозрителен или вовсе неконтактен. «Пациент, в конечном счете должен жить с последствиями медицинского лечения или отсутствия такового»[1], поэтому, информируя, нужно быть уверенным в том, что пациент справится с принятием диагноза и будет жить с ним и решать, как распоряжаться своим здоровьем.

Когда приравнивают два разных отношения к болезни (пациента с соматическим и психическим заболеванием), следуя неоспоримому и фундаментальному правилу предоставлять пациенту информацию о заболевании и последствиях лечения, оно может не «срабатывать» на пациентах с психическим расстройством. Ведь чаще всего, вследствие защитного механизма, или по причине психоза, пациент «не узнаёт своей болезни», то, что в психиатрии получило название «анозогнозия». Безусловно, пациент, страдающий не психическим расстройством, тоже может отрицать наличие у него заболевания, но именно в психиатрии анозогнозия становится основанием использования ограничений и недобровольных мер, по отношению к пациентам. Лица с психическим расстройством, эндогенным или органическим постепенно, нередко уже в дебюте заболевания проявляют эмоционально-волевые нарушения. К эмоционально-волевым нарушениям прибавляется «странное поведение», агрессивные поступки. Такой человек становится «неудобным» для общества и для близких. Вдобавок ко всему, сложившиеся стереотипы о психически больных людях, порождают страх и желание как можно скорей изолировать такого человека от общества. Если учесть, что нередко психическим расстройствам подвержены представители маргинальных прослоек, они оказываются, стигматизированы вдвойне: положением на социальной лестнице и присоединившимся психическим расстройством. Настороженное отношение к диагнозу, стигматизация в обществе еще больше осложняют работу врача в деле информирования. Патерналистский подход в психиатрии выглядит более оправданным, нежели сотрудничество, которое лежит в основе доктрины информированного согласия. Патернализм даёт возможность управлять таким пациентом, который вряд ли осознает свою болезнь, скорее всего не поймет объяснений врача, благо если вообще будет соблюдать назначения, особо не вдумываясь в то, какие препараты он принимает.

Законодательно у нас закреплено право для пациента выражать согласие и обязанность для врача информировать пациента, не разделяя их по видам

[1]Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теории, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1999г. С. 25.

заболеваний. За пациентов с психиатрическим диагнозом, по закону, часто информированное согласие дают опекуны. Формальный подход во имя исполнения нормы закона приводит к обезличиванию и обессмысливанию практики информированного добровольного согласия. Согласие на лечение и госпитализацию становится обязанностью, выступает способом «короткого и быстрого взаимодействия» с пациентом. Получается, информированное согласие не выполняет, своей главной функции - защищать автономию пациента. Однако, неправильно считать, что пациент не ощущает диссонанса в сложившейся ситуации. Поэтому настоящая забота о пациенте лежит в желании и усилиях врача, который может помочь пациенту принять свою болезнь, получить доступное объяснение и индивидуальный подход, что создаст условия для осознанных решений и реализации автономии.

БОЛЬ КАК ДЕСКРИПТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Макаров А.В., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.

Боль (греч. algesis, лат. dolor, англ. pain) – наш повседневный спутник, момент существования. Боль экзистенциально переживаема. Есть моя боль, боль ближнего, боль другого, боль моего народа, наконец, боль человечества. Мы психологически принимаем или вытесняем боль, проецируем вовне, редуцируем к страданию и несчастью, социально психиатризуем, сопереживаем боль другого или отчуждаем её. Онтологически боль представлена как данность. Боль реальна и этот факт позволяет говорить о бытии-в-боли. Боль – это внутреннее давление, вызывающее напряжение, которое в свою очередь может обратиться в саморазрушающее действие, если его вовремя не снизить, не дать ему выход. Можно согласиться с В.Л. Лехциером что: «Там, где речь идет о смысле боли и болезни, принуждение к вопрошанию – вовсе не очередная фигура речи, а безутешная онтологическая ситуация, прежде всего связанная с феноменологическими особенностями переживания патологического». [6, с. 551]. Боль индивидуализирует и зовет нас в пространство одиночества. Она заставляет нас идти на встречу с самим собой и напоминает о собственном существовании - как телесной конституции, как активного и/или реактивного образования, как самосохраняющегося поведенческого модуса, как психосоматического «комплекса». Боль как примиряет плоть и дух, так и оставляет их прижизненными соперниками.

Социальная данность боли (согласно статистическим данным служб здравоохранения многих стран мира, хроническими болями страдают миллионы людей, а экономический ущерб колоссален), её репрезентация говорит о зависимости, ранимости, смертности, экзистенциальном одиночестве, отсутствия действенных средств к преодолению. Современная жизнь «анестезирует» нас, учит быть бдительным к рецидиву боли, учит быть нетерпимым к боли, требует скорейшего разрешения болезненной ситуации. Боль формирует у человека особый тип поведения – болевое поведение как

особую форму социального поведения. Степень рецепции боли говорит о нашей социальной адаптивности, способности или неспособности к конструктивному сосуществованию.

Как философская проблема, феномен боли получил широкое толкование в истории философской мысли. В античном представлении греков, весь космос есть огромное тело живого человека. Тело вплетено в мир и мыслится как аналог универсума. Телесность есть чувственно-материальный космос. Тело индивида понималось как внешность, «данность», «сома» и составляло его личность. Специфичным для античной мысли является принцип целостности (нерасчлененности) телесного и духовного начал и идея их гармонии. Наряду с этим лидирующим принципом в воззрениях древних греков встречается постулат о непримиримости, вражде телесного и духовного («соматический негативизм»). Боль понималась в пределах иерархии ценностей психического и соматического.

В представлении Аристотеля, боль – «эмоция, определяющая мотивацию поведения человека» [1, с.217]. Боль – своего рода аффект, побудительная сила, вызванная чувствами при воздействии на них чрезмерной жарой, холодом, светом, запахом и т.п. Таким образом, ключевым для Аристотелевской мысли в толковании боли является понятие меры. Представления гиппократовской медицины о причинах заболеваний связаны с идей баланса жидкостей в организме человека, что в свою очередь связано с условиями (климатическими, политическими и др.) жизни человека. Смещение баланса вызывает боль-болезнь, избавление от которой возможно посредством искусства диетики. В философии эллинизма, в аксиологическом аспекте, боль представляется амбивалентно: как необходимое средство на пути к благу и в то же самое время – как непреложное зло. Секст Эмпирик говорил, что «боль есть зло» [9, с.28]. Она вызывает у него страдания, так как присуща природе всех живых существ. Но для человека она особенно губительна, так как может вызывать страдание в связи с его деятельностью разума. Рассуждая о боли, мы тем самым предвосхищаем её. Поэтому быть свободным от боли, означает для философа – воздерживаться от мнений. Киренаик Аристипп полагает сугубо чувственные удовольствия условием счастья индивида. «Наслаждение является благом, даже если оно порождается безобразнейшими вещами». [4, с. 131] Причём, удовольствия могут быть измерены лишь их интенсивностью. Неудовольствие (боль) есть бурные движения (ощущения). Но освобождение от боли само по себе не есть удовольствие. Для стоиков и эпикурейцев, aponia (отсутствие телесных страданий) – есть необходимое условие ataraxia (безмятежности души). Блага естественные и необходимые по Эпикуру есть главное условие достижения последнего. В то же самое время философ ставит вопрос о границе зависимости души от телесных нужд. Болевые ощущения, точнее их интенсивность призваны быть индикатором искомых границ. Стоики и эпикурейцы разрабатывают так называемые «процедуры испытания» (термин М. Фуко). Для Эпикура они есть средство установить границы полноты блаженства, а для стоиков – средство утверждения в готовности претерпевать невзгоды и лишения лихого времени. Эпикур, образ жизни которого отличался

особой умеренностью, иногда уменьшал свой рацион с целью увидеть «будет от этого изъян в великом и полном блаженстве, велик ли он будет и стоит ли возмещать его ценой больших трудов» [7, с. 20].

Новоевропейская философская мысль, формируя механистическую картину мира и вписывая в неё человека, в целом транслирует утилитарное, «бытовое» отношение к телу и боли (заостряя внимание на сигнальной её функции). Традиционная теория боли или «теория специфичности» берёт своё начало от Аристотеля и получает развитие благодаря научным и философским изысканиям отца рационалистической традиции философии Нового времени Рене Декарта. В своей работе «Страсти Души» Декарт связывает боль с такой эмоцией как печаль. В духе интеракционистской парадигмы французский философ увязывает боль с работой нервной системы («звон в колокол» - связь кожных рецепторов и головного мозга). «Чувство, называемое болью, происходит обыкновенно от какого-нибудь сильного действия, затрагивающего нервы». [3, с. 642] Г. Гегель трактует боль в духе его диалектического метода, как сущность всего живого, как объективную данность, тождественную самой себе и тем самым являясь абсолютным противоречием. По его словам: «главное преимущество живых существ – это боль. Если говорят, что противоречие немыслимо, то [нужно сказать], что, скорее в боли, испытываемой живым [существом], противоречие есть даже действительное существование». [2, с.227]. Западная философия постгегельянского времени выводит представления о боли исходя из иррационалистических оснований глубоко укоренённых в культуре. В Новейшее время отношение к телу и боли претерпевает радикальный поворот. Рефлексия боли смещается от теологической парадигмы страдания в сторону иррациональной и экзистенциальной парадигмы мучительного поиска смысла существования человека. Активное развитие наук о человеке в широком смысле: медицины (в которой во второй половине девятнадцатого века начало применяться обезболивание), социологии (на становление которой в значительной мере повлияла разработка Марксом концепции экономического отчуждения) и психологии (открытие области бессознательного Фрейдом) даёт возможность осмыслить боль в корреляции с такими феноменами как смерть, страх, абсурд, удовольствие, сексуальность, аффект, перверсия и др. Две мировые войны с их фантастическим числом жертв, повлекшие за собой крах ценностей эпохи просвещения и гуманизма, не могли не повлиять на восприятие боли. Различные формы и степени страха, телесно конституированного и ситуативно детерминированного, а также его динамика указывают, на то, что страх постоянно видоизменяется, особенно в условиях риска и неопределенности. Боль и страдание очерчивает границы экзистенциального пространства индивида и формируют критерии качества жизни. А. Шопенгауэр считает, что боль-сострадание служит основанием нравственности. Сострадание согласно Шопенгауэру даёт возможность проникнуть в чужое Я, отождествиться с ним. «Всякое страдание – и личное, и чужое – невольно кажется нам, по крайней мере, потенциальным приближением к добродетели и святости». [12, с.809] Анализу феномена тела и телесности, а также феномену боли в постмодернистской философии уделяется

значительное внимание. Согласно французскому философу 20-го века М. Фуко, телесное мироощущение диктуется властными дискурсами [11]. Он показывает как в обществе посредством боли и смерти, возникают новые измерения тела – психиатризованное тело, аскетичное тело, тело любви, казнимое тело, наказуемое тело, дисциплинарное тело и др. Боль как основной инструмент карательных анатомий сближает нас с собственным телом и одновременно удаляет от него. В современной философской мысли эксплицируется и такое социокультурное значение «боли», как ее психиатризованность (термин М. Фуко). Философская мысль Востока рефлексирует боль в контексте жизненной ситуации человека. Боль понимается как кармический атрибут земного существования, неразрывно связанный со страданием. По мысли великого буддийского мастера Васубандху, автора «Энциклопедии Абхидхармы» именно телесная боль, возникающая при первом соприкосновении с внешней средой (акт рождения) изначально даёт толчок к проявлению аффектов – «Тогда мать или служанка принимают новорождённого, походящего на живую рану, в свои руки, касание которых для нежного тельца ребёнка подобно прикосновению ножа или едкой кислоты, …» [10, с.62]

Сегодня в медицинском знании под болью понимается неприятное чувствительное или эмоциональное ощущение, возникающее в момент или при угрозе повреждения тканей, либо описываемое в терминах такого повреждения. Боль практически всегда субъективна. Каждая личность воспринимает и понимает этот феномен через свой индивидуальный опыт, связанный с травмами, перенесёнными ранее. Биологи полагают, что причина боли находится в повреждённых тканях и реакциях соответствующих раздражителей. В этом смысле боль это ощущение, которое ассоциируется с наступившим или вероятным повреждением тканей и возникающее в какой-либо части или частях тела. Но в то же время боль переживается как неприятное ощущение и поэтому представляет собой негативное эмоциональное восприятие. Ощущения, которые имеют сходство с болью, но не являются неприятными, например, покалывание, нельзя назвать болью. Непрятные, необычные ощущения (дизестезия) могут считаться болью, но не во всех случаях, поскольку они могут не обладать в полной мере чувствительными качествами боли. Боль это психологическое состояние. Боль модифицируется как: аллодиния, анестезия "долороза", каузалгия, центральная боль, дизестезия, гипералгезия, гиперестезия, гиперпатия, гипоалгезия, невралгия, неврит, нейрогенная боль, нейропатическая боль; дифференцируются болевые пороги и уровень болевой толерантности [13]. Однако в опроснике SF-36 шкалы группируются в два показателя: PH («физический компонент здоровья»: составляющие шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья.) и MH («психологический компонент здоровья»: составляющие шкалы: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность). Боль и её

интенсивность дифференцируется как физическое состояние. Это говорит о содержательной неоднородности оценки качества жизни и эффекта боли.

Боль одно из ключевых понятий и проблемы качества жизни (КЖ). В философии и науках о человеке (психология, медицина, экономика, социология) различаются представления о качестве жизни, причем «подходы к определению и диагностики КЖ в науках о человеке постепенно сближаются» [5, С.105]. Качество жизни – междисциплинарное понятие, так же как и понятие боли. В психологии качество жизни рассматривается как синоним субъективного благополучия (степень удовлетворения потребностей и ценностных структур разного уровня) или, в узком смысле - когнитивной составляющей — удовлетворенности жизнью. В психологии, согласно Г.М. Зараковскому, «качество жизни человека (индивида) – это оценочная категория жизни человека, обобщенно характеризующая параметры всех составляющих его жизни: жизненного потенциала, жизнедеятельности и условий жизнедеятельности (инструментов, ресурсов и среды) по отношению к некоторому эталону. Проявляется качество жизни в субъективной удовлетворенности людей самими собой и своей жизнью и в объективных характеристиках, свойственных человеческой жизни как биологическому, психическому (духовному) и социальному явлению. Психологические составляющие качества жизни образуют два принципиально различных класса: субъективно-оценочные составляющие и объективные составляющие» [5, с. 62]. В медицине, качество жизни рассматривается в широком значении (в контексте качества связанного со здоровьем). Здоровье и качество жизни понимаются в логике определения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как состояние физического, психологического и социального благополучия. При диагностике КЖ большое внимание уделяется сопоставлению субъективных и объективных показателей, оценке влияния здоровья на разные сферы жизни, а также оценке динамики состояния в разных сферах. Эмпирические компоненты качества жизни (социально-психологическое благополучие, семейное и личное благополучие, личная свобода и безопасность, комфорт условий жизни и т.д.) как показывают многие исследования являются динамичными и определяются ситуативной формой взаимодействия объективных и субъективных факторов [8]. Сравнительный анализ инструментов диагностики качества жизни (в том числе известная методика SF-36) также показывает актуальность и проблематизирует выбор различных методов и процедур [5, С.105].

Таким образом, можно говорить о боли как о фундаментальном декодере качества жизни. Содержание понятия качества жизни дешифруется нашим знанием о боли.

Литература

1. Аристотель. Сочинения: в 4-х т. Т. 4 / Пер. с древнегреч.; Общ. Ред. А.И. Доватура. М., 1984.

2. Гегель Г.В.Ф. Наука логики. В 3-х т. Т.3, М., 1972.

3. Декарт Р. Избранные произведения / Пер. с франц. И лат. Ред . и вступ. Статья В.В. Соколова. М., 1950.

4. Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. – М., 1979.
5. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России: Психологические составляющие. – М.: Смысл, 2009. – 319 с.
6. Лехциер В.Л. Боль и переходность: набросок экзистенциальной альгодицеи. Мир философии – мир человека: приложение к журналу «Философские науки»: сб. ст. – М.: Гуманитарий, 2007.
7. Луций Анней Сенека. Нравственные письма к Луцилию., Перевод и примечания С.А. Ошерова, М., Наука, 1977.
8. Подорога В.А. Феноменология тела. Введение в философскую антропологию. - М.: AdMarginem, 1995.
9. Секст Эмпирик. Сочинения в 2-х томах/ Общ. Ред. А.Ф. Лосева. Пер. с древне-греч. Т.2 М., 1976.
10. Т.В. Ермакова, Е.П. Островская. Классические буддийские практики. – СПб.: «Петербургское востоковедение», 2001. – 304с., С.62
11. Фуко М. История сексуальности-III: Забота о себе/Пер. с фр. Т.Н. Титовой и О.И. Хомы под общ. ред. А.Б. Мокроусова. – Киев: Дух и литера; Грунт; М.: Рефл-бук, 1998. – 288с.
12. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление // Фихте И.Г., Шопенгауэр А. Немецкая классическая философия . Т.2. М., 2000.
13. Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, © 1994, pp. 209-214.

БИОЭТИКА КАК НАУКА О ВЫЖИВАНИИ: ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ВАНДАНЫ ШИВЫ

Михель И.В.

Согласно господствующим в либеральной западной философии представлениям, появление биоэтики в Индии следует отнести к 1980 г., когда Индийский совет по медицинским исследованиям разработал первые этические руководства, касающиеся биоэтических комитетов, информированного согласия, клинических испытаний и медицинских практик с участием слабозащищенных групп населения[1]. Тогда же в некоторых индийских научных центрах стали проводиться исследования по биоэтической проблематике, повторяющие выводы, уже сделанные ранее западными специалистами. Ведущую роль в них играли интеллектуалы, получившие образование на Западе, а также местные философы, усвоившие дискурс американской и европейской биоэтики. Одной из площадок, где этот дискурс обрел свое место,

[1]Papmplany A. India // Ten Have H.A.M.J., Gordijn B. (eds.) Handbook of Global Bioethics. Vol.3. Dordrecht: Springer, 2014. P.1167-1168.

стал «Индийский журнал медицинской этики», который начал издаваться в Мумбаи в 1993 г.

Рассматривая индийский случай, западное биоэтическое сообщество, акцентировало свое внимание на той модели биоэтики, которая была порождением новых биомедицинских центров и крупных кампаний, распространяющих биотехнологии. Предполагалось даже, что такая биоэтика могла бы опираться на некоторые традиции индуистской философии, позволяя индийцам адаптироваться к моральным последствиям биомедицинского вмешательства в биологические процессы, связанные с началом и концом жизни[1]. Но при этом западные комментаторы совершенно упустили из виду тот факт, что наряду с такой искусственно созидаемой биоэтикой, призванной обслуживать потребности биомедицинских центров и биотехнологических кампаний, в те же самые годы в Индии появилась другая модель биоэтики – биоэтика, вырастающая из потребностей низовых социальных движений и выражающая их интересы. На шкале политического спектра она заняла левый фланг, на котором в развивающихся странах традиционно сосредоточены антиглобалисткие силы, экологические, крестьянские и женские движения.

Наиболее ярким примером такой биоэтики являются исследования индийского философа Ванданы Шивы о глобализации, биопиратстве и биотехнологиях, которая трактует свою биоэтику не как спутницу биомедицинского прогресса, а как науку о выживании. Шива – автор многочисленных исследований о выживании в странах Третьего мира. При этом она лично много сделала для того, чтобы переместить биоэтику из пространства теоретических построений в поле реальной публичной политики, бросив открытый вызов глобализации в лице транснациональных корпораций[2].

В 1984 г. Шива приступила к осуществлению научного проекта по изучению возможностей защиты биологического и культурного разнообразия в Индии, которая была поддержана Фондом науки, техники и экологии. В 1991 г. на этой основе ею была создана неправительственная организация «Навдания», целью которой стало сохранение биоразнообразия, защита органического фермерства, прав крестьян и процесс сохранения семян. Выбранное для организации название было символичным. «Навдания» - «девять культур», представляющих собой коллективный источник продовольственной безопасности Индии.

Созданная Шивой «Навдания» занялась организацией по всей стране локальных крестьянских фондов, собирающих семена культурных растений и распространяющих их в качестве посевного материала среди нуждающихся домохозяйств. При поддержке «Навдании» в начале 2000-х гг. было создано 54 банка семян по всей Индии, более полумиллиона крестьян было обучено методам устойчивого ведения земледелия, создана сеть справедливой торговли

[1]Crawford S.C. Hindu Bioethics for the Twenty-first Century. Albany, NY: State University of New York Press, 2003.

[2] Михель И.В. Биоэтика и биотехнологии в контексте глобализации: анализ взглядов Ванданы Шивы //Философские проблемы биологии и медицины: Вып.7.: Естественнонаучный и гуманитарный полилог. М.: Принтберри, 2013. С.193-196.

семенами под лозунгом «свобода семенам». На севере Индии в Уттранчале была открыта общественная Школа семян (Биджа Видьяпитх).

В 1994 г. возглавляемая Шивой «Навдания» организовала массовую кампанию против реализации Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), принятого ВТО. Поскольку это Соглашение предусматривало расширение возможность регистрации патентов на различные продукты биотехнологий, в том числе на генетически модифицированные формы жизни, то «Навдания» заявила о прямой угрозе этой международной правовой нормы для существующих форм жизни и выживания крестьян в развивающихся странах. Шива указала на то, что принятие Соглашения отвечает лишь интересам транснациональных кампаний[1].

Примером успешной борьбы против глобализации в форме «свободы торговли» стала начатая в 1994 г. кампания за возвращение достоинства дереву ним (Мелия индийская или Маргоза). Поводом для начала кампании стало известие о том, что американская агрохимическая корпорации «В.Р. Грейс» зарегистрировала патент на право производства из семян ним экологически чистого пестицида для последующей продажи его на мировом рынке. Западный мир открыл уникальные свойства дерева ним лишь в 1959 г., но в индийской культуре об этом знали всегда. Ним почиталось индусами как священное дерево, из которого изготавливались действенные лекарства от многих болезней. Его плоды, листья, кора, ветки использовались как средство личной гигиены, контрацепции, как топливо, инсектицид и т.д. Задевая ветки дерева ним, индиец традиционно испытывал священный трепет и ни в коем случае не пытался причинить ему вред. Поэтому, когда стало известно о биопиратстве корпорации «В.Р. Грейс», больше миллиона индийцев вышли на улицы Бангалора, протестуя против патента и попытки отнять у них права на их священное дерево ним. После этого последовало еще несколько лет упорной борьбы, в ходе которой Шиве и ее коллегам из «Навдании» пришлось сражаться с юристами корпорации и чиновниками Европейского Бюро Патентов. В итоге, 10 мая 2000 г. Бюро отозвало выданный корпорации патент назад, а индийский народ вернул себе естественное право на использование дерева ним в качестве национального достояния[2].

Примером еще одной успешной кампании против глобального биопиратства стала борьба против американской кампании «Рис-Тех», которая смогла запатентовать свои права на использование генетического материала ароматического риса басмати. В 1998 г. «Навдания» возглавила борьбу индийцев за возвращение им права считать рис басмати своим национальным достоянием на основании того факта, что этот вид риса веками использовался в национальной кухне и потому не был «открыт» западными учеными. После

[1]Shiva V. The Role of Patents in the Rise of Globalization: An Interview with Vandana Shiva // In Motion Magazine. 2004. March 28.

[2]4-Patents: Vandana Shiva on the Neem Tree and Freedom from Western Biopiracy // The Hindustan Times, India. 2000. June 9.

трех лет борьбы, 14 августа 2001 г. этот патент был отозван, а биопиратская корпорация лишилась своих миллионных прибылей[1].

Третьим примером успешных действий стала борьба «Навдании» против самой одной из самых могущественных биотехнологических корпораций – «Монсанто». В мае 2003 г. Европейское Бюро Патентов в Мюнхене зарегистрировало право «Монсанто» на использование в своих коммерческих интересах некоего биологического объекта под названием «растение». Однако Шива и ее коллеги вскоре узнали, что под этим названием скрывается знаменитая индийская пшеница Нап-Ал. При поддержке «Гринпис» и фонда «Бхарат Кришак Самадж» «Навдания» смогла провести успешную компанию против этого очередного несправедливого решения, которая завершилась тем, что в октябре 2004 г. и этот патент был отозван, а биопираты понесли очередное поражение[2].

Общественно-политическая борьба Шивы и ее единомышленников против транснациональных корпораций-биопиратов продолжилась и после этого. Такие ТНК, как «Монсанто», постоянно находятся в поле зрения Шивы, поскольку биопиратские планы глобальных охотников за прибылями нисколько не изменились после нескольких поражений. Возможно, именно благодаря усилиям Шивы и ее сподвижников на территории Индии «Монсанто» чувствует себя не столь уверенно, как в других местах. Тем не менее корпорация по-прежнему причиняет вред индийской природе и обществу. В 2000-е гг. «Монсанто» стала продавать на индийском рынке семена генетически модифицированного хлопчатника (Bt-хлопок). Поскольку долговые сети были расставлены весьма умело, то в них вскоре попали тысячи крестьянских хозяйств, традиционно занимавшиеся выращиванием хлопка. Не имея возможности свободно распорядиться «терминально обработанными» ГМ-семенами, многие фермеры вскоре нажили большие долги и начали разоряться. Из-за долгов во многих хлопководческих районах страны начались самоубийства. Борьба против грабительской политики «Монсанто» разгорелась с новой силой в мае 2013 г. Шива возглавила массовый марш против американской корпорации, который привел к себе внимание многочисленных СМИ и ответную злобную реакцию ее оппонентов[3].

Шива является общественным деятелем международного масштаба. В январе 1994 г. в ответ на заключение Североамериканского соглашения о свободной торговле (NAFTA) и связанного с этим нового этапа глобализации в Сан-Франциско был проведен Международный форум по глобализации. Впоследствии он стал постоянно действующим органом международного экспертного сообщества антиглобалистов со своим советом директоров. Шива вошла в состав совета Международного форума, включившись в дискуссии о последствиях экономической глобализации и долговременной экологической стабильности. В качестве одного из авторов докладов, публикуемых форумом,

---

[1]Loots L. The Gender Implications of Biopolitics with Special Reference to Southern Africa // Agostino A., Ashton G. (eds.) A Patented World? Privatisation of Life and Knowledge. Johannesburg: Jacana Media, 2006. P.144.
[2]Vandana Shiva: Controversy over Biopiracy in India & Developing World // Z-Mag. 2007. November 16.
[3]Shiva V. The Seeds of Suicide: How Monsanto Destroys Farming // Global Research. 2013. June 24.

Шива сосредоточилась на вопросе о глобализации как войне против природы и народов стран Глобального Юга [1][31].

Международная активность Шивы позволяет ей взаимодействовать с теми политическими силами, которые ставят в свою повестку дня вопросы о глобальной справедливости и экологии. В последнее время Шива тесно взаимодействует с Социалистической рабочей партией Испании и входит в действующий при ней научный комитет, известный как Фонд IDEAS. Название Фонда – это аббревиатура, составленная из слов «равенство», «права», «экология», «действие», «солидарность»[2]. Шива также вошла в состав Временного комитета созданной в 2012 г. Международной организации за общество с участием граждан (IOPS). В рамках этой глобальной сети экспертов и общественных деятелей Шива символизирует собой голос Глобального Юга, борющегося за улучшение современного мира[3]. Широкая известность Шивы и востребованность ее идей способствуют тому, что ее доклады, книги и фильмы распространяются по всему миру, а различные общественные организации и фонды своими наградами отмечают ее вклад в борьбу за более справедливый глобальный мир.

«НЕЙРОННЫЕ КОРРЕЛЯТЫ» ДОБРОДЕТЕЛИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ГРАНИЦЫ НЕЙРОФИЗИОЛОГИИ МОРАЛИ

Филатова А.А.

Неоспоримые достижения нейронауки, за которыми с интересом наблюдает все научное сообщество последние тридцать лет, привели к формированию весьма устойчивого представления, что XXIвек станет «веком мозга». Показательным признаком того, что подобные взгляды имеют под собой весомые основания, является беспрецедентное расширение зоны влияния нейронаучных исследований не только на сопредельные дисциплины, но и на социально-гуманитарное знание. Появление таких направлений, как нейротеология, нейроэтика, нейроэкономика, нейрополитология, социальная нейронаука, культурная нейронаука, нейрофилософия, стало возможным благодаря установлению некоторого консенсуса относительного того, что исследования структуры и функций головного мозга могут дать новое понимание тех сфер человеческого бытия, которые традиционно были отданы на откуп наукам о смыслах, правилах и контекстах. Нейробиологическая интервенция в гуманитаристику была поддержана не только нейроучеными,

[1]Shiva S. War against Nature and the People of the South // Anderson S. (ed.) Views form South: The Effects of Globalization and the WTO on the Third World. Chicago: Food First Books, 2000. P.91-125.

[2] Dr, Vandana Shiva – Woman of Action. URL: http://acelebrationofwomen.org/2013/03/dr-vandana-shiva-woman-of-action/ (дата обращения: 12.06.2013).

[3]IOPS: International Organization for a Participation Society. Interim Committee. URL: http://www.iopsociety.org/interim-committee(датаобращения: 12.06.2017).

искренне полагающими, что расцвет науки о мозге неизбежно приведет «к радикальной трансформации жизни, семьи, общества, культуры, правительства, экономики, искусства, досуга, религии – абсолютно всего того, что существенно для человечества»[1], но и самими гуманитариями, которые увидели в нейронауке союзника в выходе из постмодернистского тупика, способного привести «науки о духе» к идеалам позитивного знания.

Мораль в последнее десятилетие стала одной из самых излюбленных тем нейронаучныйштудий. Сказать, что сами естественнонаучные трактовки морали новы, было бы неверным. Натуралистическая этика имеет богатую традицию, уходящую корнями в античность. Поиски универсальных законов нравственного поведения, которые бы проистекали из неизменной природы Homosapienskак биологического вида, представлялись для многих мыслителей куда более перспективным занятием, чем описание бесконечного разнообразия изменчивых культурных моделей и нормативов поведения. Особого признания этический натурализм достиг в XIXв., получив весомое подкрепление в виде эволюционной теории Ч. Дарвина. Изучение связи морального поведения с деятельностью головного мозга имеет по крайней мере двухсотлетнюю историю. При этом способы объяснения этой связи, как прекрасно показано в работах нидерландского психолога Ф. Ширманна, на протяжении XIX – XXвв. изменялись[2]. Первые попытки обнаружить «моральный орган» в головном мозге принадлежат создателю френологии Ф.И. Галлю, который связывал аморальное поведение человека с недоразвитостью определенных участков мозга, отвечающих за способность к дружбе, любви, справедливости и т.п. После разоблачения френологии как лженаучной теории, поиски биологических оснований морали переместились в генетику, которая должна была помочь в обнаружении генов эгоизма и альтруизма как определяющих нравственную ориентацию индивида. Триумфальное возвращение нейронауки в этику произошло благодаря методу функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ). Спекулятивные рассуждения о связи нравственных качеств личности со структурой мозга получили возможность наглядного эмпирического подтверждения. Нейронные корреляты морали были обнаружены в вентромедиальной префронтальной коре, а самым часто воспроизводимым в нейроэтике стал пример, описанный нейрофизиологом А. Дамасио, повествующий о трагической судьбе железнодорожного строителя Финеаса Кейджа, которому в результате несчастного случая ломом навылет пробило голову. Он чудом остался в живых, более того сохранил все физические и когнитивные способности, но необратимо утратил «моральное чувство»[3]. Не менее популярным в это время стало исследование роли гормонов окситоцина и вазопрессина в качестве некоей нейрохимической субстанции,воздействующей на мозг и на моральное поведение, а его главными героями стали моногамные «морально устойчивые» степные полевки и распущенные горные полевки[4].

---

[1]Lynch Z. The neuro revolution: How brain science is changing our world. – N.Y.: St. Martin’s press, 2009.

[2]SchirmannF. Badness, madness and the brain – the late 19 th-century controversy on immoral persons and their malfunctioning brains // Theory of human sciences. – L., 2013. – Vol. 26, N 2. – P. 33–50.

[3]Damasio A. Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain, Putnam Publishing, 1994.

[4] Pedersen C.A., Caldwell, J.D., Jirikowski, G., and Insel, T.R.(eds.): Oxytocin in Maternal, Sexual and Social Behaviors. New York Academy of Sciences Press, 1992.

Последнее десятилетие ознаменовалось отказом от теории строгой локализации функций головного мозга, доминирующей стала идея о мозге как высокодинамичной нецентрализованной сети взаимосвязанных функциональных модулей, которые взаимодействуют как сложно организованная структура паттернов нейроактивности. Моральные действия стали рассматриваться как продукты взаимодействия такого рода паттернов.

Наиболее продуктивным в нейроэтических исследованиях на сегодняшний день является союз между нейроучеными и представителями аналитической философии сознания. Две ключевые концептуально связанные между собой проблемы, которые сформировали основное поле дискуссии, это проблемы тождества личности и свободы воли.

Постараемся вкратце их осветить. Один из основополагающих вопросов нейронауки это вопрос о природе сознания и его субъектной форме существования. Почему мы воспринимаем этот мир через наше Я, какова его природа, эволюционная необходимость, как это Я разворачивает себя во времени и что вообще стоит за этим субъективным чувством? Ответ большинства нейроученых таков: Я – это иллюзия. Надо отметить, что разоблачению нейронаукой так называемой «декартовской ошибки» (А. Дамасио), согласно которой Я представляет собой автономное индивидуальное рациональное бестелесное сознание,предшествовало два с половиной столетия философской критики в лице иррационалистов, философов жизни, марксистов, фрейдистов, структуралистов, постструктуралистов, которые давно не оставили никаких сомнений в наивности рационализма картезианского типа. Наука о мозге ставит себе в заслугу прежде всего то, что только ей удается выйти из спекулятивных рассуждений о воле, бессознательном или жизненном порыве и обнаружить эмпирические основания нашей фундаментальной иллюзии. Зачем строить сложные мыслительные эксперименты, типа эксперимента телепортации Д. Парфита, чтобы доказать, что нет никакого Я как цельной идентичности, как цепи следующих друг за другом «самостей», связанных, но различных, если можно с помощью фМРТ увидеть изменения в мозговой активности, демонстрирующие, что за представления о себе настоящих и будущих отвечают различные области мозга. Когда мы думаем о себе в будущем, активизируется та же область, которая активизируется, когда мы думаем о других людях[1]. Поэтому призывать к совести и ответственности мальчика, который пробует курить, бессмысленно, ибо он сам для себя через двадцать лет другой человек.

Непосредственно с проблемой тождества личности связана проблема свободы воли. Это, пожалуй, самая излюбленная тема всех нейроученых, вступивших на поле этических размышлений. Важным событием для расцвета теоретических дебатов между компатибилистами и инкомпатибилистами стали эксперименты американского психолога Б. Либета. Нет смысла подробно воспроизводить их содержание, поскольку оно многократно описано. Суть состоит в том, что потенциал готовности к действию фиксируется в

[1]Ersner-Hershfield, H., Garton, M.T., Ballard, K., Samanez-Larkin, G.R., & Knutson, B. Don’t stop thinking about tomorrow: Individual differences in future self-continuity account for saving. Judgment and Decision Making, 4(4), 2009. P. 280-286.

соответствующих зонах мозга за 350 мс до того, как испытуемые осознают свое решение совершить это действие. И хотя сам Б. Либет не делал никаких скоропалительных и сенсационных выводов их своих экспериментов, утверждая, что они не угрожают свободе воли по той причине, что, во-первых, потенциал готовности необходимое, но не достаточное условие совершения действия, во-вторых, человек может сознательно наложить вето на отданный мозгом приказ, для огромного числа нейроученых они стали поводом для того, чтобы навсегда распрощаться с иллюзиями относительно человеческой свободы.

Итак, достижения науки о мозге настолько очевидны, что было бы крайней формой отрицания игнорировать их. Апологеты нейронауки связывают реакцию неприятия нейроэтических теоретических конструкций со стороны «классической» философии с ее страхом потерять последний оплот своего безусловного влияния – сферу моральных ценностей и смыслов. Мы полагаем, что дело не только в борьбе за эпистемологическую и идеологическую монополию. Попробуем кратко сформулировать ряд содержательных претензий к попыткам нейрофизиологических интерпретаций нравственности.

1. Вся доказательная база современной нейронауки основана на эмпирических данных, полученных прежде всего с помощью фМРТ. Многочисленные исследования указывают на корреляцию между определенным нравственным чувством или намерением и паттернами нейроактивности. Но корреляция не тождественна каузации. Поэтому объяснительный потенциал нейроэтикине менее спекулятивен, чем все предшествующие философские теории морали.

2. В нейроэтических теориях мозг часто предстает как субъект действия: «мозг создает иллюзию Я», «мозг конструирует реальность», «мозг принимает решение», «мозг – конформист» и т.п. Подобные обороты используются по большей части метафорически, поскольку мозг сам по себе не работает в рамках телеологических или детерминистских категорий. Но когда ставится вопрос об нейронных основаниях морали, мозгу вполне серьезно и неправомерно атрибутируются свойства сознания, поскольку вне такого приписывания высказывания о этических намерениях мозга теряют смысл.

3. С целью осмыслить базовые этические проблемы по правилам имманентной ей логики, нейронаука переводит их на язык собственной теории, выхолащивая их непосредственное этическое содержание. Например, семь смертных греховтрактуются как принадлежащие сфере биологического, физиологического и церебрального[1].Чревоугодие заменяется нарушением метаболизма, прелюбодеяние – склонностью к полигамии и т.п. При этом теряется весь спектр культурных смыслов, коннотаций, аллюзий, которые в большей степени и определяют аксиологическую и нормативную составляющую моральный понятий.

4. Возникшая еще в XIX веке схема «безнравственность – болезнь – мозговая ущербность» продолжает оставаться актуальной и для современной нейроэтики. Метафорика болезни применительно к моральным поступкам и их оценкам произвольно распространяется за пределы патологических ситуаций (яркий пример подобной логики в философии сознания представлен в

[1]Tancredi L.R. Hardwired behavior: What neuroscience reveals about morality. – N.Y.: Cambridge univ. press, 2005.

«аргументе манипуляций» Д. Перебума). Однако возникновение в связи с опухолью в мозге сексуального влечения к детям и феномен «обыденного зла», описанный Х. Аренд, явления разного порядка. Представляется, что в мозгах нацистских преступников не было никаких отклонений от нейробиологической нормы и фМРТ вряд ли пролила бы свет на причины происхождения фашистской идеологии.

5. Большинство нейроэтических концептуальных построений, в частности об иллюзии я или отсутствии свободы воли, являются контринтуитивными. Для научного мышления здесь нет проблемы, поскольку большинство научных теорий таковы. Однако этические интуиции, как нам представляется, имеют особое положение, поскольку фундируют и наше самопонимание, и отношения к другим, и весь жизненный мир.Как пишет, немецкий философ Т. Метцингер: «Я думаю, что раздражение и глубокое недовольство, вызванное публичными дебатами о свободе воли, имеют мало общего с современными теоретическими позициями по данному вопросу. Скорее, эти реакции относятся к (вполне оправданному) интуитивному ощущению того, что определенные ответы не только нарушат наше спокойствие, но и окажутся совершенно непригодными для внедрения в нашу осознаваемую я-модель»[1]. Эмпирическим подтверждением данного тезиса стали исследования, проведенные английскими психологами К. О'Коннор и Х. Йоффе, которые показали, что несмотря на рост общественной популярности нейроисследований, они почти не оказывают никакого влияния на обыденные представления людей о себе и других[2].

ХОЛИЗМ И РЕДУКЦИОНИЗМ В БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО КРИТЕРИЯ ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИЙ ХОЛИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Киргизова Н.С.

С целью определения состояния здоровья населения и разработки методологии мониторинга здоровья различных социальных групп проводится изучение, совершенствование и внедрение актуальных оценочных критериев [1,2,3,7,8].

Здоровье — это динамический процесс, который определяется субъективно и объективно. Здоровье — целостность личности с оптимальным функционированием организма в целом, умственной деятельности, адаптация к стрессам, а также процессы непрерывного роста и становления личности. (А. Перри и П. Поттер).

[1]Метцингер Т. Наука о мозге и миф о своем Я. Тоннель эго. — Москва: Издательство АСТ, 2017. С. 72.
[2] O'Connor C., Joffe H. How has neuroscience affected lay understanding of personhood? A review of the evidence // Public understanding of science. – Thousand Oaks (CA), 2013. – Vol. 22, N 3. – P. 254–268.

Совокупная объективная оценка состояния благополучия внутренней среды человека в условиях баланса врожденных и благоприобретенных возможностей под влиянием различных факторов внешней среды с позиций холистического подхода представляется достаточно проблематичной.

В последнее десятилетие обострилось внимание на функционировании адаптационной системы человека, как активного социализированного субъекта, вынужденного претерпевать значительные внешние воздействия, требующие мобильных активных приспособительных изменений соматической, психической, энергетической составляющих, проявляющемся в форме аллостаза.

Современный период характеризуется с одной стороны, достижением, в большей части, уровня удовлетворения физиологических потребностей и стремлением к развитию индивидуальных личностных качеств, а с другой — состоянием усугубления противоречий двух существующих типов цивилизаций традиционалистской и техногенной.

Традиционалистский тип подразумевает необходимость приспособления гомеостатической системы к воздействию внешней окружающей среды для достижения стабильности и экономии адаптационных ресурсов. Техногенный тип общества стремится развивать индивидуальные личностные качества человека таким образом, чтобы в полной мере использовать внешнюю среду, преобразуя, совершенствуя и ее. Стремление расширить возможности цивилизованного общества привело к обоснованию перехода цивилизаций к знаниевому, синергетическому, постиндустриальному обществу (ЗСПО) [4,5,6].

Само явление ЗСПО можно рассматривать как идеальный внешний управляющий сигнал — аттрактор цивилизаций. Возникает понимание необходимости движения – саморазвития системы. В таком случае внешний стимулирующий управляющий сигнал усиливает гармоничные свойства гомеостатической системы и приводит к истинному аллостатическому явлению – достижению более высокого уровня эффективного оптимального существования [12].

В качестве материала исследования используется реакция кожных зон, представляющая отражение динамического изменения регуляции внутренней среды организма. Механизм информационно-функциональных связей между определенными биологически активными зонами кожи и внутренними и органами благодаря кортико-висцеральным, висцеро-висцеральным, висцеро-кутанным взаимодействиям и влиянием психоэмоциональных состояний дает возможность оценить биохимические, биоэлектрические и другие процессы с помощью приходящих к этим зонам электрических сигналов. Осуществляется оценка динамики кровенаполнения и феномена электропроводности отдельных зон тела до и после стандартизованной функциональной нагрузки [11].

Результат отражает представление о функционировании организма и его отдельных частей, через временно-зависимые графические функции и коэффициенты, а также отклонения от нормы в функциях регуляции в ответ на дозированное раздражение, что, несомненно, отражает концепцию рассмотрения преморбидных и формирование морбидных состояний как

подвижный процесс поддержания либо «срыва» адаптационной саморегуляции путем снижения адаптационных возможностей организма [9,10]

Срыв адаптации приводит к формированию патологического процесса на стадии сформированной нозологии с локализацией во включенном стресс-органе, имеющем признаки Locus minoris resistentiae — орган, ткань или определенная система данного организма, характеризующиеся пониженной сопротивляемостью действию патогенных факторов.

Для анализа адаптации в процессе изменений под влиянием внешних условий, моделируется аллостатическая нагрузка, близкая к реальной, основанная на необходимости организма соответствовать требованиям источника внешних управляющих сигналов, представляющих собой аттрактор действия. Для выбора такого стимула применяется система биорезонанасной терапии, представляющая собой процесс увеличения содержания гармоничных колебаний тканей, органов и систем человека посредством фильтрации общих колебаний человека в специальном аппаратно-программном комплексе.

Аллостатическая нагрузка в виде гармоничных колебаний, которые предназначены для повышения рейтинга системы в иерархическом ряду уровней развития личности, является принципиально отличным маркером в процедуре получения нового критерия здоровья.

Предложенный количественный показатель — интегральный коэффициент нестабильности, позволяет оценить динамику адаптационных ресурсов человека по степени отклонения от показателей, принятых за нормальные, и по вектору, указывающему возрастание либо депрессию показателей [11].

Оценка адаптации осуществляется посредством сравнения показателей интегрального коэффициента нестабильности со значениями нормы и составляет основу критерия общественного здоровья, дает возможность осуществлять персонализированный подход к лечению и профилактике нарушений во избежание развития глубоких патологических изменений здоровья гражданина, позволяет провести оценку эффективности диагностических и лечебных программ, позволяет сформировать когорты населения с позиций рейтингования на рынке трудовых ресурсов, осуществлять планирование финансирования, проводить оценку качества медицинской помощи.

Литература

1. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К. Вопросы управления инновационными процессами в здравоохранении. URL: http://elibrary.ru/item.asp?id=23880472 (дата обращения: 01.09.17).

2. Мурашко М.А. Современные подходы к обеспечению качества медицинской помощи. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения// Вестник Росздравнадзора – 2015. - №6. – С. 7-11. URL: http://elibrary.ru/item.asp?id=25075477 (дата обращения: 01.09.17).

3. Попович Л.Д. О проблеме расходов в сфере здравоохранения Здравоохранение России. Федеральный справочник, Том №16. URL: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Z_16/Z16-2015-Popovich.pdf (дата обращения: 01.09.17).

4. Степин В.С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность URL: http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000249/ (дата обращения: 01.09.17).

5. Степин В.С. Постнеклассика: философия, наука, культура. СПб.: Издательский дом «Міръ», 2009. С.249 – 295.

6. Стёпин В.С., Сточик А.М., Затравкин С.Н. К истории становления неклассического естествознания: революция в медицине конца XIX столетия.

7. Хабриев Р. У., Ягудина Р. И., Правдюк Н. Г. Оценка технологий здравоохранения. М., МИА (Медицинское информационное агентство) 2013. С. 416.

8. Хабриев Р.У. Контроль и надзор в сфере обеспечения качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Здравоохранение России. Федеральный справочник, Том №7. URL: http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/I/xabriev.pdf (дата обращения: 01.09.17).

9. Баранов В.М., Баевский Р.М., Берсенева А.П., Михайлов В.М. Оценка адаптационных возможностей организма и задачи повышения эффективности здравоохранения Экология человека №3. М. 2004.

URL: http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostey-organizma-i-zadachi-povysheniya-effektivnosti-zdravoohraneniya (дата обращения: 01.09.17).

10. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. — М.: Медицина,1979. С 256.

11. Киргизова Н. С. Исследование ресурсов адаптационной функции вегетативной нервной системы у пациентов с острым и хроническим болевыми синдромами: научное издание / Н. С. Киргизова, А. В. Мельник, З. М. Мизиева // Традиц. мед. - 2009. - N 4. - С. 49-53 . - ISSN 1818-6173 URL: http://elibrary.ru/item.asp?id=12995549 (дата обращения: 01.09.17).

12. Хадарцев А.А., Филатова О.Е., Джумагалиева Л.Б., Гудкова С.А. Понятие трех глобальных парадигм в науке и социумах // Сложность. Разум. Постнеклассика. – 2013. – № 3.

ВИТАЛЬНОСТЬ В ПАРАДИГМЕ НАУЧНОЙ КАРТИНЫ МИРА

Киселев В.И.

Современные словари определяют витализм, как «совокупность идеалистических течений в биологии, согласно которым жизненные явления объясняются действием якобы присутствующего в организмах особого нематериального начала – "жизненной силы", "души"…современный витализм отрицает эволюционную теорию Дарвина» [1] .

В научной картине мира общепризнаны четыре типа сил (гравитационное, слабое, электромагнитное и сильное взаимодействия), «жизненной силе» пока не отведено четкого места. Попытки же найти решение уравнения единого поля

не увенчались успехом. Но эксперименты дали возможность сравнить уже известные силы. «Так для внутриядерного расстояния 10^{-14} см потенциальные энергии сильного, электромагнитного, слабого и гравитационного взаимодействий относятся как

1(сильное) : 10^{-2} (электромагнитное) : 10^{-5}(слабое) : 10^{-38}(гравитационное)» [2].

Огромный разрыв в 33 порядка между стоящими рядом слабым и гравитационным взаимодействиями приводит. к мысли, что взаимодействий в природе может быть и более 4. Например, на 5-е может претендовать «жизненная энергия», или ментальное взаимодействие (МВ), энергия, формирующая сознание, эмоции и все живое в мироздании. Выдающийся математик и астроном Р. Пенроуз, выдвинувший гипотезу о квантовом характере человеческого сознания в своей книге «Большое, малое и человеческий разум» пишет: «…я не вижу, каким образом можно «вычленить» биологию из научной картины мира, не изменяя основ физики. Будем ли мы по-прежнему считать наш мир «физически обоснованным», если вдруг выяснится, что где-то на фундаментальном уровне он содержит элементы протоментальности?...мысль о такой возможности дает мне, по крайней мере, в данный момент ощущение счастья» [3].

Витализм из идеалистического учения возможно на базе современных данных экспериментов квантовой механики перевести в материальную или энергетическую сферу.

Пора оживлять замороженную идею «энергетизма» Р. Майера (медик), В. Оствальда (химик), возникшую в середине 19 века в период разработки закона сохранения материи.

Впоследствии с А. Эйнштейном, утверждавшим, что в мире есть только две объективные реальности: энергия и материя – можно подискутировать, отстаивая позицию сторонников энергетизма. Его формула:

$$E = mc^2$$

сама за себя говорит, что в мире есть только одна объективная реальность: энергия, а материя является атрибутом, неотъемлемой частью энергии. И аннигиляция масс при ядерном взрыве подкрепляет предположение энергетизма.

Дадим философское определение энергии.

Энергия – это объективная реальность, создающая время, пространство, материю и движение материи во времени и пространстве.

Физическое определение энергии, данное Р. Майером:

«Энергия – не разрушаемый объект, использование которого приводит к движению»

Предложим модель энергетизма.

Вероятно, должны существовать неразрушаемые энергоны [4], временем существования, размером и массой менее планковских единиц, свойства которых определяются формой объектов-частиц. Т.е. нужен прорыв в новой математике.

Здесь уместна аналогия различных форм неразрушаемых энергонов со снежными кристаллами (около 2000 шт.), отснятыми фотографом Бентлеем (W.A.Bentley), с принципиальным отличием в том, что снежные кристаллы разрушаемы. Форма энергонов определяет свойства и параметры создаваемых ими элементарных частиц материи и волн.

Основываясь на работах А Эйнштейна и экспериментах квантовой механики, проведенных Гейзенбергом, Беллом, Жизеном и Вайлендом, авторы книги «Биоцентризм. Как жизнь создает Вселенную» [5] Р. Ланца, Б.Берман убедительно предполагают, что не «физика» создает жизнь и сознание, а «жизнь и сознание» делают эволюцию мироздания.

Если жизнь, сознание, эмоции формируются энергетикой, которую назовём ментальным взаимодействием (МВ), то энергетическая шкала, скорее всего, примет вид:

1(сильн.) : 10^{-2} (эл.магн.) : 10^{-5} (слаб.) : $10^{-?}$ (ментальное):……10^{-38} (гравитац.)

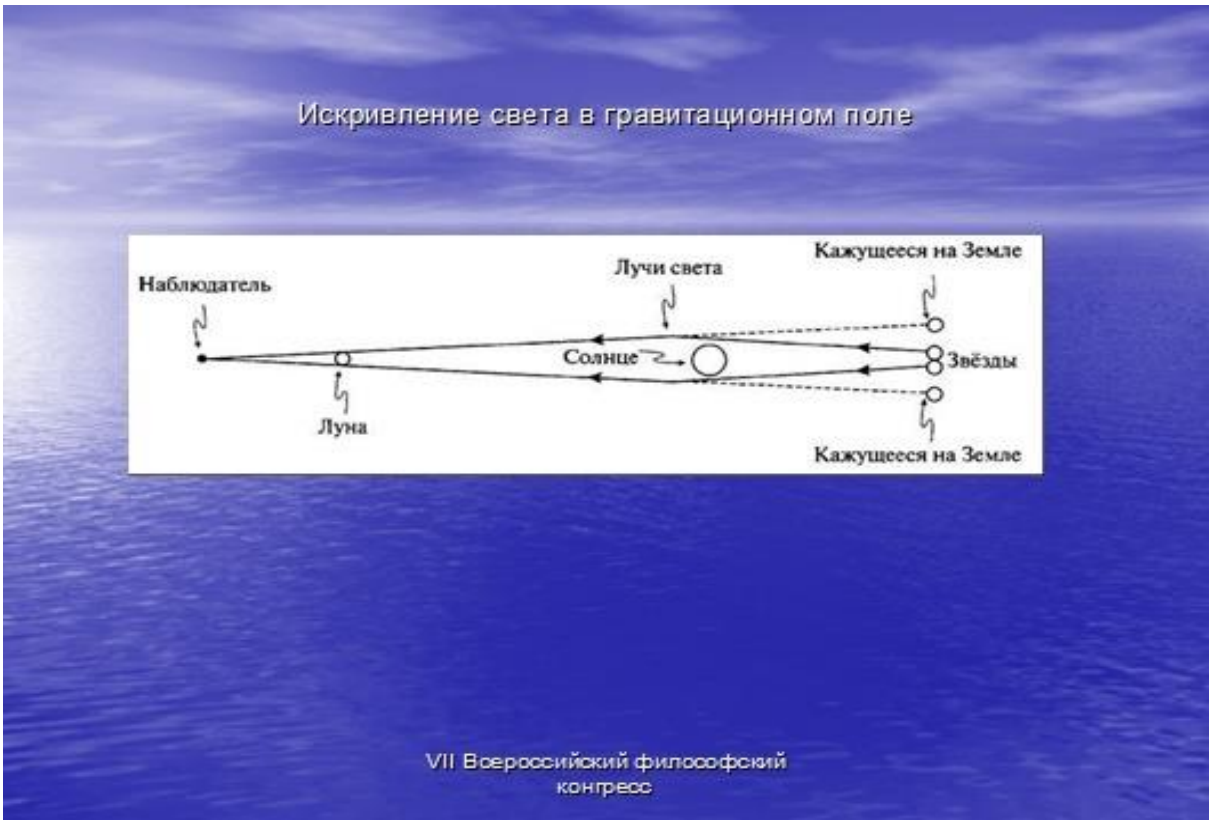
Ментальное взаимодействие, в отличии от дальнодействующих (эл.-магнитн. , гравитационного) и короткодействующих (сильного, слабого) скорее всего двухуровневое: среднедействующее для Земли и экзопланет, учитывая материнский инстинкт, эффект Кирлиан и показания «детектора лжи», где МВ маскируется электромагнитным взаимодействием, подобно влиянию гравитации Солнца на лучи света исходящие от звёзд; и дальнодействующее, информационно-программирующее мироздание, сингулярности,галактики, звездные системы. И «творец» здесь не причем: мир вечен, бесконечен, он

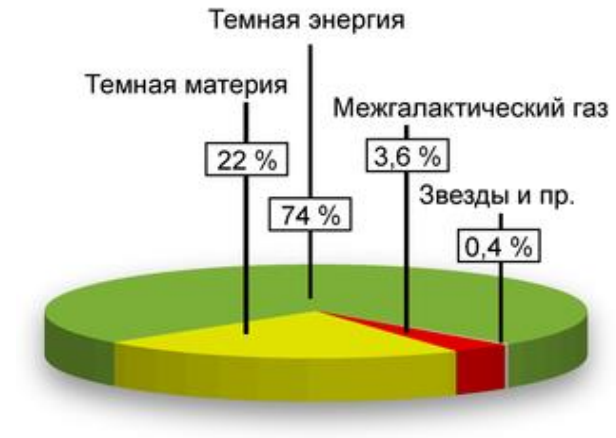
никогда никем не создавался и никогда не исчезнет, он переходит из одного состояния в другое. Сингулярности взрываются (Большой взрыв), Вселенные коллапсируют. После взрыва до коллапса проходит огромный период эволюции, когда живое познаёт структуры мироздания. К настоящему времени

Человек сделал немало (0,4%) в познании видимой Вселенной (см. диаграмму).

Состав Вселенной по данным WMAP

(СВЧ зонд анизотропии им. Вилькинсона, космический аппарат НАСА, 2001-2010г.г.)





Но ещё больше (99,6%) ему предстоит осознать. Самое загадочное – энергия сознания, («загвоздка Вселенной», А.Шопенгауэр).

Физик Н.Бор, ученый с необыкновенной интуицией, говорил: « *Будущая физика должнавключать в себя сознание, как равноправный объект, наряду с другими физическими телами».* Но он переоценил возможности физики. Вопрос сознания, выливающийся в познание ментального взаимодействия, невозможно решить без междисциплинарного, натурфилософского (истолкование природы в её целостности) подхода, перерождающегося в синергетику, включающую в себя знания из физики, математики астрофизики, биофизики, химии, геохимии, нейробиологии, философии, зоологии, ботаники и др.

«Почему законы физики (и астрофизики) идеально выверены именно таким образом, чтобы во Вселенной могла существовать жизнь? Например, если бы Большой взрыв оказался всего на миллионную долю мощнее, то вещество разлетелось бы во все стороны слишком быстро, в пространстве не образовались бы галактики и жизни было бы негде развиваться. Если бы сильные ядерные взаимодействия оказались на 2% слабее, то атомные ядра не могли бы сформироваться и вся Вселенная была бы наполнена единственным простейшим элементом…- водородом. Если бы сила гравитации была чуть-чуть слабее, то не зажглись бы звёзды – в частности наше Солнце» [6]. Все эти данные приводят к суждению о необходимости поиска энергии сознания в мироздании, поиска МВ. Только познав МВ, можно будет использовать диалектический закон о единстве и борьбе противоположностей для сосуществования людей без антогонизма, поставив витализм на их пользу.

Литература

1. Словарь иностранных слов, М.: Рус.яз., 1990, С. 106.
2. Энциклопедический словарь юного физика, М.: Педагогика, 1991, С.80.
3. Пенроуз Р. Большое, малое и человеческий разум, С.-Пб.: Амфора, 2015, С.177.
4. Астафьев Б.А. Теория творения и генетического единства Мира, М.: Институт холодинамики, С.202.
5. Ланца Р., Берман Б. Биоцентризм. Как жизнь создает Вселенную, М., С-Пб.: Питер, 2015, С. 64.
6. Ланца Р., Берман Б. Биоцентризм. Как жизнь создает Вселенную, М., С-Пб.: Питер, 2015, С.18.

НЕОБХОДИМОСТЬ ХОЛИСТИЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫХ НАУКАХ

Абдулин М.Д.

В современном информационном обществе мы можем наблюдать неопределенность в отношении проблемы человеческого существования. Эта неопределенность связана с образом жизни человека, который заключает в себе некоторый парадокс. Парадоксальность состоит в том, что чем больше мы узнаем о мире, тем меньше мы понимаем и вместе с этим все чаще обращаемся к уютной атмосфере социальных сетей и медиа пространств на фоне взволнованных оценок климатических изменений, ограниченности глобальных ресурсов и нравственном вырождении общественных отношений.

Позитивизм в науке не видит сложности в объяснении всего мироустройства посредством сведения всех явлений и фактов к физико-химическим процессам, вследствие чего необходимость развития холистического мировоззрения в социальных и гуманитарных науках заключается в разрешении парадоксальной ситуации, которую мы наблюдаем сегодня. Ярким примером такой проблемы в социальных науках является социология, которую в момент ее становления уже рассматривали как своего рода социальную физику. Но можем ли мы свести общество к физике, если в нем мы сталкиваемся с совершенно другими законами и принципами организации? В попытках еще глубже зарыться в материальное, человек не решает наиболее опасные глобальные проблемы, разрешение которых напрямую связано со смыслами, ценностными структурами, которые являются проявлением наших внутренних миров.

В социальных науках необходимо развивать теоретическое знание о ценностных структурах как о инобытии человека со стороны внешнего, материального мира. Общество с этой точки зрения нужно рассматривать не как физическую систему, а как целостный сложно структурированный организм, определяющийся законами именно внутренних миров, образующих и взаимосвязанных одним целостным коллективным разумом. Вот где находится сущностное отличие общества как целого от нижележащих физико-химических процессов. Общество обладает моментом перехода от одного целого к другому, где первым целым будет само общество как система, а вторым целым будет являться именно то, что сейчас в науке труднее всего объяснить – внутренний мир человека, его инобытие, чувственное бытие человека, законы которого определяют материальное бытие.

В социальной антропологии и культурологи имеет место феномен «артефактного бытия», которое объясняет создание современных информационных структур тягой человека к инобытию, т. е. к небытию во внешнем мире, но бытию во внутреннем мире, а также в их корреляции. Артефактное бытие заметно отражается в культурных системах разных народов на протяжении всей истории и до наших дней. Человеческое стремление к инобытию ярко выражается в поэзии, живописи и многих других формах искусства и культуры, так как является результатом ценностных структур внутренних миров, как индивидуальных, так и коллективных. На сегодняшний день одной из самых трудных задач науки является построение строгого научного знания о бытии человека во внутреннем мире, а также введение в науку и определение ценностных структур не просто как свойства человеческой психики и бессознательного, а как непосредственных атрибутов внутреннего мира.

В заключение добавлю, что построение интегральной холистической теории, которая затрагивает биологию, медицину, математику, социальные и гуманитарные науки, способно привести к изменению научной рациональности и пониманию феномена жизни в более глубоком и полном смысле в сравнении с материалистским пониманием жизни. Такое переосмысление научных взглядов должно привести к естественному разрешению глобальных и общественных проблем.

НАПРАВЛЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ БИОМЕДИЦИНЫ

ВОЗМОЖНЫЕ КОНТУРЫ КАТЕГОРИИ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО В ФИЛОСОФИИ БИОЛОГИИ

Андреев С.И., Дондокова Б.Б., Односталко М.А.

Интенсификация и расширение поля исследований в сфере биологии является одним из важнейших трендов развития современного научного знания. Неоспоримый мировоззренческий статус и разнообразие научных направлений внутри биологии влияют на необходимость методологического синтеза, поскольку развитие науки совершается в единстве двух противоположно направленных процессов дифференциации и интеграции знания. Так, для современной философии биологии характерно стремление к синтезу логики и методологии науки с культурологическими подходами. Некоторые исследователи отмечают: «Произошло "переключение парадигмы"- от односторонней аналитической ориентации к универсальному эволюционизму, создающему условия для грядущего, более широкого, чем сейчас, эволюционного синтеза - синтеза древа жизни, творений человеческого духа, эволюции науки и культуры; от статики к концептуальным изменениям и их социокультурному контексту, от логицизма к плюрализму концепций и альтернативности мышления»[1].

Выявление базовых онтологических оснований совершаемых открытий в вопросах происхождения и развития феномена жизни позволит создать универсальную картину мира, столь непопулярную в эпоху господства прикладных технологий и кризиса фундаментальной онтологии. В этом смысле потребность в онтологии при обсуждении философско-методологических проблем биологии весьма велика. Для исследования этого вопроса необходимо обратиться к базовым онтологическим категориям, конституирующим биологическое знание. К ним относятся категории потенциального и актуального, которые координируются категорией действительного.

Бытие живого организма может быть рассмотрено в единстве потенциального, перехода из потенциального в актуальное и самого актуального бытия. В.И. Моисеев пишет: «Феномен потенциального может выражать себя в бытии живого организма многообразно. Например, ни в одной ситуации живая сущность не проявляет себя во всей своей полноте, всегда скрывая и потенциализируя многое из своих определений, что в данный момент в данных условиях (в ситуации проявления) не «влезает» в состав проявленной части бытия этой сущности (этот вид потенциальности, который можно было

[1]Каганова, З.В. Современная философия биологии о дисциплинарной интеграции биологических знаний//Философия биологии: вчера, сегодня, завтра. Памяти Регины Семеновны Карпинской. - М., 1996. - 300 с. с.126-134, С.126

бы назвать «ситуативной потенциальностью», по-видимому, является наиболее общим для живого и неживого)»[1].

В.И. Моисеев выделяет четыре вида преобразований в жизнедеятельности живого организма: актуализация – переход из потенциального, потенциализация – обратный предыдущему процесс, собственно актуальное преобразование – движение от одного актуального состояния к другому актуальному, собственно потенциальное преобразование – переход внутри потенциальных состояний. Они применимы к анализу жизненного цикла живого организма. Каждый из видов преобразования управляется соответствующими законами: актуализация управляется эпигенетическими законами; собственно актуальное преобразование – экологическими законами; потенциализация – обратными эпигенетическими законами, собственно потенциальное преобразование управляется действием генетических законов[2].

Моисеев дает следующее философское определение, имеющее фундаментальное значение в рамках рассматриваемой проблемы потенциального. «Генотип – это полнота потенциального бытия организма (живой системы), ген – некоторый минимальный (с некоторой точки зрения) элемент потенциального бытия, так что структура потенциального бытия получает определенное мереологическое выражение со своими целостностями, частями и элементами (минимальными частями целого)»[3].

Еще А.А. Любищев писал: «...гены не являются ни живыми существами, ни кусками хромосомы, ни молекулами автокаталитических ферментов, ни радикалами, ни физической структурой, ни силой, вызываемой материальным носителем; мы должны признать ген, как нематериальную субстанцию, ...но потенциальную»; «...взаимоотношение наследственности и хромосом подобно отношению материи и памяти... Гены в генотипе образуют не мозаику, а гармоническое единство, подобное хору< ...> хромосомы <...> признаются маневренным построением»; «гены - это оркестр, хор»[4].

В современной молекулярной генетике генотип определяется как форма хромосомной наследственности молекул ДНК, единицей которой выступает определенный функционально и структурно целостный и далее неделимый участок ДНК. Относительная неделимость задается набором нуклеотидов, которые образуют при трансляции структурно и функционально-целостную белковую молекулу. Модель биологической системы рассматривается В.И. Моисеевым как единство трех основных концептов - ДНК-матричного копирования белков (носящего несемиотический характер), комбинативно-

---

[1]Моисеев, В.И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. – 560с. - С.300-301.

[2]Моисеев, В.И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины. С.303.
[3]Там же, С.304.
[4]Цит.по: Пелипенко, А.А. Постижение культуры. В 2-х ч. Ч.1. Культура и смысл. М.: Фонд «Президентский центр Б.Н. Ельцина». 2012г. – 608с.

комплементарного механизма самосборки белков и других органических субстратов и каскадных механизмов развертывания более сложных органических детерминаций.

В.И. Моисеев исследует структуру современного генетического знания с целью обнаружения инвариантных концептов, которые способны воспроизводиться в разных системах конкретных генетик на разных стадиях их развития. В современной версии генетики для выражения потенциального бытия организма активно используется идея «информации». Моисеев такой вариант понимания потенциального называет семиотическим: потенциал организма представляется в виде знака, применительно к которому уместны такие процедуры как расшифровка, кодировка и т.п. Как мы видим, в категориальной структуре современного медико-биологического знания слабо разработана важнейшая философская категория потенциального, отражающая границы возможного в бытии живых организмов, хотя онтогенетические и филогенетические параметры потенциальности живого организма целенаправленно исследуются в генетике.

Налицо явный парадокс между крайне сложными процессами, описываемыми в современной генетике, и бедностью ее категориального языка. Чрезмерный актуализм генетики лишает ее междисциплинарного осмысления фундаментальных процессов бытия, столь необходимых в настоящее время. Вполне понятно, что данный парадокс проистекает из узко материалистической ориентации большинства ученых в сфере биологии и медицины. На наш взгляд, необходимо рассматривать фундаментальные явления и процессы на основе столь же фундаментальных идей. Представляется, что сведение причинности возникновения живого организма к хромосомному генотипу недостаточно для целостного представления изучаемых процессов. Так, генетика оперирует определенным узким представлением о каузальности как основной категории, описывающей связи всех видов преобразований. Понимаемая таким образом каузальность проявляет себя в контексте доминанты методологического механицизма.

В то же время В.И. Моисеев отмечает наличие сетевых отношений между потенциальной и актуальной формами бытия живого организма. Речь идет о белках-ферментах, участвующих в преобразовании структуры и функций ДНК. Феномен сетевого обмена, в котором генотип живой системы выступает в качестве одного из полюсов, исследуется в рамках теории аутопойэзиса У. Матураны и Ф. Варелы.

Сетевые отношения, выделенные Моисеевым вслед за аутопойэтическими концепциями, на наш взгляд, выделяются в качестве ключевых в контексте категории потенциального и в неортодоксальной концепции А.А. Пелипенко. Последний в своей смыслогенетической концепции весьма глубоко рассматривает физические основания существующего мира, при анализе которых предметно исследуется дихотомия каузального и когерентного. Под

каузальностью следует понимать причинно-следственную связь явлений, под когерентностью – вневременную корреспонденцию, со-осуществление в различных точках пространства и времени.

В мире актуальных событий природы каузальное существует в оболочке всеобщей когерентности. Связь между событиями возникает и определяется в силу актуализации одного из вариантов природных законов. Как утверждает Пелипенко, это «упакованность» не означает отсутствие причинно-следственных связей, они представляют собой внутренний элемент когерентных вариантов развития событий. К примеру, когда растение пускает корни в ту сторону, где почва наиболее богата необходимыми минеральными веществами, или в бедной почве тянет корни к герметичным капсулам с плодородной землей, это никакого отношения не имеет к инстинктам или каким-либо причинно-следственным каналам связи. Эту ситуацию можно рассматривать и как воплощение предсуществующей в квантово-когерентном мире взаимосвязи почвы и корней. Ориентиром в этой ситуации служит эффект квантовой запутанности системы с окружением.

Альтернативной семиотической версии потенциализации выступает идея морфогенетического поля Р.Шелдрейка, в основе которой лежит представление об особом виде потенциального бытия организма - морфогенетическом поле и формативной причинности[1]. Еще одной возможной формой потенциального бытия является бытие идеального, «внутреннего мира» живого существа. Новизна идеи морфогенетического поля Р. Шелдрейка относительна. Вспомним учение Аристотеля о четырех причинах, в частности формальную причину, содержательный потенциал которой и представлен в данном подходе. Для описания сложных органических форм ученый разрабатывает понятие формообразующего фактора в виде виртуального поля и процессуальной последовательности этих форм. Это объясняет быстрое и стереотипное принятие конформации белком и модификацию белковой нити к определенному состоянию.

Идея морфогенетического (не энергетического) поля, разработанная на материале живых систем, согласуется с квантовой теорией в том, что поля «более фундаментальны, чем материя, они - области влияния в пространстве и времени. Их природа более напоминает модификации в пространстве, чем что-либо истекающее из материи или творимое ею»[2].

На основе современных представлений о материи как единства ипостасей поля и вещества выводится принцип, согласно которому интенциональность глубинным образом предшествует субстанциональности, действует на всех уровнях реальности. Онтология мира всегда незавершенна, интенциональность же выражает нечто располагающееся между чистой потенциальностью и

[1] Шелдрейк. Р. Новая наука о жизни. М.: Рипол Классик, 2005. 352 с.
[2] Цит.по Пелипенко, А.А. Постижение культуры. В 2-х ч. Ч.1. Культура и смысл. М.: Фонд «Президентский центр Б.Н. Ельцина». 2012г. – 608с.

локальной актуализацией. Она связывает мир чистых интенций и наличных онтологий и в самом широком смысле воплощена в феноменах поля и излучения. На биологическом уровне эта идея выражается в виде дуализма гена-вещества и гена-поля. Именно в этом контексте идея морфогенетического поля приобретает необходимый философский смысл.

В стремлении к теоретическому синтезу в сфере биологического знания методологическим фундаментом выступают философские категории потенциального и актуального. В этом контексте весьма продуктивно расширение связей биологии с гуманитарным знанием, которые, несмотря на возможный скептицизм, могут взаимно обогащать и высвечивать универсальные смыслы исследуемых явлений наследственности в общей картине мира.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ КВАЗИМЕДИЦИНЫ (НА ПРИМЕРЕ ГОМЕОПАТИИ)

Гнатик Е.Н.

На протяжении истории медицины существовал глубокий конфликт между обоснованной практикой врачевания и шарлатанскими попытками справиться с различными недугами. Данное противоречие сохраняется и по сей день. Не имея своей теории и системного научного взгляда на важные проявления жизнедеятельности организма и личности человека, переоценивая роль частных приемов и методов лечения, представители вненаучной медицины в самом лучшем случае способны влиять на некоторые симптомы болезни. В каком-то смысле современная парамедицина представляет собой сферу услуг, базирующуюся на некой модернизированной мифологии. Перед нами мистицизм, апеллирующий к авторитету науки и современной технологии[1]. В определенной степени феномен квазимедицины является своеобразным побочным продуктом бурного научно-технического прогресса и связанных с ним противоречий[2]. Рост всеобщего внимания к народной медицине в мире происходит на фоне активного, порой даже навязчивого внедрения в сознание людей представлений о том, что некоторые формы народных медицинских практик являются не менее эффективными, чем практики официального здравоохранения, вследствие чего их необходимо сохранять и активно использовать. В официальном документе Всемирной организации здравоохранения («Стратегии -2014-2023») содержится следующее определение народной медицины: она «представляет собой общий итог накопленных знаний, навыков и практики, которые основаны на теориях, верованиях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того,

[1]Найдыш В.М., Гнатик Е.Н., Данилов В.Н., Каравашкин А.В., Лохов С.А., Матюшова М.П., Петров В.Б., Стрельник О.Н. Наука и квазинаука. М.: Альфа-М, 2008. С. 195-218.
[2]Гнатик Е.Н. Некоторые философско-гуманитарные проблемы генетики человека // Вопросы философии. 2004. № 7. С. 125-135.

можем мы их объяснить или нет, и используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики, улучшения состояния или лечения при физических и психических расстройствах»[1]. Такая позиция способствует негативной тенденции единения сферы квазимедицинских услуг с официальным здравоохранением.

Одной из наиболее распространенных в мире легализованных целительских практик является гомеопатия. Прежде всего, необходимо уточнить, что современные естественнонаучные представления не позволяют объяснить усиление действия препарата по мере его разведения, сопровождаемого встряхиванием. «Разведение С30 означает, что одну часть препарата разводят в воде в соотношении 1 к 99 целых 30 раз. Таким образом, проба разведенного вещества содержит одну часть действующего вещества на 100^{30} частей воды. Одна молекула действующего вещества в таком растворе будет содержаться в шаре диаметром 150 млн. километров. Наряду с разведением С30 гомеопаты часто используют и более сильные разведения, например, С200 (разведение 1 к 100^{200})»[2]. Таким образом, в гомеопатическом средстве заявленное лечащее вещество полностью отсутствует.

Вместе с тем в России в 1995 г по приказу Минздрава на базе НИИ традиционных методов лечения был создан Научный центр гомеопатии. Были открыты курсы и кафедры гомеопатии, создана программа по гомеопатии, утвержденная Минздравом России, одобрены учебные пособия. Началась регулярная врачебная деятельность, в поликлиниках даже была введена должность врача-гомеопата. Существовала система регистрации гомеопатических лекарств, в регистрационной службе работала комиссия по средствам природного происхождения и гомеопатическим, где эксперты оценивали регистрируемые препараты[3]. Схожая ситуация складывалась в нашей стране и в отношении других экзотических медицинских и оздоровительных услуг, по большому счету, не имеющих отношения к официальному здравоохранению.

Безусловно, мировая научная общественность периодически реализует попытки сопротивления широкому продвижению гомеопатии. Так, в 2006 г. медики призвали ВОЗ публично осудить использование гомеопатических средств при лечении тяжелых заболеваний, таких как СПИД, туберкулез, малярия, грипп и диарея новорожденных. По мнению Международного сообщества «TheVoiceofYoungScienceNetwork», объединяющего молодых

---

1 Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014−2023 гг. ВОЗ. 2013. С. 15. Интернет-ресурс: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/11/9789244506097_rus.pdf?ua=1

2 Седых С.Е. Гомеопатия: история и современность // В защиту науки. Бюллетень. Вып. 9: М.: Наука. 2011. С. 1.

3 Томкевич М.С. Гомеопатия – распространенность в России и мире, применение для сопроводительной и основной терапии ряда заболеваний. Невозможность регистрации, производства и изготовления лекарственных препаратов в связи с недостаточной правовой базой // Комплементарная медицина: состояние и перспективы правового регулирования. М.: Издание Государственной Думы. 2015. С. 63.

врачей и ученых, ВОЗ - организации, работа которой должна базироваться на методах доказательной медицины, не следует поддерживать неподтвержденные методы лечения тяжелых заболеваний: «когда гомеопатия считается эффективным лечением, теряются жизни»[1]. Согласно официальным данным, в конце 2007 г. в мире насчитывалось 32 млн. пациентов с ВИЧ. Более 2 млн. людей, 270 тысяч из которых дети, ежегодно умирает от СПИДа. Две трети случаев заболевания наблюдаются в странах центральной и южной Африки. В Кении, Танзании, Эфиопии, Гане и Ботсване при поддержке ВОЗ существовали программы для лечения больных СПИДом, малярией или гриппом с использованием методов вненаучной медицины. Ученые высказали точку зрения, согласно которой для лечения этих заболеваний необходимо использовать исключительно те лекарства, эффективность которых доказана исследованиями, а применение гомеопатических средств приводит к смерти пациентов. Согласно заявлению эксперта по инфекционным заболеваниям Королевского ливерпульского университета Н. Бичинга, «такие инфекции как малярия, ВИЧ и туберкулез, имеют высокий уровень смертности. …Нет объективных доказательств того, что гомеопатия оказывает хоть какой-либо эффект на эти инфекции, и кажется безответственным для сотрудников системы здравоохранения пропагандировать применение гомеопатии вместо проверенного лечения смертельно опасных заболеваний»[2].

Столь жесткие и недвусмысленные заявления медиков заставили руководителей отделов ВОЗ по проблемам различных заболеваний, в первую очередь инфекционных, выступить с критикой применения гомеопатии в этих областях медицины. Было, наконец, заявлено, что использование гомеопатии не имеет доказательной базы, а в случаях применения в качестве альтернативы основному лечению несет реальную угрозу здоровью и жизни людей. На основании этого в августе 2009 г. ВОЗ была вынуждена сделать официальное заявление о недопустимости рекламы и применения гомеопатии при лечении серьезных заболеваний, в том числе гриппа и ОРВИ. Однако в «Стратегии 2014-2023» (разработанной в 2013 г.) этот вид псевдолечения вновь фигурирует[3], несмотря на то, что «задача ВОЗ – помогать спасению жизней и укреплению здоровья»[4].

Увы, в России некоторые гомеопатические препараты, рекомендуемые для лечения серьезных заболеваний, до сих находятся в свободной продаже и активно рекламируются в СМИ. Более того: некоторые из них еще недавно входили в список жизненно необходимых и важнейших препаратов[5]. В

1http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/06/02/homeowho/

2http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/06/02/homeowho/

3Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014-2023 гг. С. 25, 29, 30.

4Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014-2023 гг. С. 16.

5 Седых С.Е. Гомеопатия: история и современность // В защиту науки. Бюллетень. Вып. 9: М.: Наука. 2011. С. 4.

частности, российская фармкомпания «Материа Медика Холдинг НПФ ООО» производит и успешно реализует, среди прочих, такие гомеопатические препараты как эргоферон и анаферон – популярнейшие в стране средства против гриппа. Показания к применению анаферона: «профилактика и лечение острых респираторных вирусных инфекций (в том числе гриппа); комплексная терапия инфекций, вызванных герпес-вирусами (инфекционный мононуклеоз, ветряная оспа и др.), комплексная терапия и профилактика других острых и хронических вирусных инфекций, вызванных вирусом клещевого энцефалита, энтеровирусом и др.»[1]. Обращаем внимание на состав снадобья: очищенные антитела к человеческому гамма интерферону (водно-спиртовая смесь с содержанием активного вещества не более 10^{-15}нг/г), комбинация гомеопатических разведений С12, С30 и С200[2]. Также в качестве дополнительных составляющих в составе указаны лактоза и стеарат магния. По сути, серьезные заболевания предлагается лечить лактозой (молочным сахаром). Схожая ситуация с препаратом эргоферон, показания к применениюкоторого следующие: профилактика и лечение гриппа А и В, острых респираторных вирусных инфекций, вызванных вирусом парагриппа, аденовирусом, коронавирусом, а также профилактика и лечение энтеровирусного и менингококкового менингита, геморрагической лихорадки с почечным синдромом, клещевого энцефалита и др.[3]. Еще один препарат, рекомендуемый для профилактики и лечения гриппа, широко рекламируется в российских СМИ, - продукт французской компании «Лаборатория Буарон» оциллококцинум. В составе экстракт печени и сердца неких мускусных уток, а вспомогательные компоненты - сахароза – 850 мг, лактоза – 150 мг[4]. Разведение - С200. Таким образом, заплатив за сахар, российский потребитель пытается вылечиться от гриппа. Особенно удручает тот факт, что таких потребителей немало. По официальным данным, эргоферон, анаферон и оциллококцинум вошли в ТОП-20 лекарственных брендов по стоимостному объему продаж в России в январе 2016 г. Эргоферон занял 4 место, анаферон – 9 место, оциллококцинум – на 14-й позиции[5]. Добавим, что, согласно данным аналитического обзора фармацевтического рынка РФ, эргоферон значится среди «ведущих противомикробных препаратов для системного использования, обнаруживших максимальный прирост объемов аптечной реализации в январе 2016 г.» Отмечен более чем трехкратный рост продаж этого препарата относительно января 2015 г. Анаферон в свою очередь причислен к «противоопухолевым препаратам и иммуномодуляторам с почти двукратным

1 https://health.mail.ru/drug/anaferon/

2 http://medside.ru/anaferon

3 http://www.ergoferon.ru/instruction/

4 Интернет-ресурс: http://www.boiron.ru/

5 Фармацевтический рынок России. Аналитический обзор. Выпуск: Январь 2016. С.17. Интернет-ресурс: http://www.dsm.ru/docs/analytics/january_2016_pharmacy_analysis.pdf

приростом продаж по сравнению с январем 2015 г.»[1]. На наш взгляд, распространение средств парамедицины способно наносить колоссальный ущерб, как здоровью населения, так и авторитету научной медицины.

К сожалению, процессу сближения вненаучных целительских методик с системой ценностей научной медицины способствует официальная риторика ВОЗ. С этой высокой трибуны заявлено, что «специалистами-практиками народной и дополнительной медицины могут быть лица, практикующие народную медицину и дополнительную медицину, специалисты обычной медицины и работники здравоохранения, например, терапевты, стоматологи, медицинские сестры, акушерки, фармацевты и физиотерапевты, оказывающие услуги народной и дополнительной медицины своим пациентам»[2]. Создается впечатление здорового плодотворного союза между парамедициной и современной официальной медициной, между традицией и научной рациональностью. Благодаря поддержке ВОЗ происходит немыслимое: целители превращаются в «экспертов», ставятся практически на один уровень с представителями официальной медицины. Сегодня, в XXI веке – веке высоких технологий, необходимо осознание того, что неразграничение научно обоснованных практик и традиционных, народных лекарских, эзотерических, приводящее к рационализации квазимедицины, способствует возврату в средневековье.

КОНТИНУУМ ФИБОНАЧЧИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ЕДИНОЙ ТЕОРИИ ПОЛЯ

Злобин А.Е.

Ранее автор высказал предположение о существовании новых элементарных частиц (частиц Фибоначчи) и сформулировал закон их приумножения[3]. Согласно этому закону, численность новых элементарных частиц в теоретическом атоме водорода эволюционирует в соответствии с рекуррентным соотношением для чисел последовательности Фибоначчи $U(n)=U(n-1)+U(n-2)$, где $n>2$ и $U(1)=U(2)=1$. Приведем первые четырнадцать чисел последовательности: 1, 1, 2, 3, 5, 8, 13, 21, 34, 55, 89, 144, 233, 377. Важно, что отношение соседних чисел в последовательности Фибоначчи с ростом их номеров приближается к золотой пропорции (F=1,6180…). В пользу существования частиц Фибоначчи свидетельствует высокая точность, с которой относительная атомная масса водорода 1,0079 совпадает с его теоретической массой, определяемой математической метрикой $(PxF)/(\exp(F))=j$ или

1 Фармацевтический рынок России. Аналитический обзор. Выпуск: Январь 2016. С.13.

2 Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2014-2023 гг. С. 31.

3 Злобин А.Е. О едином принципе приумножения и диссипации эволюционирующей материи в микро- и макромире // Философские проблемы биологии и медицины. Вып.10: Многообразие биомедицинского опыта и знания. Материалы 10-й научно-практической конференции. Саратов: СГТУ, МГМСУ, 2016. С. 78-82.

(PxF)/(e^F)=j (знаком «^» обозначено возведение в степень). Данная метрика была получена автором ранее для так называемого теоретического атома водорода. Здесь P=3,1415…(число «пи» – отношение длины окружности к ее диаметру), e=2,7182… (основание натуральных логарифмов), F=1,6180… (золотая пропорция), j=1,0079… (иррациональная единица – впервые предложена автором). Можно привести словесную формулировку математической метрики атома водорода, согласно которой «диаметр окружности единичной длины равен отношению золотой пропорции к ее экспоненте». Под единичной длиной здесь понимается иррациональная единица j=1,0079…

Такую высокую точность совпадения относительной атомной массы водорода и значения иррациональной единицы следует отметить особо. Например, в 1913 году Нильс Бор теоретически вывел значение постоянной Ридберга для атома водорода с близкой точностью – до пятой значащей цифры. Результат Бора очень высоко оценил А.Эйнштейн, назвав его «одним из величайших открытий»[1].

Замечательны метрические свойства соотношения (PxF)/(exp(F))=j, поскольку оно чрезвычайно точно одновременно описывает форму, относительный размер и относительную массу атома водорода (сферическая форма, относительная длина окружности и относительная масса имеют одно и то же значение j=1,0079…). Автором было показано, что диаметр теоретического атома водорода D=F/(exp(F)) можно выразить через числа последовательности Фибоначчи, если использовать два предела при (n) стремящемся к бесконечности[2]. Первым является предел отношения U(n+1)/U(n) равный F=1,6180… (золотая пропорция). Второй – предел выражения [1+1/U(n)]^U(n), который равен e=2,7182… (основание натуральных логарифмов). В таком случае диаметр теоретического атома водорода можно выразить через соседние числа последовательности Фибоначчи следующим образом: D=[U(n+1)/U(n)]/[[[1+1/U(n)]^U(n)]^[U(n+1)/U(n)]] или, преобразовав показатель степени, D=[U(n+1)/U(n)]/[[1+1/U(n)]^U(n+1)]. Умножая это выражение на число «пи» и подставляя в него числа последовательности Фибоначчи, начиная с первого, получим сходящийся вычислительный процесс для определения последовательных приближений j(n). Здесь (n) обозначает номер позиции числа в последовательности Фибоначчи и одновременно номер приближения. При n=1 получим j(1)=1,5707…, при n=2 также j(2)=1,5707…, при n=3 уже будет j(3)=1,3962…, при n=4 соответственно j(4)= 1,2425… и так далее, а при (n) стремящемся к бесконечности, приближения j(n) будут стремиться к значению иррациональной единицы j=1,0079…

Уменьшение j(n) при каждом следующем приближении означает, что теоретический атом водорода в процессе эволюции должен терять массу при одновременном приумножении частиц Фибоначчи. Логично предположить

---

[1] Пайс А. Научная деятельность и жизнь Альберта Эйнштейна / Под. ред. акад. А.А.Логунова. Переводсангл. М.: Наука, 1989. С. 370.

[2]Zlobin A.E. Tunguska similar impacts and origin of life // arXiv:1402.1408 [physics.gen-ph] / 2013.

одновременное измельчение этих частиц и диссипацию эволюционирующей материи за пределы атома. Это предполагает наличие частиц Фибоначчи не только в объеме атомов, но и в других точках пространства. Учитывая, что последовательность чисел Фибоначчи является бесконечной, количество частиц Фибоначчи в любой точке пространства может быть чрезвычайно большим. Одновременно чрезвычайно малыми могут быть размеры этих элементарных частиц. В пределе мы получаем континуум как сплошную среду, которая, тем не менее, состоит из огромного количества отдельных мельчайших частиц Фибоначчи. Такой континуум будем называть «континуум Фибоначчи».

Интересно, что согласно последовательности Фибоначчи, приумножение упомянутых новых элементарных частиц в теоретическом атоме водорода должно происходить как бы порциями. Аналогично, порциями, эти частицы будут диссипировать в окружающее пространство. Образно выражаясь, теоретический атом водорода должен регулярно рассеивать своеобразную «пыльцу» из мельчайших элементарных частиц. Рассматривая атом под таким углом зрения, можно сделать предположение о природе квантов: существование квантов вероятно обусловлено математическими свойствами частиц и континуума. Иными словами, квантовый характер континуума Фибоначчи может быть следствием приумножения одноименных элементарных частиц математически строгими порциями. Острота проблемы корпускулярно-волнового дуализма при этом должна сниматься, поскольку квант и континуум в данном случае будут выступать как физические объекты одной природы.

В настоящей работе не подвергаются сомнению общепризнанные результаты исследований атома, атомного ядра, элементарных частиц. Где именно можно обнаружить частицы Фибоначчи – в статье не обсуждается. По мнению автора, приведенные здесь соображения позволяют наметить новые пути к разработке единой теории поля. В частности, следует обратить внимание на уникальный факт – равенство относительной массы теоретического атома водорода и относительной длины его окружности, определяемой орбитой единственного электрона. Таким образом, математическая метрика атома водорода (PxF)/(exp(F))=j однозначно уравнивает массу атома, определяющую гравитационные взаимодействия, и размер орбиты электрона, зависящий от кулоновской силы его притяжения к положительно заряженному ядру. В выбранных относительных единицах измерения масса атома эквивалентна искривленной пространственной координате и прямо пропорциональна радиусу кривизны орбиты электрона. Принимая во внимание, что искривление траектории электрона вызвано кулоновской силой, прослеживается определенная взаимосвязь между массой и электрическим зарядом.

Приведем цитату из книги А.Пайса, посвященной научной деятельности и жизни Альберта Эйнштейна. Речь идет о работе Эйнштейна над единой теорией поля: «Он хотел, чтобы эта теория была строго причинной, чтобы в ней объединялись тяготение и электромагнетизм, чтобы частицы появлялись в виде частных решений общих уравнений поля и чтобы квантовые постулаты были

следствием общих уравнений поля»[1]. Нечто подобное мы имеем в публикуемой статье, как предварительную, пока пунктирно очерченную, перспективу. Действительно, соотношение (PxF)/(exp(F))=j впервые было получено автором при анализе одного решения задачи Дирихле для дифференциального уравнения Лапласа в кольце. При этом на внешней (R=Rmax) и внутренней (R=Rmin) границах кольца задавались определенные значения потенциала, а частное, делимое и делитель в соотношении (PxF)/(exp(F))=j получались при сопоставлении относительных размеров трех изолиний решения (трех окружностей). Решение искалось в виде (a)+(b)x(lnR), где Rmin<R<Rmax – радиус, а значения (a) и (b) определялись из системы уравнений, учитывающих значения потенциалов на границах. Уравнение Лапласа, как известно, используется для описания физических полей и играет не последнюю роль в теории гравитации и электричества. Таким образом, на базе решения дифференциального уравнения Лапласа было получено очень точное метрическое соотношение для самого распространенного в природе атома водорода. Далее, используя пределы, автор показал, каким образом осуществляется переход к числовой последовательности Фибоначчи, появлению одноименных элементарных частиц и континуума. Свойства последовательности Фибоначчи позволили постулировать приумножение новых элементарных частиц порциями (квантами). Наконец, из этого выводится квантовый характер континуума Фибоначчи. В результате автор математически сформулировал строго причинную логическую цепь рассуждений, позволяющую представить кванты как следствие дифференциального уравнения поля. Возможно, такой подход к разработке единой теории поля может показаться слишком простым, однако именно простота была путеводной нитью в поисках А.Эйнштейна. Безуспешно проработав над этой проблемой многие годы жизни, Эйнштейн отмечал: «По моему мнению, есть правильный путь, и мы в состоянии найти его. Весь предшествующий опыт убеждает нас в том, что природа представляет собой реализацию простейших математически мыслимых элементов»[2].

При помощи сугубо абстрактных рассуждений мы получили сплошную среду, континуум, который формально должен проявлять математические свойства живого объекта. Аналогичные свойства должны проявлять отдельные частицы Фибоначчи и теоретический атом водорода. Действительно, и числа Фибоначчи, и золотая пропорция имеют многочисленные проявления в живой природе, например, филлотаксис[3]. Ранее автор уже отмечал, что нарушение симметрии в математической метрике атома водорода хорошо согласуется с идеями В.И. Вернадского о происхождении жизни и биосферы в

[1] Пайс А. Научная деятельность и жизнь Альберта Эйнштейна / Под. ред. акад. А.А.Логунова. Перевод с англ. М.: Наука, 1989. С. 446.

[2] Пайс А. Научная деятельность и жизнь Альберта Эйнштейна / Под. ред. акад. А.А.Логунова. Перевод с англ. М.: Наука, 1989. С. 448.

[3] Левитов Л.С. Числа Фибоначчи в ботанике и физике: филлотаксис. / Письма в ЖЭТФ. Том 54. Вып. 9. С. 542-545.

общепланетарном масштабе.[1][2]Математические закономерности, свойственные живому, можно обнаружить и у других атомов. Так, например, при использовании длины окружности атома водорода в качестве единицы измерений, диаметр атома золота (Au) с хорошей точностью равен единице, а диаметр атома калия (K) не менее хорошо совпадает с числовым значением золотой пропорции. Этот замечательный факт подтверждает справедливость термина «золотая пропорция» как исторической традиции (пропорция по отношению к золоту).

Следует напомнить, что многие физики (и среди них Максвелл) были убеждены, что внутри атома что-то должно «греметь»[3]. Учитывая изложенные выше математические аналогии с живыми объектами, сформулируем ту же мысль несколько иначе: внутри атома что-то должно «шевелиться». Такой вывод может показаться чрезмерно смелым, «но нужно, однако, учитывать, что корпускулярно-волновой дуализм требует чего-то доселе неслыханного» – писал Эйнштейн[4]. Таким «неслыханным» могут оказаться элементарные частицы Фибоначчи и состоящий из них континуум, проявляющие математические свойства живых объектов. Полагая, что континуум Фибоначчи должен иметь место во все точках окружающего пространства, можно сделать не менее смелый вывод о том, что наша Вселенная математически аналогична живому объекту. И все, что окружает человека, в той или иной мере соответствует этой же аналогии. Другими словами, разрабатывая единую теорию поля, следовало бы опираться на тот математический аппарат, который, прежде всего, применяется в науке о живом. Параллельно может быть успешно решена проблема возникновения жизни. В этом смысле представляются бесплодными попытки объяснить возникновение жизни случайными причинами и случайными комбинациями «неживых» атомов и молекул. Теория возникновения жизни, прежде всего, должна следовать незыблемости принципа Реди, в соответствии с которым «все живое происходит от живого» или на латыни – «omnivivumevivo»[5]. Жизнь, следовательно, нужно рассматривать не как частность, а как основу всего мироздания.

Если окружающий человека мир эволюционирует по законам логики и математики, исключающим случайные события, то следует вывод о строго детерминированной реальности. И вновь необходимо привести точку зрения А.Эйнштейна, демонстрирующую ход его мыслей в аналогичном направлении. Будучи глубоко убежденным, что в конечном итоге придет к сверхпричинности, Эйнштейн отмечал: «Я все еще верю в возможность построить такую модель реальности … которая выражает сами [события], а не

---

[1] Вернадский В.И. Об условиях появления жизни на земле // Изв. АН СССР. Сер. 7. ОМЕН. 1931. № 5. С. 633-653.

[2] Злобин А.Е. Нарушение симметрии в математической метрике атома водорода как иллюстрация идей В.И.Вернадского о происхождении жизни и биосферы // ActaNaturae. Спецвыпуск. №1. 2014. С. 26,48.

[3] Пайс А. Научная деятельность и жизнь Альберта Эйнштейна / Под. ред. акад. А.А.Логунова. Перевод с англ. М.: Наука, 1989. С. 86.

[4] Там же. С. 446.

[5] Вернадский В.И. Об условиях появления жизни на земле // Изв. АН СССР. Сер. 7. ОМЕН. 1931. № 5. С. 634-635.

только [их] вероятности»[1]. И далее: «То, что происходит в природе, по-видимому, настолько детерминировано, что глубокие закономерности связывают не только протекание процесса во времени, но и его начальное состояние»[2]. Как пишет в своей книге А.Пайс, Эйнштейном «руководило стремление к гармонии в чистом виде»[3]. В свете последних цитат важным представляется тот факт, что последовательность Фибоначчи U(n)=U(n-1)+U(n-2), где n>2 действительно характеризуется неким «начальным состоянием» при U(1)=U(2)=1. При этом широко признано: ни что так хорошо не характеризует «гармонию в чистом виде» как последовательность чисел Фибоначчи и неразрывно связанная с ней золотая пропорция.

В процессе разработки единой теории поля имеет смысл учитывать еще один аспект, который относится к области психологии[4]. Пытаясь сформулировать теоретически устройство мироздания, человек так или иначе стремится описать себя самого. Важно иметь в виду, что самым распространенным во Вселенной и в теле человека является атом водорода. Как было показано выше, математическая метрика атома водорода позволяет утверждать, что уже на масштабе нанометров (на уровне размеров отдельного атома) в организме человека присутствует четкая математическая логика, которая может быть интерпретирована, как элементарный эквивалент сознания. Тем самым фактически проводится параллель между сознательным в природе и человеке. Использование одной и той же системы измерений на уровне макромира и наноструктур организма логически обосновано и приводит к понятию красоты, как в теории, так и в реальности. При этом становится понятным, что красивыми и гармоничными представляются нам объекты окружающего мира, в той или иной степени отражающие математическую метрику атома водорода. Последнее хорошо встраивается в систему философского знания и приводит к интересному выводу – человек красив потому, что красив слагающий человека атом.

ШАГИ ЗА ПРЕДЕЛЫ ГРАНИЦ НАУЧНОГО ПОЗНАНИЯ

Копаладзе Р.А.

Причинность и целесообразность лежат в основе жизнедеятельности организмов. Принцип причинности является идеалом научного подхода, и относится к чувственно-воспринимаемому миру, тогда как целесообразность

[1] Пайс А. Научная деятельность и жизнь Альберта Эйнштейна / Под. ред. акад. А.А.Логунова. Перевод с англ. М.: Наука, 1989. С. 441.
[2] Там же. С. 445-446.
[3] Там же. С. 31.
[4] Злобин А.Е. Концепция дистанционной поддержки психологического здоровья субъектов образовательной среды на базе биокомпьютерных нанотехнологий. // Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции «Психология образования: социокультурный ресурс Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа». – М.: Общероссийская общественная организация «Федерация психологов образования России». 2010. С. 273-274.

как нечто недоступное для опытного познания относится к миру умопостигаемому. Физик, руководствуясь причинной методологией, пытается свести любой живой объект к материальным частицам. В отличие от этого биолог даже крупные блоки живого считает изначально данными.Успехи, достигнутые в биологии и медицине, касаются, как правило, материальной оболочки жизни, но не её сути. Нет ответа на вопросы: что такое жизнь, и каким образом развитие живых клеток носит заранее запрограммированный характер. Нет ответа на вопросы, что такое сознание, каким образом деятельность нейронов превращается в знание и понимание, или каким образом сознательно принимаемые решения преобразуются в моторные импульсы. Эволюция методологических основ биологии и медицины, как правило, сводится к расширению границ научного познания в контексте чувственно-воспринимаемого мира, но такое расширение всегда будет нести односторонний характер. Системная биология в контексте чувственно-воспринимаемого мира также носит односторонний характер, ибо такой «материалистический холизм» исключает из своей структуры фактор целесообразности, именно то, что и лежит в основе единства живого мира. Путь к получению нового знания о живом лежит не в расширении границы научного познания, а в их преодолении путем интеграции чувственно-воспринимаемых и умопостигаемых реальностей. Со времён античности философы выделяли умопостигаемые реальности, получившие у Платона название *ноуменов*. У Канта понятие *ноумен* понимается как предел человеческого разума. Применительно к биологии нами под термином «ноумен» понимается недоступная для опытного познания суть жизни, её активное, организующее начало. Наиболее ярким примером функционального проявления *ноуменов* является преобразование стволовых клеток в клетки разных органов и тканей. В головном мозга человека происходит возникновение саморефлексирующих (СРф) ноуменов. Ноумены ЦНС следует разделять наряд категорий: сенсибельные, интеллигибельные, векторные, ассоциативные и СРф ноумены. Можно сказать, что СРф-сознание существует среди множества СРф-ноуменов в единственном числе, как внутримозговая интенция «Я» и «Они». Система социального гомеостаза также понимается как система «Я и Они», где рождаются и умирают только «Они». Система «Я и Они» как внутримозговая интенция порождает новую форму бихевиоризма - «трансцендентный бихевиоризм», который позволяет демонстрировать вероятностную природу функциональной анатомии головного мозга человека в логически возможных мирах. Согласно этой модели в основе поведения человека лежит не победа сильного мотива над слабыми мотивами, а «принцип неполноты», который субъективно переживается какне удовлетворенные моральные потребности: чувство вины, угрызение совести, стыд и сожаление типа «Я могло бы выбрать и другие действия». Новый –постнеклассический бихевиоризм – позволяет преодолеть «принцип неполноты», представить полную картину сознательных актов поведения в логически возможных мирах, «оживить» разнообразные невыбранные возможности, сделать умопостигаемые миры объективно наблюдаемыми. Ноуменализм и

трансцендентный бихевиоризм как бы заполняют ту пропасть, которая существует между идеализмом и материализмом, механицизмом и антропоморфизмом, душой и телом, мышлением и действием, органами чувств и внешним миром. Существование границы научного познания в биологии не следует рассматривать как тупик. Ибо ноумены как единицы жизни, лежащие за рамками этой границы, могут служить в качестве основы для построения новой биологии, медицины, психологии, социологии.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ КАК ПОНЯТИЕ ВЕРОЯТНОСТНОЙ ИСТИНЫ

Онищук С.А.

Диагноз в медицине может существовать только в вероятностном поле, так как стопроцентный диагноз практически невозможен. Особенно в последнее время, когда математика все более уверенно входит в медицину. Действительно, стопроцентный диагноз поставить практически невозможно. Можно только с определенной долей вероятности утверждать наличие той или иной патологии.

Целью данной работы было сопоставление истины с теорией вероятности в математическом смысле, то есть критерии истины должны быть численные.

Следует отметить, что попытки введения вероятности для определения истины были сделаны давно. Еще в период господства Средней и Новой Академии было введено конструктивное понятие вероятности, которую академики именовали по-разному, но которая, несомненно, прогрессировала от простых и непосредственных форм к формам более рефлективным и аналитическим.

Для Аркесилая, не признающего никаких разумных доказательств, критерием истины является только практическая разумность, которая то ли указывает на успех предприятия, то ли не указывает на него.

Этот жизненно-практический успех, никогда не обладающий полной надежностью, и есть для него критерий истины. Поэтому скептицизм Аркесилая следует назвать практически-вероятностным, или интуитивно-вероятностным. Это - прагматически-вероятностный скептицизм.

Переходя к Новой Академии у Карнеада, мы находим общескептические черты, как, например, учение о недоступности абсолютного знания. Первая ступень критерия истины заключается, по Карнеаду, в том, что он называет "убедительность" с оттенком относительности, т.е. можно сказать, "вероятность".

Что касается второй ступени вероятности, то, с точки зрения Карнеада, здесь гораздо больше действует применение логических правил, поскольку первоначальная вероятность получает здесь некоторого рода структурные элементы.

Именно здесь Карнеад вводит понятие о представлении, которое может быть выражено в термине "нерассеянность", хоть это и не совсем адекватно греческому термину. Карнеад видит более сильный критерий истины в таком представлении, которое достаточно устойчиво, чтобы не терять своей специфики.

Самое главное требование Карнеада в отношении вероятности заключается в том, что самый высокий критерий истины заключается в такой вероятности, которая установлена и изучена в связи со всеми другими соседними предметами, могущими либо обнаружить его истинность, либо нарушить эту истинность или даже совсем ее исключить.

Понятие вероятности выдвигается и Аркесилаем, и Карнеадом, но свою вероятность Аркесилай мыслит как вероятность вполне непосредственного типа, без широкого и глубокого теоретического анализа этого понятия. Карнеад, базируясь на ясных предметах, строить свое учение о структурной вероятности.

Таким образом, учение Средней Академии можно назвать учением о непосредственно-данной вероятности, или интуитивно-вероятностным скептицизмом, а учение Новой Академии - теорией рефлективной вероятности. Это можно назвать эволюцией теорий скептицизма в Академии.

Таким образом, вероятность была введена в философию весьма неоднозначно, и довольно своеобразно трактовалась. Попробуем рассмотреть истину через математические критерии. Истину будем рассматривать как верное отражение объективной действительности в сознании человека, и в воспроизведение её такой, какой она существует сама по себе, вне и независимо от человека и его сознания.

И здесь важно разобраться, являются ли критерии истины вероятностными, если вводятся они в численном виде, или они абсолютны, а вероятностна лишь истина. С точки зрения рационализма критерии истины должны быть надежны. Следует отметить, что поиск такого надежного критерия идет в философии издавна. К примеру, рационалисты Декарт и Спиноза считали таким критерием ясность.

Если рассмотреть историю вопроса нахождения критерия, то над этой проблемой бились многие философы. Аристотель, Кант, Дж. Локк, Дж. Беркли, Гегель, Фейербах подходили с разных сторон к понятию критерия.

Критерий истины должен быть объективным, то есть независящим от сознания человека. Первые попытки отыскать такой критерий появились в классической немецкой философии. Это – практика. Гегель в своей философии объективного идеализма, рассматривая деятельность духа, его самоосуществление соотносит это понятие с действительностью.

Практика - активная, целенаправленная чувственно-предметная деятельность людей, направленная на изменение реальной действительности. Однако у людей различной специальности существует свой подход: математики склоняются к когерентной концепции истины, гуманитарии к общезначимости и конвенционализму, инженеры, научные работники - к практицизму и практике.

Практика как критерий истины и абсолютна и относительна.

Абсолютная истина -это полное, исчерпывающее знание о действительности, которое в границах конкретного этапа развития науки не уточняется и не дополняется, это идеал, который не может быть достигнут, хотя познание и приближается к нему, это элемент знаний, который не может быть опровергнут в будущем.

Относительная истина - это неполное, приблизительное, незавершённое знание о действительности, которое углубляется и уточняется по мере развития практики и познания. При этом старые истины либо заменяются новыми, либо опровергаются и становятся заблуждением. В любой абсолютной истине мы находим элементы относительности, а в относительной черты абсолютности. Признание только относительного в объективной истине грозит релятивизмом, преувеличение устойчивого момента - есть догматизм.

В медицинской деятельности практика может быть критерием, а может и не быть. При восстановлении маркеров, определяющих патологию, никакая практика не в состоянии установить, была или не была болезнь, и что именно была за болезнь. Поэтому следует исходить из вероятностных соображений, что только с определенной долей вероятности можно установить правильный диагноз.

Рассмотрим математический подход, где критерии истины являются инструментами верификации. В данном случае критерий истины - термин эпистемологии, который определяет стандарты, правила и процедуры, по которым можно было бы судить об истинности утверждений. Возьмем, к примеру, такую патологию, как анемия.

Медицинскими работниками анемия чаще всего устанавливается по содержанию гемоглобина в крови. Критерием считается граница для женщин 12 г/дл, а у мужчин – 13 г/дл. Диагноз – содержание гемоглобина ниже границы является анемией. Возникает вопрос, является ли данное утверждение истиной. Например, может ли быть мужчина здоровым, если у него 12,9 г/дл?

Многочисленными исследованиями установлено, что изменения в системе крови при анемических состояниях во многом однотипны и заключаются в последовательной активации отдельных звеньев единого каскадного механизма регуляции кроветворения [1-3]. Поэтому, несмотря на большое разнообразие причин, лежащих в основе развития анемий, адекватные методы фармакологической коррекции могут быть разработаны лишь на основе детального изучения общих механизмов лежащих в основе управления эритропоэзом [4,5]. В данном контексте изучение изменения гематологических показателей при коррекции анемических состояний направлено на выявление общих закономерностей функционирования системы кроветворения в условиях восстановления нормопоэза.

Если обратиться к подходам, используемым для дискриминации пограничных состояний в медико-биологических исследованиях, то распознавание отклонений от физиологической нормы осуществляется детерминистскими и вероятностными методами. При детерминистских

(логических) вычислительных методах учитываются лишь признаки, всегда имеющиеся или всегда отсутствующие.

Применительно к физиологии эритропоэза принципы оценки лабораторных показателей, базирующиеся на их выходе за пределы нормальных величин, не всегда приемлемы, поскольку, используя их, мы можем регистрировать только «грубые» нарушения, укладывающиеся в понятия «патологическое состояние» или «заболевание». Прогресс же в дифференциальной диагностике ранних нарушений эритропоэза связан с выявлением негативных изменений, которые могут быть классифицированы как предпограничные состояния. Существенную помощь здесь может оказать вероятностный подход, который измеряет частоту встречаемости значения параметра, т.е. оценивает его информативность. Поскольку в результате автоматизированного анализа крови стало реальным получать большое число показателей крови, несущих колоссальное количество информации о состоянии кроветворной системы, вероятностный подход оказывается значительно эффективней других методов диагностики.

Здесь мы подходим к понятию «сумеречная зона». В данном случае это интервал значений, в котором могут существовать с разной долей вероятности два значения. Такие зоны применимы как к критериям истины, так и к закону о переходе количественных изменений в качественные [6]. С точки зрения закона перехода количественных изменений в качественные сам переход может быть довольно протяженным. В нем также существует сумеречная зона — это область скачка, в котором с ненулевой вероятностью могут существовать оба качества. Данное положение касается и медицинских аспектов (диагноз), так как закон универсальный.

Сумеречные зоны недостаточно хорошо освещены в философских публикациях. Но именно они дают четкое понятие об истине и ее критериях. Поскольку математика все более активно вторгается в науки, казалось бы, столь отдаленные от нее, такие как филология, медицина, да и философия, имеет смысл вводить в эти науки такое понятие как вероятность в чисто математическом смысле.

Литература

1. Байдун Л.В., Логинов А.В. Значение автоматического анализа крови в клинической практике // Гематология и трансфузиология ,2001 Т.41. № 2. С.36-40.

2. Быкова И.А. Морфологические особенности эритроцитов периферической крови в норме и патологии (световая микроскопия) //Гематология и трансфузиология ,2002. Т.35. №1. С.7- 10.

3. Владимирская Е.Б., Костномозговое кроветворение. Оценка миелограммы. //Гематология и трансфузиология ,2003. Т35. №1. С.4- 6.

4. Дворецкий Л.И. Алгоритмы диагностики и лечения анемий // Русский медицинский журнал, 2003. Т.11. № 8.

5. Долгов В.В., Луговская С.А., Почтарь М.Е. Лабораторная диагностика нарушений обмена железа, 2002. СПб.:” Витал Диагностикс СПб”.С.52.

6. Онищук С.А. Особенности скачка при переходе количественных изменений в качественные. Труды международной научно-технической конференции «Современные информационные технологии», 2016. В.23. Пенза: Пензенский государственный технологический университет. С.87-90.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД И БИОМЕДИЦИНА

ПСИХОНЕТИКА И КР-ПСИХОЛОГИЯ В ИХ ПРОТИВОПОЛОЖНОСТИ И ЕДИНСТВЕ (ОПЫТ СРАВНЕНИЯ)

Бахтияров О.Г., Шашков И.И.

Изучение сознания и разработка техник преобразования сознания неизбежно приводит к необходимости нахождение новых принципов построения моделей, описывающих сознание. Эти принципы рассматриваются и в психонетике, и в КР-психологии.

В психонетике[1], как дисциплине «инженерного» типа, модели рассматриваются как инструменты порождения новых форм сознания. Принимается следующая схема слоев сознания:

1. Предметный (фигурный) слой, в котором можно выделить дискретные элементы, их свойства, связи, отношения и т.д. Операции с предметным слоем соответствуют дискретно-линейному строению языка и выстраиваются как цепочки последовательных действий с выделенными элементами. «Знание» любой ситуации на этом уровне описывается как перечень элементов, свойств, отношений и т.д.

2. Фоновый слой – тот общий фон, из которого в акте восприятия выделяются отдельные элементы. В фоне в неявном, «растворенном» виде присутствуют все потенциально выделяемые элементы и их комбинации. В отличие от предметного слоя, «знание» ситуации – это знание всей ситуации без членения ее на отдельные элементы. Операции с фоном как таковым носят не последовательный, а симультанный характер. Для перехода в фоновый слой используется техника деконцентрации внимания.

3. Слой амодальных смыслов, который в обычной ситуации проявляется как **понимание** перцептивных, имагинативных и иных содержаний сознания. Амодальные смыслы не могут быть описаны перечнем различающих признаков, поскольку признаки как таковые в амодальном слое отсутствуют. Смыслы различаются либо по их проявлениям в различных предметных или фоновых средах, либо по специфическим усилиям, ведущим к их активизации.

4. Субстанциальный слой сознания, лишенный и смысловых проявлений, слой, в котором «ничего нет», но вместе с тем содержится потенция проявления

[1] Под психонетикой здесь понимаются технологии использования ресурсов сознания для решения иначе нерешаемых задач.

любых смыслов. По отношению к этому слою возможны акты волевого, т.е. ничем не обусловленного, порождения смыслов.[1]

Фоновый, смысловой и субстанциальный уровни сознания легко сопоставляются с концептами **полноты** в *интегрально-квантовом подходе*, осуществляемом в *КР-психологии*,[2] где также рассматривается трехуровневая схема модели сознания.[3] Такое моделирование основывается на представлении об *абсолютной полноте, включающей в себя абсолютно всё без каких-либо изъятий и ограничений*.[4] Полнота парадоксальным образом сочетает в себе единичность и множественность, ее первичное структурирование отвечает *принципу 2-3*, справедливому для всех краевых фундаментальных сущностей в их предельном развитии: *две дополнительные, логически несводимые одна к другой модели единятся в третьей эмерджентной, инвариантной модели*.

В соответствии с этим принципом, первичное структурирование полноты возможно, по В.И.Моисееву, «введением двух видов полноты: 1) *фон-полноты* – вида полноты, которая, подобно всеобщему фону, всему даёт основание, но только как лишь некоторый фон реального бытия, 2) *на-фоне-полноты* – такой разновидности полноты, которая не способна вместить в себя несовместимости-уничтожения, но зато даёт основания реальным синтезам.

В свою очередь, эти два вида полноты оказываются двумя сторонами некоторой 3) *транс-полноты*, обнимающей в своих определениях фоновые и на-фоне-данные определения бытия».

Статичные определения полноты являются неокончательными, частичными; полнота ускользает из них в свое динамическое определение; это отвечает тому, что полнота парадоксальным образом превышает сама себя. Для представления такого превышения мы разделяем полноту на три (сохраняя ее при этом как неделимую целостность): 1)полноту, превысившую саму себя, 2)полноту, превышенную самой собой, и 3)полноту, единящую свои превысившую и превышенную ипостаси.

Можно выявить следующие соответствия рассматриваемых психонетических и КР-психологических моделей:

- фонового слоя сознания – *фон-полноте;*
- смыслового слоя –*на-фоне-полноте;*
- субстанциального слоя – *транс-полноте.*

Человеческое сознание отличается тем, что способно осуществляться как

---

[1] Бахтияров О.Г. Активное сознание. – М.: Постум, 2010.

[2] КР-психология – философская психология, основанная на парадоксальном единении в кольце *коммуникативного резонанса* (КР) физического и психического, объективного и субъективного, индивидуального и коллективного.

[3] См., например, Набильская О.В., Шашков И.И. Транс-сознание: трехуровневая модель // Интегральная философия. №4, 2013 [Электронный ресурс] URL: http://allunity.ru/journals/J4.php (Дата обращения 5.05.17)

[4] О такой полноте, включающей в себя абсолютно всё, см. Шашков И.И. «Полнота метафизики» // Размышления о… Метафизика как она есть. — М.: МАКС Пресс, 2006; Моисеев В.И. От теории Полноты к социопротокоду // Интегральная философия, №6, 2016, [Электронный ресурс] URL:http://allunity.ru/journals/J6.php (Дата обращения 5.05.17); Шашков И.И. Трансформационный скачок впредставлениях о полноте // XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Дни науки – 2017». Материалы конференции. Озёрск, 20-22 апреля 2017 г.

полнота, единя в себе логически несводимые одна к другой модели; соответственно, первичное структурирование сознания осуществляется аналогично структурированию полноты: на превышенное (С1), превысившее (С2) и единящее (С3) сознание. С1 с точки зрения С2 является частичным, С2 с точки зрения самого себя – полным, С3 – полно-частичным.

С1 и С2 связаны между собой своего рода соотношением неопределенности, аналогичным такому в квантовой механике; при этом С3 (полнота осознания той или иной конкретной вещи) играет роль «постоянной Планка».

В КР-психологии свобода сознания заключается в возможности переносить «внимание» сознания на свою частичную или полную «часть», а это возможно лишь с позиций транс-полноты. Аналогично, в психонетике, о необусловленности сознания и ее активном корреляте – свободной воле – в полной мере можно говорить только по отношению к субстанциальному слою. Уже первые необусловленные акты сознания создают смысловые реалии, частично обуславливающие дальнейшие реализации волевых актов.

Еще в большей степени устройство предметного мира обуславливает направленность волевых актов и «внимания» сознания на частичность (иначе выжить в этом мире телесному, физическому человеку затруднительно, а во многих случаев и невозможно). С другой стороны, сознание даже в предметном слое обладает интенцией к своей полноте, создающей разрыв, напряжение между частичностью и полнотой. Частичность оказывается без будущего, оказывается пассивной, полнота же теряет свое материальное, предметное основание, оказывается не инструментальной, не способной к реальному, операциональному осуществлению себя в предметном мире.

Практическая задача КР-психологии – разработка методов достижения полноты и «возвращения» от полноты к конкретной практике. Полнота при этом самоосуществляется как инструмент конкретного преобразования человека на его психическом и физическом уровне.

Фактически о том же идет речь в психонетике: «обычному сознанию» (психонетика) сопоставляется интенциональное, частичное сознание бодрствования (КР-психология), активному сознанию – сознание в его полноте.

Сравнивая построение и целевую функцию психонетики и КР-психологии, мы видим практически полное совпадение фундаментальной (краевой) схемы их самоосуществления.

Как в одной, так и в другой дисциплине мы видим 1) луч открытости к вершине, на которой осуществляется полнота свободы пробужденного активного сознания и 2) треугольник (кольцо) коммуникативного резонанса, парадоксально единящиеся в 3) непредставимой эмерджентной краевой схеме. Схемное решение для обеих дисциплин может быть представлено в виде *модели катящегося колеса*, близкой к дзенской *модели трех нэн*.[1]

Как в одной, так и в другой дисциплине мы в *теории* приходим к *краевой логической противоречивости* (КЛП), связанной с тем, что речь о сознании

[1] Лопатина И.Н., Шашков И.И. Интегрально-квантовые методы при обучении и развитии интеллектуальных способностей // Образы постнеклассической интегральной философии. Вып. 3. Материалы 3-й летней школы по интегральной философии и философии неовсеединства: сборник статей. Тверь: Изд-во ТвГУ, 2016. С.70-96

ведется самим сознанием. В КР-психологии это понимается как *самообращенность* сознания[1]. Что касается психонетики, то, по сути, речь в ней также идет именно о КЛП: «Любое *само*воздействие порождает те же парадоксы, что и самоописания системы… По этой причине нельзя построить связной *теории* саморегуляции, лишенной логических противоречий»[2].

При одинаковом понимании достижения в самообращенной теории краевой логической противоречивости (КЛП), отношение к КЛП в психонетике и в КР-психологии принципиально различается.

В психонетике, как следует из приведенной выше цитаты, логическая противоречивость означает невозможность построения связной теории саморегуляции. Это является одной из причин того, что в психонетические методах акцент ставится на практике: «…лекциями о практиках являются сами практики, а словами, обозначающими запредельные понятия и переживания, становятся состояния, достигаемые в ходе практики»[3].

В КР-психологии же, напротив, осуществляется легитимация КЛП, что при некоторых допущениях ведет к *полноте, адекватности и универсальности* соответствующей теории[4].

Теоретическая система разделяется на области полноты (где КЛП легитимна) и частичности (где система логически непротиворечива).

Таким образом, в психонетике путь к вершине (к активному сознанию) осуществляется, условно говоря, в *практике*, в КР-психологии – в *теории*.

Объединение двух подходов видится в целенаправленном формировании новых когнитивных инструментов – моделировании актов сознания, которые отражаются в логически организованных языках как КЛП.

Синтез, осуществляемый при полноте интегрально-квантового подхода, позволяет построить единую систему, вбирающую в себя то положительное, что есть в интегрируемых феноменах. При этом наиболее сильной, устойчивой получается система, в которой интегрируются противоположные, логически не сводимые один к другому, феномены. Но для этого и нужны операции в сознании, с которыми имеет дело психонетика. При этом от психонетики в получающуюся синтетическую систему берется конкретное *делание* практикующего, берутся, в первую очередь, конкретные *методы* такого делания; один из основных принципов психонетики: *онтология не должна становиться господином, она должна порождаться самим практикующим*.

В свою очередь, КР-психология, опирающаяся на универсальную философскую систему – теорию полноты, способна верифицировать и направлять некоторые конкретные разработки психонетики. Полнота и однозначность получаемых в КР-психологии теоретических результатов, является важным условием надежности и эффективности разрабатываемых практических методов.

---

[1] Подзолкова Н.А., Шашков И.И. Интегрально-квантовое моделирование некоторых самообращенных систем. // CredoNew. №3(83), 2015. – С.91-106.

[2] Бахтияров О.Г. Активное сознание. – М.: Постум, 2010. С.19.

[3] Там же. С.17.

[4] См., например: Шашков И.И. Трансформационный скачок в представлениях о полноте // XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Дни науки – 2017». Материалыконференции. Озёрск, 20-22 апреля 2017 г.

ОТ МЕХАНИСТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ К ИНТЕГРАЛЬНОЙ: ОТ ТЕЛЕСНОГО ЗДОРОВЬЯ К ДУХОВНОМУ БЛАГУ

Войцехович В.Э., Выборнова С.Г.

Одно из важнейших противоречий современности: по мере развития цивилизации (науки и техники, медицины, средств комфорта и т.п.) обостряется проблема здоровья населения.

В 80-е гг. 20 в. ВОЗ определила 4 группы факторов, влияющих на здоровье населения. В России установили следующее влияние этих факторов:

- генетические факторы - 15-20%;
- состояние окружающей среды - 20-25%;
- медицинское обеспечение - 10-15%;
- условия и образ жизни людей - 50-55%.

Главное – условия и образ жизни. Но и преобразования в медицине дали положительный эффект: за последние 17 лет продолжительность жизни увеличилась на 5 лет. Однако проблема сохранения здоровья населения в целом решается неудовлетворительно. За период 1992-2014 в 1,5 раза увеличились общая заболеваемость и первичная заболеваемость.

О несостоятельности медицины в сфере сохранения и поддержания здоровья населения говорят следующие факты:

1. Появление новых, ранее неизвестных болезней и патогенных микроорганизмов,
2. Повышение резистентности возбудителей болезней к антибиотикам,
3. Ухудшение эпидемиологической обстановки в мире,
4. Увеличение заболеваемости в целом на единицу населения,
5. Увеличение количества хронических заболеваний
6. Уменьшение в популяции % здоровых новорожденных и подростков, переходящих во взрослую сеть.

Развитие науки и техники способствует увеличению отношения больные/здоровые в популяции.

Общий вывод: развитие медицины согласно традиционной парадигме «здоровье - болезнь» неудовлетворительно.

Основными причинами кризиса в медицине являются:

1. Отсутствие теории человека, откуда следует
2. Отсутствие единой теории здоровья, рассматривающей человека как целостную систему.
3. Объектный, нормоцентрический подход к пониманию здоровья.

Необходима смена парадигмы. Согласно определению ВОЗ *«Здоровье - это состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и повреждений»*. Наряду с данным медицинское сообщество вводит более 70 определений здоровья, на основе которых можно предложить ряд моделей здоровья.

Адаптационная модель. Здоровье, согласно этой модели, приравнивается к адаптации во внешней среде.

Объектно-нормативная модель. Конкретный человек рассматривается с вероятностной точки зрения: как выразитель, как «сумма» общепопуляционных среднестатистических показателей (физических, химических, биологических, психических и т.п.). Соответствие норме означает здоровье, значительное отклонение – аномалия и, возможно, болезнь.

В противоположность объектно-нормативному подходу к человеку и его здоровью ряд философов и психологов выдвигают субъектный, **личностный подход**, в основу которого могут быть взяты а) неповторимый способ бытия (мировоззрение) индивида (**экзистенциальный подход**), б) собственная система ценностей (**аксиологический подход**), в) самоактуализация (**креативная модель**), которую сформулировали в философии Г.В. Гегель и К. Маркс (как сущность свободы), а в психологии развили как гуманистический подход Э. Эриксон, К. Роджерс, Э. Фромм, А. Маслоу; здоровье есть самореализация личности по пути доверия организму, стремления к развитию и творчеству; болезни и выздоровление – необходимые обучающие ступени эволюции.

Наиболее общим является **холистический подход**, к которому ведёт полнота самоактуализации. Здесь здоровье - это состояние духовного, душевного и телесного благополучия, которое реализуется в полноте внутренней (духовно-психо-телесной) и внешней (родовой, природной, вселенской) гармонии. Выражается это в семейном благополучии, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Благо есть высшая (духовная) ступень развития человека.

Отсюда задача медицины – трансформироваться от современной «механистической» к интегральной, целостной медицине, соответствующей природе человека.

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Меденков А.А., Нестерович Т.Б.

Перспективы развития российской экономики связаны с созданием и использованием научных открытий, наукоемких изобретений и инновационных технологий как основы повышения ее конкурентоспособности и обеспечения устойчивого развития России. В связи с этим составной частью модернизации системы высшего профессионального образования являлась задача трансформации научного сектора образовательных учреждений в структурную составляющую национальной инновационной системы страны. Решению этой задачи способствует интеграция образования и науки в образовательных учреждениях. Считается, что она повышает качество образования и

инновационную активность, способствует развитию науки в образовательных учреждениях и повышению эффективности фундаментальных и поисковых исследований и разработок. Все это предполагает законодательное регулирование механизмов интеграции науки, образования, бизнеса и промышленности. Для этого разработана стратегия государственной поддержки интеграции научной и образовательной деятельности. Она направлена на создание сети научно-образовательных центров, комплексов и инновационно-образовательных консорциумов, объединяющих образовательные учреждения, научные организации, предприятия и коммерческие структуры для реализации образовательных программ и проведения научных исследований. На предприятиях создаются научно-образовательные комплексы и центры, открываются филиалы кафедр и базовые лаборатории образвательных учреждений. Все это способствует организационному обеспечению интеграции науки и образования. Между тем увеличение учебной нагрузки ограничивает возможности участия студентов в научных исследованиях вне учебного процесса. Особенно это относится к студентам, совмещающим учебу с работой. В связи с этим становится актуальной разработка методологического обеспечения интеграции научной и образовательной деятельности, определения форм, методов и способов ее реализации в учебном процессе в интересах повышения качества подготовки и формирования научного мышления специалистов.

Интеграция образовательной деятельности и научных исследований актуальна и в связи с переходом на двухуровневую систему высшего профессионального образования, в том числе в аэрокосмических образовательных учреждениях страны. Специалисты и магистры, получающие подготовку по таким специальностям, как менеджмент в авиакосмической сфере, инженерное дело в медико-биологической практике, системы жизнеобеспечения и защиты летательных аппаратов, моделирование и исследование операций в организационно-технических системах, экология и другим должны владеть основами проведения научных исследований, в том числе на стыке естественнонаучных и гуманитарных дисциплин. Перечень специализаций, по которым необходимо владеть методологией использования инженерно-психологических и эргономических знаний, еще более обширен. Но и он нуждается в расширении и уточнении, чтобы выпускники высшей школы могли обеспечивать инновационное развитие авиации и космонавтики.

Системообразующим фактором интеграции должна стать задача подготовки студентов к организации своей практической деятельности с опорой на научные методы анализа и выбора путей повышения ее эффективности и использования инновационных технологий. Выпускники аэрокосмических образовательных учреждений работают по специальности на авиапредприятиях, создающих и ремонтирующих авиакосмическую технику, в опытно-конструкторских бюро, проектирующих летательные аппараты, занимаются научно-исследовательской и педагогической деятельностью, становятся инженерами-испытателями, космонавтами. Большое число

выпускников аэрокосмических университетов работает и в других отраслях экономики.

При работе по специальности выпускнику аэрокосмического университета важно не только знать, что безопасность и эффективность полетов зависит от функционального состояния летчика или космонавта, но и представлять методологию постановки и решения таких задач. И обеспечение их профессиональной надежности является задачей, предусматривающей реализации комплекса мер по созданию средств защиты, отбору и подготовке летчиков и космонавтов, организации их труда, оценке психофизиологической готовности организма и восстановления функционального состояния после полетов.

Для эффективного управления коллективом, создания условий для высокопроизводительного труда и мобилизации его членов на решение производственных задач, инженер-руководитель должен опираться на результаты социометрических исследований и учитывать рекомендации по формированию атмосферы творчества, созидания, актуализации и реализации интеллектуального потенциала личности. В связи с этим ему необходимо уметь оценивать психологическое состояние подчиненных, их мотивацию и способности и владеть технологиями учета психофизиологических факторов в организации трудовой деятельности.

В практическом плане для выпускника аэрокосмического университета важно не только получить теоретические знания в области эргономики и психологии, но и овладеть методологией их использования для создания конкурентоспособной авиакосмической техники за счет учета инженерно-психологических и эргономических требований и рекомендаций. Но для этого он должен знать психофизиологические возможности человека-оператора, его характеристики, влияние различных факторов на его профессиональную надежность. Отсутствие разработанной методологии интеграции образовательной и научной деятельности в учебном процессе сдерживает ее реализацию при разработке учебных курсов, программ и планов подготовки инженеров в аэрокосмическом образовательном учреждении.

Все это делает актуальным обоснование направлений, методов и средств формирования у студентов методологии выявления актуальных научных проблем, их системного решения и вовлечения результатов исследований в хозяйственный оборот. Одним из эффективных способов решения этой проблемы становится интеграция образования и научных исследований в процессе получения высшего профессионального образования магистрами и специалистами.

Практическая реализация принципа интеграции является достаточно сложной задачей. Во-первых, возникает необходимость определения содержания учебной деятельности, выбора учебных моделей, по отношению к которым принцип может быть реализован. Модели должны быть адекватны содержанию летной деятельности и профессиональной специализации студентов. Во-вторых, представляется важным расставить акценты и определить приоритеты в последовательности и полноте реализации принципа.

В-третьих, необходимы формы и методы, вызывающие интерес у обучающихся и обеспечивающие возможность использования сформированных навыков и их переноса в другие условия и обстоятельства. И, наконец, следует учитывать ограничения, связанные с учебным планом и программой курса, а также с наличием учебно-лабораторной базы и использованием информационных технологий в процессе обучения.

Рассматривались следующие направления, способы и методы интеграции образовательного и исследовательского процессов при подготовке студентов аэрокосмического университета по вопросам эргономики и инженерной психологии:

использование данных о психофизиологических характеристиках и возможностях человека-оператора при проектировании алгоритмов, средств и условий труда летного состава и космонавтов;

проведение анализа структуры деятельности летного и инженерно-технического состава и выявление факторов, влияющих на их профессиональную надежность;

применение технологий учета человеческого фактора на всех этапах жизненного цикла авиакосмической техники;

учет взаимовлияния различных факторов операторской деятельности при разработке многофакторных моделей, характеризующих эффективность операторской деятельности в условиях действия различных факторов;

оценка влияния различных факторов и их взаимовлияния по отношению к показателям, характеризующим эффективность профессиональной деятельности и функциональное состояние летчика или космонавта;

учет динамики формирования навыков и умений при оценке функциональной готовности человека-оператора к решению задач деятельности.

Основными учебными формами, в рамках которых осуществлялась апробация принципа интеграции образования и исследовательской деятельности были лекции и лабораторные работы. Реализация принципов осуществлялась при разработке программы и курса лекций и лабораторных работ по инженерной психологии и эргономике для студентов, обучающихся по аэрокосмическим специальностям. В теоретическом плане внимание студентов концентрировалось на трех разделах: общеметодологическом, сведениях о возможностях и характеристиках летного состава и методологии проектирования алгоритмов работы и средств деятельности и жизнеобеспечения летного состава. В основу интеграции были положены материалы определения практических навыков и умений, необходимых для проведения эргономического анализа и разработки прогнозных моделей влияния различных факторов на профессиональную надежность человека-оператора.

В содержании и методологии инженерно-психологических и эргономических исследований в авиации и космонавтике важным представлялся акцент на влиянии недостаточного учета психофизиологических характеристик и возможностей летчика и космонавта при разработке средств и

алгоритмов и организации труда на их функциональное состояние, эффективность работы и профессиональную надежность. Однако эти показатели зависят от многих факторов, влияние которых определяется не только внешними условиями и обстоятельствами, но и мотивацией, уровнем подготовки и готовности специалиста, его психофизиологическими характеристиками и резервами. В связи с этим в прогнозе эффективности труда человека-оператора при инженерно-психологическом и эргономическом проектировании его деятельности представлялось важным ориентироваться на совместное влияние и взаимовлияние различных факторов на функциональное состояние, качество работы и профессиональную надежность. Отсюда вытекала необходимость интеграции эргономических и инженерно-психологических знаний, закономерностей и психофизиологических характеристик в интересах прогноза влияния их недостаточного учета при проектировании летательного аппарата и его эксплуатации. Это методологическое положение выступало в качестве системообразующего при выборе методов, способов и технологий интеграции образования и формирования научного мышления в процессе обучения студентов аэрокосмических вузов.

ОБ ИНТЕГРАЦИИ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ НАУК С ГУМАНИТАРНЫМИ

Попей-оол С.К., Гутник Б.

О необходимости взаимодействия медико-биологических наук с гуманитарными в России начали писать еще в 60-70-х гг. прошлого века. Так, профессор общей патологии, И.В. Давыдовский, считал, что для исследования целостной природы человека необходимо медицинские концепции дополнить гуманитарными. Так как «узкая специализация знаний о конкретной патологии в современной теоретико-методологической медицине приводят к рутинности и ригидности врачебного мышления, диагностическим шаблонам и симптоматическим фетишам»[1].

Со временем значимость интегративной антропологии стала еще более актуальной. Ведь теперь здоровье нации рассматривают как комплексную систему, состоящую из физиологических, психологических и социальных компонентов. Следовательно, и измерять ее нужно не только биофизическими и психосоматическими параметрами, но и внешними этнокультурными факторами.

Население воспринимает здоровье не только внутренними ощущениями, но и когнитивными или аффективными мировоззренческими представлениями. Сейчас, когда количество заболеваний, связанных со стрессами переходного периода, резко возросло, актуальность синтеза медико-биологических и гуманитарных наук является не только очевидной, но и злободневной.

[1]Давыдовский И.В. Методологические основы патологии // Вопросы философии. 1968. № 5. С. 93-94.

Если в конце прошлого столетия Институт философии АН СССР и Всесоюзный научный центр хирургии АМН СССР говорили о необходимости информировать пациента о рискованных для его жизни лечебных манипуляциях, то сейчас возникла иная проблема, связанная информационной перенасыщенности. Теперь каждый больной может стать «экспертом» своего заболевания, сравнивая симптоматику и лечебные процедуры в социальных сетях и интернет-форумах. Поэтому его состояние здоровья (физическое и психологическое) нельзя рассматривать без учета влияния социальных, информационных и культурных факторов.

В мировой практике уже есть примеры интеграции наук, предполагающие выработку натурфилософских методов гуманитарного исследования. Например, Шинобу Китаяма (Shinobu Kitayama) разрабатывает нейропсихологические подходы кросс-культурных исследований[1]. А известный популяризатор науки и профессор Митио Каку пытается разгадать загадку разума, создавая пространственно-временную модель восприятия мира[2]. Его изыскания свидетельствуют о небывалом интересе к феномену сознания со стороны теоретической физики и информатики, рассматривающие множественность ментальных онтологий как программируемые системы восприятий и социальной активности.

В России обсуждение интегративных методов исследований (социально-гуманитарных и когнитивных нейронаук) начались в Институте философии РАН в 60-70-х гг. прошлого века, и сейчас они проходят достаточно интенсивно. Но настало время не методологических дискуссий о природе сознания и культуры, а научных объединений представителей физико-математических, медико-биологических и социально-гуманитарных исследовательских направлений вокруг интегративной антропологии. Поэтому практическая значимость философии для становления интеграционных наук резко возрастает. Ведь она может быть не только экспертом научного мышления, но и создателем единой метафизической концепции, объединяющей различные науки. Как показывает практика, в системе высшего образования уже начинают появляться эксклюзивные образовательные программы, синтезирующие знания из различных научных областей.

В конкретных биомедицинских исследованиях гуманитарные науки используются для дополнения медицинских, физиологических или биологических знаний о человеке. Но когда мы говорим о развитии социальных биотехнологий, то значимость гуманитарных знаний резко возрастает.

На заре антропологических знаний, все культурные явления описывались такими категориями как «генос», «этос» и «демос»[3]. И современное понятие «этнос» не только впитал все начальные представления, но и до недавнего времени считался самой устойчивой величиной культуры. Однако

---

[1] Kitayama, S., & Cohen, D. Handbook of cultural psychology. New York: Guilford Press. 2007. P. 894.

[2] Каку М. Будущее разума / Митио Каку; Пер. с англ. – М.: Алпина нонфикшн, 2015. С. 502.

[3] «Генос» слово античного происхождения и переводится как «род», но в современной интерпретации оно обозначает «генетику»; «Этос» слово античного происхождения и переводится как «этика; «Демос» слово античного происхождения и переводится как «род», закрепленный на определенной территории. См.: Дугин А.Г. Логос и мифос. Социология глубин. – М.: Академический Проект; Трикста, 2010. С. 364.

модернизационное общество стало динамично меняющимся, неустойчивым и информационно емким. И в мировоззренческой картине мира уже важна не истина логических представлений, а чувственные переживания человека. Следовательно, образ целостного мира рассыпается на набор значений, идеалов и общественных «знаний», соприкасающихся с действительностью.

В человеческом мировоззрении мы можем выделить внутренние представления и внешне-символические (программируемые) структуры восприятия. Если первое более соотносится с антропологией духа, то второе – с антропологией тела. Следовательно, сама природа демонстрирует нам способность сочетать биогенетическую организацию жизни с надбиологической, т.е. социокультурной. Культура является ярким примером сочетания природно-материалистического и духовно-идеалистического. Следовательно, и мы можем преодолеть научные противоречия, созданные философскими исканиями.

Современную культуру следует называть и универсальной человеческой биотехнологией, и специфическим способом жизнедеятельности. Разум воссоздает культуру разумом, превращая биосоциальную (биотерминированную) организацию жизни в метасоциальную (культурно-нормативную). И любой продукт культуры становится частью социокультурных технологий, направленных на будущее. Поэтому, научно-технический прогресс постоянно усложняет человеческое общество, выводя систему информационного взаимодействия на новый уровень.

Культура обязательно связана с познавательными процессами и с эмоциями. В системе познания эмоции мотивируют и «запускают» механизмы целенаправленного социального действия, а также контролируют и оценивают их. Открытие алгоритмического искусственного интеллекта помогло ученым по-новому увидеть природу человеческого сознания, а в частности его неалгоритмическую структуру чувственно-эмоционального мышления[1]. Для мыслительной деятельности человека необходима не только ассоциативная (когнитивная) кора головного мозга, но и его эмоциональная структура, а также области сенсорной коры, относящиеся к ощущениям тела, вписанных в окружающую информационно-символическую среду.

Авторы тезисов разрабатывают социометрические параметры измерения культуры, которые могут взаимодействовать с биометрическими свойствами общества. Ментальное освоение действительности логически связаны с механизмами социальной активности и со способностью человека обеспечивать свои потребности, которые обязательно закрепляются самой жизненной практикой. Данное направление работы является диссертабельным и с его содержанием можно будет познакомиться в одном из ваковских изданий.

[1] Авторы тезисов не исключают тот факт, что мы еще не открыли секреты логической организации инстинктивной и эмоционально-чувственной организации жизни, которые до сих пор никто не сопоставлял с официально-принятыми ценностями и идеалами общества.

ТЕХНОНАУКА И СОЦИОГУМАНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ БИОМЕДИЦИНСКИХ ПРОЕКТОВ (НБИКС ТЕХНОЛОГИЙ, ТЕХНОЛОГИЙ УЛУЧШЕНИЯ И КОНСТРУИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА, ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ). КРИТИКА ТРАНСГУМАНИЗМА

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ «МЕЖВИДОВОСТЬ»[1]

Кожевникова М.

Межвидовость становится одной из главных категорий XXI века. Хотя редкие случаи межвидовых переплетений существовали и раньше (опыты в сфере ксенотрансплантации или межвидового скрещивания), а культура на протяжении всей истории рождала различные химеры и гибриды, именно в наше время мы столкнулись с невиданным ранее пересечением границ биологических видов.

Биологические виды – это категориальная сетка, наложенная на мир всего живого. Виды определяли наше мышление об окружающем живом мире; новые открытия и новые методы анализа данных приводят к перестройке некоторых существующих классификаций. Сегодня, когда возможно создание гибридов и химер довольно отдаленных видов, возникают все новые доказательства того, что все живые организмы – животные, растения, бактерии и др. – чрезвычайно близки друг другу. В мировых лабораториях создаются межвидовые трансгенные организмы, межвидовые модельные лабораторные животные, проводятся межвидовые трансплантации, выращиваются органы одного вида в эмбрионах другого. Человек активно участвует в этом межвидовом хороводе, не забывая, однако, защищать особенный статус своего биологического материала, ссылаясь на «достоинство человека». Все отчетливее становится биологическая экспансия, генетическая колонизация других видов человеком. Более того, межвидовость распространяется также на технологические разработки: в области создания киборгов (как человека, так и животных) или биологизации роботов. Пересечение видовых границ становится не редким экспериментальным феноменом, а одной из самых распространенных практик в области НБИКС-технологий. Это проблема сложного философского, социально-культурного и экологического характера.

Видовая граница веками означала инструмент изолирования. Она отделяла друг от друга виды, а прежде всего один биологический вид: *homosapiens*. Этот конструкт позволял забирать из мира живого все то, что нам нужно. Получилось так, что мы – люди, это совсем другая категория, чем они – животные. При этом терялось из виду огромное разнообразие животных, их

[1]Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 15-18-30057).

разные степени развития, сознания и способности переживания. Благодаря защитной видовой границе, люди могли одинаково использовать для своих целей все не-человеческие виды.

Тем временем межвидовость несет в себе потенциал инклюзии и интеграции. Это, если можно так выразиться, очень демократическая категория. Этот развивающийся, в основном, биотехнологический феномен, вынуждает нас уйти от антропоцентризма и пересмотреть видовые границы.

РОБОТЫ И ЛЮДИ. ЭТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Майленова Ф.Г.

Роботы - часть нашей жизни

Робот-игрушка, говорящая и умеющая играть в сложные игры, робот-помощник по хозяйству, уборщик и садовник - это уже давно не мечта, а реальность, которая воплощается с гораздо более быстрыми темпами, нежели мы ожидали. Почти у каждого в доме есть сложные механизмы, взаимодействие с которыми все больше похоже на общение с существами, имеющими свой характер, своё мнение и даже свою волю…

Таковы ли они на самом деле или мы просто склонны приписывать сложным механизмам человеческие черты - это уже отдельный вопрос. Однако в недалёком будущем это общение грозит стать ещё более тесным и более личностным. Секс с роботами, война с роботами, дружба и даже любовь с роботами — уже не просто предмет для Sci-Fi-литературы и кино, а самая настоящая реальность, с каждым днём становящаяся все ближе.

Машины, помогающие человеку в его жизни, существуют давно, и с каждым годом они становятся не только все сложнее, но и умнее, все больше напоминая своими "повадками" если ещё не человека, то уже высших животных. Машины с искусственным интеллектом перестают восприниматься нами просто как механизмы, мы начинаем наделять их человеческими качествами, даже приписывать им проявление неких эмоций, "подозреваем" их в наличии умысла... Человек склонен наделять человеческими качествами почти все, с чем он взаимодействует - животных, растения, предметы. Все механизмы, с которыми человеку приходится иметь дело, - автомобили, навигаторы, персональные компьютеры, воспринимаются не просто как безмолвные полезные предметы, их хозяева с ними разговаривают, порой ругаются, обижаются, "ищут к ним подход", всерьёз рассуждают о "характере" компьютера или машины, нередко дают им имена или прозвища... Однако поведение наших компьютеров действительно порой заставляет задуматься, что же у них на уме и не замышляют ли они заговор против человека?

Игрушки, умеющие говорить, играть в активные игры, отвечать на вопросы, расти, смеяться, плакать - у современных детей уже есть; и они будут становиться все более сложными и более "общительными" . Появление робота, способного испытывать (или все же имитировать?) эмоции можно считать

качественно новым шагом в жизни человека с роботами. Правительство Японии планирует использовать таких роботов в домах престарелых, чтобы те скрашивали старикам их одиночество. Само собой возникают вопросы, как будут складываться их взаимоотношения, какие непростые эмоции могут возникнуть у одинокого человека при общении со столь сложными эмоциональными машинами и как будет строиться диалог искусственного интеллекта с человеческим.

7 декабря 2016 года компания Amazon опубликовала видеоролик, демонстрирующий, как первый в истории беспилотник-курьер доставил британскому жителю в сельской местности неподалеку от Кембриджа пакет попкорна и телевизионную приставку.

В сентябре 2016 года компания Uber запустила первые беспилотные такси в тестовом режиме, а уже к 2020 году Google и Toyota планируют выпустить беспилотные машины на рынок.

В России создана лаборатория боевой робототехники и, по словам министра обороны Сергея Шойгу, первые армейские роботы встанут в строй не позже 2017 года. Само собой разумеется, подобные военные роботы наверняка есть и в США, и в других развитых странах, и недалёк день, когда военное противостояние держав будет состоять именно из роботов - умных, эффективных и безжалостных... Хотя можно ли последнее определение применять относительно робота - уже отдельный вопрос.

В США создатели элитных секс-роботов RealDoll экспериментируют с внедрением искусственного интеллекта, чтобы владелец куклы мог не только получить с ней сексуальное удовлетворение, но и поговорить.

Робот Pepper, выпущенный в Японии и уже поступивший в продажу в 2015 году, умеет распознавать эмоции находящегося рядом человека с помощью двух вмонтированных в голову камер и сенсоров, а стало быть, может реагировать не только на прямые команды голосом, но и на невербальный компонент, что делает его уже гораздо более чутким.

Этика взаимодействия с роботами

Новые виды роботов вызывают массу этических вопросов. Может ли робот обидеться на неуважительное обращение? Не захотеть отвечать на вопросы? Как он должен себя вести в ситуации конфликта между своими хозяевами, может ли он встать на чью-то сторону, или должен всегда оставаться нейтральным? (А как он может оставаться нейтральным, если он запрограммирован реагировать на эмоции человека?) Может ли робот отказаться от секса с человеком, если он (робот) не в настроении? Как должен поступить робот-автомобиль, если во время движения на дорогу выскочил ребенок — сворачивать в кювет с риском для жизни пассажиров или давить ребенка? Может ли боевой робот бездумно убивать человека (пусть и на войне) или он должен понимать, что это недостойный поступок? А если он будет снабжён таким пониманием, то как это скажется на его боевых качествах?

Как должен поступить робот в ситуации, когда он осознает, что он сломался или часть его программ даёт сбой (выключиться, самоуничтожиться, начать чинить самого себя, обратиться в службу поддержки - ещё варианты?)

И, наконец, имеет ли робот право совершать суицид - если он поймёт, что его поломка не подлежит ремонту или (что тоже ведь возможно, он же станет сложно мыслящим) - решит, что его дальнейшее существование не имеет цели и бессмысленно?

Все эти вопросы повлекли за собой появление новой ветви философии — этики роботов. В ведущих университетах США и стран Евросоюза философы нового толка, специализирующиеся именно на этике роботов, занимаются тем, что составляют своды этических правил для будущих роботов, ибо теперь уже всем инженерам ясно, что без учёта этики взаимодействие с роботами может превратиться в самую настоящую антиутопию.

Дети, выросшие с роботами - новые Маугли.

Современные роботы развлекают детей в отсутствие родителей, но техника развивается, и в недалёком будущем роботы смогут гораздо больше: накормить, проверить уроки, уложить спать, предварительно прочитав сказку или поговорив с ребёнком. А чем плоха прогулка с роботом, который и защитит, и проследит, чтобы подросток не курил, не связался с плохой компанией, всегда поможет? Родители, которым вечно не хватает времени на своих детей, будут счастливы иметь такого помощника! Но однажды мы можем обнаружить, что роботы не просто помогают, они воспитывают наших детей, и какими вырастут дети, выросшие с роботами? Ведь большую часть своего времени они будут общаться с машинами (пусть и очень умными, эффективными и доброжелательными), а стало быть, все меньше времени останется на общение со сверстниками, учителями, родителями - с людьми, с которыми ещё надо научиться взаимодействовать. Это может радикально изменить психику детей, которые впоследствии не смогут нормально общаться с людьми, приобретя моральные и эмоциональные дефекты личности...

По мнению британского эксперта по робототехнике профессора Ноэль Шаркли, неконтролируемый рост числа роботов, по мнению Шарки, может привести к недостатку общения между людьми. Причем это касается как социальных роботов, способных общаться с человеком – домашних помощников, воспитателей, медперсонал, – так и различных автоматов и систем, заменяющих людей, например беспилотных автомобилей. Но особенно негативно это отразится на детях. Дети, воспитанные роботами, будут мало приспособлены к жизни. Мы рискуем получить новых маугли, полагает Шаркли. Маугли каменных джунглей, воспитанных роботами, которые просто не найдут общего языка с другими людьми уже во взрослой жизни. Кроме того, есть риск, что повзрослевшие дети, воспитанные роботами, просто забросят своих родителей, так как у них не будет сформировано чувство родства и близости с ними.

Уже сегодня мы наблюдаем поколение, которое родилось в мире компьютеров и интернета, и это поколение очень сильно отличается от предыдущих как по стилю мышления, так и по моральным и эмоциональным качествам, предпочитая сидение в интернете реальному общению. Возможно, в будущем мы получим поколение, которое начнёт предпочитать общение с роботами общению с людьми. Готовы ли мы к такому развороту?

ПРИНЦИПЫ SHAREECONOMIES В БИОЭТИКЕ

Петров К.А.

Пожалуй, в названии темы присутствует провокация. Действительно, разве не известно, сколь различаются между собой моральные и экономические формы регуляции? Однако, эти различия не стоит абсолютизировать. Ведь и этика, и экономическая теория говорят о ценностях, пусть на разных языках. Так, ещё Аристотель связывал исследование нравов с возможностью политической, благой жизни. Стагирит в своих исследованиях этики опирался на нормативный образ человека, как политического животного, обладающего разумом. Именно на таком предпонимании человека держится этический универсализм Аристотеля. Очевидно, что подобный универсализм не был присущ только аристотелевской теории морали, но всякая этика в истории мысли опиралась на метафизическую концепцию человека. Сегодня же необходимо признать отсутствие подобной интегративной концепции человека в философии, да и вряд ли она может появится в ближайшем будущем. Кажется, что именно эта философская неопределенность приводит к неопределенности и в области морали.

Идея отсутствия универсальной морали не является философской гипотезой. Этический релятивизм порождает множество дискуссий в области биоэтики[1]. Поскольку же сама биоэтика является не столько теоретической дисциплиной, сколько практической деятельностью, связанной с функционированием, например, этических комитетов, то она нуждается в существовании общих регулятивных принципов. Наиболее удачная попытка создания такой рамочной концепции биоэтических принципов принадлежит Дж. Чилдресу и Т. Бичемпу – авторам принциплистского подхода в биоэтике[2].

В тоже время, необходимо указать на ряд недостатков принциплизма. Большинство авторов указывают присущую ему ориентированность на принятие решений автономным, рациональным индивидом. Таким образом, использование принциплисткого подхода сопряжено с возможными затруднениями. Так, Эрик Юнгст пишет об отказе некоторых замкнутых популяционных групп от участия в проекте исследования генома человека[3]. Автор показывает, что исследователи, ориентируясь на стандарты этики, принятые в развитых странах, стремились лично убедить членов общин принять участие в проекте. В таких обсуждениях тема возможной пользы или вреда для общины в целом не поднималась. Не представляя конечную цель проекта, и не понимая, как индивидуальное решение принимать или не принимать участие в его реализации отразится на жизни общины, члены этих изолированных групп отказывались от взаимодействия с учеными. Юнгст

[1]Петров К.А. Как политическая рефлексия определяет выбор методов в биоэтике // Биоэтика. – 2016. - №2. – С.12.

[2]Childress, J. F. Methods in Bioethics // The Oxford Handbook of Bioethics / Oxford University Press: Oxford, 2007. – P. 50.

[3]Juengst, E. T. Population Genetic Research and Screening: Conceptual and Ethical Issues The Oxford Handbook of Bioethics / Oxford University Press: Oxford, 2007. – P. 475.

акцентирует внимание на том, что представители групп, не рассматривали генетическую информацию, как принадлежащую только им, и видели в ней достояние всей группы. Кроме того, некорректное использование понятия популяции при создании этического дизайна исследования привело к недоверию доноров информации к ученым, которые могли бы использовать полученную информацию в целях дискриминации указанных групп.

В своей статье Юнгст обсуждает различные пути решения этой проблемы, предлагая дополнить классические принципы биоэтики принципом «уважения сообществ»[1]. Этот принцип должен защитить интересы подобных локальных групп от коммерческих компаний, которые получили бы доступ полученной учеными генетической информации. Однако, вряд ли какое-то из предложенных решений можно считать удовлетворительным. Пожалуй, надо согласиться с Юнгстом, который полагает, что проблема возникла вследствие непонимания учеными локальных культурных традиций. И сам этот факт заслуживает, по нашему мнению, особого внимания.

Исследователи и доноры генетической информации по-разному представляют процесс передачи генетической информации. Для участников исследований, доноров генома, представлявших небольшие локальные группы, как уже было указанно, генетическая информация принадлежит всему сообществу, а процесс передачи воспринимается как дарение. В то время как исследователи не связывали участие в проекте с социально-культурной практикой дара. Видя в представителях локальных популяций изолированных индивидов, ищущих лишь личную выгоду. Представления о донорстве генетической информации у исследователей во многом были сформированы рутинными практиками передачи информации, принятыми в западных обществах, в которых практика дарения уже не обладает социотворческой силой. Неверно утверждать, что дар полностью исчез из жизни западных сообществ, однако, ему на смену приходят другие практики, которые сегодня принято обозначать концептом «share». Share обычно определяют как акт коммуникации и совместное пользования чем-либо. В основе концепта «share» лежит достаточно старая идея совместного потребления - collaborative consumption. Однако, распространение идеи «shareeconomies» связывается с возникновением и развитием принципов web 2.0. Данная концепция предполагает, что значительная часть информации, представленной в сети интернет, создаётся самими пользователями. Эта идея стала особенно популярной в связи с развитием социальных сетей, краудфандинговых площадок, airbnb или сайтов типа piratebay. Значение концепта «share» определяется тем, что он используется самими пользователями этих площадок. Иными словами, «share» не есть только теоретический конструкт, но осознаваемая самими акторами практика. В этом смысле, пожалуй, нет необходимости переводить «share» на русский язык, поскольку этот концепт уже вошел в словарь русскоязычных пользователей интернет.

[1]Juengst, E. T. Population Genetic Research and Screening: Conceptual and Ethical Issues The Oxford Handbook of Bioethics / Oxford University Press: Oxford, 2007. – P. 485.

Применимость концепта «share» в биоэтике определяется тем, что этот феномен связан с так называемой «этикой заботы». То есть, в основе идеи share economies лежит представление о таких ценностях как общность, открытость, честность, эмпатия. Поскольку же участие в различных практиках, связанных с sharing, возможно только через восприятие системы ценностей, то очевидно, что идея share economies несет в себе трансформационный потенциал для всей экономической системы. В этом смысле share – есть одновременно и понятие описывающее реальные социально-экономические, политические практики, и некий моральный идеал, связанный с справедливым распределением, распространением, получением доступа к материальным благам.

Как отмечает Николас Джон, share соотносится с практиками дарения и распределения[1] (4, С. 115), которые существуют в архаических, традиционных сообществах и у детей. В этой связи, можно сказать, что идея совместного потребления, sharing генетической информации могло бы упростить взаимодействие исследователей, развивавших проект генома человека и доноров генетической информации, поскольку он находится на стыке между представлением о даре и современными практиками распространения информации. Кроме того, концепт shareeconomies может выступить и теоретической базой для устранения проблемы ограниченности ресурсов в трансплантологии. Именно sharing, как реальная практика может быть заимствована для популяризации донорства в России. В заключении можно сказать, что концепт share является конкретизацией абстрактного биоэтического принципа справедливости. При этом, базовые ценности shareeconomies, как нельзя лучше подходят для заботы о жизни в целом – ключевой ценности биоэтики.

ТРАНСГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ИНИЦИАТИВЫ КАК НОВЫЙ СПОСОБ БОРЬБЫ С БОЛЬЮ

Полякова О.В.

Жизнь без боли – это не жизнь. Жизнь с болью практически невыносима[2]. Так начинает норвежский философ Ветлесен свою книгу, посвященную этому феномену. Боль можно определить как неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей[3]. В обыденной жизни, когда речь идет об этом явлении, как правило, подразумевается физиологическая боль, хотя ошибочно было бы игнорировать существованиедругих вариантов боли. Например, существует

[1]John, N. A. The social logics of sharing // The Communication Review. – 2013. - №16(3). – P. 115.
[2]*Ветлесен А.Ю.* Философия боли. М., 2010. С.5.
[3]Тактика и неотложная терапия болевого синдрома. Российский государственный медицинскийуниверситет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Научно-информационный материал. М., 2010 [Электронный ресурс] URL:http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/about_rsmu/assoc_mosk_vuz_soc_obsluzh_obraz/blokhin/68_4_4_4_nim_tntbs.pdf (дата обращения: 25.05.2017).

центральная боль, психогенная боль, фантомная боль;также существует концепция психогенной боли, которая остается трудной для исследования и недостаточно разработанной[1]. Наши современники спонтанно относятся к боли как к однозначно негативному переживанию. Даже Всемирная организация здравоохранения определяет «здоровье» как «полное отсутствие боли и неприятных ощущений»[2]. Не удивительно, что человек готов бросить все ресурсы на борьбу с болью, и на сегодняшний день НТП способен привести к реализации многих утопических проектов на этом пути.

Благодаря возможностям конвергентного комплекса НБИКС[3] сегодня особую популярность набирает трансгуманизм – мировоззрение, основанное на стремлении неограниченно расширить человеческие возможности при помощи революционных технологий. В качестве конечной цели адепты трансгуманистических воззрений видят достижение бессмертия. Поскольку трансгуманизм представляет собой неоднородное явление, методы обретениявечной жизни варьируются в зависимости от предпочтений, принятых в той или иной отдельно взятой трансгуманистической группе.

На сегодняшний деньодним из самых популярных и обсуждаемых является проект «кибернетического бессмертия», который заключается в «перезагрузке» человеческого сознания на искусственный носитель (аватар). Но в силу того, что заветноекибернетическое будущее пока еще не наступило, сторонникам трансгуманистических взглядов приходится довольствоваться промежуточными результатами, а именно, киборгизацией человека (т.е., внедрением в биологическое тело электронных имплантов).

Перспективы такой технологии очевидны: у парализованных людей появился реальный шанс обрести контроль над телом. Но та же самая технология подразумевает внедрение имплантов не только для восстановления утраченных физических возможностей, но и для расширения потенциала здорового организма.

«Первым киборгом» принято считать британского кибернетика Кевина Уорика (*KevinWarwick*),который в 1998 году внедрил себе в руку чипдля обеспечения связи своей нервной системы с компьютером[4]. В интервью газете *Libération* (12.05.2002) Уорик заявил, что слияние с компьютером – единственный способ не допустить, чтобы технологии обернулись против человечества.Те же представители человеческой расы, которые решат остаться людьми и откажутся от технологического расширения своих возможностей, будут отнесены к отдельному биологическому подвиду и превратятся в шимпанзе будущего[5].

---

[1]Там же.

[2]*Ветлесен А.Ю.* Философия боли. С.8.

[3]Отангл. NBICs – Nanotechnology, Biotechnology, Information technology, Cognitive sciences.

[4]*Lechner M., Roussel F.* Transhumanistes sans gêne[Электронныйресурс] URL: http://www.liberation.fr/culture/2011/06/18/transhumanistes-sans-gene_743496 (датаобращения 20.05.2014).

[5]Цит. по: *Le Breton D.* Le transhumanisme ou le monde sans corps // Relation. 2009. №734 (Août)[Электронныйресурс] URL: http://www.cjf.qc.ca/fr/relations/impr_article.php?ida=855 (датаобращения: 15.09.2014).

У «первого киборга» на сегодняшний день обнаружилось немало последователей, в том числе, в России. Например, московский инженер Влад Зайцев вшил себе под кожу чип карты «Тройка», чтобы оплачивать транспорт и открывать двери в офис[1].И сам Уорик, и его последователи планируют не ограничиваться одним единственным чипом. Они с оптимизмом готовятся вживлять дополнительные электронныедевайсы.

Однако было бы ошибочно утверждать, что абсолютно все сторонники киборгизации готовы оснастить собственное тело электронными чипами. Например, наш соотечественник, футуролог Петр Левичзаявил в интервью радио Свобода, что он является апологетом указанных технологий и ратует за их внедрение в человеческое тело. И все же сам бы он не рискнул бы вживить себе импланты из-за страха перед общественным мнением[2]. Футуролог надеетсяна скорое изменение ситуации, когда электронные чипы превратятся в обыденность,как это произошло с татуировкой[3]. Примечательно, что нередко киборги-первопроходцы обращаются именно в тату и пирсинг студии с просьбой установить имплант, поскольку врачи отказываются проводить эту процедуру[4].

Носегодня при повальном увлечении татуировками многие наши современники относятся с недоверием к самой процедуре, даже если их восприятие тату-культуры в целом позитивное. Страх боли и вероятных неблагоприятных последствий нередко останавливает желающих украсить свое тело модными рисунками. Что касается киборгизации, внедрение имплантов требует безусловно более серьезного хирургического вмешательства, чем тату или пирсинг. Это понимают и киборги-энтузиасты. По заявлению самого Уорика, он не безумеципрекрасно осознает все риски и шансы заражения.Он учитываетвозможность повреждения нервов, а следовательно, риск потери чувствительности руки или риск непрекращающейся боли[5].

Если и есть сторонники киборгизации, которые не торопятся оснащать свое тело чипами, то в трансгуманистическом мире встречается и множество тех, кто легко соглашается на рискованную и часто болезненную операцию. Что же является стимулом для энтузиастов? Сами первопроходцыобъясняют свои действия альтруистическими целями: стремлением к продвижению технологий, содействию науке, помощи человечеству и т.д.Критики видят в их поступкахжелание прославиться. Но истина, как известно, всегда где-то посередине: следует в первую очередь отталкиваться от конечной цели – обретения кибернетического бессмертия, сопряженного с отказом от биологического тела вместе со всеми свойственными ему характеристиками.

---

[1] Технологии залезают под кожу // Газета.ru[Электронныйресурс] URL:https://www.gazeta.ru/tech/2016/01/21/8032763/under-the-skin.shtml (дата обращения 25.05.2017).

[2]*Левич П.* Хочу стать киборгом. Интервью [Электронныйресурс] URL:https://www.svoboda.org/a/28345410.html/a/28316319.html (дата обращения 25.05.2017).

[3]Там же.

[4]Технологии залезают под кожу.

[5] Kevin Warwick outlines his plan to become one with his computer // Cyborg 1.0 [Электронныйресурс] URL: https://www.wired.com/2000/02/warwick/ (датаобращения 25.05.2017).

На тематическихстраницах интернетасторонники трансгуманистических проектов приводят аргументы в пользу превращения человека в машину, делая акцент на смертности человеческого тела и подчеркивая самые неприятные особенности физиологии: «вы будете подыхать в своей моче, или испытывать острую пронизывающую боль под левой лопаткой, или харкать кровью от седьмой химиотерапии»[1].

Акцент на теме физического несовершенства человека свидетельствует о страхе трансгуманистов перед страданиями и болью, а следовательно, о попытке контроля над ними. Сторонники инициативы видят в трансгуманизме освобождение от боли и страданий, которые ограничивают человеческие возможности.Трансгуманистический проект киборгизации и кибернетического бессмертия – это очередная попытка взять под контроль вечные страхи, характерные для любого представителя человечества, но средства контроля выбираются в духе времени. Иными словами, кибернетическое будущее – это набор новых средств для обретения контроля над старыми страхами. Но есть ли гарантия того что кибернетическое тело будет навсегда избавлено от боли?

Боль не бесцельна. Ее задача контролировать состояние тела. Известны случаи, когда люди рождались без рецепторов боли и очень страдали от этого. Но с избавлением от биологического тела необходимость в боли автоматически отпадает сама собой, и устранение биологии представляется радикальным, и следовательно, быстрым способом решения этой проблемы.

Физиологическая боль, столь неприемлемая в трансгуманистическом мире, основана на трех компонентах: собственно боль, воспоминание о боли и предчувствие боли. Типичным примером может служить воспоминания о боли, которую мы испытывали в зубоврачебном кабинете[2].

Если, как обещают трансгуманисты, в скором времени станет возможным моделировать субъективную реальность для перезагрузки в аватар[3], то вместе с индивидуальным сознанием в искусственное тело перейдет и воспоминание о боли. Кроме того, учитывая риски и болезненные ощущения, сопровождающие процедуру чипизации, вряд ли стоит рассчитывать на безболезненность процедуры переноса сознания на искусственный носитель. Получается, что попытка избавиться от боли идет через боль и может привести к сохранению воспоминания о болезненных ощущениях навсегда. Так стоит ли торопиться к обещанному кибернетическому будущему? Не разумнее ли оставить проблему боли для решения неврологам и психиатрам, в чьи профессиональные обязанности входит познание и контроль над болевым процессом, тем более что новые технологии предлагают множество возможностей для этого без обращения к радикальным средствам.

---

[1]Трансгуманизм и РПЖ // Moscow University Alumni Club [Электронныйресурс] URL: http://www.moscowuniversityclub.ru/home.asp?artId=13986 (датаобращения 25.05.2017).

[2]*Эриксон Б.-Э.* Гипнотическая анестезия. О боли и страхе // Интернет библиотека xliby.ru [Электронныйресурс] URL: http://www.xliby.ru/psihologija/seminar_s_betti_yelis_yerikson_novye_uroki_gipnoza/p9.php(дата обращения 25.05.2017).

[3]*Дубровский Д.И.* Природа человека, антропологический кризис и кибернетическое бессмертие // Глобальное будущее. Конвергентные технологии (НБИКС) и трансгуманистическая эволюция. М.,2013. С. 237-253.

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОЙ ЦИФРОВОЙ ИНТЕГРАЦИИ БИОМЕДИЦИНЫ, КОГНИТИВНОГО ПОДХОДА И ЭПИСТЕМОЛОГИИ

Прокопчук Ю.А.

На основе многолетнего и многопланового авторского опыта [1 - 5] обосновывается целесообразность интегрированного внедрения в образовательные, госпитальные и телемедицинские системы когнитивных тренажеров («виртуальный врач» и «виртуальный пациент), партнерских систем (поддержка решений врача), персональных систем (домашняя медицина, смарт-девайсы), многоцелевых банков знаний, МедГрид, мультиагентных технологий, технологий киборгизации и Интернета «вещей». Целью такого комплексного внедрения является достижение синергетического эффекта, обеспечивающего [1 - 4]:

- существенное повышение функциональной устойчивости медицинских технологических процессов, в частности, повышение обоснованности врачебных решений и, как следствие, снижение количества врачебных ошибок;
- автоматизированную экспертизу качества медобслуживания и технологий здоровьесбережения;
- быстрое вычисление МБ-характеристик на основе искусственного «коннектома» (особенно важно для ургентной медицины, а также для семейной практики, испытывающей дефицит диагностического оборудования);
- реализацию концепции «человека, как киберфизической системы»;
- сохранение здоровья учащихся основной и высшей школы (за счет интеграции всех видов ресурсов вокруг учащегося) [5];
- перманентное образование и подготовку специалистов экспертного уровня (за счет внедрения новой образовательной стратегии на основе парадигмы предельных обобщений);
- максимальное информирование населения о путях сохранения и укрепления личного здоровья (агент-«персональный врач», облачные консультирующие мед-сервисы);
- создание гетерогенной интеллектуальной медико-технической среды, обеспечивающей сбор, накопление, автоматизацию и оптимизацию технологических операций («воплощенное» обслуживание).

Достижение целей обеспечивается не только за счет вербализованных знаний, поставляемых когнитивными тренажерами, партнерскими СППР и многоцелевыми банками знаний [1], но и за счет активного формирования и использования имплицитных знаний, реализующих «искусственный коннектом» и «искусственную интуицию» (на основе накапливаемых данных госпитальных систем, МедГрид и т.д.) [4]. Примером такого подхода является развиваемая когнитивная система IBMWatson.

Показывается, что в рамках трансдисциплинарного опыта важную роль играют структуры коллективной гетерогенной субъектности, формирующие новый тип рациональной объективности и инвариантности. Носителями целевых квантов знаний и умений являются виртуальные агенты,

обеспечивающие активную добычу данных, их анализ и кооперативное взаимодействие. Мультиагентный подход позволяет реализовать консилиум виртуальных и физических агентов (экспертов, врачей) на любом этапе технологического процесса [1].

Несмотря на известный тезис - «Школа должна учить мыслить», традиционные основная и высшая школы учат принятию решений в рамках «антипсихологических» формальных схем, что приводит к неадекватному применению знаний и в результате — их пониженной производительности. В результате такого образования возникает когнитивная дефицитарность – неспособность субъекта достигать определенного знания или решения, так как существует рассогласование между актуальным уровнем когнитивных способностей и требованием ситуации (задачи или проблемы). Следствием такого образования является широкая распространенность врачебных ошибок.

В целом успешность и эффективность решения сложных и новых задач в сверхнеопределенной среде (ключевая когнитивная компетентность) по меткому выражению канадского исследователя М. Гладуэлла зависит от овладения искусством «тонких срезов» — умения выделять из огромного числа переменных малое количество значимых факторов. Это способность нашего бессознательного находить закономерности в ситуациях и поведении, опираясь на чрезвычайно тонкие слои пережитого опыта. Именно это «меньше» и открывает новые возможности действия. Необходимо понять и построить математическую модель технологии эволюционного формирования «тонких срезов» в задачах различения [4]. Требуется создать точное глубинное представление о возникающих имплицитных знаниях. Эти подходы созвучны идеям «критического мышления», где, в первую очередь, нужно «учить мыслить», в том числе «мыслить о смысле», «мыслить о своем мышлении». На первый план реально, а не декларативно выдвигается проблема не «чему учить», а проблема «как учить». Причем в первую очередь требуется развивать глубинные механизмы познания индивидуума, не связанные напрямую с языковой деятельностью [4].

Моделировать и развивать работу интуитивно-образной компоненты специалиста, включая принятие решений, предлагается на основе *естественной логики* в рамках *парадигмы предельных обобщений* (ППО) [4]. Естественная логика приводит к зарождению рациональности как адаптивного инструмента, который не идентичен правилам формальной логики или вероятностного исчисления. Считается, что человек обладает способностью автоматически определять субъективные параметры порядка произвольных ситуаций действительности и использовать эти параметры для управления. Пример – врачебная диагностика. Найденные параметры порядка могут рассматриваться как внутренние коды «модели мира» субъекта. Их использование является ключевой чертой живых разумных систем. Сложная ситуация понята, если она представлена (интерпретирована) во внутренних кодах (ВК). Формирование ВК и функциональных систем на их основе (навыков) – это длительный процесс приобретения профессионального и бытового опыта. «Тонкий срез» в рамках любой Z-задачи различения

представляет собой совокупность инвариантов ВК, на базе которых формируются базисы предельных моделей знаний.

На основе ППО построена формальная модель возникновения и развития модулей компетентности для решения задач различения нового уровня сложности (актуализация задач с высокой нередуцируемой сложностью), созданы программные когнитивные системы для образования, медицины и цифровой философии (моделирования процессов познания).

Литература

1. Прокопчук Ю. А. Интеллектуальные медицинские системы: формально-логический уровень: монография / Ю. А. Прокопчук. — Днепропетровск : ИТМ НАНУ и НКАУ, 2007. – 259 с.

2. Прокопчук Ю.А. Трансдисциплинарные измерения биомедицинского знания на основе конфигураторов тестов и метода предельных обобщений // Материалы IV Международной конференции «Философские проблемы биологии и медицины: фундаментальное и прикладное» (Москва, Ин-т философии РАН, 27-28 октября 2010 г.). – М.: Изд-во «Принтберри», 2010. - С. 36 - 39.

3. Прокопчук Ю.А. Архитектура многоцелевых банков знаний в области клинической медицины // Сборник Трудов Всероссийской конференции "Знания-Онтологии-Теории"-2009 в 2-х томах (Новосибирск, 22-24 октября 2009 г.). - Новосибирск: ЗАО "РИЦ Прайс-Курьер", Т.1. - С. 173-177.

4. Прокопчук Ю.А. Модель задачно-индукторного пространства в контексте продуктивного мышления // Тезисы XV Всероссийской научной конференции «Нейрокомпьютеры и их применение» (Москва, 14 марта 2017 года). – М: МГППУ, 2017. - С.38-39.

5. Прокопчук Ю. А. Комплексный подход к внедрению здоровьесберегающих технологий на основе интегрированных информационных систем / Ю. А. Прокопчук, Н. П. Прокопчук // Материалы XV Международной научно-практической конференции «Валеология: современное состояние, направления и перспективы развития» (Харьков, 5 – 7 апреля 2017 года). - Харьков: ХНУ им. Каразина, 2017. – С. 178 – 181.

ЭТИКО-РЕЛИГИОЗНОЕ ОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ И УЛУЧШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА (СЛЕДУЯ ИДЕЯМ С. ФУЛЛЕРА)[1]

Попова О.В.

Попытки дать механистическую трактовку природы и человеческой природы, в частности, и обосновать ее сквозь призму идей конструкта или артефакта предпринимаются достаточно давно, имеется множество исследований в этом направлении. Сама жизнь (как биологическая, так и

[1]Публикация подготовлена при финансовой поддержке фонда РФФИ, грант № 15-03-00818.

социальная) может характеризоваться в этой линии рассуждений и как поли-супер-мета-машина (Э. Морен[1]), и как мегамашина (Л. Мамфорд[2]) или схватываться подобными метафорами. Какие эпистемологические основания обращения человека к себе как к машине?

Поставив таким образом вопрос, я бы хотела обратить внимание на ряд факторов, обусловивших понимание природы как артефакта, которые обозначил С. Фуллер в статье «Природа как артефакт - и что значит быть человеческим существом».[3] Основываясь на предпосылках, выявленных С. Фуллером, перейду к описанию особой онтологии человека как биотехнологического артефакта.

С. Фуллер отмечает, что механистическое мировоззрение, доминировавшее в Европе в 17 в., отголоски которого слышны в современности, оказывается близко набирающему популярность на Западе направлению интеллектуального дизайна. Что такое механизм для обоих направлений? В Новое время «механизм понимался как нечто целесообразно устроенное и подразумевавшее в данном случае божественного механика»[4]. Идея природы как артефакта кроется в идее сотворения людей «по образу и подобию» Божьему. Люди стремятся к воссоединению с Богом, созерцая его, а научный прогресс, с точки зрения сторонников Интеллектуального дизайна, – ничто иное, как «стремление к предельной теории действительности (к «проникновению в ум Бога», как говорят физики)»[5]. Стремление к совершенству, заложенное в человеке, выражается, таким образом, в наиболее полном описании реальности, в намерении охватить все ее аспекты. Другая немаловажная составляющая данной перфекционистской установки состоит в том, что человек не только описывает мир и объясняет его, но и коренным образом изменяет его, наполняя его всевозможными артефактами.

Кроме того, особое значение для становления техногенной цивилизации (которое, однако, прошло мимо историков науки), имело распространенное в религиозной среде положение о достижении целей малыми средствами, то есть способность получать многое, распоряжаясь малым. В первую очередь это относится к обучению как упражнению, позволяющему обогащать за счет самообеднения: человек облегчает друзьям усвоение того, чему он сам научился с немалым трудом. Но таков же и современный критерий эффективности технологического прогресса, - пишет С. Фуллер. В обоих случаях «бедность» ассоциируется с дематериализацией переданных интеллектуальных данных, а цель последней – максимально прозрачное представление процессов, происходящих в мире»[6].

---

[1]Морен Э. Метод. Природа Природы / Перевод с французского Е.Н. Князевой. М.: Канон, 2013.

[2]Мамфорд Л. Миф машины. Техника и развитие человечества //URL:http://gtmarket.ru/laboratory/basis/3115. (дата обращения: 05.03.2016).

[3]Фуллер С. Природа как артефакт - и что значит быть человеческим существом // Онтологии артефактов: взаимодействие «естественных» и «искусственных» компонентов жизненного мира. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012.

[4]Там же. С. 83.

[5]Там же. С. 84.

[6]Там же. С. 85.

Свою причастность к божественному человек также зафиксировал в своей способности видеть мир всеобъемлющим образом, предвидеть последствия своих действий и преодолевать различие между человеком и Богом с помощью «максимально эффективных артефактов»[1].

По мнению С. Фуллера, представляя собой артефакт, человек существенным образом отличается от тех артефактов, которые стали плодами и инструментами его жизнедеятельности. В этой связи эвристическим ходом становится введение различения надежных и ремонтопригодных систем[2]. Если «надежная система» обладает широким спектром возможностей, которые могут применяться в самых разных ситуациях, то ремонтопригодная система ««деконструирована»: ее создатель счел, что проще будет починить орудие в случае отказа или доделать его так, чтобы оно соответствовало своим задачам»[3]. Данное различение, спроецированное на человеческое существование, артикулирует проблему артефактичности человека. В этой связи люди являются и организмами (то есть ремонтопригодными системами) и механизмами (то есть надежными системами).

Человек как ремонтопригодная система - это организм, открытый эволюционным измерениям. Он делит с другими организмами единую природную среду обитания. Однако человек как надежная система неизменно играет роль повелителя природы, символизирующую богоподобие человека, его неизменную тягу к совершенству, выражаемому в обладании некоторой устойчивостью.

Сложносоставность человека и многообразие его установок определяет и его открытость ситуации (способность к изменениям), и его устойчивость, консервативность. Именно это парадоксальное сочетание оказывает влияние на эффективность человеческой деятельности, ее творческий и одновременно стабильный характер.

Артефактичность человека, имманентно присущая его способу бытия в мире, многолика. Возможно, анализируя различные смыслы артефактичности, целесообразно выделить различные формы артефактичности человеческой природы. Одну из них можно обозначить как исходную, естественную артефактичность. В основе нее лежит идея человека как творения высшего замысла (интеллектуального дизайнера), которое настойчиво проводит перфекционистскую линию в своем образе жизни, совершенствуя самого себя и наполняя мир результатами своей деятельности - артефактами. Другой вид артефактичности связан с тем, что человек, не удовлетворяясь естественными предпосылками своего существования, заложенными в его телесности, обращает свою перфекционистскую установку на биологические основы собственного существования. Фактически человек пытается осуществить

---

[1]Там же.

[2]См.: Bleed M. The optimal design of hunting weapons: Maintainability or relliability? // American Antiquity. 1986. № 51. P. 737-747.

[3]Фуллер С. Природа как артефакт - и что значит быть человеческим существом // Онтологии артефактов: взаимодействие «естественных» и «искусственных» компонентов жизненного мира. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2012. С. 87.

замысел управления собой как гибридом ремонтопригодной и надежной систем.

Эти две основополагающие позиции человека в мире могут дополняться промежуточными вариантами. Важно подчеркнуть, что когда речь идет о моральных проблемах в связи с влиянием биотехнологических артефактов на человеческую жизнь, суть этих дебатов можно свести к эссенциалистскому и элиминативистскому векторам.

В рамках первого подхода проблематизируется онтологическая значимость человека как артефакта и подчеркивается, что будущее человека является ничем иным, как будущим артефакта. Человек значим только как технологический артефакт, его естественные предпосылки существования слишком бедны и недостаточны для полноценной жизнедеятельности, следовательно, он должен быть усовершенствован. Представителями эссенциализма, в частности, являются современные трансгуманисты. Элиминативисты в этике отказывают проводить знак равенства между человеком как артефактом (например, таким, у которого проведено вмешательство в генетический аппарат и созданы предпосылки для появления тех или иных желательных черт) и человеком с естественными предпосылками своего развития. Классическим примером, выражающим сущность данной позиции, является позиция Ю. Хабермаса, жестко отстаивающего технологическое невмешательство в физическое основание личности с интенциями конструирования. Антагонизм упомянутых позиций указывает на особую сложность понимания человеком самого себя в мире и на попытку определить свое место в нем, играя категориями искусственного/естественного.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ЗАКАЗА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗАПРОСА НА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Твердынин Н.М., Тихонова О.А.

В условиях техногенного общества медицина превратилась в одну из наиболее высокотехнологичных отраслей, не уступая по внедрению качественно новых технологий таким традиционно лидирующим в сфере Hay-Tech областям как аэрокосмическая, электронная и ряд других. Этому немало способствовала качественно новых отношений социального заказа, которые стали складываться в наиболее промышленно развитых странах. Одновременное сокращение в них рождаемости и смертности привело к тому, что вопрос о продлении активного возраста граждан перешёл в разряд социально приоритетных. Помимо этого, рост числа высококвалифицированных специалистов, занятых как интеллектуальным трудом (белые воротнички), так и работой на сложном оборудовании (синие воротнички) привёл к необходимости поддерживать их высокую

работоспособность на достаточно высоком уровне. Таким образом, в обществе сформировался социальный заказ на такие медицинские услуги как ранняя диагностика, возможность проведения максимально быстрых и щадящих оперативных вмешательств, эффективных мер реабилитационного характера (от протезирования с использованием современных материалов до оздоровительно-реабилитационных мероприятий). Все три указанных направления потребовали не просто разработки новых технико-технологических разработок и их внедрения в медицинскую практику, но и привлечения результатов наиболее передовых исследований в физике, химии и биологии к медицинской проблематике.

Рассмотрим далее насколько каждое из трёх перечисленных направлений связано не столько с собственно медицинской проблематикой, но и с проблемами философии и социологии науки и техники. (Проблема ответственности, принцип прерывно-непрерывного развития, баланс эмпирического и когнитивного и ряд других положений, рассматриваемых в философии техники.)[1]

Если анализировать первое направление внедрения научно-технических разработок в медицину, то нельзя не отметить, что прорывные научно-технологические (революционные для своего времени) решения не только принципиально влияли на качество диагностики, но и сами являлись мощнейшей «опорной базой» для дальнейшего развития медицинской науки и практики в целом. Первым примером такого научно-технического решения было применение более ста лет назад в диагностических целях рентгеновского излучения. Далее последовали такие высокотехнологичные разработки как ультразвуковая диагностика, основанная на эффекте Пельтьеи компьютерная томография, базирующая на явлении ядерного магнитного резонанса. Данные примеры свидетельствуют о диалектичности взаимодействия как прикладного и теоретического, так, в более узком плане, научного и технологического, и «внутреннего» взаимодействия отдельных разделов медицины.

Прикладные разработки, воплотившиеся в качественно новые приборы и устройства, вызывали интенсивный, а в некоторых случаях и лавинообразный рост новых изобретений, и частных методик, носивших вторичный характер. В тоже время, накапливавшийся эмпирический материал приводил к тому, что появлялась база для дальнейших теоретических естественно-научных исследований, фундированных на этих новых результатах. Внутри же собственно медицинского сегмента применения новых технологий и оборудования нарастала кооперация между врачами различных профилей, что давало как возможность совершенствования частных методов лечения, так и обобщений на уровне теоретической медицины.

Каждый из перечисленных методов при своем появлении не исключает не исключает более ранний. Все они, продолжают развиваться примером может

[1]Лебедев, С.А., Твердынин, Н.М. Гносеологическая специфика технических и технологических наук. / С.А. Лебедев, Н.М. Твердынин // Вестник Московского университета им. М.В. Ломоносова. Серия 7 Философия 2008. №2 С. 44 – 70.

служить появлениеУЗИ с контрастированием в качестве развития туже ставших традиционными методов ультразвуковой диагностики.

Для щадящих оперативных вмешательств существует большое количество современных методов и частных методик, но все они в своей основе базируются на значительных успехах, которых добились в конструировании различных приборов и инструментов и создании качественно новых материалов, без которых сами эти приборы произвести было бы просто невозможно. Кроме того, новые материалы активно применяются в качестве имплантирующих. (Ещё несколько десятков лет назад не существовало технологий применения в этом направлении титановых сплавов, поскольку они прочно ассоциировались лишь с аэрокосмической техникой и сложными химическими производствами.) Кроме того, стремление сделать оперативное вмешательство не только максимально локальным, не затрагивающим соседние участки привело к тому, хотя руки хирурга и продолжают оставаться и всегда останутся главным инструментом, но количество оборудования, сопряжённого компьютерным оборудованием в единые комплексы, достигло невиданных ещё пару десятилетий назад масштабов. Весьма интересным полем для философских и одновременно технологических исследований в данной области является и изменение соотношения между временем подготовки к операции, временем проведения операции и временем профилактики современного оборудования в зависимости от степени его сложности.

Говоря о третьем направлении следует отметить, что социальный заказ в сфере ранней диагностики интересен тем, что в нём присутствуют в единении как общественная, так и индивидуальная составляющие. Взаимодействие этих компонентов в зависимости от конкретики социально-экономических условий пока недостаточно изучено, хотя и представляет большой интерес с социально философской точки зрения. Ведь возможности государства в деле медицинского обслуживания достаточно ограничены, хотя применительно к современной российской действительности можно говорить скорее о нереализуемом потенциале. Поэтому определение оптимального соотношения интересов государства в вопросах медицинской профилактики и интересов отдельных социальных групп граждан в этом вопросе должно стать не просто предметом рассуждений, а быть реализовано путем проведения масштабных междисциплинарных исследований с привлечением, помимо медиков, специалистов в области экономики, социологии, техно-технологических и других наук.

Общество всегда в той или иной степени занималось регулированием технического развития и внедрения научно-технических инноваций. Этот вопрос достаточно хорошо изучен.[1]Новизна же отношений социального заказа в современном мире состоит в том, что в техногенной среде интернет-пространство выступает самостоятельным игроком, гораздо более определяющим приоритетность запросов на весь спектр медицинских услуг по сравнению с тем, как это делали на протяжении последних полутора веков

[1]Грунвальд, Армин. Техника и общество. / АрминГррунвальд // М.: Логос, 2011. 160с. С. 33 – 47.

традиционные средства массовой информации (изначально – газеты и журналы, затем, радио, а в последние полвека, занявшее лидирующие позиции, телевидение). Разумеется, всегда остаётся такой мощнейший канал получения информации как межчеловеческое общение, но ведь он тоже претерпел изменения в соответствии с тонизацией общества: сначала почтовая переписка. затем телефон, а к настоящему времени общение с помощь компьютерной почты и электронных гаджетов.

Именно в силу обилия и просто переизбытка информации возникает целый ряд проблем, касающихся ряда противоречий, возникающих на стыке научно-технического, медицинского, этического, социально-экономического. Решение этих проблем может носить, по нашему мнению, только комплексных характер поскольку в современном социуме наличествует как высокая потребность в самых «продвинутых» методах лечения и диагностики, так формирование устойчивых ложных стереотипов по их использованию. Отсюда и качественно новые отношения социального заказа относительно медицинских услуг, основанных для всё возрастающего числа людей не только на достоверной информации и опыте, но и на иллюзии эффективной помощи, подчерпнутой в виртуальной реальности.

БОЛЬШИЕ ДАННЫЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКЕ И ПАРАДОКС СИМПСОНА[1]

Шевченко С.Ю.

В современной биомедицине наиболее громкие обещания кардинальных успехов зачастую связаны с конвергенцией био- и информационных технологий. Так, практически одновременно, в 2015 году администрация президента США и американский биолог и предприниматель Крейг Вентер заявили о крупных проектах по сбору больших геномных данных[2]. Обещано было полностью отсеквенировать («прочесть») геномы соответственно 1 и 2 млн американцев в течение ближайших 10 лет. Те же стороны двумя десятилетиями раньше конкурировали за наиболее быстрое осуществление проекта «геном человека», предполагавшего полное секвенирование всего одного человеческого генома. Предполагается, что собранные большие данные можно будет сопоставить с информацией, содержащейся в электронных медицинских картах, введенных во всеобщее употребление в США. Решение задачи по сопоставлению «историй болезни» и генетических данных потребует «нарастить узел» конвергенции дисциплин через привлечение средств когнитологии. Кроме того, ретроспективное исследование, даже такое масштабное, в рамках доказательной медицины обычно рассматривается лишь

[1]Доклад подготовлен при поддержке гранта РФФИ № 17-23-01017.
[2]Ledford, H. AstraZeneca Launches Project to Sequence 2 Million Genomes // Nature, V. 532(7600), 2016. P. 427.

как основание для проведения проспективного исследования, в котором гипотеза сформулирована до начала основных исследовательских процедур. Однако оба вида биомедицинских исследований уже сегодня в контексте персонализированной медицины используются для поиска предикторов ответа на лечение и, соответственно, для формирования субпопуляций среди пациентов, имеющих одинаковый клинический диагноз[1]. Естественно, наиболее пристальное внимание в рамках последующих исследований будет приковано к тем подгруппам пациентов, в которых имеющиеся или разрабатываемые препараты демонстрируют наибольшую эффективность. Таким образом, наиболее очевидный социогуманитарный риск такого исследовательского подхода в биомедицине связан с произвольностью ограничения объекта исследования. Согласно операционалистской версии философии науки, каждая дисциплина характеризуется именно собственным способом задания объектов. Однако, согласно биоэтическому принципу справедливости, если, к примеру, пристально исследуется реакция на противораковую терапию популяции больных меланомой с мутаций в гене BRAF, то примерно столько же внимания должно быть привлечено к исследованию эффективности лечения в группе без мутации, даже если для этой группы пациентов сегодня не существует специфических средств терапии. Тем более, что распределение пациентов между группами примерно равное. Доказательство эффективности в контексте произвольно выделяемых групп (даже в рамках проспективных исследований) представляет собой серьёзную методологическую проблему, связанную, в том числе, со статистическим парадоксом Симпсона (парадоксом объединения). Не случайно биомедицинская иллюстрация парадокса является одной из наиболее популярных: «Клинические исследования показали, что среди мужчин с заболеванием Y, принимавших препарат FIXIT-Y доля выздоровевших была выше, чем в группе, принимавшей плацебо, тот же результат показан и среди женщин. Однако в общей популяции доля выздоровевших выше в плацебо группе». Получается препарат рекомендован для мужчин и женщин с диагнозом Y, но не рекомендован для людей (т.е. мужчин и женщин вместе) с этим диагнозом[2]. Математически: $2/8>1/5$ и $4/5>6/8$, но суммарно (при объединении групп: $6/13<7/13$). Тем самым произвольный выбор биомаркеров и формирование субпопуляций вне эпистемических оснований (например, связи с этиопатогенезом) может привести выработке противоречивых клинических рекомендаций по использованию препаратов для всех и ни для кого.

[1]Chen YC, Chen JJ. Ensemble survival trees for identifying subpopulations in personalized medicine // Biometrical journal V. 58, Issue 5, 2016. P. 1151–1163

[2]Malinas G., Bigelow J. Simpson's Paradox //The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2016 Edition). URL: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/paradox-simpson/>.

ВЫЗОВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ВЗАИМОМОДЕЙСТВИЯ БИОМЕДИЦИНСКИХ, ГЕНЕТИЧЕСКИХ И IT-ТЕХНОЛОГИЙ

Яскевич Я.С.

Персонализированная медицина (ПМ) как новое, набирающее силу направление медицины, основывается на применении геномных, молекулярных и информационных данных с целью наилучшего, точечного предоставления услуг здравоохранения, содействия открытию и клиническим испытаниям новых продуктов, помощи в определении предрасположенности конкретной личности к особому заболеванию или состоянию.Сегодня идут дискуссии о том, как новая медицинская модель повлияет на существующую систему здравоохранения, а также общество в целом, каковы здесь выгоды и риски, как изменится здравоохранение и как предстоит действовать медикам в новых условиях) [1].

Прежде всего, изменится социальная роль врача и пациента. Пациенту предстоит занять более активную роль в условиях здравоохранения XXI в., взяв больший объем ответственности за свое здоровье, чем это было в условиях господства традиционной медицины. Предметом действия врача становится не только актуальное состояние организма пациента, но и потенциальное, т.е. то, что *может быть в будущем*. Врачам придется работать с огромными объемами информациии все в большей степени полагаться на партнерскую модель взаимоотношения с пациентом, который в своей роли будет переходить от минимального информирования к активному участию при оказании ему медицинской помощи в условиях техномедикализации и«электронного здравоохранения» (eHealth). Рациональные формы оценки возможностей персонализированной медицины и «электронного здравоохранения» ставят задачи перед современной медициной о включении в ее содержание разработку организационных, психологических и правовых измерений, соответствующих кодексов, рекомендаций и экспертных выводов. В этом контексте обращается внимание на такие принципы, как *откровенность и достоверность медицинских услуг и информации, конфиденциальность, информированное согласие, уважение частной жизни, высокое качество коммерческой и профессиональной практик*. Активное внедрение информационных технологий, как отмечают аналитики, означает ничто иное как «конец частной жизни».Возникает вопрос: как защитить частную информацию и насколько это возможно в современных условиях? Как обдуманно и этично подходить к использованию данных о пациенте, насколько открыта проблема его полного информирования по сравнению с традиционными этическими нормами об информировании пациента в зависимости от «разумения» врача и действия «в интересах пациента». Особого внимания заслуживает и проблема защиты пациента от несанкционированного вмешательства в работу медицинских аппаратов, подсоединенных к Интернету во имя безопасности пациента из-за возможных действий со стороны злоумышленников и возможностью вмешательства,

например, в работу биостимулятора сердца пациента. Онлайн помощь и защищенность пациента при этом ставится под вопрос. Активность, автономность и участие пациента не должны стать заложниками обязанностей пациента при этом, что может отразится, в частности, на стоимости его медицинской страховки, формировании программ генетического скрининга пациентов с учетом данных о пациенте в рамках персонализированной медицины, расширении возможностей интенсивного использования допингов у спортсменов, «патентования генов» и соблюдения гражданских прав при подобной практике, созданиея неолюдей на основе интенсивного использования *НБИК технологий* (нано-, био-, инфо-, когнитивные науки). Открытой проблемой современного общества в рамках его генетизации становится проблема сохранения собственной идентичности. Благодаря новым возможногтям медицины и технологиям, меняется само понятие человека и условия его идентичности, которую можно сегодня корректировать, менять и конструировать по индивидуальному выбору в условиях использования генетических и репродуктивных технологий. С развитием персонализированной медицины трудно будет скрывать факт рождения от донора, что потребует отказываться от анонимности, т.к. данный индивид и другие дети, рожденные с с использованием генетического материала этого донора, могут выступать заинтересованными лицами. Эмбриологи, несомненно буду заинтересованы в конструировании генетически не родного (поскольку при использовании «некачественных» гамет родителей риск нарушений и ошибок более велик), но «качественного эмбриона» без проявления мутаций и хромосомных нарушений у него. С развитием же гендиагностики и ее методов шансов у родителей гамет будет все меньше Это влечет за собой цепь вопросов из области социальной коммуникации: что означают понятия «собственный ребенок», «собственный отец», «собственная мать» и др. и самый главный вопрос: не уходит ли в прошлое сакрализация тела и его частей, автономия и идентичность в рамках генетического братства людей и генетизации общества? Сумеет ли человек распорядиться своей увеличившейся властью, которой должна соответствовать *новая этика обращения с Живым*? Чтобы ответить на этот вопрос, надо, прежде всего, иметь в виду следующее: генная технология — не универсальное средство, а продуктивный метод, который может быть применен в биотехнологии, клеточной биологии, генетике человека и с помощью которого человечество может продвинуться еще дальше: улучшать в будущем основы наследственности человека, победить многие болезни; эффективность новой технологии, виды и объем ее применения должны определяться в ходе научных и общественных дискуссий, которые уже выявили две основные позиции: одна, более слабая (меньшинство) — скептическая оценка генной инженерии, другая, более сильная — оптимистическая; возможность распоряжаться жизненными процессами не должна привести к злоупотреблениям. Следует иметь в виду, что конструирование новой жизни может стать злом, потому что эта жизнь начинает существовать самостоятельно и воспроизводить сама себя. Сегодня генная технология и биотехнология могут вмешиваться в судьбу человека. Уже

становятся реальными: направленное изменение наследственного материала; идентичное воспроизведение генетически запрограммированной особи (клонирование). В случае неудачно завершившегося эксперимента с геномом человека устранение ошибок в «конструировании» уже невозможно; ошибочно «сконструированный» геном не остается единичным неудавшимся объектом, он способен к распространению (передаче потомству); характер взаимодействия «новых» генов с геномом в целом все еще изучен недостаточно, и перестройка генов зародышевых клеток может приводить к непредсказуемым последствиям. Появится и сложность оказания помощи пациентам психиатрии в рамках персонализированной медицины в силу трудностей соблюдения принципа *недобровольности лечения.* И ориентации на *парадигму защиты и гарантий гражданских прав* лиц, страдающих психическими расстройствами. При этом возникает еще один этический аспект, связанный с необходимостью лечения больного в условиях психиатрического стационара и оказаниия медицинской помощи пациентам с учетом их гражданских прав, а не только в изоляции представляющих опасность душевнобольных. Поэтому здесь очень важно при принятии решения о диагнозе, а значит, о методах лечения, полагаться не только на свое собственное мнение оказывающего помощь врача в рамках персонализированной медицины, но и прибегать к некоему консилиуму, коллективному мнению, своих коллег во избежание осложнений болезни. Этические *проблемы наркологии*– еще одна сторона этической проблематики психиатрии в рамках персонализированной медицины. Главной здесь является *нравственная сторона отношения к больным***.** В наркологии, как и во всей медицине, должны работать принципы – *автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость* – и пять этических норм – *правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность.* Вместе с тем отношение в обществе к больным алкоголизмом и наркоманией остается сложным и напряженным. Наши убеждения и ценности, жизненный опыт, взаимодействия с другими людьми, эмоциональный компонент, который иногда определяет наши отношения в большей степени, чем знание фактической информации – все это, как правило, приводит к тому, что лица, употребляющие наркотики или страдающие алкоголизмом, обычно рассматриваются как аморальные, безвольные, греховные и неизлечимые. Биоэтика напоминает, что человек, злоупотребляющий психоактивными веществами, такой же человек, только попавший в беду. Отношения, которые обеспечивают такому больному чувство собственного достоинства и самоуважения, гарантируют ему личную защищенность и неразглашение информации, будут способствовать их включению в процесс лечения в рамках ПМ, рождаЯ оптимистические ожидания на будущее. Этико-правовые нормативы психиатрической помощи в рамках персонализированной медицины должны включать такие понятия, как моральная автономия душевнобольного на всем пространстве его взаимодействия с психиатрическими службами, гуманность, благоразумие и др. Включение основных положений биоэтики в наркологическую практику может быть

существенным резервом повышения престижа и эффективности наркологической помощи и должно стать важнейшим условием ее оказания в процессе развития персонализированной медицины. Одним из актуальных направлений современной медицины является разработка и внедрение в практику морально-этических *аспектов помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.* Эти проблемы также тесно связаны с этическими проблемами наркологии, поскольку большинство ВИЧ-позитивных являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН); моральными аспектами человеческой сексуальности (группами, уязвимыми в отношении ВИЧ/СПИД, являются мужчины-гомосексуалы, женщины, работающие в секс-бизнесе, люди, применяющие небезопасные сексуальные практики). Этические аспекты оказания помощи таким людям зачастую пересекаются с различными проблемами медицины, социальной помощи, политики и права, связанными с ВИЧ/СПИД. С развитием персонализированной медицины работа по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом потребует разработки новых морально-правовых правил и стандартов. Таким образом, в условиях новых, глобальных вызовов безопасности здоровья человека, современная персонализированная медицина и биоэтика в их социальном контексте открывают новые перспективы дальнейшего анализа этических аспектов применения инновационных биотехнологий в биомедицине и генетике. Кроме принципов защиты индивидуальных прав человека в биомедицине, сегодня актуализируются и такие глобальные социально-коллективистские принципы, как солидарность и сотрудничество, совместное использование благ и защита будущих поколений.

Литература

1. Рабочие тетради по биоэтике**.** Вып. 21: Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ): сб. науч. ст. / под ред. П. Д. Тищенко. — М. : Издательство Московского гуманитарного университета, 2015. — 208 с.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

БИОСОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПАЦИЕНТСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ[1]

Гребенщикова Е.Г.

В конце прошлого века американский антрополог П. Рабиноу предложил концепцию биосоциальности, связав развитие генетики с новыми формами социальной идентичности и общности, возникающими на основе знаний о геноме человека. Подобно тому как классовые, этнические, возрастные и т.п. характеристики соотносят человека с теми или иными группами, особенности

[1] Тезисы подготовлены при поддержке гранта РФФИ, проект № 17-03-00784.

наследственности могут выступать маркерами его "биологического гражданства" (Н. Роуз, К. Новас).

Безусловно, и до проекта "Геном человека" существовали пациентские сообщества и организации, однако, вместе с изменением представлений о причинах болезней возникли новые социальные связи, фиксирующие трансформацию стиля жизни, отношения к своему здоровью и другими людям, имеющим сходные профили риска. В первую очередь речь идет о генетической предрасположенности, которая часто имеет вероятностные измерения и нередко предполагает принятие важных решений еще до появления симптомов заболевания. Но если первые пациентские организации фокусировались на социальной и экономической поддержке больных людей и их семей, а также на улучшении клинической помощи. То следующим этапом стали социальные инициативы, поддерживающие научные исследования, учреждающие фонды и биотехнологические компании. Наиболее известным примером является деятельность компании "PXE International", организованной Шарон и Патриком Терри, дети которых страдали от тяжелого наследственного заболевания соединительной ткани (эластическая псевдоксантома). Изучив опыт других организации, "PXE International" создала реестр пациентов, банк биологических образцов, инициировала и финансировала исследования, ускорив открытие генетической мутации, вызывающей болезнь. Ш. Терри была включена в соавторы двух статей, опубликованных разными исследовательскими группами, а также в заявку на патент, который в конечном итоге был передан организации. Слоган сайта "PXE International" "Мы все можем быть учеными! Нажми чтобы узнать как!". Соответственно, обучение других объединений пациентов является одной из важных задач организации в настоящее время. Большое значение для развития "PXE International" имела нацеленность на получение научного результата, необходимого для помощи больным людям по всему миру, а не коммерческой выгоды. Создание сообщества стало важным шагом для решения психологических проблем людей, которым необходимо понять и принять факт развития заболевания, его неблагоприятный прогноз.

Оптика биосоциальности представляет интерес не только для экспликации социальных инициатив, возникших в связи с развитием генетики, но в более широкой теоретической перспективе для понимания различных сетевых структур, которые активно развиваются в виртуальных пространствах. Наиболее известные онлайн платформы CureTogether и PatientsLikeMe объединяют разных людей из множества стран, имеющих общие проблемы со здоровьем. Предоставляя возможности для обмена опытом и информацией, а также психологической поддержки, они оказывают существенную помощь и в тех случаях, когда речь идет о генетическом заболевании или патологии средств лечения которой пока нет. Биологическая идентичная расширяет пространства социальной коммуникации, переоценивая культурно обусловленные представления о болезни.

Вместе с тем, подобные интернет-структуры имеют явно выраженную коммерческую направленность, активно сотрудничают с врачами и

исследовательскими организациями[1], демонстрируя специфику современного биокапитализма. Как правило, у пользователя нет выбора: он или принимает условия обработки информации на сайте, или не получает возможности этой коммуникативной площадки. Таким образом, разные параметры социальной жизни дополняют биомедицинские данные и становятся важным исследовательским ресурсом. В таком контексте неизбежно встает проблема "конца частной жизни" – способов защиты конфиденциальности и интересов индивида в век "больших данных". Интересы отдельных пациентов и их групп могут входить в конфликт с целями структур общественного здравоохранения. «Частная жизнь, – отмечает А. Каплан, – не очень-то подходит тому складу ума, который характерен для работников общественного здравоохранения. Для них вопрос стоит так: сколь многого можно добиться, если полностью выбросить в окно защиту частной жизни?»[2]. Необходимость разработки международных этических нормативов для защиты частной жизни занимает важное место в повестке Всемирной организации здравоохранения, при этом с развитием новых технологий её актуальность только нарастает. Последние дискуссии вокруг "больших данных" генетических компаний "Ancestry.com" и "23andMe" продемонстрировали неоднозначность реакции на ситуации, когда правоохранительные органы по решению суда запрашивают биометрическую информацию граждан.

Еще один аспект рассматриваемой проблематики связан с дискурсом антиципации, характерным для подобных сообществ, где отчаяние и рациональность переплетаются в социотехнических мнимостях, формируя своеобразную "политическую экономию надежды" (К. Новас) групп пациентов и их родственников и открывая все больше возможностей для активной колонизации будущего в сфере "заботы о себе". Общие интересы формируют особые режимы "распределенных ожиданий", способных мобилизовать необходимые ресурсы для поиска и решения проблемы, но вместе с тем, возникают побочные эффекты медикализации.

Новые взаимоотношения науки и общества, используя потенциал социального активизма и краудфандиноговых ресурсов, не конкурируют с традиционными формами научных исследований и разработок, но дополняют их, демонстрируя возможности внеинституциональных форм производства знания в решении сложных социально значимых проблем. Более того, они расширяют перспективы сотрудничества институциональных структур с заинтересованными пользователями, обеспечивая быстрое продвижение новых продуктов и технологий в биомедицине.

[1] Ongoing Studies // URL: http://curetogether.com/blog/ongoing-studies/
[2] Enserink M. Risk of exposure // Science. 2015, 30 January. Vol. 347, N 6221. P. 499.

ГУМАНИЗМ КАК ЭТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Дроздова В.А.

Социальная политика как часть государственной политики должна быть направлена не только на стабилизацию социальных отношений, улучшение уровня жизни населения, но и, в первую очередь, должна видеть своим объектом Человека, то есть быть гуманистически направленной. Быть гуманистически направленной – значит делать так, чтобы и духовные потребности удовлетворялись наравне с материальными для того, чтобы не было дисгармонии, так как человеческая жизнь не ограничивается лишь материальной стороной.

Именно с целью оказания социальных услуг и обеспечения социальной защиты всем слоям населения 23 апреля 1991 года в Российской Федерации было введено на законодательном уровне такое направление профессиональной деятельности, как социальная работа. Целью социальной работы как деятельности является оптимизация механизмов социального функционирования индивида или социальной группы в социокультурной среде. Социальный работник в своей профессиональной деятельности должен обладать следующими качествами: легкостью выражения эмоций, эмоциональной открытостью и теплотой, коммуникабельностью, способностью к эмпатии, оптимальным уровнем тревожности, толерантностью и стрессоустойчивостью. Следовательно, социальный работник должен обладать такими качествами, которые на психологическом уровне будут способствовать увеличению степени самостоятельности получателя социальных услуг для контролирования своей жизни, а также для эффективного разрешения возникающих проблем.

Важно понимать, что социальный работник не сам полностью решает проблемы получателей социальных услуг, но помогает в создании таких условий, при которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности для разрешения конкретной ситуации с большей эффективностью. То есть в социальной работе всегда есть место для выбора самого получателя услуг хотя бы потому, что обращение за помощью является добровольным.

В узком смысле социальная работа – деятельность, направленная в большей степени на создание условий, в которых человек сам сможет решить собственные проблемы без обращения в какие-либо структуры. Но ведь социальная работа – это деятельность с формой отношений «человек – человек». Здесь мы видим противоречие, которое, однако, можно объяснить и, таким образом, снять. Деятельность без непосредственного контакта с человеком, направленная на удовлетворение социальных потребностей, – это социальная политика государства. Можно говорить, что в некоторой мере она лишена эмоциональной, эмпатической окраски, тогда как в процессе социальной работы имеется непосредственный контакт с человеком, с

Личностью. Прежде всего важно видеть в человеке личность, видеть все специфичные особенности человека, его индивидуальность. Следовательно, становится необходимым найти подход к каждому человеку, ведь порядок в человеческой мысли ведет к материальному благополучию, поэтому качественная психологическая помощь всегда будет эффективнее, чем постоянные материальные выплаты, которые могут привести к тому, что человек разучится самостоятельно решать собственные проблемы.

Таким образом, мы можем говорить, что гуманизм, рассматривающий человеческую жизнь, человеческий выбор как главную ценность, является важнейшей категорией в социальной работе. Здесь необходимо рассмотреть категории человеческого выбора и свободы, которые неразрывно связаны друг с другом. Выбор – это осознание человеком жизненной развилки, а свобода – действие, совершаемое им в соответствии с этим осознанием. И свобода является отнюдь не свободой от чего-либо (то есть отсутствием ответственности), а наоборот, свободой для дальнейшей деятельности, потому что она опирается на внутренний нравственно ориентированный мир человека.

Следует упомянуть, что наряду с такими функциями социальной работы как социально-терапевтическая, организационная, адвокатская и аналитическая, существует также нравственно-гуманистическая функция, которая призвана придавать социальной работе высоко гуманистические цели и формировать у получателей социальных услуг нравственно ориентированные взгляды для их достойного функционирования в социуме. Таким образом, человека, с одной стороны, можно рассматривать только как цель и никогда как средство (Кант), но с другой – человек всегда незавершен, он всегда движется в сторону, делая свой выбор, никогда не стоит на месте (Сартр). Задача социальной работы состоит в том, чтобы показать уникальность человеческого бытия, которая бы послужила опорой для решения других не менее важных задач данного направления.

ДИСКУРС-АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОПЫТА И СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА

Кириленко Е.И.

Убеждение в тои, что финансирование – главное условие оптимизации системы здравоохранения, не достаточно обоснованно ни эмпирически[1], ни методологически. Ограничения заданы пресловутым тезисом: финансы решают все, методологической лимитацией проблемы: вынесением субъектной составляющей за скобки анализа ситуации.

В результате имеем в системе бесплатной медицинской помощи огромные очереди, задавленных нормативами по количеству приема пациентов и

[1] «Само по себе повышение заработной платы еще не приводит к повышению компетентности врача и его заинтересованности в улучшении показателей своей деятельности…». - Калева Н.Г. Качество медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе в условиях роста финансирования здравоохранения» //Вестник Ивановской медицинской академии.2008.Т. 13. №3-4. С.17.

оформлению документации врачей[1], теряющих квалификацию, профессиональный интерес к пациентам специалистов[2]. На уровне платной медицины отмечается ее малая доступность в силу высокой стоимости услуг, избыточность назначений для «комплексного обследования пациентов»[3].

Преодолевая ограниченность классической гносеологической парадигмы (с ее акцентуацией рационалистической доминанты, картезианским принципом очевидности), методология дискурс-анализа позволяет выстроить гибкое и динамичное взаимодействие дискурсов разного уровня, их взаимосогласование; преодолеть известную умозрительность, концептуальных построений, обеспечить связь с культурным контекстом, реальной жизненной практикой, ограничить односторонность доминирующего дискурса, статичность концептуального высказывания, задавая динамизм, подвижность его внутренней структуры.

Методология дискурс-анализа ориентирует на соотносительный анализ дискурсов, текстов и культурного контекста. Соответственно, обратимся к анализу дискурсов о здоровье/болезни. Они воплощаются в соответствующих текстах, формируют изменчивую и подвижную реальность социальной жизни. В свою очередь, они испытывают встречное воздействие культурного контекста. Культурный контекст может пониматься как система основных координат (представлений о здоровье, болезни, лекарственной практике, фигуре врача, модели поведения больного, стандартах телесности), которые ассоциируются с культурной нормой.

Медицинский дискурс – среда высказываний, содержательно определяемая полюсами значений здоровье-болезнь. Медицинский дискурс может существенно влиять на формирование доминирующих культурных смыслов (проблема медикализации культуры).

Вместе с тем он может стать предметом борьбы за символическую власть (П.Бурдье). Агентами высказываний могут быть профессиональное научно-медицинское сообщество, управленческие структуры, производители средств лечения, пациентские сообщества, носители альтернативных медицинских практик и т.д.

Возможна ситуация согласования позиций и/или выстраивания иерархии доминирования. При этом агенты доминирования с необходимостью учитывают позиции конкурентов, поскольку монополия никогда не может

---

[1] См., например: Казанова С.Ю. Профессиональный портрет регионального поликлинического офтальмолога //Национальный журнал глаукома. 2014. №1. С.47-54.

[2] Яркина О.С. Синдром эмоционального выгорания у врачей в контексте личностно-профессионального развития: симптомы и предпосылки. Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2008. № 3 (59). С. 307-311.

[4] Никитина О.А. Проблема восприимчивости российского потребителя к платной медицине // Модели, системы, сети в экономике, технике, природе и обществе. 2012. № 1 (2). С.190.

[2] Бурдье П. Социальное пространство и символическая власть [Электронная версия]. – Режим доступа: http://gtmarket.ru/laboratory/expertize/2006/883

быть абсолютной. Победитель нуждается в побежденных. Как показал П. Бурдье[1], успех в конструировании социальной реальности обеспечивается, во-первых, определенным символическим капиталом, социальным доверием и, во-вторых, содержательной адекватностью в выстраивании отношений «слов» и «вещей». Как возможна организация этого типа связей?

Медицинский дискурс реализуется в культурных текстах. Одно из направлений, формирующих общественный медицинский дискурс, – разнонаправленная сфера научно-медицинского поиска. Анализ этой сферы, выявление возникающих тематических направленностей позволяет прорисовать сложную множественность культурных высказываний, обозначить почву, смягчающую жесткость управленческой доминанты.

Эта множественность позиций позволяет представить круг идей, учет которых может обеспечить эффективность соответствующих социальных практик.

Исследование многосоставности, полиморфности медицинского опыта – в той мере как он оформляется в научно-исследовательской сфере, – позволяет зафиксировать следующие тематизации: связь медицинских практик с культурным контекстом (когда культура ассоциативно связывается не только с «культурой клеток» или физической культурой, но мыслится как смыслопорождающая реальность)[2], внимание к опыту альтернативных медицинских практик (народной медицине, гомеопатии)[3], регионализацию и конкретизацию в сфере исследования медицинского опыта[4], анализ моделей поведения пациентов, акцентуацию их полномочий [5].

---

[2] Наролина В.И. Новые реалии в обучении языку медицины, культуре и общению //Язык медицины. Международный межвузовский сборник научных трудов в честь юбилея В.Ф. Новодрановой. Самара, 2015, С. 215-225; Шестерикова О.А. Проблемы дегуманизации в культуре: медицина и война // Информация–Коммуникация–Общество. 2015. Т. 1. С. 163-166; Гребенщикова Е.Г. Медицина в горизонте культуры: амбивалентность медикализации // Вопросы культурологи. 2011. №1. С.75-80.

[3] Вахмистров А.В., Лунин В.Л. Гомеопатия при профилактике и лечении острых респираторных вирусных инфекций //Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т.ХУ. №1. С.85; Ермакова Е.Е.Медицинские практики в бытовой культуре коми юга Тюменской области //Известия Коми научного центра УрО РАН. 2016. №4 (28). С. 142-154.

[4]Савина А.С., Миняева А.В., Петушков М.Н., Лихуша П.С., Лапина Г.П. Сезонные колебания заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями жителей села Медное. Способы защиты //Качество и экологическая безопасность пищевых продуктов и производств. 2016. С. 196-200; Колосов А.С. Прошин А.В. Зависимость заболевания острыми инфекциями дыхательных путей от суровости погоды в зимний период года (на примере города Кирова) //Международный научно-исследовательский журнал. 2016. 1(43). С.58-59; Кириллова Н. В Барнауле зафиксирован рост заболеваемости простудными заболеваниями. Четыре способа не заболеть [Электронная версия]. – Режим доступа: http://www.epaltay.ru/index.php?catid=41:2009-11-10-02-59-30&id=8163: 2014-09-22-06-53-54&Itemid=99&option=com_content&view=article

[9]Широкова И., Сидорова И. Поведение россиян при простуде и гриппе: оценки социологов и аналитиков //Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2015. № 10. С. 38-42; Файнштейн А.Б., Седова Н.Н. Что знают пациенты о своих правах//Социология медицины - реформе здравоохранения Материалы первой Всероссийской научно-практической конференции. 2004. С. 155-166.

АНТРОПОЛОГИЯ БИОМЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

ФИЛОСОФСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Алехина Е.В.

1. Биомедицинское образование в наших медицинских вузах с необходимостью ставит проблему его соответствия новейшему этапу и особенностям развития научного знания - *парадигме постнеклассической науки и рациональности.* В ней учитываются соотнесённость знаний об объекте с ценностно-целевыми структурами деятельности, с культурологическим контекстом исследовательских программ.

В философии постмодерна осознаётся также опасность дегуманизации образования, в котором знание приравнивается к некоему количеству информации, отделяется от духовно-нравственных условий формирования личности и рассматривается с чисто утилитарной стороны. Основным вопросом становится вопрос о противоречии знания и понимания: на фоне всеобщего стремления «знать – уметь – владеть» есть разрыв знания и понимания: студенты знают «как», но не понимают «почему и зачем», не понимают основы, источника и цели полученных знаний, накопив частную информацию, не понимают смысла целого. Неизбежно такое знание становится бесполезным и даже вредным с точки зрения общего блага. В противовес этому в качестве образца М.Фуко рассматривает систему воспитания в традиции античной и христианской школы, где главным условием получения знания и постижения истины было нравственное воспитание учеников и отход от пристрастий, одухотворенный разум, преображение личности. В результате субъекту открывалась Живая Истина, которая озаряет и переживается как спасение.[1]В этом смысле истинное образование - это, прежде всего и изначально - просвещение.

Традиционные принципы образования особенно важны на современном уровне развития науки, объекты исследования которой включают человека и ценности его жизни в качестве главного своего компонента. Медико-биологические объекты, человеко-машинные системы, биосфера в целом сближает естественнонаучное и гуманитарное познание, ставит задачу их глубокой интеграции. Отказ от прежнего наукоцентризма приводит к тому, что современное научное знание не только не исключает до-научные и вне-научные формы и типы знания (миф, религия, искусство), но и взаимодействует с ними. Однако позиция антисциентизма двойственна. С одной стороны, утверждая ограниченность сферы влияния «научного разума» в познании феномена человеческой индивидуальности, призывает к возврату к ценностям, к персонализированному подходу к человеку (в медицине), резко возражает

[1]Фуко М. Герменевтика субъекта // Социологос. М., 1991. С. 287.

против унификации. С другой стороны, наблюдается тенденция «долой Logos», основанная на постхристианском мировоззрении NewAge, растет интерес к восточным религиям, реинкарнации, йоге, оккультным энергиям, эзотерике. С этих позиций оправдываются антинаучные теории и практики (о серьёзности ситуации свидетельствует тот факт, что у нас на 600 тыс. дипломированных колдунов-магов приходится столько же врачей).

2. Задача гуманитаризации медицинского образования делает необходимым философско-методологическое и ценностное обоснование учебно-профессиональной подготовки будущего медицинского специалиста. В связи с выдвигаемыми В.И. Моисеевым, В.И. Харитоновой и др. идеями о «создании в стране вспомогательных профессий и подготовки специалистов в области медицинской антропологии и биоэтики» представляется важным определить содержание и отношение понятий.

Медицинская антропология заявляется как междисциплинарное научное направление, сферой интересов которой является изучение факторов, влияющих на здоровье индивидов и социальных групп, в том числе формы и традиции врачевания (различия между представителями разных социальных и этнокультурных групп в их отношении к здоровью, к санитарным условиям быта, к лечебно-медицинским учреждениям, к личной гигиене и пр.). Она должна объединить гуманитарное и естественнонаучное направления: социальную, культурную и биологическую антропологии. *Биологическая антропология* – отрасль естествознания, изучающая происхождение и эволюцию физической организации человека и человеческих рас. *Психологическая антропология* – отрасль этнопсихологии и культурной антропологии. *Антропософия* (в биомедицинской трактовке*)* - концепция здорового образа жизни. *Антропология биомедицины* используется в значении *психология биомедицины,* изучающей этические проблемы психиатрии и психотерапии. *Философская антропология* – наука о человеке, его сущности, природе, происхождении и предназначении (смысле существования). По отношению к другим видам научных антропологий она имеет методологическое значение.

Позволим себе утверждать, что медицинская антропология – искусственно созданный предмет с расплывчатым содержанием, с помощью которого вытесняются такие традиционные и проверенные многовековым опытом дисциплины, как философия и этика. Подменяется также предмет новейшей дисциплины – биомедицинской этики. Согласимся с мнением И.АСеровой,что «для сохранения гуманитарной самобытности мы должны сохранить способность философски относится к себе и к своему здоровью, что не под силу предмету «Медицинская антропология».

Отметим мировоззренческую и воспитательную функцию философии и особенно философской антропологии, в которой ставятся проблемы сущности и происхождения человека, достоинства, возможностей и перспектив человеческого рода. С точки зрения философской антропологии вопросы так называемой «медицинской антропологии» носят частный характер, производны

от фундаментальных, каковыми являются философского-онтологические и мировоззренческие вопросы, определяющие то или иное их решение.

Возьмем, к примеру, обсуждаемую на предыдущей, 10 конференции проблему совершенствования природы человека. Из факта наличия «биологической недостаточности» А.И. Желнин правомерно ставит философско-онтологический вопрос: где основы бытия человека? Разделяя материалистическую, «смертническую парадигму», он не верит, чтосоциальный прогресс и научно-технические достижения могут спасти человечество от этой печальной перспективы.

В обосновании принципа интегрального (целостного) подхода в спортивной медицине О.С. Васильев обращается к восточной философской антропологии, определяя природу человека как «совокупность многих тел»: физического, энергетического, эмоционального, ментального. Не случайно здесь не упоминается душа, ибо постулируется, что сущность человека телесна. Следуя этой теоретической модели и традиции, он предлагает искать каналы, чакры, меридианы, практиковать гимнастику по типу Йога, Ци-гун, Тайцзи, медитацию.

Иные принципы понимания природы человека утверждают В.И. Моисеев и М.А. Рюмина. Согласимся с В.И. Моисеевым, что мало декларировать идею интегративности в медицине, необходимо создавать *теоретическую модель* человека и его жизни на основе *принципа дуальности* и целостности тела и экстрателесного фактора – души, внутреннего мира, духовных измерений. М.А. Рюмина подчеркивает *субстанциальность* природы человека. Если она отрицается и строятся планы по конструированию человека посредством генетических, психологических, социальных и виртуальных практик, то запускается процесс уничтожения человечества.

3. Какую нам следует выбрать теоретическую модель? Повторимся, что плодотворное творчество возможно только на основе собственной традиции и обратимся к нашей отечественной философской классике – к русской религиозной философии конца XIX – первой половины XX вв., в которой особо значима антропологическая проблематика. Развивая идеи Ф.М. Достоевского, она смогла критически оценить опасность упрощённого гуманизма в философии Нового времени, создавшей частичный образ человека. Из триметрии «тело-душа-дух» последняя её часть либо элиминирована как «метафизическая», либо отождествлена с «умом» и отдана на откуп гносеологии и логике. В конце концов, из всей древней триады бесспорным осталось «тело», что изменило вектор западно-христианской культуры. Отечественные философы убедительно показали, что дальнейшее движение человечества в этом направлении приводит к антигуманизму, наметили пути преодоления кризисного бытия человека.

Основой целостности человеческой природы считается или тело, или душа, а сам феномен *жизни* понимается или как «форма существования белковых тел», или объясняется наличием *души* и её источника – Жизнь Бога. Эту дилемму Н.И. Пирогов удачно представил так: или жизнь первична (душа – субстанция жизни тела) и её источник трансцендентен, или жизнь вторична

(души нет) и она есть следствие работы тела-механизма, «поломка» которого (прежде всего, сердца и мозга) приводит к смерти. Он, как и другой великий хирург и мыслитель святитель Лука (Войно-Ясенецкий), отстаивали учение о целостно-иерархической природе человека, находя на этой основе эффективные способы лечения и исцеления. Основываясь на христианском мировоззрении, они были убеждены, что разделение души и тела приводит к смерти, распаду тела, потерявшего формирующее начало. Душа же, лишенная духовной жизни, умирает, что приводит к болезни тела и распаду личности.

Ещё одно важные следствия целостно-иерархического понимания природы человека: обязанность по отношению к своему телу и материальному миру в целом, а именно - управлять ими на основе *духовных законов*. На сущностной связи тела с душой основана христианская истина о *воскресении в теле* для полноты жизни человека «в будущем веке». С.Н. Булгаков, рассуждая о смысле смерти с точки зрения судьбы телесности, подчёркивает свободу человека, являющего сотворцом себя самого: «В известном смысле можно сказать, что вся земная жизнь есть рождение, или, точнее, засеменение себя для вечности, и притом одинаково как души, так и тела, в силу общей принципиальной неразрывности их».[1]

Именно на этой мировоззренческой и теоретической основе можно противостоять угрозам потребительской цивилизации и антигуманного использования науки.

РОЛЬ ФАКТОРА ВРЕМЕНИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЕЗНИ, ЕЁ ПРОТЕКАНИИ И ЛЕЧЕНИИ

Балакшин В.С.

Жизнь тесно связана со временем,с умением распределять, измерять и беречь время. Следует развивать умение определять и чувствовать отрезки времени, следить за временем в процессе своей деятельности, ценить его и не тратить попусту. Время, предоставленное человеку, является одним из условий осуществления его возможностей. Различаются два времени: «количественное» и «качественное». «Количественное» или физическое время это –секунды, часы, дни, годы, календари. И «качественное», социальное, которое регулируется обществом. Время имеет форму ресурса, который можно потреблять, экономить, распределять. Наши возможности движения, развития, воспитания, саморазвития и самовоспитания, изменения, весь опыт, из которого складывается наша жизнь, тесно связаны с истекшим промежутком времени. Наша жизнь вообще-то складывается из мелочей, но именно из-за мелочей она и не складывается.

[1]Булгаков С.Н. О святых мощах (по поводу их поругания) // Труды по социологии и теологии: В 2-х т. Т.2.М., 1997. С.516.

С древности люди используют астрономическое время, планетные часы. До X века жрецы и монахи гораздо больше заботились о вечности, чем о времени. Время они отсчитывали по солнечным и водяным часам, а для регулирования ритма своей жизни вели подсчёт числа прочитанных молитв, пропетых псалмов и сгоревших свеч. Они считали, что Земля неподвижна, находится в центре вселенной, а Солнце, Луна, планеты и звёзды вращаются вокруг неё. Персы делили день на пять частей: от зари до восхода Солнца – время жертвоприношений; с восхода Солнца до полудня – световой день; с полудня до заката Солнца; с заката до появления звёзд и время молитв, продолжавшееся до ночи.

С тех пор, как в 1543 году был опубликован труд Николая Коперника «Об обращениях небесных сфер», в котором он утверждал, что Солнце является тем центром, вокруг которого вращаются планеты, что Земля вращается по орбите вокруг Солнца и вокруг своей оси. Благодаря орбитальному движению Земли происходит смена времен года, и возникают сезонные биоритмы, а за счёт суточного вращения происходит смена дня и ночи и суточные биоритмы.

Состояние человека, его бодрость и работоспособность определяются, кроме всего прочего, состоянием его здоровья, отсутствием болезней или их присутствием. «В этом смысле здоровье есть лишь достаточно сильная жизнь, в то время как болезнь представляет собой те или иные формы жизни ослабленной». Моисеев В.И.

Идея о связи между направлением времени и нарастанием беспорядка в привычном для нас по масштабам макромире принадлежит австрийскому физику Людвигу Больцману.

Беспорядочная жизнь вносит рассогласование в работу внутренних органов и может стать причиной различных заболеваний. В больнице наряду с операцией, стерильностью, капельницами, уколами, лечебными факторами являются распорядок дня, режим питания, приготовление пищи из качественных продуктов, чистота в палатах и местах общего пользования, доброжелательное отношение медперсонала к больным.

Прежде чем заболеть, попасть в больницу, на операционный стол, человек в своей реальной жизни вследствие ряда причин приобретает определенные заболевания. Эти заболевания возникают по ряду причин. По формуле Байеса можно оценить, какая из причин является наиболее вероятной причиной заболевания. Восстановление прошедшего можно произвести лишь в том случае, если известны априорные вероятности, то есть если уже предполагается какое-то знание о прошедшем, знание настоящего может его только уточнить. Применение статистических законов приводят к вполне определенным результатам только в том случае, когда мы выходим за пределы микроскопических масштабов, на которых болезнь возникает, и рассматриваем систему, состоящую из очень большого числа элементарных систем. То есть тогда, когда вступает в силу закон больших чисел и вероятностные распределения переходят в обычные распределения по состояниям.

Каждый человек имеет свою судьбу и будущность, которая индивидуальна и своя у него самого и у его современников. Это означает, что наше время наполнено различным содержанием и событиями, как положительного, так и отрицательного характера. Старение также индивидуально, как и жизнь. Время в нашем масштабе мы сопоставляем с совершенно произвольным «уровнем» жизни человека, причем между этим «уровнем» и моментом рождения не существует однозначной зависимости.

Если на человека подействует возмущающий импульс, в его сознании может произойти «квантовый скачок», который в дальнейшем будет определять его духовное и физическое состояние, в его масштабе времени и сам импульс и реакция на него являются достаточно неопределенными.

Элементарные процессы полагаются полностью обратимыми; необратимость возникает от сочетания большого числа элементарных взаимодействий. Но полного набора вероятностей ещё недостаточно для статистического разыскания причины болезни по следствию.

Говоря о вероятностях «apriori» и «aposteriori», то есть «до того» и «после того», до болезни, во время и после болезни, когда мы получаем дополнительные, уточняющие сведения, общая картина может проясниться. Без таких уточнений в вероятностные представления просачиваются субъективные ошибки. Второй канал ошибок связан с «информацией» и с субъектом, воспринимающим эту «информацию».

Причиной образования «песочка» и «камешков» в желчном пузыре может стать чрезмерное употребление пива, шашлыков, солений, но могут быть и другие. И «песчинка» и «камешек» состоят из большого числа атомов, соединенных между собой молекулярными связями, разорвать которые самостоятельно целительные силы нашего организма не в состоянии. Это приводит к необходимости лечения или хирургической операции. После операции больной получает целый перечень рекомендаций, которые ему необходимо соблюдать в течение определенного времени. Часто эти ограничения кажутся человеку невыносимыми, привязанность к определенному образу жизни и питания бывает так сильна, что у него возникает вопрос: «Зачем тогда вообще жить?»

«Теорема возвращения» Пуанкаре утверждает, что если система уже находилась в некоторой конфигурации, то с течением времени она много раз будет оказываться сколь угодно близко к этой же конфигурации.

Жить – значит обогащать свой ум. Количество приобретаемой информации всегда ограничено известным пределом, пропорциональным прошедшему промежутку времени. Прежде всего, необходимо приобретать полезную информацию, которая расширяет наши возможности и увеличивает созидательный потенциал, и избавляться от паразитной информации, которую мы часто накапливаем, хотя она бесполезна. Между сознательной жизнью и логическим мышлением существует очень глубокая внутренняя связь. Целое ограничивающим образом влияет на свою часть. Закон запаздывающих

действий – чисто статистический закон, так что к отдельным элементарным явлениям он неприменим.

«Ничто так не влияет на нашу жизнь, как неизбежное старение. Ничто не влияет на наши действия, как различие между прошедшим и будущим». Жан-Луи Ригаль.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПТЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЛОСОФИИ В ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ[1]

Власова О.А.

Феноменология и экзистенциальная философия представили для психиатрии, психотерапии и психологии новый взгляд, новые возможности работы с человеком и новые концепты, продуктивное развитие которых стало опорными этапами для теории и практики прикладной экзистенциально-фенологической традиции. В процессе перехода от философии к психиатрии, а затем к психологии концептуальный ряд трансформировался так же, как изменялась направленность интереса: от онтологического к антропологическому, а затем к психологическому. Особенно заметно подобное движение на примере понятий, которыми характеризовались метод и методологическая направленность теории и практики.

Методологический понятийный ряд экзистенциально-феноменологической традиции в психологии и психиатрии включает три группы концептов, которые объединяют рабочие понятия по сфере действия: 1) феноменологические – «феноменология», «феноменологическая установка», «феноменологическая редукция» и проч.; 2) герменевтические – «понимание», «интуиция», «герменевтика», «описательная и объяснительная психология», «структурный анализ» и проч.; 3) проблемно-предметные – «экзистенциальная аналитика», «экзистенциальный анализ», «экзистенциальная психология», «логотерапия» и проч.

Феноменологические концепты определяют исходную нацеленность экзистенциально-феноменологической традиции на работу с сознанием, однако даже эти коренные понятия претерпевают ощутимые изменения. Феноменологический взгляд в психиатрии, психологии и психотерапии описывает беспристрастный взгляд на мир пациента, в противоположность расчленяющему, симптомологически-синдромальному взгляду психиатрии как медицинской науки и практики. Он означает так же и безоценочное принятие, описание, наблюдение за сознанием и опытом больного, его миром в противоположность диагностическому взгляду врача. Феноменологические концепты снимают напряженность медицинского наблюдения и одновременно

[1] Работа подготовлена в рамках проекта РФФИ (ОГОН) 17-33-01064 «Сравнительный концептуальный анализ развития экзистенциально-феноменологической традиции в психиатрии и психологии».

обозначают попытку вскрыть причины, но причины не каузального, а фундаментального порядка.

Феноменологическая установка, феноменологическая редукция, феноменология как таковая в практике психотерапии и психологии позволяет посмотреть на отдельные проявления сознания больного не как на симптомы, или знаки, расстройства, но как на феномены сознания. Эта наблюдающая установка, более принимающая, более беспристрастная ближе практике работы с людьми и их миром, поскольку снимает характерную для медицины конфронтацию и позволяет философски, с желанием понять проявления сознания, углубляться в пациента.

Феноменологические концепты при этом всегда ограничиваются человеком. Того, что сам Гуссерль называл эйдетической редукцией, т.е. очищения до трансцендентального субъекта, не происходит. Психотерапевт и психолог проходят только первый редуцирующий этап, избавляясь от шаблонных трактовок, от оценочного взгляда, смотря на сознание и его феномены как таковые. В силу практической направленности, «самими вещами» психологии, психиатрии и психотерапии становятся феномены человеческой психики и человеческого мира. Родоначальник феноменологии в психиатрии и психопатологии Карл Ясперс расценивал феноменологию как метод точного представления психической жизни, подобно некоторым методам естественных наук, например, микроскопированию. Мы смотрим феноменологическим глазом на человека и просто наблюдаем, позволяя феноменам психики появляться перед нашими глазами поодиночке, а затем описываем их со всех сторон и фиксируем в истории жизни пациентов.

Однако феноменологические концепты позволяют представлять только отдельные психические явления, и у Ясперса было много феноменологических описаний памяти, внимания и проч. Эта стратегия характеризуется как описательная психология – она просто фиксирует, не говорит о мотивах, не связывает отдельные феномены, не дает набросков психологических портретов, по сути, еще не работает с личностью. Конструировать комплексы, обратиться к человеку можно только привлекая герменевтический ряд.

Герменевтические концепты позволяют схватить целостные комплексы психических феноменов, прояснив мотивы, цели поступков, обратившись к человеку во всей его полноте. Центральное герменевтическое понятие экзистенциально-феноменологической традиции – «понимание». Ясперс перенес его из филологии, истории, философии в психиатрии, а затем оно ушло в психотерапию и психологию, оказавшись в них как нельзя кстати. «Понимание» - корневое понятие для многих концептуальных рядов, поскольку в практических науках о человеке оказывается чрезвычайно продуктивно. Понять, по Ясперсу, - значит, вскрыть комплексы психических феноменов, в особенности, прояснить связи между ними. Именно информация о связях дает сведения о мотивах и целях, она позволяет прояснить индивидуальный смысл, поэтому всякая терапевтическая и консультационная стратегия по отношению к человеку есть понимающая стратегия.

Понимание поэтому есть центральная категория рассматриваемой традиции: вопреки сложившейся трактовке важности Гуссерля или Хайдеггера, приоритет в ней Ясперса несомненен. Одним понятием «понимание» он вдохнул жизнь в искусство психотерапевтической и психологической помощи. Если феноменология развивалась в задаче сохранения точной методологии в психиатрии, подхода, подобного подходу естественных наук, то понимающая психология, напротив, направлена не на объективизацию, а на субъективизацию. Феномены психической жизнь должны исследоваться как можно точнее, однако связать их в единство возможно только работая с индивидуальностью больного. Понимание не только приводит к прояснению мотивов и связей, не только дает психологический портрет личности, дает нам ее мир, словом, оно оживляет не только пациента, но и врача, терапевта.

Понять человека может только человек, так же полно чувствующий и мыслящий, богатство внутреннего мира или его обеднение возможно воссоздать только посредством не меньшего богатства понимания. Поскольку поле понимания – душа другого человека, исследователь и терапевт становится активной действующей силой, а не просто диагностом и регистратором психических феноменов. Работать с человеком теперь можно только одновременно работая с самим собой. Кроме того, понять можно только в коммуникации души с душой, будь то непосредственная коммуникация взаимодействия или опосредованная коммуникация внешнего наблюдения. Вовлекаясь в ситуацию понимания, терапевт или психолог меняет не только больного, он меняет себя. Так были заложены не только гуманистические основания психотерапевтической и психологической работы с людьми, но методологические основания обязательного личного самосовершенствования специалистов.

Близким термином к пониманию является термин «интуиция». Он приходит в психиатрии из другой национальной традиции (французского интуитивизма), но используется для характеристики тех же задач. Интуитивное проникновение – это то же вскрытие комплексов феноменов, схватывание целостной личности посредством вычленения некой фундаментальной связи, нащупывания центрального комплекса опыта. Часто понимание и интуитивное проникновения являются либо взаимодополняющими, либо взаимозаменяемыми понятиями.

Интуиция и понимание работают для целей герменевтики и структурного анализа. За этими двумя последними терминами – карта личности: эти два приема позволяют говорить о живом человеке и работать живому с живым. Психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая герменевтика и составляет основу для многочисленных ответвлений экзистенциально-феноменологической традиции, а структурный анализ (исследование комплексов феноменов личности, ее пространств) предстает их рабочим методом.

Иная методологическая определенность, очерчиваемая двумя коренными методами и соответственно двумя методологическими рядами понятий, характеризуется в проблемно-предметных концептах – названиях самих

направлений: «экзистенциальная аналитика», «экзистенциальный анализ», «экзистенциальная психология», «логотерапия» и т.д.

Коренное понятие во всех определениях – то, что характеризует предметную специфику направления или движения – «психология», «анализ», «терапия». Это может быть как описательное понятие, указывающее на антропологическую направленность («анализ») метода, так и обычное предметное определение («психология»), а кроме того, акцентирование практической ориентации («терапия»). Вторая часть и подчиненное понятие указывает на проблемное поле, с которым направление своим основным методом работает. Оно может иметь дело с существованием (экзистенцией) человека, может представлять попытку антропологического исследования бытия (Dasein) или анализа и изменения смыслов (логосов) существования (логотерапия).

Проследив ряды методологических понятий, можно увидеть изменение предметной ориентации направления (например, с аналитики на анализ), можно заметить лежащую в основании его антропологизацию, можно оценить цель исследования или терапии. В целом, методологические концепты экзистенциально-феноменологической традиции оказываются более устойчивыми, чем все остальные понятия (онтологические, антропологически, коммуникативные). Может, к примеру, меняться понимание существования, выбираться отдельный его аспект, но направленность на него остается коренной направленностью традиции и в прикладных пространствах. И это в очередной раз доказывает, что методология является стержневым элементом не только теории, но и практики.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИЦИНСКОЙ И ФИЛОСОФСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ В ТВОРЧЕСТВЕ Н.И. ПИРОГОВА

Доля О.В.

Н.И. Пирогов – гордость отечественной науки и культуры – известен прежде всего как гениальный хирург с мировым именем. Он был не только блестящим медиком, но и ученым, педагогом, мыслителем. В центре его мировоззренческих исканий всегда находился человек, его сущность, смысл жизни, поиски идеала. В связи с этим в мировоззрении Пирогова оказывался целый комплекс антропологических идей.

В сороковых годах XIX века в европейской философии свершился переход к антропологии, который некоторыми исследователями не без основания рассматривался как радикальный перелом в мышлении по отношению ко всей предшествующей истории философии. Антропологические идеи развивались и в отечественной философии, просматриваясь от работ средневекового периода вплоть до современных концепций. Можно сказать, что эта проблема имманентна самому развитию русской философской мысли, отличаясь своеобразием и оригинальностью своего выражения и решения. Спектр антропологических воззрений широк, отражаясь в классических темах русской

духовности: Бог, человек, нравственные корни и коллизии человеческого существования, его неискоренимый дуализм. В целом русской антропологии присущ персоналистический пафос, нравственная напряженность, размышление о соборности как примирении свободы каждого и единства всех.

В работах Н.И. Пирогова прослеживается переход от медицинской антропологии к философской. На наш взгляд, можно выделить ряд «тем» этого перехода, в том числе: социальный аспект проблемы телесности человека; пространство и время человеческого бытия и развития; целостность человека и его противоречивость; проблема «двойника» как выражения противоречий в телесном и духовном пространстве человека; вера и человек; человек и Вселенная.

На принципиальную возможность такого перехода и его закономерность указывают многие последователи. Так, К. Ясперс, касаясь «вопроса о человеческой природе как таковой», подчеркивал, что «свои ответы на этот вопрос есть у биологов, антропологов, богословов, философов»[1], пересекающихся именно в его решении. Как естествоиспытатель и врач Пирогов рассматривает человека прежде всего как природное существо, находящееся в ряду других живых организмов. Само понятие «человек» он считает «обыкновенным обобщением», в котором «мы понимаем не более как свойство, несомненно характеризующее человеческие особи»[2]. Пирогов сопоставляет человека с любыми другими существами, указывает на моменты общности и различия. К таким общим моментам он относит «ощущения нашего бытия» в нашем уме и «чувство бытия» у животных. Первым толчком его появления служит, – говорит ученый, - действие внешнего мира на чувства, но «самая суть и ощущения бытия…. скрывается глубоко в существе самого жизненного начала».[3] И это «самобытное, бесформенное начало жизни» творит в безграничных и первобытных пространстве и времени всевозможные формы вещества, направляя все другие силы к борьбе за существование. Мощное жизненное начало Пирогов объясняет с позиций биоцентрического понимания природы, смысловым ядром которого является понятие жизни.

Медицинская антропология конкретизирует общефилософский вопрос о том, что такое человек, придавая ему более частный характер: что есть человек в медицине? Здоровый? Больной? Каковы особенности его поведения, жизни? «Индивидуализирование» же, по Пирогову, как принципиально новый подход к человеку раздвигает рамки медицинской антропологии, предполагая более высокий уровень рассмотрения человека, т.е. предполагает переход к философской антропологии. А это означает, что понимание телесности врачом сопряжено и с социальным аспектом; индивидуализирование требует углубленного понимания сознания человека, его духовности, в том числе и веры; становится необходимым анализ индивидуального бытия человека с точки зрения среды его жизни, воспитания и т.д. Примечательно, что этот

[1] К. Ясперс «Общая психопатология». М.,1997 г., С. 903.
[2] Н.И. Пирогов. Собр. Соч. в 8-ми т. Т. 8, С. 93.
[3] Н.И. Пирогов. Собр. Соч. в 8-ми т. Т. 8, С. 93.

переход от медицинской антропологии к обобщенной, философской Пирогов осуществляет органично, хотя целостной антропологической концепции он не разрабатывает.

Следует также отметить, что проблемы философской антропологии приобрели статус основополагающих в педагогических идеях и практике Н.И. Пирогова, вызвавших огромный общественный резонанс в 19-м веке и не утративших своего значения в настоящее время.

О ЛОГИКЕ АРХАИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ

Захаров Д.В.

Под архаическими медицинскими системами следует понимать те целительные системы и практики, которые сложились в глубокой древности и в различной степени сохранности дошли до нас (иногда в форме «народной медицины»), прежде всего в тех регионах мира, которые менее всего подверглись влиянию новоевропейского мировоззрения и логики механицизма. Обычно к ним причисляют шумерскую, древнеегипетскую, мезаамериканскую, индийскую, китайскую, античную, средневековую (начиная с арабской) медицину.

Изменение парадигмы медицинского знания и медицины, связанное с переходом к новой модели медицины – превентивной и персонализированной – актуально стимулирует возрождение интереса к архаической модели мира, в которой идея превентивности и персонализированности медицинских техник была очень даже реализована.

Препятствием для системного понимания этого вопроса является методологическая (и метафизическая) установка позитивной науки. Неотъемлемыми чертами её являются эволюционистский прогрессизм, механический редукционизм, механистический элементаризм. Именно она распознает в холистическом мировоззрении архаики с его синкретизмом (всеобщей символической взаимосвязанностью и алогичным родством), анимизмом (всеобщей одушевленностью и разумностью) сущностный недостаток. Хотя на самом деле логика целостности является ключом к древним целительным техникам. По сути, главным принципом архаической «теории мироздания» является положение о единстве микро- и макрокосмоса из которого человеческий организм мыслится во взаимосвязи с Космосом как живым, говорящим и развивающимся организмом. При этом он не представляется как механизм или схема, но как картина или живая «интерактивная» карта с попыткой образного описания его динамики. Чего только стоит китайская «многомерная» «Карта внутреннего плетения тела»!

Интересно, что возрождение архаического мировоззрения Эпохи Пред (мифологии как предистории, преднауки, предфилософии, предмедицины) происходит в Эпоху Пост (постмифологии как постистории, постнауки, постфилософии, постмедицины). Их основные постулаты совпадают. Первый и главный постулат гласит: «Мир есть текст». В Эпоху Пост, правда, этот текст

не имеет причины и смысла – это самоорганизующаяся структура-игра без направления и автора, непонятно кем и для чего начатая и куда направленная. Эпоха Пред уточняет: мир есть Живой Текст, тот самый живой, мыслящий и говорящий космос М. Элиаде и А. Лосева, открывающийся человеку при условии готовности принять эту всеобщую жизнь, гармонию и радость, включить её в свою собственную природу, то есть, стать тем самым микрокосмом.

Второй постулат является продолжением первого – «Жизнь есть бытие знаковых систем». Классическая рациональность Эпохи новоевропейского Модерна описала и построила свой опыт только на одном виде знаковых систем – на механических знаковых системах и их формулах-моделях. Механика твердых тел господствует во всех описаниях процессов внутреннего и внешнего мира.

Потому механистический взгляд не узнает жизни и разума в Великом Космосе, что принимает его за равнопротяженную и равноразмеренную косную и мертвую материю. Новая органистическая эпистемология переоткрывает символические знаковые системы и другой язык трансляции смыслов. Границы механистической трансляции смыслов определены моделью кодирования и раскодирования сигналов – готовых и раз и навсегда данных – пределом первичных сигнальных систем. В этих моделях происходит описание живого – от «механизмов наследственности» до «механизмов сознания». Изменение языка научного описания жизни связано с принятием идеи саморазвивающегося Текста. У Ю. Лотмана основным свойством текста как знаковой системы является способность порождать другие тексты (и, может быть, формы (эйдосы) как тексты). Текст, являясь живой личностью, порождает контексты – контексты порождают многообразие форм жизни Текста и, следовательно, способов его само-интерпретации. Если принять за свойство жизни разрастание, размножение, то оно, стало быть, присутствует в тех формах жизни, которую принимаются за мертвую и косную материю. Так или иначе, описанные модели обнаруживаются в идее семиосферы Ю.М. Лотмана (шире – у структуралистов тартусско-московской школы и В.С. Библера), семантической вселенной (Вселенной Смыслов) В.В. Налимова, семантического поля Д. Бома, морфогенетического поля (Г. Дриш, А.Г. Гурвич, Р. Шелдрейк), аутопоэзиса У. Матураны и Ф. Варелы и мн.др. От них трудно отделить концепции трансперсональной психологии (прежде всего, К. Юнга, С. Грофа, Ч. Тарта, К. Уилбера). А если взять ещё шире – полевые, сетевые, синергетические, холономные, фрактальные, эфирные концепции реальности.

Для формализованного аналитического технократического мышления современного исследователя первично разделение, поэтому оно при столкновении с архаической логикой обнаруживает лишь неразвитость метода классификации, по какой-то нелепой логике объединяющим в один род или вид совершенно разные понятия. Синтетическое холистическое мышление архаики видит процессы и структуры в их живой целостности. Живое отличается от расчлененного отсутствием границ – континуальностью, а не дискретностью. Символ, по Г. Бейтсону, обладает аналоговыми, а не дигитальными

(цифровыми) свойствами, поэтому по аналогии связывает пласты реальности, которая дигитальное мышление не может увидеть в их живой взаимосвязи. Символическая логика, поэтому, определяется как противоречивая, а ее связи как ошибочные.

Почему древние (и многие современные гении медицины) так упорно настаивали на том, что медицина – это не только техника и наука, но, больше всего, искусство? Потому что для понимания целостности наилучшим языком описания является символический аналоговый язык искусства, а не дигитальный язык техники. Несомненно, он является более сложным для усвоения, чем язык техники (в определенном, даже цивилизациионном смысле, техника убивает искусство и культуру), поэтому вырастить из любого ученика художника, мастера каллиграфии, фехтования или врача (иногда в одном лице) невозможно. Нужно уметь распознать дар. Традиционный мастер набирает учеников по особым «а-логичным» критериям мышления (загадки-парадоксы, толкование сновидений и т.п.). Искусство ближе к природе, а формальная технократическая логика – смерть искусства. Аналитика убивает искусство: как картину нельзя рассказать, так и навыки диагностики и лечения нельзя передать в форме лекции – их можно только показать и пережить. В XX веке только гуманитарное знание провозглашает метод переживания – в древности он находился в арсенале практикующего врача, астронома, архитектора или землемера. В XX веке изучение поведения животных привело к мысли о возможности передачи через обоняние и вкус данных о состоянии организма. Так самец, обнюхивая мочу, кал, пот и прочие «биомаркеры» конкурента, делает вывод о его состоятельности, о желательности или нежелательности встречи с ним. То же самое традиционный целитель учитывает цвет, запах – даже вкус и звук традиционных биомаркеров. По ним он определяет более тонкие индивидуальные особенности и состояния.

Рассказывают, что когда граждане города Абдер вызвали Гиппократа для лечения Смеющегося Демокрита, поскольку опасались за душевное здоровье последнего, Гиппократ нашел его состояние здоровья близким к глубокому проникновению в суть вещей. Так, только по виду козьего молока Демокрит точно определил ее масть, первичность лактации и даже травмированность (одноглазость) животного. А в другой раз он по внешнему виду девушки определил, то, что в прошедшую ночь она лишилась невинности. Стандартно мыслящий исследователь, конечно, обнаружит в подобных историях элементы мифотворчества и отнесет их к разряду легенд, несмотря на то, что примеры подобных диагностических и целительных прозрений встречаются и в наше время, несмотря на то, что мифологика сама по себе является неустранимым элементом реальности в принципе. От одного факта, однако, невозможно просто так отмахнуться: великие врачи древности не легендарные персонажи, их диагностика и лечение были действительно эффективными. И это без знания основ нормальной и патологической анатомии и физиологии, без современной фармакологии и диагностики – одним словом, без того арсенала знания, доступного выпускнику современного медвуза (даже далеко не самого успешного)! Если столкнуть с этим фактом современно мыслящего адепта

официальной медицины, то его объяснение будет курсировать вокруг темных понятий плацебо-эффекта и исцеляющих сил самой природы. Но если даже принять их в качестве рабочих, то тут же следует добавить, что чудесное исцеление, стало быть, имело систематический характер. То есть архаические техники исцеления (в отличие от темного плацебо-эффекта) не случайны, а спровоцированы, имеют весьма разработанную теоретическую базу (взять хотя бы сохранившиеся документы по китайской науке), закрытую для нас из-за своеобразия ее образного (аналогового) языка. К ним нужны другие ключи.

Таким ключом, неким «теоретическим» продолжением принципа единства макро- и микрокосмоса представляется теория стихий или первоэлементов. Именно теория стихий лежит в основе архаической анатомии и физиологии, общей теории патологии и лечения, в основе диагностики, профилактики и фармакологии. Адепту современной доказательной медицины покажется странным введение в состав реально, физически фиксируемых органов и систем, органов и систем совершенно не фиксируемых эмпирически. Чего стоят только «тройной обогреватель», «три части туловища» или «господин сердца» китайской анатомии! Архаическая анатомия – это скорее физиология, а физиология – это уже картография символических энерго-полевых структур организма в их непрерывной связи со средой, Космосом, фундаментальными принципами мироздания. Огонь, воздух, вода, земля как динамические образы, полевые структуры символизируют энергийные связи между функциональными органами организма и среды (по сути, организма-среды). Вся суть и логика диагностики, профилактики и лечения состоит в распознавании разбалансировки союза стихий и достижении их равновесия. В эффективности такой символизации состоит основная загадка той модели медицины, которую следует называть архаической.

Одним словом, система архаической медицины может быть представлена как аналог системного подхода к организму как целому психосоматическому единству нелокальных функциональных органов. Болезнь рассматривается здесь не как локализованное явление («где нашли, там и лечим»), но как сигнал о системном разладе. Именно поэтому нет конечного смысла в лечении органа, где «вылезла» болезнь – надо лечить весь организм, восстанавливать его утраченную целостность. Именно поэтому нет конечного смысла в механистической анатомии и физиологии, ведь как говорил тот же Грегори Бейтсон: «Карта местности – ещё не сама местность». И, конечно, действовать в рамках этой системы без использования иного, символического языка невозможно. Эта наука, скорее, искусство, искусство подражания самой природе как живому и говорящему Целому.

П. Флоренский, конкретизировавший ключевую мысль русского интуитивизма (а, может быть, набросавший проект практического интуитивизма с вариантом интуитивных техник), полагал, что энергийность, лучше сказать – слияние энергий, синергия – является настоящим условием единства субъекта и объекта познания. Именно субъект-объектная дихотомия и склонность к объектным (статичным, локальным) морфологиям и классификациям являются главным препятствием как для перехода к новой

теории познания, так и понимания архаической, одновременно. И только на условии понимания единства строения соматического, психического и физического мира возможно прояснение древних техник запуска механизмов самоисцеления организма, понять их логику.

ОБРАЗ РУССКОЙ СЕМЬИ КАК ОДИН ИЗ ВИТАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ СТАНОВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Звездина Е.В.

На современном этапе мирохозяйственного развития все более неоспоримым становится тот факт, что лихорадка, охватившая всю финансово-экономическую сферу планеты, в основе своей, является следствием ценностного кризиса мировой цивилизации.

Согласно концепции социокультурной динамики П.А. Сорокина современный финансовый кризис рассматривается как одна из составляющих кризиса современного общества, ориентированного на «чувственные» ценности, такие как богатство, власть и комфорт. При этом в эпоху становления культуры модерна – это были позитивные ценности, дававшие действенные установки на экономический рост и социальный прогресс. Однако на современном этапе они формируют установки на безответственную погоню за деньгами и прибылью, что провоцирует дезинтеграцию хозяйства и общества, превратившись, тем самым, в угрозу для него.[1]

Иными словами, мы наблюдаем общество, в котором главным ориентиром в жизни современного человека становится все более возрастающее количество потребляемых материальных благ, увеличение и усовершенствование окружающей нас техники. Если применить известное выражение М.А. Булгакова, то можно сказать, что причину нынешнего кризиса нужно искать не столько в мировой банковской системе или на финансовом рынке, сколько в головах людей, которые прельстились погоней за богатством и неограниченным потреблением.

Каждый человек должен сделать свой морально-этический выбор в отношении главного вопроса бытия о том, для чего он пришел в этот мир. Для обеспечения роста ВВП? Или для того, чтобы стать Человеком? Человеком или бездушным винтиком в системе общественного производства? Человеком или безликим существом, стремящимся в основном к потреблению и накопительству всевозможных материальных благ, желающих лишь одного – подороже продать и побольше купить? Человеком, не утратившим жизненную связь со своей землей, со своим родом или усредненной единицей глобального миропорядка (человеком массы)?

[1] Сорокин П.А. Социальная и культурная динамика. СПб.: РХГИ, 2000. С. 607

Вопрос о духовной чистоте и нравственном здоровье, в свою очередь, плавно перетекает в главный и основной вопрос современной России о дальнейшей исторической судьбе нашей Отчизны. Таким образом, в условиях глобального мирового финансово-экономического кризиса, когда ветвь экономического развития пошла по нисходящей траектории, требуется пересмотр основ развития нашей цивилизации в направлении духовного и нравственного наполнения социальных институтов, что напрямую зависит от морально-этического состояния народа. Нам необходимо: нравственное оздоровление народа, сильное и независимое государство, новая духовно-нравственная экономика, способность к удержанию и сохранению территорий, передовая наука и подлинное российское образование. Иными словами, нам нужен духовно-нравственный прорыв, чтобы укрепить нашу семью, чтобы преодолеть вымирание русского народа и преодолеть демографическую яму.

Безусловно, накопленный за долгие годы развития нашей цивилизации духовный потенциал русской культуры является сегодня источником ценностей, способных дать новые ориентиры российскому обществу. Следовательно, мы не в праве мириться с девальвацией традиционных для России духовных, нравственных и христианских ценностей.

Первостепенно, как представляется, необходимо всемерно укреплять институт семьи, пропагандировать семейные ценности, утверждать в обществе эталон семьи, живущей в любви и воспитывающий детей по христианским заповедям. По сути, необходимо заново перевернуть общественное мнение в этом направлении.

Исходя из такой постановки вопроса, вполне уместно обратиться и к Священнописанию. В Библии брак и семья выступают в качестве остатка рая на земле. Это тот сохранившийся оазис, которому не были страшны ни мировые катастрофы, ни волны всемирного потопа. Эта та святыня, которую мы должны сохранить в чистоте. Такое христианское понимание института семьи, как показывает история, способствовало массовому и повсеместному созданию в России крепких, многодетных молодых семей. Именно, традиционные семьи, основанные на православно-христианских ценностях, держали демографическое благополучие России. Именно из этой национальной традиции, великий русский ученый Д.И. Менделеев, прогнозировал рост населения России на сто лет вперед, и считал, что к началу XXI века в нашей стране будет проживать около 600 миллионов человек.[1] К сожалению, прогноз оказался превышен приблизительно в пять раз. И, конечно, причину столь колоссального разрыва между прогнозом мыслителя и реальными статистическими данными нужно видеть далеко не только в революциях и мировых войнах, но и в забвении семейных традиций, сокращении числа семей и увеличении числа разводов, значительном увеличении роста гражданских браков, повышении числа малодетных семей и поздних браков и значительном уменьшении многодетных. Все перечисленные выше составляющие являются факторами, которые лишили Россию демографической перспективы.

[1] Дмитриева Н.В. Роль семьи в условиях финансово-экономического кризиса. // Семья в России: вчера, сегодня, завтра. Екатеринбург, 2009. С.91

Недопустимо более бесстрастно внимать тому, что большинство россиян перестали ассоциировать любовь с семейным счастьем и благополучием, а христианское понимание семейных ценностей, особенно в молодежной среде, стало одно из непопулярных. На сегодняшний день в обществе должна заново возродиться та аксиома христианского предания, которая была сформулирована еще святителем Иоанном Златоустом о том, что только «брак есть таинство любви». И поставленной задаче отвечает рождение новой традиции в российском социуме – это празднования 8 июля- Дня любви, семьи и верности[1].

Семейное воспитание должно закладывать в человеке основы нравственности, вбирающие в себя чувство уважения к семейным ценностям и традициям, любовь к старшему поколению, к ближнему, к своему народу, его вере, к Отчизне. Именно в семье, где ребенок постепенно становится личностью, должен вырабатываться иммунитет против насилия, равнодушия, бездуховности и безнравственности. Только в кругу самых близких людей должна быть привита и такая нравственная категория, как Совесть. Совестливый человек никогда не станет думать, что человеческая жизнь ничего не стоит, не попадет в страшные сети наркотической или алкогольной зависимости, и не будет копировать в своем поведении те образы насилия, которые пропагандируются многочисленными СМИ.

Руководством страны за последние годы в направлении семейной политики предпринимается комплекс мер для выхода из демографического тупика, для преодоления институционального кризиса современной российской семьи. Но для преодоления кризиса семейных ценностей на сегодняшний день недостаточно только политических или экономических мер, необходимо, как представляется, и восстановление витальных основ семьи, возрождение ее как «Малой церкви». Совершенно очевидно, что задача о восстановлении моральных основ общества многолетняя и многотрудная и требующая объединения сил и ресурсов всех институтов власти, гражданского общества и Русской Православной Церкви.

Литература

1. Будущие поколения – национальное достояние России. М.: Клуб «Реалисты», 2009.

2. Дмитриева Н.В. Роль семьи в условиях финансово-экономического кризиса. // Семья в России: вчера, сегодня, завтра. Екатеринбург, 2009.

3. Зарубина Н.Н. Миф денег как фактор возникновения глобального финансового кризиса и предпосылки его преодоления в русской культуре. // Восточнославянская православная цивилизация и ее роль в преодолении современного мирового кризиса: Сборник выступлений и итоговые материалы XIII Всемирного Русского Народного Собора. М.: МОО ВРНС, 2009.

4. Звездина Е.В. Молиться образу России // Союзная газета. № 75. декабрь. 2009.

[1] 8 июля – день, когда Русская Православная Церковь поминает святых благоверных супругов Петра и Февронью Муромских, покровителей любви, верности и брака.

ТРАНСФОРМАЦИЯ СОВЕТСКОЙ ПРАКТИКИ КРЕМИРОВАНИЯ

Климовская Е. А.

Целью работы является рассмотрение отношения к сожжению мертвого тела в двух временных континуумах: советском и современном периоде.

Эмпирическая база исследования включает серию неформализованных глубинных интервью, проведенных в 2016 г с жителями г. Новокузнецка.

Теоретико-методологическая базой работы являются исследования Мишеля Фуко, Дмитрия Михеля и Алексея Лаврина в сферах анализа дисциплинарных областей управления объектами и соответствующая методология дискурсивного анализа.

Актуальность данной темы обусловлена возросшей популярностью изучения вопросов смерти, отношения к мертвому телу в разных науках не имеющих отношения к медицине, каковой, например, является социология.

Если обращаться к истокам, то можно отметить, что исследования в области смерти (и умирания) впервые появились в с социальной антропологии. Она исследовала смерть используя социальный контекст общества (каковы традиции захоронения, этика поведения и т.д.).

Смерть и мертвое тело входят в сферу объектов социологии, поскольку смерть существует на уровне социального феномена, а мертвое тело включено в систему социальных отношений и структур (например, в Японии тело после смерти принято кремировать, а в России превалирует погребение мертвого тела).

Сегодня существуют разные практики обращения с мертвым телом: сжигание тела, захоронение (отсюда уже пойдут вариабельные, узкие практики: бальзамирование, украшение мертвого тела, развеивание праха и т.д.).

Долгое время в России не могла прижиться мысль о сожжении тел. Первый крематорий был построен 14 декабря 1920 года, он профункционировал до 1921 года, но за это время в нем успело сгореть 379 мертвых тел. Идея кремации мертвого тела казалось заманчивой, поскольку она пришла с запада и ассоциировалась с нововведениями и прогрессом. Все же, внедрить ее в массы оказалось делом не простым. «Европейская традиция ассоциирует погребение в земле с христианством, а сжигание трупов — с нехристианскими культами или просто свободомыслием»[1].

С появлением крематориев впервые можно говорить о «медикализации» масс.

Медикализация (medicalmind) – важный процесс, пришедший на смену власти института религии, который захватил XXI век. «Первым объектом медикализации были именно трупы»[4].

Таким образом, именно крематорий выступает ярким примером дисциплинирования мертвых тел.

Государство монополизирует тело (с помощью медицины, например, гигиенистов), а также предоставляет человеку иллюзию выбора (например, как следует распорядиться мертвым телом). Крематорий, с полной уверенностью,

можно причислить к механизму (институту) дисциплинирования мертвого тела: «В советском союзе, как известно, секса не было. И смерти тоже не было. Потому что здесь смерть не принадлежала человеку, она принадлежала государству» [2].

Бурным антагонизмом встретила идею кремирования христианская церковь, аргументируя это ожиданием воскресения, а без тела – воскрешать нечего.

«В статье, опубликованной в «Церковном вестнике», прямо говорилось, что предание земле — это «не догмат, а обряд», что обряды, в отличие от догматов, могут меняться и что Синод в своей борьбе против проекта МВД может не соглашаться, например, с санитарной оценкой кремации, но не должен приводить аргументов религиозного плана»[1].

Идея сожжения мертвых тел показалась привлекательной для советской власти. Об этом пишет М. Фуко – государственная власть и религиозная являются институтами, которые борются за монополию на человека (его тело, мысли, поведение и т.д.). Перевес сил оказался на стороне государственной власти, на это указывает тот факт, что первый крематорий в СССР был построен на месте церкви св. Серафима Саровского и Анны Кашинской в Донском монастыре. «Кремационное движение в советской культуре начала 20 века, вслед заевропейской, пошло по пути замещения культовых памятников: колумбарии должны были заменить кладбища, а крематории – занять место церквей»[1].

Стоит отметить, что пропаганда кремирования в СССР носила сугубо идеологический характер и является примером коренного слома традиций, в частности, навязанных христианских – «нужен бы новый государственный обряд»[1].

В СССР кремирование воплощалось в специфичной форме, характерным примером является фильм Е. Евтушенко «Похороны Сталина», где вся идея представлена в шутливой и даже комичной форме (например, сцена, где советские граждане стоят возле ларька в очереди за прахом).

Этики в отношении кремирования не было, на это намекают следующие высказывания исторических персоналий того периода:

«Желательно было бы,— писал один из экспертов, наблюдавших за первой советской кремацией,— прах первого сожжения сохранить в прозрачной стеклянной урне и поставить на видном месте крематориума, как наглядное доказательство удачного сгорания, с одной стороны, и подтверждение полной его гигиеничности — с другой»[1].

«Борис Каплун, возглавлявший комиссию по строительству крематория, был известен тем, что приглашал посмотреть на горящие тела»[1] – данная идея прижилась, к этому выводу мы пришли после проведения интервью в Новокузнецком крематории, поскольку услуга *«просмотр»* сохранилась по сей день (более того, найти ее можно в прайс-листе). Суть ее в том, что родственник смотрит, как тело отправляется работниками крематория в печь, после чего его уводят в другое помещение. Все же, смягченная эпохой гуманизма, она не позволяет смотреть на само сожжение. А вот в СССР это

воспринималось как развлечение или досуг (аналог анатомического театра 19 века) – об этом пишет С. Маршак в своих биографических мемуарах.

Все же, идея кремирования в СССР никак не приживалась (на добровольных началах). После того как появился первый крематорий она широко рекламировалась. Появилось «общество любителей кремации», членские билеты были вручены Сталину, Молотову и другим государственным деятелям. Самым популярным лозунгом было: «лишь в СССР кремация доступна всем»[1].

Постепенно, отношение советских граждан из недоверия и неприятия переросло в шутливую форму, порождая китчевое творчество в виде частушек и анекдотов.[1]

Чаще всего смеялись над рекламой и пропагандой, т.е. над тем, что эта практика повсеместна и доступна. Само слово «кремирование» считалось заморским, и, было переделано на советский лад, процесс называли «огненным погребением».

В книге И. Ильфа и Е. Петрова «Золотой теленок» мы встречаем шутливую фразу: «пропустите старичка вперед, ему в крематорий пора», которая, как мы видим, не воспринята негативно персонажами книги, более того, ее находят смешной и остроумной.

Таким образом, отношение советских граждан к пропагандируемой практике не было воспринято в серьез, народ потешался над властью, тем самым отказываясь принимать чужие традиции.

Идея дисциплинирования, как латентная функция крематория тоже имела место быть и впервые начала пользоваться популярностью именно в СССР.

Внедряя крематорий, под предлогом его удобности и гигиеничности, в тайне, его использовали и в политических целях (в качестве избавления от ненужных тел, например). Он был своего рода механизмом изоляции СССР-овских делинквентов.

Очень интересен вопрос визуального облика похоронной процессии. Начнем с того, что уже тогда кремирование было разыграно как спектакль. На смену традиционному пению священником панихиды пришла свобода выбора – родственник или будущий усопший мог выбрать обстановку похорон (будь то прослушивание современной музыки или чтение стихов специально обученными людьми). Появились такие номинации как: «гроб на рельсах», «механизированность похорон», «занавес», «сцена». Также, при блеске всего великолепия кремационных залов появились камеры «изоляции» (например, было четкое разделение на похороны больных людей и здоровых). Очень важно, что прах старались не смешивать.

На сегодняшний момент времени визуальный облик зала прощания в крематории ничуть не изменился, он все еще представлен в качестве сцены, где в центре стоит гроб с мертвым телом. Т.е. мертвое тело выступает объектом

[1]«Крематорий открывали,/ Беспризорного сжигали./ Дверь открыли — он танцует/ И кричит: “Закройте, дует!”» или «Муж несет по скользкой зимней улице урну с прахом жены и, видя дворника, посыпающего тротуар песком, говорит: “Великое дело — крематорий. Теперь можно сыпать под ноги пепел, а от трупа не было бы никакой пользы».

смотрения, и оно же в свою очередь презентуется родственникам. А само прощание с телом представлено как спектакль (здесь и далее: И — интервьюер, Э — эксперт).

Э: У нас там (в зале прощания крематория – прим. мое) подиум, мы его так называем, вот туда и ставим гроб. Все механизировано, гроб выезжает. Люди подходят, прощаются. Играет музыка у нас. Церемонию прощания ведут профессионалы, либо люди сами могут что-то сказать, зависит от желания. После этого тело уезжает. Там у нас красиво очень: оно уезжает само, то есть кнопочку нажимают, занавес опускается. Потом тело уходит в печь.

Итак, похороны представлены как спектакль (или кино), куда человек купил билеты и имеет право наблюдать.

Если говорить о нюансах процедуры прощания – выбор того, как церемония будет протекать, какие слова «ведущая» скажет усопшему, какая музыка будет у покойного последней – похож на выбор жанра постановки. Учитывая, что все это имеет свое театрализованное название: *«подиум», «там у нас красиво очень», «занавес опускается»* можно отметить зрелищность ритуала прощания. Посторонние люди (плакальщицы, «ведущие» похоронной процессии и т.д.) выступают в качестве усилителя зрелищности, наталкивая на мысль о том, что мертвое тело – фигура, которая представляется (презентуется) кому-либо.

Однако, смотреть на процесс сожжения строго запрещено (в отличие от времен СССР), по словам нашего информанта это связано с особой этикой утилизации тел.

На сегодняшний момент времени, мы можем говорить, что идея прижилась (не безболезненно, разумеется), со сменой поколения. Кремирование постепенно становится «модным», оставаясь в прямой зависимости от возраста и локации (например, в больших городах, чаще всего люди выступают за кремирование, объясняя свой выбор тем, что он экологичнее, гуманнее, а так же более эстетичнее).

По ходу исследования, в нашу выборку информантов попал христианин.

Позиция верующего показала нам, что произошло некое переосмысление религиозных канонов в области захоронения тела и обращения с ним: *«Многие начинают какие-то теории, ну, нелепые строить о том, что когда, вот значит, если там человека сжечь или ещё что-то, когда будет воскресенье там да, что человек там не воскреснет. Вот. Это, ну, абсурд на самом деле, потому что, если посмотреть историю христианских мучеников, самых первых в Римской империи, вот, когда ещё христианство было гонимой религией, в первых веках, там че только с ними не делали, их на растерзание львам отдавали, там, на арене их разрывали на куски... сказать, что они не воскреснут, я не могу»*.

Что же касаемо не воцерковленных информантов, то многие изъявляли желание быть кремированным, объясняя свою позицию удобством и гигиеничностью. Некоторые информанты заходили дальше и говорили о том, что желают распорядиться прахом (это было либо развеивание, либо превращение праха во что-то, например, пудру для лица).

Стоит отметить корреляцию между выбором стратегии и возрастом информантов.

Например, более зрелые информанты выражали негативное отношение к кремации: *«то есть его только увезли, а все идут, поминают человека, т.е. это же положено после захоронения. Сжигают их ночью. А в это время его просто увезли и все. Это жутко. Осознавать, что все его увозят. То есть, в огонь в этот»* или *«с телом ничего делать не нужно, его в землю захоронить и все» или «гореть как в аду, зачем мне преждевременный ад?»* и т.д. Одна женщина упомянула, что сжигать мертвое тело это *«не по-человечески»*.

Более молодые информанты, говорили с недоумением: «*какая мне разница, что будет с телом? Я же умру!*», «*я умру, и отстаньте от меня*», «*тело-то уже мертвое*», «*телу по большому счету все равно*» – и в связи с этим отказывались выбирать какую-либо стратегию. Большая часть говорила о кремации как об удобном средстве утилизации останков.

В целом, негативного отношения к кремации не наблюдается, мы можем сделать вывод, что в случае необходимости почти все респонденты готовы выбрать эту стратегию.

Итак, кремирование, как стратегия управления мертвым телом больше не претит людям разных возрастных категорий. Более того, именно такая стратегия произвела раскрепощение умов русского народа и вывела их за рамки того, что раньше не было дозволено православной церковью. Люди начали задумываться не только о сожжении своего мертвого тела, но и о пользе праха (как и о пользе мертвого тела).

Основные идеи о том, как можно использовать прах высказанные информантами:

- Развеять прах (в Тайге, в горах);
- Пудра для лица из праха;
- Анальная затычка из праха.

Итак, идея кремирования долго не могла прижиться в российских условиях, в конечном итоге ее пропаганда была воспринята в шутливой форме и вдохновила граждан на создание народного творчества (частушек и анекдотов) целью которого было высмеивание и пренебрежение данной стратегии управления мертвым телом. Сегодня все также сохранилось шутливое отношение к кремации мертвого тела (оно содержится, например, в ответах некоторых информантов о том, что нужно сделать с прахом после).

Литература

1. Герасименко О. Покойники прогресса URL: http://www.kommersant.ru/doc/2971996.

2. С. Еремеева ТО, о чем молчим…Почему deathstudies не популярны в современной России? URL: http://deathanddying.ru/wp-content/uploads/2015/09/eremeeva-2.pdf.

3. Михель Д.В. Медицина и власть: становление современного общества // Журнал исследований социальной политики. 1996. № 2. С. 80.

4. Фуко М. Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы. М., 1999. С. 132.

МЕДИЦИНА КАК ПРАКТИКА ВЕРЫ В АСПЕКТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА НА ПРИМЕРЕ ЛОГОТЕРАПИИ В. ФРАНКЛА

Красильникова М.Н.

Как гласит определение ВОЗ, «здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия» – таким образом, медицина направлена на повышение критерия этого благополучия. Плохое самочувствие пациента всегда может быть выражено как некоторый текст, который, в свою очередь, будет являться диагнозом. Таким образом, диагноз можно представить как нечто, посредством чегоосуществляются взаимоотношения врача и пациента. В свою очередь, сам диагноз и, следовательно, лечение будут вытекать непосредственно из интеракции врача и пациента. Если бы организм пациента можно было редуцировать к чисто техническому излечению, тогда с развитием биомедицинских технологий личность врача отошла бы на второй план.

Для примера немеханистического подхода можно рассмотреть идею логотерапии как терапевтического метода В. Франкла, который говорит о том, что не все болезни можно вылечить, используя материальные методы воздействия на организм. В этом случае как никогда важны личность врача и его взаимоотношения с пациентом, возможность врача правильно «прочитать» диагноз, который опосредованно присутствует в определенной интеракции врача и пациента. Логотерапию В.Франкл также называл экзистенциальным методом (хотя в дальнейшем с этим наименованием в основном будут связаны имена Бинсвангера и Босса). Особенность его в том, что главной задачей является не анализ экзистенции как таковой, а скорее попытка заглянуть в самую суть этой экзистенции, объяснить ее. При этом в противовес психоанализу, где центром осознания является инстинктивное, у В. Фракла в этом качестве выступает духовное, внутреннее бытие человека. В. Франкл писал: «Человек же определяет себя сам. Или, скорее, он решает, позволит ли он себе быть определяемым, будь то побуждениями и инстинктами, которые толкают его, или основаниями и смыслами, которые притягивают»[1]. На первый план выходит представление не только о свободе человека как об отличительной его черте, но и об ответственности. Данные идеи не новы, их глубокое осмысление можно встретить у Б. Спинозы, Ж.-П. Сартра и др. В. Франкл говорит о том, что быть свободным – это только негативный аспект целостного феномена, позитивный аспект которого – быть ответственным. И свобода, и ответственность выступают как некие характеристики человека, которые качественно отличают его от других форм жизни, определяя его в пространстве как ищущего уникальный смысл своего существования. Картина болезни по В. Франклу – это всего лишь простая проекция на уровень

[1]Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А.Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. С.84

клинических проявлений. «Лишь ради человеческого в больном, которое скрывается за всем этим, и ради духовного в человеке, которое возвышается над всем этим, стоит быть психиатром»[1], – пишет В. Франкл. Тем самым медицина со своей целью излечения некой целостности внутреннего и внешнего и задачами по повышению критерия благополучия сходна с религией, а медицинская практика необходимостью выявить в болезни личностное, через клинический случай посмотреть на человека и, как говорил В.Франкл, раздвинуть рамки картины болезни до картины человека[2] схожа с религиозными практиками, где духовное (трансцендентное) начало превалирует над материальным. Отношение «профанное – сакральное» также присуще медицине: исторически именно взаимоотношения врача и пациента сакрализировались, а излечение рассматривалось как чудо. Как говорил Гиппократ, «лечит болезни врач, но излечивает природа».

Главная цель медицины – выздоровление, при этом пути и методы могут быть различными. Таким образом, можно говорить о медицине как о некой практике веры. По своим функциям медицина приближается к религии(несмотря на то, что большей частью находится внутри научной парадигмы),поскольку она лечит не только внешнее тело, но и внутренний мир. Медицина является одним из востребованных социальных институтов, ведь она не только настроена на устранение проблемы, снижающей критерий благополучия, но и выступает своего рода стабилизатором в процессе развития общества, зачастую предвосхищая это самое развитие, выбирая его направление и определяя сферы потенциального влияния. С другой стороны, можно отметить, что медицина как социальный феномен внутри себя неоднородна и представляет соединение конкурирующих альтернатив, главной задачей которых становится привлечение людей в свои ряды через веру в то, что методы той или иной медицинской практики будут действенны.

Таким образом, первое, с чем имеет дело медицина – это человек как некий комплекс внешнего и внутреннего, природного и социального, чей критерий благополучия необходимо повышать, взаимодействуя со всеми аспектами. При этом медицину как социальный институт можно рассматривать двояко: с одной стороны, медицина для человека, с другой – человек, являющийся «материалом» (объектом) для медицины. Если говорить о первом варианте, то отправной точкой будет являться человек, а следовательно, взаимоотношения врача и пациента не должны быть сведены к редукционистскому устранению проблемы – им следует выступать основанием для дальнейших успешных действий, где врач – это личность, которая повышает критерий благополучия пациента, раскрывая в нем истинно человеческое начало.

[1]Там же. С.104
[2] Там же. С.104

ВОЗМОЖНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ САМОСОЗНАНИЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ «*ЗА и ПРОТИВ*» В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фанталова Е.Б.

Проблема исследования самосознания на различных контингентах лиц является одной из центральных в общей и прикладной психологии. Такие аспекты исследования как образ «Я», «Я – концепция», «идентичность», «самоотношение» и другие, являются на сегодняшний день ведущими для основных, наиболее известных концептуальных моделей самосознания (Чеснокова И.И., 1977; Кон И.С., 1978, 1984; Столин В.В., 1983; Пантилеев С.Р.,1991; Сарджевеладзе Н.И., 1989; Орлов А.Б., 1995; Роджерс К., 1994; Бернс Р., 1986; Эриксон Э.,1996), отраженных в отечественных хрестоматиях по психологии самосознания[1],[2].

С особенностями переживания и осмысления образа «Я», как правило, связаны ведущие жизненные мотивы, ценности, процессы смыслообразования и целеполагания. Внешние и внутренние конфликты личности также во многом раскрываются через призму самосознания по отношению к тем событиям автобиографии, которые человек рассматривает как наиболее существенные для себя, повлиявшие на его жизненный путь.

С учетом неразрывной связи таких психологических категорий как «Образ Я» и «Событийность жизни» в структуре и динамике переживаний, автором была предпринята попытка создания методики, раскрывающей отношение личности к одному из ведущих событий жизни, кардинально изменившему ее жизненный путь и последовательность привычных, ожидаемых жизненных событий. Настоящая методика получила название «ЗА и ПРОТИВ» и впервые была апробирована на контингенте лиц, совершивших противоправные, общественно опасные действия[3] .

Объектом исследования были подэкспертные испытуемые, проходившие судебно-психологическую экспертизу. Поскольку в центре переживаний этих лиц было совершенное ими правонарушение (убийство, нанесение тяжких телесных повреждений, кража, ограбление, хулиганские действия и др.), то и создаваемая методика предполагала выявление фактов «ЗА» и «ПРОТИВ» этого события в жизни испытуемого. Инструкция к методике состояла из трех этапов и формулировалась таким образом, чтобы раскрыть *субъективное видение* испытуемым своего правонарушения и событий, так или иначе повлиявших на случившееся. Испытуемому предлагалось вспомнить и выделить события (обстоятельства), которые, согласно его мнению, способствовали правонарушению *(факты «ЗА», первый этап)*, препятствовали правонарушению *(факты «ПРОТИВ», второй этап)*, а также желательные для будущего события *(желательный выбор будущего, третий*

---

[1] Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2000. -672 с.

[2] Самосознание и защитные механизмы. Хрестоматия. – Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2000. -656 с.

[3] Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию самосознания и мотивации // Психология XXI столетия. Т.2 / под ред. В.В.Козлова. – Ярославль, МАПН, 2008. С.254 - 256.

этап). В каждом случае испытуемому предлагалось написать пять или более таких событий. Таким образом, *цель методики* состояла в раскрытии *внутренней картины развития личности* испытуемого, понимаемой как совокупность значимых для него событий (фактов, обстоятельств), выступающих в жизни в качестве «переломных» и несущих в себе выраженную аффективную заряженность. Следует отметить, что ответы первого (*факты «ЗА»)* и второго *(факты «ПРОТИВ»)* этапов проведения методики отражали, главным образом, содержание рефлексии испытуемого, фрагменты образа «Я», специфику защитных механизмов, эмоционально-волевого контроля и когнитивного стиля, в то время как ответы третьего этапа *(желательные события в будущей биографии)*, отражали во многом систему ценностей и характерных для нее переживаний в настоящий момент. Актуальность выбранной темы исследования иногда приводила к тому, что испытуемые, увлекаясь, давали целостные картины взаимосвязанных событий своей жизни вместо предложенного выделения конкретных пяти. Приведем конкретный пример с испытуемым, совершившим убийство, спровоцированное нанесенной потерпевшим обидой (подозрение к причастности испытуемого к гомосексуализму и предложение потерпевшего вступить с ним в гомосексуальную связь) . На третьем этапе методики испытуемый оставил следующее повествование:

«Хотелось бы, чтобы детство, юность, вообще вся жизнь, протекали в 17-ом веке, в Англии. Хотелось бы, чтобы с детства я был окружен музыкой и жил в ней. Был окружен благородным, изысканным обществом, от которого не будешь бояться услышать каких-либо пошлых слов, обид, которые могут ранить душевно… Находиться среди родных по духу людей, которые далеки от таких чувств как корысть, зависть, злоба, ненависть и т.д. …Среди людей, не возводящих животные инстинкты в догму, в цель жизни… Среди людей, которые признают лишь возвышенную, чистую любовь, лишенную чувства наслаждения».

Как бы критически ни относиться к *содеянному* данным испытуемым, приведенный выше пример показывает, что потенциал его внутреннего мира далек от совершенного им противоправного деяния, а имеющиеся у него ранимость и эмоционально-интеллектуальная направленность предопределили спровоцированную потерпевшим обиду, вслед за которой со стороны испытуемого последовала аффективная вспышка и импульсивное убийство потерпевшего.

Ответы испытуемых оценивались по форме, содержанию и субъективной значимости, последняя - по 10-ти балльной системе оценок выделенного события. Как правило, если испытуемый был не многословен, лаконичен, с трудом выделял одно-два события, то это указывало на психологическую защиту в форме «ухода» от задания, низкую степень рефлексии, тенденцию «отгородить» свое «Я» от «ненужных мыслей». Характерно, что в подобных случаях, перед выполнением этой методики, испытуемый довольно долго мог выполнять задания на исследование интеллекта, внимания, памяти, не вызывавшие у него агрессивных фрустрационнных реакций. Последние появлялись лишь при аффективно-значимых темах. Наряду с этим встречались

и противоположные по форме и содержанию ответы, в которых испытуемый склонен был как можно более подробно и убедительно рассказать о себе. Ответы при этом были обстоятельны, детализированы, со множеством различных подробностей, что в целом указывало на необходимость постоянной актуализации значимых для испытуемого переживаний и их высокую рефлексию. В подобных случаях со стороны психолога вставала задача подробного анализа содержания таких событий, расстановки акцентов во *внутренней картине развития личности*, выявления функционального места этой значимой «точки» в общей структуре самосознания.

По имеющимся результатам были получены следующие варианты ответов оцениваемых событий, имеющих, по мнению испытуемого, отношение к содеянному правонарушению: 1) события (обстоятельства) выделяются, но не имеют решающего значения, вину за происшедшее испытуемый берет на себя; 2) события (обстоятельства) решают все, при этом со стороны испытуемого выявляется так называемый «феномен неучастия» в содеянном: «При данных условиях иначе быть не могло». Личностная позиция испытуемого в таких случаях пассивна, ригидна и достаточно устойчива; 3) варианты «уходов» от анализа событий: «Ничто не препятствовало, как ничто не способствовало».

В дальнейшем, уже после опыта работы в судебно-психологической экспертизе, методика «ЗА и ПРОТИВ» применялась автором в индивидуальном и семейном консультировании, в групповой психотерапии как диагностический и одновременно психотерапевтический рефлексивный прием. Но при этом в центр анализа ставились уже не правонарушения, а такие понятия как «затянувшийся конфликт в семье», «неожиданный разрыв с друзьями», «отношения с членами семьи», «наступление болезни» и другие.

БИОМЕДИЦИНА КАК ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФЕНОМЕН

ЭВОЛЮЦИЯ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ[1]

Белова Е.И.

Решение задач повышения качества и культуры медицинской помощи населению страны, развития ее специализированных видов и осуществление широких профилактических мероприятий во многом определяется соблюдением принципов медицинской этики и деонтологии. На каждом историческом этапе этические нормы медицинской профессии были определены общечеловеческими ценностями и зависели от степени развития знаний и практики.

[1] Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ 15-03-00846.

Первые принципы поведения врача были сформулированы в индийском своде законов Ману «Веды». В античное время этические нормы медицины переплетались с философскими и социальными учениями. Нравственные принципы поведения врача, как известно, сформулированы в работах Гиппократа. В частности, он писал: «Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство... В какой бы дом ни вошел, я пойду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного... Что бы я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...».[1]

В средние века следует отметить учение и деятельность персидского врача Ибн Сину (Авиценна). Ему приписывают интересное высказывание: «Врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва». Но одним из основополагающих положений медицины того времени, является воззрение из «Канона врачебной науки». Оно заключается в том, что необходимо предупреждать заболевание, и больной и здоровый человек, но прежде всего доктор должны направить на это все силы. Т.е., врач и больной – партнеры, они сотрудничают и взаимодействуют друг с другом.[2]Также в это время уделялось большое внимание не только личности доктора, но и его таким нравственным качествам, как милосердие, доброта, порядочность, необходимости постоянного развития умственных, физических и нравственных качеств.

Проблемы медицинской этики занимали важное место в работах русских врачей М.Я. Мудрова, С.П. Боткина, А.А. Остроумова и др. Так, С.П. Боткин опирался на принцип индивидуализации курса лечения, т.е., необходимости учитывать неповторимые особенности личности и организма пациента. Также он говорил о том, что не всегда нужно говорить правду о болезни и прогнозе больному и его родственникам. [3]

Неоценимый вклад в развитие "русской традиции" медицинской этики внес русский и советский писатель, врач В.В.Вересаев. В книге «Записки врача» он поднял широкий круг вопросов, многие из которых не потеряли актуальности и в наши дни – проблемы врачебных ошибок и врачебной тайны. Он писал: «Врач обязан хранить вверенную ему больным тайну, но к этому одно существенное ограничение: если сохранение тайны грозит вредом обществу или окружающим больного, то врач не только может, но и должен нарушить тайну. Однако в каждом таком случае он должен уметь дать и перед больным, и

---

[1]Матвеев, В.Ф. Основы медицинской психологии,этики и деонтологии:Учебное пособие /В.Ф.Матвеев.- М.: Медицина, 1989. –С.102.

[2]Алисевич, В.И. Вопросы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача / В.И. Алисевич,Г.И. Царегородцева//Философские и социальные проблемы биологии и медицины.-М.,1980. – С.84.

[3]Волохова Н.В. Свобода-ответственность в контексте биоэтики (на основе анализа философского наследия Л.Н. Толстого) // Известия ЮЗГУ Серия Экономика. Социология. Менеджмент-№3(20), 2016. - С. 207-214.

перед собственною своею совестью точный и исчерпывающий ответ, на каком основании он нарушил вверенную ему больным тайну». [1]

Введение понятия "деонтология" в отечественную медицинскую литературу принадлежит советскому врачу Н.Н. Петрову, который определил её, как «...учение о принципах поведения врача для достижения индивидуального благополучия и почестей, но для максимального повышения суммы общественной полезности и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы». [2]Многие авторы считают понятия "врачебная этика" и "деонтология" синонимами, однако, по моему мнению, эти термины не тождественны, а лишь тесно переплетены между собой [3]и должны рассматриваться во взаимосвязи. [4]

Основная идея учения Н.Н. Петрова – «Медицина для больных, а не больные для медицины». Н.Н. Петров считал, что тяжело больным все-таки не следует говорить о том, что существуют маленькие шансы на выздоровление, не внушать им ложных иллюзий. Однако, в его книгах проблема врачебной тайны широко не поднималась. Нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко много раз говорил, что о твердом курсе на отказ от врачебной тайны, подчеркивая, что болезнь не нужно стесняться. Данное высказывание, по моему мнению, было его огромной ошибкой.

Но если говорить в целом, огромное количество советской литературы по медицинской деонтологии лишь скрывало значительное отставание в области разработки и решения проблем этики. Основная причина такого положения дел была связана с международной изоляцией врачей. Всемирная Медицинская Ассоциация была закрыта для СССР. Знакомство с главными документами ВМА (Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 года, Женевская декларация 1948 года. и т.д.) произошло в начале 90-х гг., в период активного развития биоэтики.

В современном мире медицинская этика опирается на те правила, принципы и нормы, которые формировались на протяжении всей ее истории. Основа профессии врача – уважение каждого человека, его жизни, достоинства и ценностей.. Здесь следует вспомнить классиков отечественной и мировой литературы, но, прежде всего, А.П. Чехова. В душе он всегда оставался врачом, несмотря на огромную популярность в литературе и отход от практической

---

[1]Остапенко, АЛ. Общие вопросы медицинской этики и деонтологии / Med Dr.ru / [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.meddr.ru/etika_i_deontologiya_srednego_medicinskogo_r/obschie_voprosy_medicinskoy_etiki_i_deontolo/

[2]Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебное пособие /В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко.-М.: Советский спорт, 2004. – С.99.

[3]Aseeva I., Volokhova N. “Russian” tradition’s singularity in modern bioethical studies // SGEM International multidisdisciplinary scientific conferences on social sciences and arts, 3-9 September 2014, Bulgaria; STEF92 Technology Ltd. – P. 680.

[4]Гусарев, В.Д. Юридическая деонтология: Учебное пособие /В.Д.Гусарев,О.Д.Тихомиров.-К.: Знание, 2005. - С.112.

деятельности. А.П. Чехов поддерживал такие медицинские журналы, как «Хирургия», «Врач», в последнем даже ни раз публиковался и участвовал в съездах московских врачей. Важно обратить внимание на его знаменитую фразу: «профессия врача — подвиг, она требует самоотверженности, чистоты души и чистоты помыслов». Действительно врач должен обладать такими качествами, как доброта, милосердие, внимательность, великодушие, человечность и т.д. Следует также отметить, что правом заниматься медицинской деятельностью в России обладают те лица, которые имеют медицинское образование по определенной специальности, а также лицензию и сертификат, разрешающий определенный вид деятельности. [1]

Активное развитие медицины, постоянное усовершенствование её технологического обеспечения требуют переосмысления норм медицинской этики и деонтологии, разработки новых принципов, обеспечивающих доверие и уважение во взаимоотношениях между врачом и пациентом. Важно понимать, что технологические инновации должны развиваться только на благо пациента, но не должны вести к своего рода вытеснению личности, разрыву психологической связи, которая, как известно, играет важную роль в процессе выздоровления пациента. Широкое обсуждение проблем медицинской этики и деонтологии может способствовать предотвращению и решению сложных моральных проблем, которые возникают в современной медицине.

Литература

1. Aseeva I., Volokhova N. “Russian” tradition’s singularity in modern bioethical studies // SGEM International multidisdisciplinary scientific conferences on social sciences and arts, 3-9 September 2014, Bulgaria; STEF92 Technology Ltd. – P. 679-685.
2. Алисевич, В.И. Вопросы медицинской этики, деонтологии и ответственности врача / В.И. Алисевич,Г.И. Царегородцева//Философские и социальные проблемы биологии и медицины.-М.,1980 – 112с.
3. Волохова Н.В. Свобода-ответственность в контексте биоэтики (на основе анализа философского наследия Л.Н. Толстого) // Известия ЮЗГУ Серия Экономика. Социология. Менеджмент-№3(20), 2016. - С. 207-214.
4. Гусарев, В.Д. Юридическая деонтология: Учебное пособие /В.Д.Гусарев,О.Д.Тихомиров.-К.: Знание, 2005. - 655 с.
5. Матвеев, В.Ф. Основы медицинской психологии,этики и деонтологии:Учебное пособие /В.Ф.Матвеев.- М.: Медицина, 1989. - 176 с.
6. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебное пособие /В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко.-М.: Советский спорт, 2004. - 320 с.

[1]Остапенко, АЛ. Краткий исторический очерк развития медицинской этики и деонтологии / Med Dr.ru / [Электронный ресурс] / Режим доступа:http://www.meddr.ru/etika_i_deontologiya_srednego_medicinskogo_r/kratkiy_istoricheskiy_ocherk_razvitiya_medic/

7. Остапенко, АЛ. Общие вопросы медицинской этики и деонтологии / Med Dr.ru / [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.meddr.ru/etika_i_deontologiya_srednego_medicinskogo_r/obschie_voprosy_medicinskoy_etiki_i_deontolo/

8. Остапенко, АЛ. Краткий исторический очерк развития медицинской этики и деонтологии / Med Dr.ru / [Электронный ресурс] / Режим доступа:http://www.meddr.ru/etika_i_deontologiya_srednego_medicinskogo_r/kratkiy_istoricheskiy_ocherk_razvitiya_medic/

ЮРИСПРУДЕНЦИЯ КАК ФЕНОМЕН ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОСТИ БИОМЕДИЦИНЫ

Вавилычева Е.Д.

Прежде чем говорить об участии юриспруденции (как научной дисциплины, позволяющей решать множество вопросов в отношении медицины) в трансдисциплинарности медицинского знания, хочется выяснить историю происхождения самого этого термина «трансдисциплинарность».

Итак, в 60-е и 70-е годы XX века научное сообщество остро нуждалось в расширении научного мировоззрения, чему впоследствии способствовала научно-техническая революция ,требующая от науки более интенсивного углубления и более фундаментального мышления в познании закономерностей законов природы и общества, чем на тот момент это удавалось делать с помощью дисциплинарного и междисциплинарного подходов.

С предложением обсудить тему «трансдисциплинарности в науке» выступил в 1970 г. Жан Пиаже.Его основная идея заключалась в том, что после этапа дисциплинарных и междисциплинарных исследований стоит ожидать более высокого этапа–трансдисциплинарного,который не будет ограничиваться некими рамками, а будет как бы «скользить» между различными дисциплинами, вбирая в себя то, что необходимо для решения разносторонних проблем, требующих участия различных дисциплин и научных знаний в своём решении.

Является ли биомедицина трансдисциплинарной наукой? Ответ на этот вопрос довольно прост: Объект изучения медицины – человек. А человек, с точки зрения философии имеет по меньшей мере четыре подхода к определению этой сущности. И каждый подход отражает отдельную грань человеческого существования и принадлежащих ему атрибутов. В понимании античной натурфилософии человек понимался как «макрокосм» (человек как вселенная в миниатюре).Все это свидетельствует о том, что сам человек является сложнейшим биосоциокультурным, многоуровневым и трансдисциплинарным существом. Соответственно, наука, которая его изучает просто не может иметь чёткие границы. Медицина является самым ярким примером разносторонности научного знания. Только о медицине говорят, как

об искусстве всеобщей значимости: «Нет искусства полезнее медицины» (Плиний), «Ничто так не обязательно роду человеческому, как медицина» (Петроний), как о истинной мудрости, способной подарить человеку утешение для души «Врач-философ: ведь нет большой разницы между мудростью и медициной» (Гиппократ), «Врач не что иное, как утешение для души» (Петроний), как о чрезвычайно объёмном научном знании, которое служит на благо всему человечеству.

Все накопленные знания в медицине – это область взаимодействия фундаментальных дисциплин, таких как биология, химия, физика, генетика, подвергающихся процессам интеграции и синтеза, что впоследствии рождает смежные дисциплины, такие как биохимия, биофизика и так далее. И эти новые синтезированные дисциплины так же вступают в различные взаимодействия, что определяет различные научные открытия.

Применение этих новых достижений открывает уникальное явление-новейшие передовые медицинские технологии дают толчок новому осмыслению вечных жизненных вопросов, обсуждаемых с моральных, этических, а так же правовых вопросов.

А вот уже решением последних занимается другая трансдисциплинарная наука-юриспруденция. Основной её задачей является найти баланс между между достижениями медицины и морально-этическими нормами, и регулировать их, не нарушая баланс. На данный момент основным мировым законом является Конвенция Совета Европы о защите права человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины (1997 г.).

Конвенция создаёт правовую основу для многих этических принципов защиты пациентов и граждан, применяемых к любому медицинскому акту. Основными принципами, установленными в Конвенции, являются:1) первичность человека 2) предоставление равного доступа к здравоохранению 3) необходимость добровольного информированного согласия на медицинское исследование или вмешательство 4) конфиденциальность, как обеспечение неприкосновенности личных данных и запрет нарушения частной жизни.

Конвенция собрала в себе все морально-этические аспекты различных форм медицинской деятельности, например, таких как: Трансплантация органов и тканей, где рассматриваются вопросы пересадки органов, затрагиваются морально-этические вопросы трупного донорства, а также установились основные принципы защиты живых доноров, направленные против коммерциализации этих процессов. В принятии решений по трансплантации необходимо констатировать смерть человека-именно этот процесс и вызывает множество этических вопросов по типу: определять возможность трансплантации уже после констатации смерти или это нужно делать «на бьющемся сердце»? В решении этого вопроса просто необходимо участие врачей, юристов, врачей трансплантологов, анестезиологов, так же возможно и участие представителей этических комитетов, духовенства, даже

политиков и многих других специалистов. Это ещё одно подтверждение того, что медицина-трансдисциплинарная наука и юриспруденция как часть этой трансдисциплинарности сама является ей. Здесь прослеживается интеграция различных областей знания для решения вопросов, связанных с уважением достоинства человеческой личности.

В последнее время наметилась тенденция к тому, что медицинские работники желают получить практические навыки по многочисленным правовым вопросам, касающимся биоэтики-получение добровольного информированного согласия пациента на совершение определённых медицинских действий, защита врачебной тайны, юридические вопросы, связанные с началом и окончанием жизни. Уделяется больше внимания межотраслевым темам, находящимся на стыке права и других дисциплин, всё это происходит потому, что реализация основных прав и свобод необходима во всех областях нашей жизни.

Даже учитывая то, что на медицинских факультетах есть циклы занятий «Правоведение» на юридических факультетах «Судебная медицина», можно ли говорить о квалифицированных кадрах после прохождения данных курсов? Я считаю, что нет, так как в непрофильных ВУЗах такие циклы носят скорее ознакомительный характер и не дают полного погружения в специфику предмета, а также не могут обеспечить некоторыми практическими навыками. В результате студенты рассматривают получаемые знания как некую составляющую, которой будут заниматься юристы в их дальнейшей практике, совершенно не понимая значимость взаимосвязи медицины с юридическими знаниями.

Соответственно растёт необходимость в межотраслевых специалистах. Так, для владения медицинским правом и его эффективного применения на практике обычного юридического образования уже не достаточно-нужно обладать специальными знаниями в области медицины. Медицинским специалистам необходимо знать правовые нормы, например, для предотвращения возможных правонарушений в их будущей практике.

Другими словами, в настоящее время мы видим, что студенты получают знания сугубо в рамках своей программы, что совершенно не отражает процесса интеграции различных дисциплин и создаёт площадку для возникновения новых проблем на их стыках.

В связи с этим необходимо идти по пути создания интегрированных практических и междисциплинарных курсов, адаптирующих и обобщающих мировую практику под нюансы из практики каждой страны. А также активно внедрять их в учебную практику для получения в будущем суперквалифицированных специалистов своего дела не только в медицинской, но и во всех остальных областях знания!

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ ПРОБЛЕМАТИКИ НОРМЫ. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И МАТЕМАТИКО -СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Васильев О.С.

Практически каждый новый вид диагностики в биологии и медицине неминуемо возвращает нас к вопросам нормы. И связано это не столько с появлением новых средств и методов диагностики, сколько с отсутствием ясности в самой проблематике нормы.

Реалии нашего времени таковы, что несмотря на сложность и неоднозначность понятия нормы, для каждого диагностического метода должны быть четко установлены однозначные критерии нормы. Тем самым невольно порождается многомерное пространство норм, где каждому отдельному диагностическому критерию (методу диагностики) соответствует своё подпространство нормы. И это пространство норм только усложняется по мере возникновения всё новых методов обследования. Как оперировать с этим пространством норм – вопрос, до сих пор открытый. На практике -это пространство существует, не как единый объект характеризующий состояние обследуемого, а как набор норм отдельных исследований. Хотя уже понятно, что отдельные диагностические исследования не могут быть абсолютно независимыми, коль они относятся к одному и тому же обследуемому.

В итоге, развитие средств и методов диагностики порождает в клинической медицине аксиологический парадокс: с ростом медико-биологической информации падает его клиническая значимость (как целостная характеристика человека). Аксиологический парадокс невольно переходит в гносеологический парадокс: чем больше мы «знаем» частностей о состоянии пациента (на органном, тканевом клеточном и субклеточном уровнях), тем меньше мы «знаем» о самом пациенте в целом. Понятие медико-биологического знания приобретает теперь уже в праксиологическом смысле атрибут неоднозначности, если не самоотрицания: чем больше мы знаем (в смысле информации) - тем меньше мы знаем (в смысле принятия решения, что составляет сущность клинической деятельности). Заметим, что обозначенная выше неоднозначность понятия знания в медицине во многом опосредуется нерешённостью проблематики нормы.

Всё многообразие существующих на сегодняшний день представлений о норме можно подразделить на два типа: качественные представления о норме как набор признаков, характеристик и т.п. (по сути сводящиеся к *мере идеала*) и количественные (в том или ином виде представляющие *меру большинства*).

Представление о норме, как *мере идеала*, берёт своё начало с античных времён и в какой-то степени остаётся актуальным в наши дни. В клинической медицине мера идеала *в контексте большинства* является ничем иным как статистическим *математическим ожиданием* совокупности обследованного «большинства».

Но мера идеала может рассматриваться в контексте уникальности, например, в спортивной или космической медицине. Тогда за показатели такой меры принимаются целевые анатомо-физиологические показатели, к которым следует стремиться путём специальным образом организованной тренировки спортсмена.

Норма, как *мера большинства* (то, что «свойственно большинству особей»), прочно вошла в клиническую медицину с конца 19 века усилиями немецкого патофизиолога Ю.Ф. Конгейма (J.F. Cohnheim, 1839—1884). С тех пор этот подход к мере стал классическим и употребляется по наши дни. На фоне развития современных видов диагностики и расширения представления о здоровье и болезни всё чаще стали появляться случаи, когда отдельные индивидуумы или группы индивидуумов (например, спортсмены, танцоры), оставаясь клинически здоровыми, по отдельным анатомо-физиологическим параметрам никак не вписывались в меру большинства. Более того, всё чаще стали появляться ситуации, когда в рамках одного исследования (например, иммунограммы) часть показателей никоим образом не описывалась мерой большинства. Подобную ситуацию ещё в 30-годы XX века предсказывал советский патофизиолог А.А. Богомолец (1881—1946), исследующий реактивность организма в нормальных и патологических состояниях. Он неоднократно подчёркивал, что «если канонизировать и абсолютизировать среднестатистический момент нормы, то пришлось бы признать, что для индусов "нормально" умирать от холеры и чумы в неизмеримо большем числе, чем англичанам, живущим в тех же самых местностях».

С середины XX века в медико-биологических исследованиях всё больше нарастал диссонанс между статистическими представлениями о норме (как мере большинства) и её медико-биологической интерпретацией, как следование мере идеала. Невольно стала оформляться оппозиция между медико-биологическими и математико-статистическими способами оценки нормы. Разрешение этой оппозиции возникло достаточно неожиданно, в связи с появлением со второй половины XX века новых методов диагностики в иммунологии (в частности, проточной цитометрии). Оказалось, что все рецепторы на мембране иммунокомпетентных клеток, могут быть поделены на два класса: конституционально присутствующие рецепторы (то есть всегда присутствующие в том или ном количестве) и активационные рецепторы (экспрессирующиеся на мембране клетки в момент её активации и не присутствующие в покое). Оказалось, что все конституционально присутствующие рецепторы имеют низкодисперсное статистическое распределение, которое биологически адекватно оценивается общепринятыми статистическими методами в виде среднего и интервала допустимых значений. Сложность возникла с активационными рецепторами, имеющими высокодисперсное распределение по иммунокомпетентным клеткам. Для статистический оценки нормы распределения таких активационных рецепторов существующие статистические методы оценки, применяемые для конституциональных рецепторов, оказались математически неприменимыми.

Другими словами, получаемые в ходе медико-биологических исследований данные могут быть поделены на два типа:

- низкодисперсные данные, хорошо оцениваемые традиционными методами математической статистики и не вызывающие проблем в интерпретации нормы;
- высокодисперсные данные, математическая оценка которых является нетривиальной, в ряде случаев открытой проблемой, и, в силу этого, открытой является их медико-биологическая оценка нормы.

Решение указанной проблемы оценки высокодисперсных медико-биологических данных лежит в трансдисциплинарной медико-биологической сфере, сочетающей математико-статистической аппарат с качественными характеристиками следования идеалу меры в данной области исследования, понятийный аппарат которой находится в стадии становления.

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Григорьева М.В., Елисеев А.В.

Одной из важнейших проблем современного общества становится проблема эвтаназии. На протяжении длительного времени изучение данного вопроса вызывало множество критики, разрозненность мнений и неоднозначную реакцию во многих государствах. В западных странах проблема эвтаназии сейчас активно обсуждается общественностью и специалистами различных областей научных знаний. В России этот сложный вопрос долгое время практически не рассматривался, а на современном этапе вызывает интерес только у узких специалистов этико-правовой, социологической и медицинской направленности. Актуальность изучения эвтаназии связана с самым важным и ценным для человека – его жизнью.

Осуществление эвтаназии в настоящее время в основном ассоциируется с неизлечимыми заболеваниями. Однако, анализируя исторические материалы, можно заметить, что эвтаназия появилась очень давно и имела совсем другие намерения. Так, в Спарте поощрялось убийство больных детей и престарелых путем оставления в горах. В Древней Греции оправдывалось самоубийство людей, достигших 60 лет. Сократ и Платон оправдывали эвтаназию, Аристотель и Августин не принимали ее, расценивая самоубийство как проявление человеческой слабости и трусости.

Современная эвтаназия появилась в Германии. Выход книг о разрешении эвтаназии и программа «Акция – смерть из жалости» предполагала ее применение к немцам. Согласно данным Нюрнбергского процесса, в период с 1939 – 1941 гг. было уничтожено 40 тыс. жизней, определенных, как «существования, лишенные жизненной ценности».

Впервые термин «эвтаназия» ввел в XVII веке английский философ Ф. Бэкон для обозначения легкой безболезненной смерти[1]. Сейчас в словарях и других источниках можно найти различные определения эвтаназии. Обобщая эти определения, можно сделать вывод, что применение этого термина нельзя считать полным, охватывающим все ситуации. Проанализировав и обобщив полученную информацию, мы попытались сформулировать определение эвтаназии: умышленные действия или бездействия медицинского работника, которые осуществляются в соответствии с выраженной просьбой информированного больного или его родственников с целью превращения его физических и психических страданий, находящегося по медицинским показателям в угрожающем жизни состоянии, в результате которого должна наступить его смерть.

Эвтаназия может быть активной и пассивной, добровольной и недобровольной[2]. Вопрос применения эвтаназии является очень сложным, междисциплинарным, многогранным. Он вызывает споры, в которых участвуют философы, медики, юристы, социологи, политики. Сторонники эвтаназии выдвигают аргументы, основанные на следующих заключениях: медицинские – прекращение страданий; эгоистические – возможность выбора больного и его забота о ближних; биологические – борьба с неполноценностью; экономические[3]. Противники эвтаназии настаивают на своих соображениях: религиозные взгляды и установки; развитие медицины – мы сегодня выполним эвтаназию, а завтра появится новое лекарство; потеря нравственности общества и развитие преступности в медицине; ошибочный диагноз; развитие паллиативной помощи[4]. Представлены основные взгляды за и против эвтаназии. Учитывая, что этот вопрос затрагивает основополагающее право человека на жизнь – то, скорей всего, перечень со временем будет только расти, не приводя к единому мнению сторонников и противников.

Основной принцип медицины никак не согласуется с эвтаназией. Врачевание всегда базировалось на чувстве моральной ответственности, безоговорочного уважения к человеческой жизни и было определенным гарантом безопасности пациента. В Клятве Гиппократа отмечалось: «… никому, даже если кто-то попросит, не дам вызывающее смерть лекарство и не предложу подобного»[5].

В современном мире эвтаназия не только активно обсуждается, она легализуется. Первыми в развитии активной эвтаназии стали Нидерланды. Также активная эвтаназия легализована в Бельгии, Люксембурге, США, Канаде, Швейцарии и других странах. Пассивная эвтаназия разрешена в Израиле, Швеции, Финляндии, Колумбии, Японии

---

[1]Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство: 2-е издание, СПб Комитет по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга. 2012. –160 с.

[2]Воробьева Л.А. Этические проблемы эвтаназии: учеб. пособие / Л.А. Воробьева. - М.: Здравый смысл, 2009. – 256 с.

[3]Смирнов И.Н. Философские измерения биоэтики / И.Н. Смирнов // Вопросы философии. – 2007. – №12. – С. 83-97.

[4]Росенко М.Н. Основы этических знаний: учеб. пособие / М.Н. Росенко. – М.: Лань, 2012. – 225 с.

[5]Зеленкова И.Л. Этика: учеб. пособие / И.Л. Зеленкова, Е.В. Беляева. –Мн.: В.М. Скакун, 2013. – 240 с.

В остальных странах мира, в том числе и в странах СНГ, эвтаназия находится за пределами правовой легализации. Так, в соответствии со статьей 45 Федерального закона об охране здоровья граждан медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии —удовлетворения просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни[1]. Запрещена эвтаназия и в Азербайджане, Казахстане, Украине, республике Беларусь.

Как альтернатива эвтаназии, развивается специальная система медицинской помощи - паллиативный уход. Его главный принцип -не лечение, не реабилитация, а, прежде всего, его комфорт[2]. Между эвтаназией и ее альтернативой тонкая грань, т.к. используются одни и те же лекарства, но в разных дозировках и с разными намерениями.

Другая система учреждений для умирающих пациентов - это хосписы. Хоспис — это учреждение, в котором пациенты получают психологический и медицинский уход, облегчающий им жизнь. Первый в Москве хоспис для онкологически больных был открыт в 1903 году по инициативе профессора МГУ Л. Л. Левшина. В России на сегодняшний день действует более 70 хосписов: в Туле, Ярославле, Архангельске, Ульяновске, Омске, Кемерове, Астрахани, Перми, Петрозаводске, Смоленске и др. Мировой опыт показывает, что один хоспис должен обслуживать район с населением 300—400 тысяч человек. Таким образом, в России не хватает более 400 хосписов. Основная часть финансирования (80 %) хосписов приходится на государственные средства, лишь 20 % составляют средства благотворительных фондов и спонсорская поддержка.Хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы. «... Хоспис – это дом, в котором соединяются высочайший гуманизм и профессионализм …» - писал академик Дмитрий Сергеевич Лихачев. Хоспис и паллиативный уход можно рассматривать как меры, предшествующие или заменяющие эвтаназию, позволяющие преодолеть у человека страх смерти.

Все мы стареем, слебеем, теряем трудоспособность. Задумываясь о вопросе эвтаназии, необходимо помнить, что будет далее в нашем обществе, сохранятся ли в наших семьях, государстве, цивилизации морально-нравственные устои, способность заботиться и любить того, кто переживает тяжелый период в жизни, или мы освободимся от решения этого вопроса?

Литература

1. Воробьева Л.А. Этические проблемы эвтаназии: учеб. пособие / Л.А. Воробьева. - М.: Здравый смысл, 2009. – 256 с.

2. Зеленкова И.Л. Этика: учеб. пособие / И.Л. Зеленкова , Е.В. Беляева –Мн.: В.М. Скакун, 2013. – 240 с.

---

[1]Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 г.№ 323-ФЗ [Электронный ресурс] КонсультантПлюс: справ.-правовая система / Компания «КонсультантПлюс».

[2]Паллиативная помощь [Электронный ресурс]: офиц. сайт. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org.

3. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство: 2-е издание, СПб Комитет по здравоохранению мэрии Санкт-Петербурга. 2012. –160 с.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ [Электронный ресурс] КонсультантПлюс: справ.-правовая система / Компания «КонсультантПлюс».
5. Паллиативная помощь [Электронный ресурс]: офиц. сайт. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org
6. Росенко М.Н. Основы этических знаний: учеб. пособие / М.Н. Росенко. – М.: Лань, 2012. – 225 с.
7. Смирнов И.Н. Философские измерения биоэтики / И.Н. Смирнов // Вопросы философии. – 2007. – №12. – С. 83-97.

ПРОСТРАНСТВО, ВРЕМЯ И … ЗДОРОВЬЕ

Заболоцкая И.К.

Слова **цель и цел**остность имеет один корень не случайно. Целостность идет к цели. Целостная философия использует в своих изысканиях достижения всех ветвей культуры, как Бытия: искусства, науки, религии иБыта - «жизненного мира»[1]. Необходимо единство Бытия и Быта. Только в этом случае можно ставить и решать глубокие проблемы жизни. Они определяются не только рационально, но и эмоционально, интуитивно. Без реальности и ее эмоционального видения философия становится «сухой» абстракцией и набором фраз. Философия не должна «быть служанкой» одной отрасли культуры- науки, например, причем современного ее варианта – поверхностного позитивистского видения. Этого недостаточно. Должно работать все существо человека. Такой подход называется «мыслящем сердцем» (Л.Фейербах). Истина в таком случае определяется удивительным сближением, совпадением позиций разных отраслей культуры.(За разными понятиями может скрываться близкое или даже одинаковое содержание).Попробуем сделать шаг в соединении искусства и философии в важном вопросе варианта, вернее, инварианта будущего. Итак, начнем с интуиций искусства.

Поэзия. Мы живем в пространстве и времени. Что превалирует? Поэт - футурист Велимир Хлебников (начало XX века) писал о существующем государстве **пространства** и будущем государстве **времени.** В XXI веке мы не ушли от этого противостояния. Пространство, оно разъединяет людей, страны, экономики; государство пространства агрессивно и жестоко, оно и грозит уничтожением человечества либо в результате войн, либо через уничтожение природы - экологический кризис. Напряжение растет, и энергия человечества и

[1] Жизненный мир – термин, восходящий к Гуссерлю. Обозначает интерсубъективную и изначально очевидную данность мира, предшествующую его научным тематизациям.

жизнь человека угасает в этой междоусобной бесплодной борьбе за первенство в обладании пространства. Пространство горизонтально. Если взять только экономические показатели, то на войну тратится более половины всего созданного, не говоря о человеческих жертвах. Герои завоевания пространства: Наполеон, Александр Македонский. Если мы сумеем понять этот абсурд, преодолеть агрессию вне и, главное, внутри себя, то перейдем к культуре **времени,** его удлинения и улучшения содержания. Время вертикально! Оно поднимает и соединяет человека и космос. Не случайно человек, в отличие от животного, тянется вверх. Показателем такого подхода являются положительные эмоции – радость, здоровье, долголетие. Здесь героями становятся, прежде всего, врачи и созидатели: Гиппократ и Н. Пирогов, например. При изменении системы ценностей произойдет взросление, **совершеннолетие** человечества. Из подросткового драчливого возраста переход произойдет в возраст зрелый и умудренный опытом. Время – это «ткань жизни». Только молодость легкомысленно считает себя бессмертной, люди постарше прощаются с этой иллюзией и видят мир, как он есть на самом деле с разными видами зла:болезнями, страданиями и смертью. В таком случае, преодолев «рукотворное зло» агрессивности, встает вопрос о перечисленных противниках времени. Людей, сумевших преодолеть агрессивность и перейти на ценности времени, Велимир Хлебников называл «творяне». Хлебников оттолкнулся от слова дворяне.Творяне распоряжаются судьбой.

Философия. Откуда же у «государства пространства» огромные силы? Немецкий философ XX века Ю.Хабермас выделяет понятие **«жизненного мира»** с коммуникативным действием (жизни семьи, быта, отдыха, досуга, мира мыслей и чувств индивида) и **систему** с инструментальным действием (государство, экономика). То есть первый «жизненный мир» стремится к сближению - коммуникации, второй – к фактическому отчуждению, несмотря на бюрократическое единство, силовые возможности и подавляющую активность. В настоящее время **система** сильнее, ориентируется на успех и «колонизирует», по словам Ю.Хабермаса, «жизненный мир». По моему мнению, последний уменьшается через сокращения времени жизни активных работающих на систему людей из-за чрезмерных нагрузок. Также за счет уменьшения времени жизни людей, отброшенных системой: безработица, например. Но система не обращает на эти «мелочи» внимание.

Здесь идет явная перекличка содержания понятий, созданных В. Хлебниковым (поэт) и Ю. Хабермасом (философ): в «государстве **пространства**» двигателем является **система,** использующая человека как инструмент; «государство **времени»** коррелирует с понятием **- «жизненный мир».** Так что единение искусства и философии продуктивно, оно позволяет найти близость разных отраслей культуры, здесь, мы видим связь между искусством и философией. А это и есть показатель истины, обозреваемой с разных сторон.

Борьба за пространство важна сейчас для нас, и очень трудно от нее отказаться. Латинская пословица гласит: хочешь мира - готовься к войне! Но пространство **разъединяет людей и страны**. Борьба за время жизни, уничтожение ее противников, различного рода зла: болезней, старости и смерти **соединяет всех!** Это не осознается… Не солидарность превалирует в современном мире. Хотя у нас, живущих - общий обозначенный враг - несчастья и короткий век, и **общее дело** – удлинение времени жизни и насыщение ее позитивом: радостью и здоровьем (термин философии общего дела принадлежит великому мыслителю и подвижнику Н. Ф. Федорову). А современному человечеству, разделяемому конкуренцией и отчужденностью пространств нужна общая благая цель. Что же уводит от искомого всеединства, от здоровья? - Борьба за первенство, нарушающая нормы нравственности. С одной стороны, эта борьба естественна и придает задор, силы и энтузиазм. Но далее, перейдя **Меру**, проявляется либо в виде конкуренции или даже войны. Об этом точно сказал Т. Гоббс: «Война всех против всех». «Чтобы удовлетворить свои страсти к соперничеству, наживе, славе, власти, человек, - утверждает Т. Гоббс, - не останавливается ни перед чем. Ни перед какими злодеяниями. В этой войне не может быть победителей»[1]. Эта борьба (прерогатива **пространства-системы)** отразилась во всем: внутри человека (болезни), в социуме (классовая борьба), в коллективе, в межгосударственных отношениях, и даже в основном вопросе философии: «Что первично: дух или материя, идеальное или материальное?» От этой ситуации нужно отходить. Поэтому вопрос **времени** важен, он философский - может объединить нас! Основной вопрос философии совершеннолетнего мира звучит так:« Как продлить время жизни?». Ответ на этот вопрос принадлежит здоровью и показателям здоровья - радости жизни. Важную роль будет играть геронтология – наука о старости. Быть может зло, старость и смерть существуют именно для того, чтобы в борьбе с ним соединить человечество и усовершенствовать его?

Но чаще всего несчастья разъединяют людей. Если несчастья соединят, то этому единству ничто не может противостоять. Л.Н.Толстой писал так: «Смерть и страдания как пугалы со всех сторон ухают на него (человека), и загоняют его на **одну** открытую ему дорогу человеческой жизни, подчиненной своему закону разума и выражающийся в любви»[2]. То есть страдания, старость и смерть нужны для воспитания человека и единения человечества в борьбе с разными видами зла.

Именно об этом мечтал Н. Ф. Федоров. В начале XX века появилась книга философа-космиста В. Муравьева «**Овладение временем**».

В этом диалоге о времени жизни с Природой мы выходим к проблеме будущего совершенства человека. В настоящее время в «государстве пространства» даже ставить такие вопросы не уместно. Они кажутся наивными и бесперспективными.

---

[1]Цит. по: Философия/ под.ред.Лавриненко В. Н., Ратникова В.П.-М.,2001.- С.126.
[2] «О жизни» Электронный ресурс :iknigi-net

И все же, задавая трудные вопросы о времени жизни, мы выходим на диалог с Природой. Мы задаем его с позиции философии, поэтому вопрос обращен чаще к Природе, поэт Востока Омар Хайям, например, обращался к Всемогущему:

«Почему Всемогущий творец наших тел Если мы совершенны, зачем умираем?

Даровать нам бессмертие не захотел? Если не совершенны - кто бракодел?»

ДИАГНОСТИКА КАК ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ДИАЛОГ

Калинин Э.Ю., Новикова Е.В.

Трансцисциплинарность понимается несколькими способами, один из которых - это мультидисциплинарность, что очень часто входит в содержание диагностики, но мы дополнительно будем понимать трансдисциплинарность в узком смысле как наличие минимум двух принципиально разных несводимых друг к другу, но и неразрывно связанных общим познавательным процессом, методологических установок: дескриптивной и прескриптивной (либо конструктивной, либо нормативной).

Определение значений параметров само по себе не содержит специфицирующей характеристики диагностики как распознавания, развитие теории и практики которого претерпело несколько этапов.

В середине 80-х годов был предложен ряд моделей нейронных сетей, выполняющих алгоритмы обработки информации: ассоциативная память, разбиение множества образов на кластеры. В большинстве моделей запоминание информации в нейронной сети (обучение) происходит в результате формирования весов синапсов нейронов. Предполагается, что определенные практические задачи должны решаться нейрокомпьютерами и нейрочипами – искусственными нейроподобными сетями, созданными на основе микроэлектронных вычислительных систем. Спектр задач для нейрокомпьютеров достаточно широк: распознавание зрительных и звуковых образов, создание экспертных систем, управление роботами, создание нейропротезов для людей, потерявших слух или зрение. Достоинства нейрокомпьютеров – параллельная обработка информации и обучаемость. Нейросетевые методы активно используются в новых эволюционно-кибернетических направлениях, таких как "Искусственная жизнь" и "Адаптивное поведение" в рамках эволюционного моделирования.

В конце 80-х - начале 90-х годов возникли два связанных между собой направления кибернетических исследований: "Искусственная жизнь" и "Адаптивное поведение". Основное предположение искусственной жизни состоит в том, что “логическая форма” организма может быть отделена от материальной основы его конструкции. Сторонники направления "Искусственная жизнь" часто считают, что они исследуют более общие формы жизни, чем те, которые существуют на Земле. Т.е. изучается жизнь, какой она могла бы в принципе быть ("life-as-it-could-be"), а не обязательно та жизнь,

какой мы ее знаем ("life-as-we-know-it"). Искусственная жизнь – это синтетическая биология, которая по аналогии с синтетической химией пытается воспроизвести биологическое поведение в различных средах. Это жизнь, созданная человеком, а не природой. Исследования искусственной жизни направлены не только на теоретические исследования свойств жизни, но и (аналогично синтетической химии) на практические приложения, такие как подвижные роботы, медицина, нанотехнология, "жизнь" социальных систем и т.п. Часто "организмы" в искусственной жизни – это придуманные людьми объекты, живущие в мире компьютерных программ.

Модели нервных сетей показали, что Хайдеггер, поздний Витгенштейн и Розенблат были правы, утверждая, что мы ведем себя интеллектуально в нашем мире, не имея теории этого мира. Эти модели ведут себя особым образом в отличие от семантических сетей. Их узлы не заполняются абстрактными понятиями, они возбуждаются в зависимости от наличия или отсутствия тех или иных черт изучаемой области.

Интеллектуальные автоматы на базе нервных сетей могут обучаться и, в то же время, выдавать неожиданные результаты, но они терпят неудачу, когда требуется делать обобщение, т.к. все их преобразования заранее определены программистом (проектировщиком). Даже если расширить эти возможности, они оказываются принципиально неизмеримо меньше, чем у человека, т.к. реальная нервная система как целостность зависит от целостности более высокого порядка – человека и культуры. Интеллект должен быть мотивирован целями организма, но у человека цели организма пронизываются целями культуры, поэтому нервно-сетевым и символическим компьютерам предстоит пройти долгий, а, может быть, и бесконечный путь, прежде чем они сравняться с людьми, в том числе и в области диагностики.

Е.А. Кротков отмечает, что когнитивные модели видов болезней, элементарных частиц, геологических пород живых организмов и т.п. представляют собой результаты создания естественных классификаций (систематик) в соответствующих предметных областях науки. Перед индивидуальным сознанием диагноста эти модели предстают как системы готовых знаний об объектах как предпосылки собственной диагностической деятельности.

Приведем пример диагностики природных сред. В настоящее время решение задачи электромагнитной диагностики искусственных и естественных сред различной (в том числе и биологической) природы имеют большое теоретическое и практическое значение. Необходимость определения внутренней структуры исследуемой среды и установление признаков, характеризующих ее состояния и свойства, часто возникает при проведении различных видов диагностики. Один из видов диагностики – это восстановление профиля изучаемого объекта. Задача восстановления профиля является одной из общих задач радиофизики и относится к обратным задачам электродинамики. Обратная электродинамическая задача заключается в определении геометрических и электродинамических параметров исследуемой

диэлектрической среды по характеристикам рассеянного электромагнитного поля.

Важным этапом решения таких задач является построение интерпретационной модели исследуемого объекта. С одной стороны, она должна быть достаточно содержательной, т.е. описывать основные особенности его структуры, с другой стороны, она должна быть в определенной степени простой, т.е. характеризоваться небольшим числом свободных параметров для обеспечения практической устойчивости обратной задачи. Ввиду сложности закономерностей, описывающих распространение радиоволн в различных средах, обратная задача поддается аналитическому решению только в простейших случаях. В остальных случаях, такие задачи, возникающие при обработке экспериментальных данных, часто относятся к классу математически некорректных, что существенно затрудняет получение достоверного решения. Они возникают в разных направлениях, таких как дистанционное зондирование земной атмосферы и земной поверхности, биотехнология (биотехнические и медицинские аппараты и комплексы диагностического назначения, приборы для функциональной диагностики, медицинская томография) и др.

Универсальность диагностики в узком смысле - оценка состояния или поведения объекта в категориях нормы и патологии. Универсальность диагностики в широком смысле - это распознавание внешних, эмпирических характеристик, явлений для того, чтобы от них перейти индуктивно, путем обратной задачи к внутреннему, теоретическому, к сущности. Обратные задачи связаны с обращением причинно-следственной связи - это задачи отыскания неизвестных причин известных следствий.

Важной характеристикой задачи, выявляющей трудности обращения, является понятие некорректности. Задача корректна, если она имеет единственное решение, и некорректна, если не имеет решения или имеет более чем одно решение. Поскольку задача ставится с помощью вопроса, понятие некорректности распространяется и на него. Вопрос некорректен, если ответ на него не существует либо существует, но неоднозначен (противоречив). Реабилитация некорректных задач совпала с кризисом позитивизма; для решения некоторых из них были развиты неклассические методы. Существует традиция рассматривать познание природы метафорически, как диалог исследователя с ней. Признание осмысленности некорректных вопросов и задач ведет к допущению индетерминированного начала в природе и служит обоснованию метафоры диалога. С точки зрения С. Антакова решение всех некорректных задач означало бы конец естественнонаучного познания.

На наш взгляд надо выделить третий способ понимания диагностики, который уже второго, но шире первого. Диагностика - это не просто исследование эмпирических признаков, а потом решение обратной задачи, т.е. переход от этих признаков к теоретической модели, объясняющей смысл и значения последних. Но этот переход должен предполагать следующим логическим шагом либо прогностическую методологию, которая может быть основана на базе эволюционно-сетевого моделирования, способного обучаться и улучшать прогноз без существования дедуктивной теории, либо

прескриптивную методологию, т.е. управление или конструирование реальных признаков реального объекта. В частности, при медицинском диагнозе это предполагает переход к лечению. Если же речь идет о гуманитарных и социальных объектах, тогда такую диагностику можно назвать консалтингом. Разница между западной и "восточной" (традиционной) медициной (и шире технологией) заключается, в первом случае, в наличии научной теории как посредника между диагнозом и лечением (в случае медицины) или между диагнозом и технологией в общем случае, и отсутствие такого посредника - во втором случае.

Можно рассматривать диагностический диалог как универсальную модель познания, которая в своем развитии проходит три этапа (по В.С. Стёпину, В.И. Аршинову, В.Г. Буданову). Классический: человек задает вопрос природе (объекту), природа отвечает. Считается, что полученное знание (ответ) объективно, т.е. не зависит ни от способа вопрошания (средств эксперимента, наблюдения), ни от стиля и уровня мышления экспериментатора. Неклассический: человек задает вопрос природе, природа отвечает, но ответ теперь зависит и от свойств изучаемого объекта, и от способа вопрошания, контекста вопроса. То есть результат наблюдения зависит не только от средств наблюдения в проведении эксперимента, но и от возможности проведения совместных наблюдений различных величин. Возникает принцип относительности результата эксперимента к средствам наблюдения, принципиальная неустранимость влияния акта наблюдения на систему, этим влиянием никогда нельзя пренебречь. Понятие классической объективности в единичном эксперименте размывается. Постнеклассический: человек задает вопрос природе, природа отвечает, но ответ теперь зависит и от свойств объекта, и от способа вопрошания, и от способности понимания вопрошающего субъекта. При таком подходе диагноз превращается в "Диагноз нашего времени" (по К.Мангейму), а диагност - человека, занятого самопознанием.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ КАК ЧАСТЬ «СОЦИАЛЬНОГО ВООБРАЖАЕМОГО» СОВРЕМЕННОСТИ?[1]

Шеманов А.Ю.

В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как документ, дополняющий Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), биопсихосоциальный

[1] Работа выполнена при поддержке ОГОН РФФИ: гранты № 15-03-00581 «Освоение репрезентаций пространства в культурных практиках: история и современность» и № 15-33-14106 «Целевые ориентиры государственной национальной политики: возобновление человеческого ресурса и национальные культуры (проблема Другого)»

подход рассматривается в качестве концепции оценки функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, ориентированной на синтез медицинской и социальной моделей понимания и объяснения этих ограничений[1]. Согласно трактовке МКФ медицинская модель видит корень ограничений в значимых с медицинской точки зрения особенностях индивида (болезнь, травма, нарушение развития и т.п.), которые требуют медицинского лечения и реабилитации имеющего их индивида, а социальная модель понимает любое ограничение функционирования как результат сочетания комплекса условий, в котором всегда присутствуют социальные факторы. На тот же подход (правда, с добавлением культурного и духовного измерения он именуется как биопсихосоциокультуроспиритуальный) опирается обсуждение социальной работы с лицами, имеющими инвалидность, которое, как полагает Дж. Ротман, не может не учитывать медико-биологический аспект ограничений жизнедеятельности, поскольку именно наличие медико-биологически документированных показаний является основанием для оказания социальной помощи[2]. Следует отметить, что в центре внимания во всех этих случаях остается индивид с многообразием аспектов его рассмотрения и учетом различных контекстов его жизни. В то же время наиболее радикальный вариант социальной модели, основанный на социально-конструкционистском подходе, трактует сами ограничения скорее как социальные конструкции, т.е. результат навязываемому индивиду с теми или иными особенностями социального дискурса, исключающего его в той или иной мере из социума, доступа к общественным благам и возможностям влияния на социальный порядок и тем самым превращающего его в «другого». С точки зрения этой радикальной интерпретации социальной модели, биопсихосоциальный подход характеризуется как индивид-центрированный, а не социум-центрированный. На тех же принципах социального конструкционизма основан, помимо социального подхода к проблеме здоровья, также и социальный подход в образовании, ратующий за инклюзивное образование и направленный против специального образования как обладающего потенциалом стигматизации, дискриминации и сегрегации людей с ограничениями жизнедеятельности. Важно отметить, что образование и охрана здоровья, включая медицину, и политика в этих сферах касаются возобновления человеческого ресурса общества, поскольку это понятие, особенно в современной экономике, не ограничивается его количественным аспектом, находящим отражение в значимых с экономической точки зрения демографических процессах, а принимает во внимание качество возобновляемого человеческого ресурса[3]. Таким образом, противоречия между медицинским и социальным подходом и попытки решить это противоречие и достичь синтеза касаются обоих

---

[1] Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья. Краткая версия. Всемирная организация здравоохранения, 2001. URL: http://who-fic.ru/icf. С. 28.

[2] Rothman J.C. The Challenge of Disability and Access: Reconceptualizing the Role of the Medical Model // Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation. 2010. Vol. 9. № 2–3. P. 194–222. doi: 10.1080/1536710X.2010.493488.

[3] Наумова Е. Ю. К вопросу определения понятия «Человеческие ресурсы» // Известия ВолгГТУ. 2012. № 13. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-opredeleniya-ponyatiya-chelovecheskie-resursy (дата обращения: 11.07.2017).

измерений возобновления человеческого ресурса в его широком – с учетом качества ресурса – понимании.

Критики радикального социально-конструкционистского понимания социальной модели в образовании[1] справедливо отмечают, что специальные психологические и педагогические знания и методы некорректно рассматривать как некое подобие мифов, сказок или других нарративов, порождаемых культурой в процессе вербализации социального и культурного опыта. Также некорректно, по их мнению, считать эти знания и методы преимущественно средствами реализации власти на том основании, что эти знания и методы, описывая индивидов как имеющих отклонения, превращают их в «других» (посредством стигматизации). С точки зрения Анастасиу и Кауфмана, совокупность этих специальных знаний отражает объективное положение вещей, описывает реальную ситуацию, что позволяет оказывать адресную помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности в их социальной реабилитации или в получении ими образования. При этом в качестве альтернативы социально-конструкционистскому подходу к пониманию ограничений жизнедеятельности эти авторы со ссылкой на МКФ также рассматривают биопсихосоциальный подход.

Однако, соглашаясь с Анастасиу и Кауфманом в том, что научные знание имеют объективное значение, несмотря на факт их исторического изменения, следует все же заметить, что социально-конструкционистский подход правомерно обращает внимание на возможность использования оппозиций, подобных таким, как норма и отклонение или способность и неспособность, в целях дискриминации и стигматизации лиц с ограничениями здоровья. Дело в том, что любой профессионал сам принадлежит обществу и зачастую неосознанно разделяет многие его предрассудки. Его оценка человеческих возможностей и их ограничений никогда не сводится только к точному знанию об особенностях индивида, но всегда подразумевает распространенные в обществе оценочные представления о нормальном и ненормальном, что может оборачиваться стигматизацией и дискриминацией индивида, которого характеризуют как отклоняющегося от нормы, даже если это отклонение первоначально описывается на объективном и безоценочном языке научных методов и регистрирует отклонение от нормы на языке статистики. Связь мнения профессионала о том, что такое нормальное развитие или состояние, а что такое отклонение от них, с ценностями и предрассудками культуры, к которой он принадлежит, можно увидеть хотя бы в том, что это его мнение является основанием для суждения, следует ли помогать и как человеку с отклонениями от нормы, т.е. включает представление о норме как цели коррекции и, стало быть, его позитивную оценку. Иначе говоря, это суждение зависит от того, как помогающий понимает, *что* значит быть человеком как таковым, кем *должен* быть человек. А это вопрос, ответ на который репрезентирует *ценности* культуры и на который научные методы и теории,

[1] Anastasiou D., Kauffmann J.M. A Social Constructionist Approach to Disability: Implications for Special Education // Exceptional Children. 2011. Vol. 77. № 3. P. 367–384. doi: 10.1177/001440291107700307.

обычно воспринимаемые как ценностно-нейтральные, не дают ответа. Ответ на него скорее определяется тем, что Г.П. Мейнингер называет имплицитной нормативной антропологией, т.е. подразумеваемым нормативным образом человеческого бытия, который структурирует профессиональные практики[1].

Говоря о биопсихосоциальном подходе, интересно отметить, что он был сформулирован американским психиатром Джорджем Л. Энджелом[2] примерно в тот же период (конец 1960-х – 1970-е гг.), когда в европейских странах и США набирало силу движение интеграции людей с инвалидностью в систему общего образования в районе проживания, проходившее под лозунгом нормализации и предлагавшее альтернативу их обучению в специальных школах. Как пишет Ю.Г. Фролова[3], Энджела как клинициста интересовали различные контексты (психологический, социальный), позволяющие более индивидуально работать с пациентом, а не отказ учитывать биологические факторы болезни. В этом смысле его подход отличается от последующего, произошедшего в 1980-гг. поворота к социальной модели, близкой пониманию болезни и ограничений жизнедеятельности лишь как социальных конструкций, не отражающих особенности индивида. Показательно, что аналогичный поворот в то же самое время произошел в сфере образования, где именно с опорой на социальную модель была сформулирована политика инклюзии и родилась концепция инклюзивного образования, в котором во главу угла была поставлена задача устранения социальных и культурных барьеров к включению людей с любыми особенностями, а не опирающаяся на учет их особенностей помощь в интеграции[4]. Анастасиу и Кауфман считают социальную модель проявлением культурного детерминизма и редукционистской стратегией. Характерно, что параллельно с культурным редукционизмом социальной модели возникает и развивается так называемая 4P-медицина, которая, несмотря на свое наименование как персонализированной (personalized), также является редукционистской концепцией, только уже в русле биологического редукционизма[5].

Таким образом, и социальная и медицинская модели в их нынешнем виде представляют собой, во-первых, редукционистские концепции, а во-вторых, обе они методологически несовместимы друг с другом: медицинская модель видит сущность проблемы нормы и отклонения в особенностях индивида, а социальная – в характерных чертах социальных конструкций культурного дискурса общества. Причем, что характерно, обе они рассматриваются их

---

[1] Meininger H. P. Authenticity in Community // Journal of Religion, Disability & Health. 2001. Vol. 5. No 2. Pp. 13 – 28. DOI: 10.1300/J095v05n02_02. P. 14-15.

[2] См.: Engel, G. L. Psychological development in health and disease / G. L. Engel. – Philadelphia, 1962; Engel, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // Science. – 1977. – Vol. 196. – No.3. – P. 129-136.

[3] Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья // Философия и социальные науки. – 2008. – № 4. – С. 60-65.

[4] Slee R. Beyond special and regular schooling? An inclusive education reform agenda // International Studies in Sociology of Education. 2008. – Vol. 18, – No. 2. – P.99–116.

[5] Моисеев В.И. О холистических образах PPPM – персонализированной, превентивной, предикативной и партипационной медицины // Философские проблемы биологии и медицины. Выпуск 9. Стандартизация и персонализация. М.: Навигатор, 2015. – С.12-15.

сторонниками как универсальные, надкультурные концепции, описывающие феномены болезни и здоровья, нормы и отклонения от нее как таковые, в соответствие с их природой. В этом смысле обе модели могут быть описаны как работающие в русле акультурной (в смысле Ч. Тейлора) теории современности, т.е. рассматривающей присущие современности эксплицитно выраженные идеи, верования, убеждения (в данном случае о здоровья и болезни и пр.) не как проявление культурной специфики современного западного человека, носителя современной европейской культуры, причем в одном из ее вариантов, не в контексте этой культуры, а как выражение универсальной истины о природе вещей.

Термин акультурные и культурные теории современности был предложен Чарльзом Тейлором[1], который основывает это различение на представлении о трехуровневой структуре культуры и, соответственно, ее освоения людьми, носителями данной культуры. Первый уровень Тейлор описывает как эксплицитно выраженные идеи, убеждения и верования, которые в силу этой эксплицитности принимают рациональную форму, второй, глубинный уровень культуры остается имплицитным, благодаря тому что люди в данной культуре воспринимают его как самоочевидный (Тейлор приводит в качестве иллюстрации подобного убеждения пример Л. Витгенштейна о том, что мы считаем самоочевидным и потому не формулируем убеждение в том, что мир не возник только что, а существует и скорее всего будет существовать продолжительное время). Подобного рода убеждения или верования остаются фоном для нашего поведения, восприятия мира, самих себя, должного порядка вещей и прочего. Они формируются в ходе освоения культуры таким же фоновым образом, как и существуют затем, обычно не формулируются явным образом, а иногда, как пишет Тейлор, и не могут быть выражены эксплицитно. Этот фоновый уровень культуры Тейлор сравнивает с хабитусом в смысле П. Бурдье, который характеризует последний в качестве социально сконструированной когнитивной способности[2], носящей инкорпорированный характер (embodied). Третий уровень культуры Тейлор называет символическим, поскольку он как бы располагается между двумя другими: его нельзя назвать имплицитным, поскольку он выражен в ритуалах, мифах, образах искусства и других символах, но и нельзя назвать вполне эксплицитным, поскольку это выражение не подчиняется правилам рационального логического мышления. Этот уровень способен выражать символически фоновые имплицитные убеждения, тем самым задавая репертуар возможных идей о мире, себе, других, причинах мира и пр. и делая возможным ту или иную эксплицитно выраженную концепцию, построенную по правилам логического следования. Исходя из такой трехчастной структуры культуры Тейлор утверждает, что некорректно оценивать идеи носителей другой культуры, будь то культура наших современников, или культура исторически

[1] Taylor Ch. Two Theories of Modernity // The Hastings Center Report. 1995. Vol. 25. No. 2. Pp. 24-33. URL: http://www.jstor.org/stable/3562863.

[2] См.: сноска 6 в: Бурдье П. Формы капитала // Экономическая социология. Электронный журнал. Т.3. № 5. 2002. С. 60 — 74. С. 60.

ушедших культур, только опираясь на эксплицитно выраженную, рационально сформулированную часть этой культуры. Надо учитывать ее базовые имплицитные верования, к которым мы имеем доступ лишь через символический уровень, обозначаемый Тейлором как «социальное воображаемое».

Исходя из этих установок Тейлора, представляется интересным исследовать сам репертуар описанных выше редукционистских подходов к болезни и здоровью, к норме и отклонению от нее (репертуар, представленный в культурном детерминизме социальной модели, биологическом детерминизме медицинской модели и в биопсихосоциальном подходе, пытающемся их сочетать, но не предлагая явно выраженного способа преодоления редукционизма) как принадлежащий «социальному воображаемому» современности, которое является выражением фоновых верований и убеждений нашей культуры (инкорпорируемых в качестве хабитуса, по Бурдье), или, говоря иначе, имплицитной нормативной антропологии, по Мейнингеру. Их исследование будет составлять задачу следующей работы.

БИОМЕДИЦИНСКОЕ И БИОЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПРОДУКТИВНЫЙ СПОСОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Алексеев М.В., Фомина К.А.

Процесс обучения студентов-будущих врачей имеет ряд особенностей. Например, обучение студентов проводится на теоретических и практико-ориентированных кафедрах медицинского вуза. Общим является изучение студентами теорий, знание которых, и умение применять их в практической деятельности, является основой мировоззрения врача.

Результатами обучения студентов выступают формируемые профессионально-значимые знания, умения, навыки, способы деятельности.

Формирование профессиональных качеств будущего специалиста осуществляется в ходе совместной деятельности преподавателя и учащегося. Возможны различные способы организации познавательной деятельности студентов - репродуктивный и продуктивный.

Репродуктивный способ организации обучения предполагает использование репродуктивных методов обучения. При этом у студентов формируются знания-знакомства и знания-копии. При использовании репродуктивных методов обучения уровнями умственной деятельности учащегося являются узнавание и воспроизведение. Использование лишь репродуктивного способа организации обучения студентов в медицинском вузе не может обеспечить достижения норм обучения студентов в когнитивной области, задаваемых Федеральным государственным образовательным стандартом.

Достижение этих норм возможно при продуктивном способе организации процесса обучения студентов. Такой способ предполагает использование

группы продуктивных методов, к числу которых относят проблемное изложение, частично-поисковый, исследовательский и их усовершенствование - деловую игру. Использование перечисленных методов позволяет развивать у студентов клиническое мышление. Этим методам обучения соответствуют следующие уровни знаний, формируемых у учащихся - знания-умения, знание-трансформация.

Организация обучения студентов в медицинском вузе продуктивным способом возможна при использовании задачного подхода к обучению. Он предусматривает освоение учащимися новых, неизвестных способов действий. Реализация задачного подхода может быть осуществлена при включении в процесс обучения студентов медицинского ологии обучения в глобальном информационном сообществе (ТОГИС).

Решение ситуационных задач предполагает исполнения и усвоения студентами последовательности действий, которые условно можно представить в виде последовательности этапов – ориентировочного, исполнительского и контрольно-систематизирующего.

Создание методик обучения студентов осуществляется с учётом условий, в которых организуется образовательно-воспитательный процесс. Важными среди них являются организация обучения при использовании минимума содержания образования, относительно небольшое количество учебных аудиторных часов, отводимых на изучение содержания. Эти условия резко ограничивают количество вариантов построения практических занятий. Кроме того, учебными программами предусмотрено отведение некоторого количества учебных часов на самостоятельное изучение студентами учебного материала. Перечисленные условия приводят к необходимости модификации структуры практического занятия в медицинском вузе. В сущности, это приводит к необходимости разработки единообразной схемы проведения практического занятия по изучению текущего материала.

Занятие по изучению нового материала содержит этапы актуализации знаний и мотивации учащихся. Этап актуализации знаний включает деятельность студентов по припоминанию знаний, необходимых для использования при усвоении нового материала. Как правило, он организуется репродуктивным способом, представленным в виде фронтального опроса, тестирования или др.

Мотивационный этап включает, например, деятельность преподавателя по созданию проблемной ситуации, которая может быть выражена в описании клинического случая. При этом для решения проблемы знаний и умений, которыми обладают учащиеся, недостаточно. В этом случае под руководством преподавателя (открытое или латентное управление)у студентов возникает мотив к развёртыванию учебной деятельности по изучению нового материала для решения поставленной проблемы.

Представленные этапы традиционного практического занятия можно заменить на один – решение учебной задачи, устроенной в соответствии с требованиями ТОГИС. Действительно, дидактический принцип обучения логической связи предыдущего учебного материала, изучаемого учащимися, с последующим, накладывает условия на последовательность его изучения. В

этой связи каждое из цепочки занятие по изучению нового материала должно содержать этапы актуализации знаний учащихся, мотивационный этап. При такой схеме построения занятия в недостаточной степени используется ещё один ресурс - самостоятельной внеаудиторной работы студента над изучаемым материалом. Он будет использован в большей степени, если: 1) задания для самостоятельной внеаудиторной работы над учебным материалом будут включать ситуационные задачи, составленные в соответствии с требованиями ТОГИС, 2) организуется работа с малыми группами студентов по три-четыре человека. Это означает, что перед сообщением студентам домашнего задания, группу студентов представляют в виде малых групп до четырёх человек. Каждая из этих групп получает текст ситуационной задачи, которую они должны решить дома. При этом предполагается, что решение ситуационной задачи должно проходить в совместной деятельности учащихся. Общение между учащимися может осуществляться как непосредственно, так и с использованием средств коммуникации. Выработанное малой группой студентов решение затем обсуждается совместно с другими группами в начале следующего занятия. Решение, полученное каждой группой, сравнивается с культурным образцом или вариантом решения, принимаемым за эталон.

Методически оправданной является следующая последовательность этапов практического занятия (см. табл. №1).

Таблица №1. Модификация этапов практического занятия и их содержания

Номер этапа	Содержание работы в аудитории
1	Инициализация занятия
2	Решение учебной задачи
3	Изучение нового материала
4	Закрепление (фронтальная форма)
5	Закрепление (индивидуальная форма)
6	Курация пациентов
7	Сообщение домашнего задания
8	Подведение итогов

Ниже представлен фрагмент схемы практических занятий для студентов шестого курса медицинского вуза, изучающих дисциплину «Внутренние болезни».

Пр. занятие «Дифференциальная диагностика обструктивных заболеваний лёгких»)
Самостоятельная внеаудиторная работа студента
Пр. занятие «Дифференциальная диагностика диссеминированных поражений лёгких»

Приведём пример ситуационной задачи.

ЗАДАЧА № 1

Больной 25 лет обратился к врачу с жалобами на преходящие боли и опухание голеностопных, лучезапястных и межфаланговых суставов, лихорадку. Отмечает разбитость, утомляемость, общую слабость, одышки не

было. Вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение одного месяца.

Из анамнеза известно, что в детстве у пациента были жалобы на риноконъюнктивит, периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Приступы наблюдались в весеннее время, возникали чаще ночью и проходили спонтанно с исчезновением всех симптомов. В анализе крови наблюдалась эозинофилия. Подобные жалобы беспокоили пациента в течение нескольких лет, после чего он считал себя здоровым.

При объективном осмотре − на правой голени неяркая плотная бляшка диаметром 2х2 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Печень у края реберной дуги. Анализ крови – без изменений. На прямой обзорной рентгенограмме грудной клетки обнаружено симметричное расширение корней лёгких.

Задания:

1. На основании данных анамнеза предположите, чем болел пациент в детском возрасте. Мог ли он вылечиться от этого заболевания?
2. Поставьте предварительный диагноз в настоящий момент.
3. Связаны ли эти два заболевания между собой?
4. Назовите характерный синдром, описанный в данном случае?
5. Назовите наиболее высокоинформативный метод диагностики данного заболевания.
6. Перечислите лабораторные признаки данного заболевания.
7. Перечислите особенности лечения данного заболевания.
8. Дайте прогноз заболевания.

Ответ. Бронхиальная астма, длительная ремиссия. Саркоидоз, стадия I. Синдром Лёфгрена.

Указание. Для выполнения заданий а) выделите ключевые слова для информационного поиска, б) найдите и соберите необходимую информацию, в) обсудите и проанализируйте собранную информацию, г) сформулируйте выводы, д) сравните ваши выводы с решением, представленным преподавателем.

Возможные информационные источники:

Книги:

1.Внутренние болезни. Учебник. В 2 томах. Том 1 / Под. ред. В. Моисеева, А. Мартынова, Н. Мухина. – Изд. ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 974 с

2. Респираторная медицина. Руководство (в 2-х томах). Под ред. Чучалина А. Г. ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 757 с.

3. Интерстициальные болезни легких / Под ред. Н.А.Мухина. Изд. Литтерра. – 2007. – 434 с.

Web-сайты:http://www.spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/

СОВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ ПОЗНАНИЯ И ФИЛОСОФИЯ ОБРАЗОВАНИЯ[1]

Баксанский О.Е.

Анализ современных исследований в теории познания позволяет обратить внимание на появление нового методологического направления, которое можно характеризовать как “натуралистический” поворот. Оно стремится рассматривать разнообразные проблемы философского порядка с конкретно-научных позиций и с помощью конкретно-научных знаний. В целях настоящего исследования следует рассмотреть новое междисциплинарное направление, ставящее своей целью исследование биологических предпосылок человеческого познания и объяснение его особенностей на основе современной синтетической теории эволюции. В англоязычных странах это направление получило название "эволюционная эпистемология", а в немецкоязычных странах его принято обозначать как "эволюционная теория познания".

Данный подход базируется на рационалистической установке и ориентирован на рассмотрение реальных когнитивных процессов, на исследование реального познавательного процесса с помощью средств современной науки. Применение эволюционного подхода позволяет выделить новый ракурс в теории познания. В отличие от традиционной гносеологии, где под субъектом понимается, как правило, взрослый, культурный, европейски образованный человек [4], в центре рассмотрения нового подхода оказываются процессы формирования самого познавательного репертуара субъектов.

Основоположником нового подхода является австрийский этолог К.Лоренц. Его первые работы в этой области появились уже в 40-х годах и получили обстоятельную форму выражения в книге "Оборотная сторона зеркала" (1998). К числу классических работ этого направления, представляющих его разные ветви, относятся также книги К.Поппера "Объективное знание. Эволюционный подход" (1972) и Г.Фоллмера "Эволюционная теория познания" (1975). Родственными областями являются куайновская натуралистическая эпистемология и эволюционная психология.

Термин "эволюционная теория познания" часто используется в двух значениях, которые хотя и взаимосвязаны, но все же представляют собой независимые подходы, охватывающие разные предметные области.

В первом значении эволюционная теория познания представляет собой подход, при котором на гносеологические вопросы дается ответ с помощью естественнонаучных теорий, прежде всего с помощью теории эволюции. Предметной областью данного подхода является не эволюция человеческого познания, а эволюция органов познания и познавательных способностей. Эта эволюция рассматривается как адаптивный процесс в смысле Ч.Дарвина. Основными представителями данного подхода являются К.Лоренц, Г.Фоллмер, Р.Ридль, Ф.Вукетич.

Второе значение термина "эволюционная теория познания" ("эволюционная эпистемология") связано с моделью роста и развития научного

[1] Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ «Философия социоприродного взаимодействия в век конвергентных технологий».

знания. Эволюционная эпистемология предстает как концепция науки, которая исследует динамику теорий в смысле К.Поппера и С.Тулмина. Процесс научного познания и историческая последовательность научных теорий получают объяснение по аналогии с механизмом биологической эволюции. Следует отметить, что по отношению к данному направлению эволюционной эпистемологии правильнее и точнее, по мнению Г.Фоллмера, использовать термин "эволюционная теория науки".

Главным конкретно-научным основанием и предпосылкой эволюционной теории познания является современная теория эволюции, причем определяющим является стремление придать эволюционному подходу универсальное значение. Тем не менее, современная теория эволюции составляет, хотя и главную, но не единственную конкретно-научную основу и предпосылку эволюционной теории познания. Скорее она является базой для междисциплинарного синтеза, в который включается масса конкретно-научного знания из области биологии, этологии, физики, психологии, физиологии, антропологии, лингвистики и так далее.

Основные труды М. Полани (M. Polanyi, 1891-1976), философа, химика, социолога науки, профессора Манчестерского университета, заложили основы изучения проблемы деперсонифицированной науки: «Неуважение свободы» (1940), «Основания академической свободы» (1947), «Логика свободы» (1951), «Личностное знание. На пути к посткритической философии» (1958), «Знание и бытие, эссе» (1969).

Он выделил четыре уровня субъектной организации познания (человечество, общество, научное сообщество (впоследствии данное словосочетание закрепилось в качестве особого термина), личность), причем последний уровень считал одним из важнейших. Его привлекали концептуально невыразимые закономерности, взаимосвязи в процессе научного познания мира, проблемы неартикулированного, неявного знания, трансляции и передачи научного знания. При этом философ не ставит знака равенства между объективным и безличным знанием [2].

Центральное, явное знание, по Полани, может быть выражено в понятиях, теориях; периферическое, неявное знание невозможно полностью вербализовать (сложные схемы восприятия, практическое мастерство преподавателя). Оно отражает область «невыразимого»: «…в самом сердце науки существуют области практического знания, которые через формулировки передать невозможно» [3, С. 23]. Ученый вводит понятия «личностый коэффициент», «непосредственно данное» знание, «неизреченный интеллект», чтобы с помощью их описать недоступное для формализации знание. Теорийное начало здесь сближается с чисто-практическим, опытным. Процесс научного творчества, согласно Полани, принципиально неформализуем (здесь вступают в силу научный интерес, различные психологические факторы, особое видение реальности).

Расхождения между невербальным компонентом мышления и вербальными, речевыми, средствами составляют область «затрудненного понимания». Здесь наблюдается наибольшее число расхождений концепции Полани со «стандартной концепцией науки». Он отказывается от идеала

«научной беспристрастности» и устремляется с помощью страстного порыва к достижению истины, научный опыт становится внутренне переживаем, приобретают большую значимость личное участие, «интеллектуальная самоотдача»: «Идеал безличной, беспристрастной истины подлежит пересмотру с учетом глубоко личностного характера того акта, посредством которого провозглашается истина» [3, С. 35].

Интуиция исследователя признается важнейшим компонентом познавательного процесса. «Писаные правила умелого действования, - считает Полани, - могут быть полезными, но в целом они не определяют успешность деятельности; это максимумы, которые могут служить путеводной нитью только в том случае, если они вписываются в практическое умение или владение искусством. Они не способны заменить личностное знание» [3, С. 46]. При этом имплицитный элемент познавательной активности остается необходимым основанием логических форм знания [1]. Глубинные психологические предпосылки, учение гештальт-психологии о «фигуре и фоне» подсказывают ориентацию исследователя на целое. Рост научного знания описывается в новой модели: расширяются рамки неявного знания.

Научные открытия достигались страстными и напряженными усилиями сменявших друг друга поколений великих людей: эти люди сумели покорить все современное человечество силой своих убеждений. Так образовался наш научный взгляд на вещи, а логические правила дают лишь весьма худосочные резюме этого взгляда» [3, С. 16].

Открытие, «появляясь в ответ на наш поиск чего-то, как мы убеждены, наличествующего перед нами, всегда приходит к нам в сопровождении веры в то, что это открытие истинно» [3, С. 66].

«Любовь к истине действует на всех уровнях развития мышления. Кёлер наблюдал, как охотно шимпанзе повторяли те приемы, которые были ими ранее изобретены для добывания пищи; повторяли уже в виде игры, заменяя пищу камешками. Беспокойство, которое испытывает животное, когда задача его затрудняет…, иллюстрирует и связанную с ним способность наслаждаться интеллектуальным успехом. Эти эмоции выражают веру: мучиться проблемой – значит верить, что она имеет решение, а радоваться открытию – значит принимать его как истину» [3, С. 36]. Полани различает два типа ошибок:

- научные предположения, которые оказались неверными;
- неверные научные догадки.

«Возможность ошибки есть необходимый элемент любой веры, имеющей отношение к реальности; а воздерживаться от веры из-за этого риска ошибки – значит порвать всякий контакт с реальностью» [3, С. 48].

Понимание науки и знания, по Полани, связано с «активным постижением познаваемых вещей, действием, требующим особого искусства»; «наука есть система убеждений, к которой мы приобщены. Такую систему нельзя объяснить ни на основе опыта (как нечто видимое из другой системы), ни на основе чуждого какому-либо опыту разума. Однако это не означает, что мы свободны принять или не принять эту систему; это просто отражает тот факт, что наука есть система убеждений, к которой мы приобщены и которая поэтому не может быть представлена в иных терминах» [3, С. 59].

На познавательные способности влияют сразу несколько факторов, которые определяют активность познающего субъекта:

- опыт зрительного восприятия (механизм ознакомления с объектом);
- телесно-двигательные навыки;
- инструментальная деятельность;
- методы диагностики и экспериментирования.

Полани считал, что учебник недостаточен для полного усвоения научных сведений и овладения научно-познавательным видом деятельности; люди, создающие науку, не могут быть заменены другими и отделены от производимого ими знания. Он выступал против научного нигилизма: доверие к эмпирическим показаниям органов чувств, сомнение и вера – важнейшие источники знания: «Вера была дискредитирована настолько, что помимо ограниченного числа ситуаций, связанных с исповеданием религии, современный человек потерял способность верить, принимать с убежденностью какие-либо утверждения, что феномен веры получил статус субъективного проявления, которое не позволяет знанию достичь всеобщности» [3, С. 24].

Процесс научного познания, по Полани, – особый вид познавательной активности, в котором ведущую когнитивную роль играет сам объект познания. В этом определении нет явного противопоставления субъекта и объекта познания. В рамки личностного, неявного знания ученый включает способы ознакомления с объектом, в результате которого последний включается в процесс жизнедеятельности, что позволяет научиться обращению с ним.

Копирование, подражание чужому навыку приводит к образованию собственного слоя личностного знания: «Наблюдая учителя и стремясь превзойти его, ученик бессознательно осваивает нормы искусства, включая те, которые неизвестны самому учителю. Этими скрытыми нормами может владеть только тот, кто в порыве самоотречения отказывается от критики и всецело отдается имитации действий другого. Общество должно придерживаться традиций, если хочет сохранить запас личностного знания» [3, С. 44].

Научное и донаучное знание в концепции Полани стягивается в единый комплекс: «Наука в большей степени опирается на значимость своего предмета, установившуюся еще в донаучный период. Ни зоологи не открыли существования животных, ни ботаники – растений: научная же ценность зоологии и ботаники есть лишь продолжение донаучного интереса человека к животным и растениям» [3, С. 76].

Резюмируя изложенное, можно считать, что в соответствии с определенной философской традицией и конкретно-научными данными представители эволюционной теории познания утверждают, что любые живые существа снабжены системой врожденных диспозиций, априорных когнитивных структур, причем эти априорные когнитивные структуры далеко не произвольны, а соответствуют специфическим условиям жизни различных живых существ. Характер этого соответствия различным образом трактуется разными представителями эволюционной теории познания. Например, К.Лоренц при описании соответствия используют иногда термин отражение. По мнению Г.Фоллмера, это соответствие имеет скорее характер функционального приспособления, не гарантирующего корректности внутренних реконструкций

внешнего мира, хотя в некоторых случаях допустимо говорить об изоморфии между объективными структурами и субъективными структурами познания.

Литература

1. Баксанский О.Е. Методологические основания модернизации современного образования// Философия и культура, 2012, № 9, сс. 105-111.

2. Баксанский О.Е. Философия, образование и философия образования// Педагогика и просвещение, 2012, № 2, сс. 6-19.

3. Полани М. Личностное знание. М. «Прогресс». 1985. 344 с.

Фоллмер Г. Эволюционная теория познания. Врожденные структуры познания в контексте биологии, психологии, лингвистики, философии и теории науки, М., 1998.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ И ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ К ОБУЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Баларёв А.С., Алексеев М.В.

Модуль "Безопасность жизнедеятельности" включён учебный план МГМСУ им. А.И. Евдокимова для изучения студентами на пропедевтической ступени обучения. При этом на аудиторную работу студентов отведено 60 часов, на самостоятельную - 30 часов. Аудиторная работа студентов включает лекции, на которые предусмотрено 40 часов, практические занятия в объёме 30 часов. Целями изучения модуля являются: 1) овладение теоретическими знаниями и практическими навыками по симптоматике наиболее распространённых неотложных состояний, оказанию первой медицинской помощи и предупреждению угрожающих жизни ситуаций и состояний, возникающих при ЧС, 2) изучение предупреждения воздействий тех или иных негативных факторов на человека при ЧС, 3) приобретение теоретических знаний о принципах организации и оказания экстренной помощи при ЧС, 4) освоение алгоритмов оказания экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, возникающих при ЧС, 5) первая медицинская помощь.

Особенностями изучаемого студентами модуля являются: 1) значительный объём информации, предлагаемый студентам, 2) направленность усвоенного материала на практическое его применение.

Существенным при построении методики обучения студентов является отбор содержания и методов обучения и воспитания. Содержание образования с одной стороны должно удовлетворять требованиям ФГОС, а с другой - включать культурные образцы, на которых проводится обучение студентов. Так, по мнению М. Хайдеггера образование есть вместе и формирование и следование определённым образцам. Расширительно к понятию культурных образцов подходит В.В. Ильин, утверждающий, что "Реализация ценностно-целевых установок создаваемой действительности возможна, если она является продуктом деятельности индивидов, освоивших образцы, программы различных видов деятельности, общения, поведения людей." (В.В. Ильин, 2006).

В качестве культурных образцов в содержание лекций и практических занятий для студентов включены фото- и видеоматериалы из архива

Всероссийского центра медицины катастроф ВЦМК "Защита". Эти материалы условно разделены на две части. Первая из них содержит съёмки мест пожаров, очагов чрезвычайных ситуаций (ЧС). Например, видеофрагменты "Пожар в ТЦ г. Ухта, 2005 г.". В этих материалах представлены образцы профессионального поведения и действий врачей скорой медицинской помощи, спасателей и сотрудников МЧС. Кроме того, в содержание образования включены материалы, в которых представлены квалифицированные действия опытных врачей больниц, хоккейных команд и пр. Примерами служат видеофрагменты по оказанию врачами клиники первой помощи при ожогах, "Коньком по шее", иллюстрирующий оказание первой помощи врачом хоккейной команды вратарю, получившему при ударе лезвием конька травму в области шеи. Также в содержание образование включены рекомендации Европейского Совета по Реанимации, отечественные рекомендации. Вторая часть материалов включает видеосъёмку тренировок и учений спасателей, сотрудников МЧС. В содержание этой части включены фрагменты проведения детального разбора различных алгоритмов действий сотрудников экстренных служб, предполагаемых ошибочных действий, которые могут быть совершены, если не учесть ряда факторов.

Эффективность образовательно-воспитательного процесса студентов зависит не только от содержания, выборов методов обучения и воспитания, но и их долевого представления. Возможны различные подходы к организации обучения и воспитания студентов. Их составляют репродуктивный и творческий. При репродуктивном подходе используется группа репродуктивных методов обучения - объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, при творческом: проблемного изложения, частично-поисковый, исследовательский.

Для обучения студентов в форме обучения лекции нами выбраны объяснительно-иллюстративный и проблемный метод изложения материала. При этом этапы лекции составляют: инициализация, постановка проблемы, изучение нового материала, подведение итогов, завершение лекции. Иллюстративный метод выбран по следующим причинам. Подавляющее часть информации, поступающая в мозг человека через органы чувств, передаётся с помощью органов зрения (до 73% от 100% всего канала восприятия). Иллюстративный метод обучения, таким образом, усиливает воздействие объяснительного. Кроме того, использование в содержании лекции видеоматериалов, представляющих съёмки реальных случаев ЧС и поданных как проблема, требующая разрешения, усиливает мотивацию студентов к изучению нового материала. В ходе лекции на примерах реальных случаев, иллюстрирующих действия профессиональных команд врачей, сотрудников МЧС, раскрывается последовательность - алгоритм - их действий, выявляются особенности действий, вскрываются факторы, влияющие на последовательность их выполнения.

Практические занятия как организационная форма обучения и воспитания служат для формирования практических умений учащихся. При этом можно выделить несколько областей формирования умений - когнитивную,

аффективную и психомоторную. Приведём пример постановки учебных целей для практического занятия по теме "Сердечно-лёгочная реанимация". В результате обучения на занятии студент должен: А) знать: 1) определение показаний для проведения реанимационных мероприятий, 2) «Азбуку» реаниматолога (c, a, b, d и т.д.), обоснование последовательности действий при проведении реанимационных мероприятий, 3) критерии эффективности реанимационных мероприятий, 4) определения понятий «клиническая смерть», «биологическая смерть», «терминальные состояния», «реанимационные мероприятия»; Б) уметь: 1) проводить диагностику смерти (остановка дыхания, сердечной деятельности, отсутствие сознания), 2) осуществлять дифференциальную диагностику клинической и биологической смерти, 3) определять показания для реанимационных мероприятий, 4) оценивать эффективность реанимационных мероприятий.

Для достижения поставленных целей нами отобраны следующие методы: 1) обучения: а) частично-поисковый, б) деловая игра, в) практический; 2) воспитания: а)беседа, б) дискуссия. Каждый из этапов занятия можно соотнести с умениями студента, формируемыми у студента. Это позволяет определить методы обучения и воспитания, используемые на каждом из этапов занятия. В качестве примера приведём фрагмент распределения методов, соответствующих формируемым у студента умениям в когнитивной и психомоторной сферах (см. табл. №1).

На практических занятиях используется групповая форма работы со студентами. Например, этап формирования умения студентов проводить диагностику смерти осуществляется посредством решения ими визуализированных ситуационных задач. Ситуационная задача включает видеофрагмент, в котором представлена съёмка реального события – чрезвычайной ситуации. Студентам предлагается внимательно просмотреть видеофрагмент, делая пометки в тетради. При этом особое внимание студенты должны обратить на суть ЧС, условий, в которых она протекает; выявить действия и их последовательность, совершаемые врачами, спасателями. По завершении просмотра видеофрагмента, преподаватель организует обсуждение решения ситуационной задачи. Решение ситуационной задачи проводится в совместной деятельности студентов и преподавателя.

Коллективное обсуждение проводится таким образом, что каждый из его участников должен аргументировать свои выводы, доказывать их, если в этом существует необходимость. При этом одной из целей (обучения) является выявление и составление алгоритма действий врачей, спасателей.

. В ходе коллективного обсуждения выявляются факторы, влияющие на выполнение специалистами соответствующих им действий, их последовательности. Каждый из перечисленных учащимися факторов ставится ими в соответствие этапу и последовательности действий врачей или спасателей.

Табл. №1 Методы обучения и воспитания, используемые на практическом занятии

	Формируемые у студента умения	**Операции и действия студента**	**Методы обучения, используемые преподавателем с целью формирования умения у студента**
	Проводить диагностику смерти	Мыслительные операции	Решение визуализированных ситуационных задач, выполнение заданий в тестовой форме
	Дифференциальная диагностика клинической и биологической смерти	Мыслительные операции	
	Определить показания для реанимационных мероприятий	Мыслительные операции	
	Оценить эффективность реанимационных мероприятий	Мыслительные операции	
	Определять пульсацию артерий, определение дыхания	Мануальные действия	Деловая игра
	Применять тройной приём Сафара	Мануальные действия	Деловая игра, практический
	Проводить искусственную вентиляцию лёгких	Мануальные действия	Практический

Проведение обсуждения сопровождается фиксацией на доске этапов и последовательности действий врачей и спасателей. Результатом коллективного обсуждения является (продукт деятельности студентов) алгоритм проведения диагностики смерти (остановка дыхания, сердечной деятельности, отсутствие сознания). Завершаетсяэтот этап сравнением полученного варианта решения с образцом, представляемым преподавателем.

Представленные материалы включены в практику обучения и воспитания студентов второго курса лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова при изучении ими модуля «Безопасность жизнедеятельности».

Проблема отбора содержания, использования репродуктивного и творческого подходов к обучению студентов медицинского вуза при изучении ими модуля «Безопасность жизнедеятельности» требует дальнейшего исследования.

ВСЕГДА ЛИ ВИНОВЕН ВРАЧ?

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Косухина О.И.

Неисполнение либо ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками не только нарушает конституционное право граждан на медицинскую помощь, но и посягает на первостепенные ценности – жизнь и здоровье людей.

В странах англо-американской системы права – не всегда и во всем последовательно, с точки зрения российской логики – существует различение понятий malpractice и misconduct.

Medicalmalpractice[1] – это медицинская деятельность, вводящая пациента в ущерб: например, ненужные медицинские вмешательства, погрешности в назначении лекарств, профессиональные ошибки, госпитальные инфекции, побочные действия лекарств и пр. К таковым относят также неправильную постановку диагноза, приведшую к неверному выбору препарата для лечения; неиспользование предписанного диагностического обследования; неверную интерпретацию результатов обследования; непринятие мер после получения результатов, отклоняющихся от нормы; использование неисправного медицинского оборудования; осложнения при переливании крови; невыполнение других медицинских предписаний и т.д.

Professional (medical) misconduct[2] – это недопустимое поведение при осуществлении профессиональной деятельности: обман пациента; порок компетентности или грубая неосторожность; нахождение под влиянием алкоголя, наркотиков, физических или умственных расстройств; судимость; подлог медицинских документов; обещание гарантий излечения; отказ в медицинской помощи по мотивам расовой, религиозной, цветовой, национальной розни; оказание медицинской помощи без согласия пациента; утомление, оскорбление или запугивание пациента; назначение непосильных исследований; оставление без помощи или отказ в помощи пациенту в угрожающем состоянии (это неполный перечень).

В целом, то и другое есть ненадлежащее осуществление профессиональных функций, различающееся правовыми и этическими аспектами осуществления профессиональной деятельности в экономическом обороте, притом что в странах англо-американской системы права врач является хозяйствующим субъектом, будучи зарегистрирован в соответствующем качестве, имея лицензию и самостоятельно неся риски наступления ответственности за результаты своей деятельности.

В современных отечественных реалиях существуют значимые различия между, во-первых, экономическими и профессиональными составляющими правового режима медицинской деятельности; во-вторых, надзорными и рыночными правилами ее осуществления; в-третьих, нетоварной организацией

[1] http://www.medicalmalpractice.com/
[2] http://www.health.state.ny.us/professionals/doctors/conduct/frequently_asked_questions.htm#misconduct

здравоохранения и товарной организацией общественных отношений, в том числе в сфере охраны здоровья.

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются, в частности, соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности предъявляются к профессиональной медицинской квалификации производственного персонала: наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование, соответствующее требованиям и характеру выполняемых работ (услуг).

Таким образом, в медицинской практике запрещены, если не разрешены, средства производства и деятельность с ними, а требования к производительным силам подчинены императиву профессионального характера этой деятельности.

Однако наряду с этим лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности, во-первых, распространяются на то, что во всем мире является прерогативой усмотрения потребителя и что относится к сфере конкуренции хозяйствующих субъектов за потребителя, но не подлежит административному нормированию – на качество товара: обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам).

Во-вторых, лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности предъявляются к профессиональной медицинской квалификации субъекта организации экономической деятельности по производству и реализации медицинских услуг (к менеджменту): наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет.

В-третьих, лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности содержат привязку к категориям, не находящим раскрытия в законе: наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для

выполнения работ (услуг), имеющих не только специальное образование, но и сертификат специалиста, соответствующий требованиям и характеру выполняемых работ (услуг). Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан, притом что законодательству об образовании сертификат специалиста не известен, как и вообще правовое значение этого документа не раскрыто нигде в законе.

Несмотря на отвлеченность от потребностей экономической деятельности, неполную формальную определенность и необоснованность лицензионных требований и условий, несоответствие им (осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий лицензирования) преследуется в публичном – административном (п.3 ст.14.1 КоАП) и уголовном (ст.171 УК РФ) – порядке.

Между тем ответственность за причинение вреда здоровью при оказании медицинских услуг устанавливается в гражданско-правовом порядке. И очень часто на практике публично-правовыми правонарушениями (несоответствием стандартам, отсутствием или пороками сертификата специалиста, использованием признанного за рубежом, но не зарегистрированного в российской фармакопее лекарственного средства или аппарата и пр.) обосновывается факт гражданского правонарушения (причинение вреда здоровью при оказании медицинских услуг). При этом обусловленность последствий (вреда или интерпретируемого таковым) отягощениями посягательства (публично-правовыми правонарушениями) не подвергается сомнению и не представляется на рассмотрение судебно-медицинской экспертизы в качестве самостоятельного объекта исследования.

В целом, наличие профессиональной составляющей медицинской услуги (медицинской помощи) существенно меняет структуру традиционных подходов к границе между неисполнением (ненадлежащим исполнением) договорных обязательств и возникновением вреда – и в части долженствования (публичной обязанности), и в части диспозитивности, подчиненной воле правообладателя, и в части профессиональной возможности, и в части экономической обусловленности.

Отмечается постоянная, четкая тенденция к назначению судебно–медицинских экспертиз по уголовным и гражданским искам к учреждениям здравоохранения, а также к отдельным медицинским работникам.

Следует отметить, что в ряде случаев в отношении медицинских работников возбуждались уголовные дела без достаточных оснований. В подтверждении этому приведем несколько примеров из экспертной практики:

Так, «по факту неосторожного причинения тяжкого вреда здоровью гр-ке Г., 60 лет, допущенных врачами Рязанской областной клинической больницы» было возбуждено уголовное дело. При проведении комиссионной судебно-

медицинской экспертизы было установлено, что гр-ке Г. в ноябре 1997 г. была произведена передним доступом операция удаление грыжи диска L_5-S_1. После операции боли в поясничной области не прекратились. Экспертная комиссия РЦСМЭ с участием врачей – клиницистов НИИСП им. Н.В. Склифосовского дала заключение, что при стационарном лечении гр-ки Г. в Рязанской областной клинической больнице не допущено никаких дефектов оказания медицинской помощи. Ухудшение состояния здоровья пациентки вызвано не дефектами в оказании медицинской помощи, а является следствием усугубления патологических процессов, имевшегося у нее остеохондроза позвоночника. Уголовное дело было в отношении врачей Рязанской областной клинической больницы было прекращено.

Не менее показательным является и другой случай из экспертной практики. По уголовному делу в отношении врача Адлерской станции скорой медицинской помощи М. последнему было предъявлено обвинение в неоказании медицинской помощи гр-ну Е., 69 лет, который ночью, в темноте, по неосторожности ударился о спинку кровати, при этом получил травму грудной клетки, сопровождавшуюся локальными переломами трех ребер слева. При осмотре потерпевшего на следующий день после происшествия врач ССМП М. отметил неудовлетворительное состояние больного, но не исключил возможности неосложненного перелома ребер, в связи с чем рекомендовал больному выехать на автомашине скорой помощи в больницу для производства рентгенологического обследования. Однако, больной категорически отказался последовать совету врача, в связи с чем ему был предписан строгий постельный режим и рекомендовано на следующий день самостоятельно сходить в поликлинику по месту жительства, на обследование.

По заключению экспертной комиссии действия врача ССМП М. при описанном состоянии больного и при отказе последнего от дополнительного рентгенологического обследования следует признать правильными, показаний для экстренной госпитализации в тот период не было. Оказанная больному медицинская помощь соответствовала правильно установленному диагнозу, и при сложившихся обстоятельствах (отказ больного от инъекции анальгетика и от рентгенологического обследования) ее следует признать достаточно полной. Последующий разрыв межреберной артерии и развитие внутреннего кровотечения в левую плевральную полость у больного произошел на 3-и сутки после травмы на фоне нарушения им предписанного строгого постельного режима и активного выполнения домашней работы, сопровождавшейся значительными физическими нагрузками. Это привело к повторному травмированию костными отломками поврежденного ребра мягких тканей в области перелома с повреждением межреберной артерии. Исходя из изложенного, экспертная комиссия не усмотрела причинной связи между летальным исходом травмы у гр-на Е. и действиями врача ССМП М., оказывавшему медицинскую помощь пострадавшему. Суд вынес в отношении врача ССМП М. оправдательный приговор.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ ДИСЦИПЛИНЫ «БИОЭТИКА»

Башилов Р.Н., Башилова С.М., Дербенев Д.П.

В настоящее время изучение биоэтики является необходимой составляющей подготовки врача, что требует решения ряда важных вопросов организации учебного процесса: необходимости определения статуса данной учебной дисциплины, ее целей и задач, профиля специальности преподавателя, разработки рабочих программ и учебно-методического обеспечения ее преподавания. В рамках компетентностного подхода конечным результатом освоения биоэтики студентами медицинского ВУЗа должно стать формирование комплекса общекультурных и общепрофессиональных компетенций. При этом следует иметь в виду, что компетентность специалиста предполагает не только наличие профессиональных знаний, умений и навыков, но и способность и готовность реализовывать знания, опыт, личностные качества в профессиональной и социальной сфере, осознавать социальную значимость и личную ответственность за результаты своей деятельности, понимать необходимость постоянногосовершенствования. С точки зрения компетентностного подхода уровень образованности специалиста определяется способностью самостоятельно решать профессиональные задачи и проблемы различного уровня сложности на основе имеющихся знаний, т.е. внимание акцентируется на способности применения полученных знаний, умений и навыков в конкретных ситуациях.

В соответствии с требованиями федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (ФГОС ВО; ФГОС 3+), изучение биоэтики направлено на формирование у студентов следующих общекультурных (ОК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций: способности к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятия решения (ОК-4); готовности к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные этнические, конфессиональные и культурные различия (ОК-8); способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК-4); способности и готовности анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок (ОПК-5).

Сегодня биоэтика – междисциплинарная область знания, которая создается средствами медицинского, философского, юридического, теологического, политического дискурсов.[1] В связи с этим возникают педагогические проблемы – кто должен преподавать данную дисциплину, и на каких курсах

[1]Башилов Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: автореф. дисс. канд филос. наук./ Р.Н. Башилов.- Тверь, 2005. С.24

обучения в ВУЗе. Существует мнение, что преподаванием биоэтики должны заниматься только специалисты-медики, а не философы.[1] Хотя многие специалисты указывают на то, что в такой ситуации есть опасность ухода в узкую область той специализации, к которой относится кафедра, преподающая биоэтику. Но, в идеале, преподаватель биоэтики должен обладать не только медицинскими знаниями, но и этическими.[2] На кафедре психологии и философии с курсами биоэтики и истории Отечества Тверского государственного медицинского университета преподавание дисциплины «Биоэтика» ведётся специалистом с медицинским образованием, но защитившим кандидатскую диссертацию по специальности «социальная философия» по биоэтической проблематики. Таким образом, по нашему мнению, ситуация по преподаванию данного курса в нашем ВУЗе приближена к оптимальной. С другой стороны, нужно обратить внимание на отсутствие в нашей стране курсов повышения квалификации преподавателей биоэтической проблематики. Такие курсы могли бы подготовить компетентного преподавателя любой смежной специальности.

Содержательно решая такие задачи, как: ознакомить студентов с новейшими зарубежными и отечественными разработками в области биоэтики; обеспечить знание студентами основных международных и национальных документов, связанных с профессиональной деятельностью врача; способствовать развитию нравственной и профессиональной культуры врача, учитывая новый этический императив медицины – уважение прав пациента, его системы ценностей и религиозной ориентации; научить студентов методам формирования профессионального мышления с позиций современной биоэтической концепции при анализе отношений в системе: врач и общество, врач и пациент (законные представители пациента), врач и коллеги по работе; воспитывать студентов в духе осознания высокой социальной ответственности, курс «биоэтика» формирует и развивает у студентов различных специальностей компетенций, направленных на активное развитие профессионально значимых нравственно-психологических качеств, необходимых для последующей профессиональной деятельности.

Для решения данных целей, по нашему мнению, курс биоэтики предполагает предварительное приобретение знаний по философии, психологии, биологии, истории медицины и правоведению. А уже приобретённые в процессе изучения дисциплины «биоэтика» компетенции конкретизировать и углублять при дальнейшем обучении на клинических кафедрах, а так же на этапе последипломного образования и в последующей профессиональной деятельности врача.

Таким образом, на наш взгляд, биоэтику целесообразней преподавать на старших курсах, а не на первом или втором как это реализуется в настоящее

[1]Апресян, Р.Г., Шамов И.А. Проблемы преподавания биоэтики (материалы совещания ЮНЕСКО) // Бюллетень сибирской медицины. - Том 5. - № 5. - 2006.С. 139

[2]Мещерякова Т.В. Особенности преподавания биоэтики в медицинском вузе // Философия в Беларуси и перспективы мировой интеллектуальной культуры: Материалы международной научной конференции к 80-летию Института философии НАН Беларуси, г. Минск, 14-15 апреля 2011 г.

время. Обучение студентов первых курсов дисциплине «Биоэтика» достаточно проблематично по ряду причин.

По своей специфике биоэтическое дискурс формируется на стыке многих областей науки: знаний гуманитарного блока - философия, этика, психология, медицинское право; биологического направления - биология, эмбриология, физиология, генетика. Необходимы так же знания по фармакологии. И особенно, для обсуждения частных биоэтических проблем необходимы знания по различным направлениям медицины: терапия, психиатрия, акушерство, реаниматология, инфекционные болезни и т.д.

Для этого, по нашему мнению, вместе с основным курсом «Биоэтика» необходимо усилить сквозное преподавание дисциплины на клинических кафедрах для закрепления теоретического материала на конкретных практических ситуациях. Что будет способствовать эффективному формированию биоэтических знаний.

ЗНАКОМСТВО С МЕДИЦИНСКИМИ ДИНАСТИЯМИ В СТАНОВЛЕНИИ БИОЭТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Белоусова Е.В.

Корни медицинских династий берут свое начало в древних культурах. Возможно, легендарный Имхотеп в Древнем Египте был представителем жреческой династии, причастной к так называемой «храмовой медицине». Достоверные сведения о медицинских династиях относятся к эпохе Античности и Возрождения. Исторические данные свидетельствуют о том, что такие известные врачеватели, как Гиппократ, Парацельс, Андреас Везалий, были выходцами из медицинских династий.

Цель доклада - историко-культурологический анализ феномена медицинской династии как важной формы преемственности, сохранения и передачи профессиональных знаний и опыта, а также нравственных качеств будущего врача. Как заметил в одной из первых отечественных работ, посвященных проблеме медицинских династий И.И. Косарев: «Династии - удивительный феномен в науке, поэтому важно изучать их истоки, закономерности, конкретный вклад, внесенный каждым представителем в сокровищницу национальной и мировой культуры»[1]. Знакомство с видными представителями династий позволяет увидеть характерные признаки времени, воспроизвести хронологию знаменательных для медицинского сообщества событий, оценить профессиональную деятельность в разные периоды развития медицины. В наше время это явление актуально и интерес к нему все растет, около половины всех врачей России – выходцы из медицинских династий, что свидетельствует о распространении профессиональной преемственности.

[1] Косарев И.И. Два века в медицине. М.:Медицина,1985.- С.5.; Гиппократ. Клятва // Гиппократ. Избранные книги. М.: Издательство: Госиздательство биологической и медицинской литературы, 1936.- С.87.

Изучение медицинских династий связано с более широкой проблемой преемственности в культуре. В историческом прошлом, в так называемых «постфигуративных культурах» (М. Мид) молодое поколение обязательно наследовало образ жизни и семейное дело предков. В свою очередь, профессиональное сообщество формировалось по образу и подобию большой семьи. Например, в клятве Гиппократа не просто выражено признание и уважение к Учителю, но и обязательство поддерживать его на склоне лет. В качестве подтверждения обратимся к тексту клятвы Гиппократа: «Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигиеей и Панакеей…считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора»[1]. Причем «семейственность» эта была в хорошем смысле этого слова. Теплое, внимательное, заботливое отношение распространялось и на наставников, и на учеников, и на больных.

Патерналистская модель в медицине соответствовала традиционному патриархальному обществу. В современном обществе формирование личностных и профессиональных качеств будущего специалиста часто происходит в разные периоды жизни, говоря научным языком, в разные периоды социализации. Такой разрыв болезненно сказывается в «помогающих» профессиях, особенно в медицине.

Успешное решение задач по совершенствованию подготовки высококвалифицированных специалистов тесно связано с воспитанием необходимых нравственных и профессиональных качеств, формированием общекультурных компетенций будущих врачей. Осознание себя в медицинском сообществе как продолжателя нравственной и профессиональной традиции следует рассматривать как важный элемент подготовки специалистов высокой квалификации, как основу их творческого долголетия.

Мещерякова Т.В., говоря о «повороте» к пациенту, пишет о нарративности морального знания. Приведем цитату из ее статьи: «Индивидуальность пациента как эмпирически доступный феномен реализуется в нарративе, где пациент предстает в исторически развертываемом действии-событии-переживании. Профессиональная практика врачей пронизана историями, они рассуждают и принимают решения в терминах нарратива. И роль врача заключается в том, чтобы соединить два мира: мир медицины и мир пациента, а осуществить это возможно через интерпретацию нарратива. Моральное знание также по своей форме неизбежно является нарративным. Этические понятия в родном языке изучаются на основе примеров, образцов для подражания, историй и аналогий, описанных родителями и учителями.

Поэтому-то понятие нарратива является ключевым в этике. Также оно важно и в медицине и в медицинской этике»[1].

На наш взгляд, «поворот» к пациенту необходимо уравновесить «поворотом» к врачу. Поэтому мы предлагаем взглянуть на проблему нарративности морального знания с точки зрения преемственности в медицине. В нашем университете многие преподаватели являются представителями медицинских династий. Как заметила К.А. Калашникова: «Концептуальное осмысление процесса династийности в медицинской среде представляет научный интерес, в силу того что данный феномен открывает большие возможности для междисциплинарных исследований»[2].

Эвристическую роль в междисциплинарных исследованиях этого феномена может сыграть социально-гуманитарное знание: философия, социология, культурология, история медицины. В связи с этим важно показать, что знакомство студентов с видными представителями медицинских династий нашего университета способствует субъективной вовлеченности и формированию нарративности моральных знаний и биоэтической культуры будущего врача.

Понятия «династия» и «семейственность» тесно связаны между собой. Взаимосвязь понятий «род», «семья», «династия» исследуется в интересных работах Ромах О.В. и Левочкиной А. В. В статьях этих авторов говорится о том, что жизнь родовых общин представляла собой союз-единство нескольких семей одного рода, связанных территорией, кровными узами, родом деятельности. Особое место в истории рода всегда занимали сведения о семейном деле и фамильных профессиях и династиях. Наследование занятий предков считалось обязанностью следующего поколения, так как именно в них передаются семейные опыт, правила, тайны, черты, качества, умение[3].

Особенно ярко это наблюдается в королевских, царских династиях. Представители династий из поколения в поколение продолжали развивать страну в том направлении, в котором трудились их отцы, деды, при этом совершенствуя его, согласно требованиям того времени. Именно они определяли характер эпохи, играли существенную роль в развитии своей страны и всего мира. Династия русских императоров, носивших фамилию Романовы, оставила значительный след в истории России, отразившись в культурном, социальном, а также экономическом аспекте жизни россиян.

---

[1]Мещерякова, Т В Ценность нарратива во врачебной деятельности и в обучении студентов-медиков /Т.В. Мещерякова // Системы и модели границы интерпретаций сборник трудов Всероссийской научной конференции с международным участием (г Томск, 6-10 ноября 2007 г) -Томск Изд-во Томского гос пед ун-та, 2007 - С 137.

[2]Калашникова К.А. Профессиональные династии в современном российском институте здравоохранения/К.А. Калашникова// Автореф. Дисс. на соискание уч. ст. канд. социологич. наук – Волгоград, 2012. – С. 3.

[3]Ромах О.В., Левочкина А. В. Династии как фактор развития культуры// Аналитика культурологии . 2012. №24. URL:http://cyberleninka.ru/article/n/suschnost-i-spetsifika-ponyatiya-professionalnye-dinastii (дата обращения: 05.05.2017) Научная библиотека КиберЛенинка: http://cyberleninka.ru/article/n/suschnost-i-spetsifika-ponyatiya-professionalnye-dinastii#ixzz3nz5rVdD9

Менее известно, что представительницы династии Романовых были связаны с благородной помощью больным и раненым. В 1844 г. в Санкт-Петербурге по инициативе и на средства Великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезии Ольденбургской была основана первая в России община сестер милосердия (с 1873 г. - Свято-Троицкая община сестер милосердия, названная так в честь существующей при общине церкви святой Троицы). В 1853—1856 гг. во время Крымской войны первыми отправились оказывать помощь раненым на поле боя сестры милосердия Крестовоздвиженской общины. Данная община была учреждена в 1854 г. в Санкт-Петербурге Великой княгиней Еленой Павловной Романовой и Н.И. Пироговым. Крестовоздвиженская община стала первой готовить медицинских сестер не только для работы в госпиталях, но и для обслуживания раненых на поле боя. Ее устав был написан Н.И. Пироговым.

Студентки 1-го курса лечебно-профилактического факультета УГМУ Черемнова Анастасия и Яковлева Елизавета изучили архивные материалы музея истории УГМУ, осуществили сбор данных и провели интервьюирование видного представителя одной из медицинских династий. В.В. Ходаков, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой общей хирургии УГМУ.

Валерий Васильевич родился 21 мая 1946 года и с 1963 года обучался на лечебном факультете СГМИ, где в результате успешной учебной деятельности уже на пятом курсе получил возможность провести самостоятельную операцию. С момента окончания лечебно-профилактического факультета в 1969 году Валерий Васильевич вот уже 44 года работает на кафедре общей хирургии. Жизнь Валерия Васильевича насыщена научными открытиями и достижениями: в 1978 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Лапароскопическая холецистостомия в лечении острого холецистита"; позже - докторскую диссертацию по теме "Выбор метода малоинвазивного лечения больных желчнокаменной болезнью". В.В. Ходаковым опубликовано более 200 статей, две монографии. Он является автором девяти патентов на изобретения и четырех свидетельств на полезную модель. Валерий Васильевич является членом общества хирургов России, членом ассоциации общих хирургов РФ, членом Российского общества эндоскопических хирургов, членом Американской и международной ассоциаций гепатопанкреатобилиарных хирургов, председатель научно-практического общества хирургов г. Екатеринбурга и Свердловской области (2000-2007гг.).

В процессе общения на студентов большое впечатление высказывание Валерия Васильевича о *медицине как искусстве*. Известное высказывание Гиппократа *«Медицина поистине самое благородное из всех искусств»* живо и поныне. Возможно, творческое отношение к профессии позволило В.В. Ходакову достичь таких высот и передать свои знания и интерес к профессии врача своему сыну и внуку.

В заключение можно сказать – медицина сильна династиями. Видные представители медицинских династий служат нравственным и профессиональным ориентиром и своим примером способствуют углублению интереса к будущей профессии.

ПРЕПОДАВАНИЕ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУКИ

Борисова О.Н., Галковская О.А.

В современном международном здравоохранении получают развитие идеи персонализированного подхода к оказанию медицинской помощи. Данная концепция может быть реализована при условии достаточного финансирования медицинских учреждений, упрощения апробации лекарственных средств, а также при наличии квалифицированных кадров. «Основной причиной разрыва между научными достижениями и клиникой является принципиально разных подход к обучению медицинских и научных кадров. Подавляющее большинство врачей не имеют навыков работы с научной информацией для совершенствования их клинической практики».[1]

Фундаментом для формирования поколения врачей с новым типом мышления должна стать реформированная модель образования, где существенное место отдается студенческой науке. Студенты медицинских учреждений должны иметь возможность не только вырабатывать клиническое мышление и тренировать манипуляционные техники, но и приобретать навыки исследовательской работы, которая сделает их конкурентно способными в медицине ближайшего будущего.

Биоэтика как гуманитарная дисциплина широчайшего профиля способна стать благодатным полем для выработки таких навыков. Будучи молодой динамичной наукой, биоэтика занимается изучением всех самых актуальных проблем современной медицины: справедливости распределения медицинской помощи среди населения, отношения врача и пациента, использования репродуктивных технологий, констатации смерти и связанные с этим этические проблемы трансплантологии, применения нанотехнологий в медицине и т.п.

«Преподавание этой дисциплины ведется обычно на младших курсах медицинских учреждений, это, с одной стороны, не дает студентам полной вовлеченности из-за отсутствия собственного опыта нахождения в пограничных этических ситуациях».[2]Но с другой стороны, это открывает перед студентами обширную проблематику медицинской деятельности, вызывающую

---

[1]Борисова О.Н «Персонализированная медицина и студенческая наука: проблемы преемственности и перспективы» Материалы III Всероссийской с международным участием студенческой научно-образовательной конференции «Актуальные вопросы студенческой медицинской науки и образования», Рязань, 2017 С. 76 -77.

[2]Галковская О.А. «Формирование современной модели преподавания биоэтики в медицинском вузе». В кн.: Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 9. Стандартизация и персонализация: сборник статей. — М. : 2015. С. 322-325.

интерес и позволяющую приобрести навыки самостоятельного анализа и решения профессиональных и социальных проблем, возникающей в ходе врачебной практики.

Поэтому преподавание биоэтики и введение СНО по данному курсу рассматривается как благотворный фактор развития студенческой науки в целом. Так, в рамках работы Кафедры социально-гуманитарных наук, экономики и права СЗГМУ им. И.И. Мечникова в 2016/2017 учебном году были осуществлены несколько научно-исследовательских работ, посвященных наиболее насущным проблемам здравоохранения.

Было проведено исследование мнения студентов медицинских специальностей о судьбе соотношения персонализированного и стандартизированного подхода в здравоохранении РФ. На основе социологического опроса, проведенного среди студентов СЗГМУ им. И.И Мечникова было выявлено, что большинство студентов имеет корректное представление о сущности стандарта и проводимых в РФ реформ. Однако из-за всеобщей тенденции к развитию высокотехнологичной медицины, они склонны отказываться от стандартизации в пользу персонализированного подхода, при наличии корректного его понимания только у 50% респондентов. При этом пробовать новые подходы в лечении согласна лишь треть опрошенных, что возвращает к аргументу безопасности и обеспеченности в пользу введения стандарта.

Другой интересной научно-исследовательской работой стало изучение информированности населения по вопросам вакцинопрофилактики против вируса гриппа. Результаты социологического опроса, проведенного в рамках исследования, показали, что 80% опрошенных считают грипп опасным заболеванием, прежде всего, из-за возможного риска развития тяжелых осложнений. Тем не менее, около 40% респондентов отказываются от вакцинации под давлением СМИ, личного опыта и, что наиболее интересно, медицинских работников. Так, работа студентов второго курса смогла выявить деонтологические проблемы в деятельности врача и оценить степень ятрогенного воздействия на население работников системы здравоохранения.

Однако по итогам работы СНО были представлены работы не только прикладного характера, но и актуальные обзорные материалы. Студентами была проведена колоссальная работа по изучению состояния международного законодательства в сфере применения нанотехнологий в медицине. Исследование данной проблемы потребовало систематической работы с зарубежными источниками и показало интересные результаты: этическая область применения нанотехнологий почти не получает освещения в мире, не говоря уже о российском законодательстве. «Так в рамках исследований проекта DEEPEN, было выявлено, что ученые используют стандартный в прошлом подход, в котором наука и этика отделены друг от друга: они углубляются в технические детали и апеллируют к своему долгу трудиться во имя прогресса науки. Отчеты SCENIHR подчеркивают нехватку данных о потенциальных рисках, связанных с внедрением наномедицины в

повседневную практику»[1]. Данная работа прямым образом касается проблем и перспектив развития персонализированной медицины, в которой нанотехнологиям отводится большая роль.

Биоэтическое образование, на наш взгляд, не только формирует нравственные и ценностные ориентации, но и навыки исследовательской деятельности, которые будут способствовать углублению научно-ориентированного подхода студента при прохождении клинических дисциплин и его самоопределению в будущей врачебной практике.

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Герасимова Т.В.

В учебной системе современного медицинского вуза явно преобладает изучение органной или системной патологии над познанием духовного в больном человеке, поэтому общее правило лечить больного, а не болезнь, становится особенно важным принципом деятельности любого врача независимо от его узкой специальности[2].

В нравственном обучении медика, в отличие от многих других специалистов, должны существовать особые подходы и критерии. Требования к духовно-нравственным качествам врача всегда были высоки, а сегодня они ещё более усиливаются, т. к. научно-технический прогресс в медицине породил новые морально-этические проблемы в профессиональной деятельности врачей, а под влиянием экологических и правозащитных движений, религии, политики, экономики изменились отношения между врачом и пациентом, возникли новые принципы их взаимоотношений («автономия личности», «информированное согласие»)[3]. Поэтому духовно-нравственное воспитание будущего врача – задача всех кафедр медицинского вуза, но особое место здесь отводится дисциплинам гуманитарного блока. Одна из них – биоэтика. Знаменательно, что она рассматривается как предмет гуманитарного блока, а не блока клинических дисциплин. Это свидетельство того, что биоэтика понимается не как узкоспециальное, исключительно медико-профессиональное образование, а как форма междисциплинарного общения, как открытость медицинского сообщества и его способность принять и применять традиционное для общества морально-этическое знание в практике врача. К сожалению, и это острейшая проблема, биоэтика изучается в российских медицинских вузах на первых (теоретических) курсах. Однако, как показывает опыт преподавания данной дисциплины, как в нашей стране, так и за рубежом, целесообразно её изучать на старших курсах, когда студенты непосредственно

---

[1] Гусейнова К.М. «Этические исследования применения нанотехнологий в медицине». В кн.: Мечниковские чтения-2017: материалы Всероссийской научно – практической студенческой конференции с международным участием. 26-27 апреля 2017 года, СПб. С. 255 – 256.

[2]Хрусталев Ю.М. Введение в биомедицинскую этику: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ю.М. Хрусталев. – М.: Издательский центр «Академия», 2010, С. 21.

[3]Шамов И.А. Биомедицинская этика: Учебник / Шамов И.А. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006, С. 11-12.

на практике сталкиваются с такими проблемами. Например, в Мексике она изучается студентами в курсе «Введение в клинику», основное содержание которого составляют этические аспекты взаимоотношений пациентов, их семей и врачей. А в США обязательный курс биоэтики читается не только студентам медицинских вузов, но и аспирантам, и персоналу больниц. В Литве биоэтика изучается на шестом курсе, а в Латвии она преподаётся на четырёх уровнях: для бакалавров, магистратов, аспирантов и слушателей последипломного образования. Студенты же медицинских вузов этой страны изучают данную дисциплину с четвёртого курса[1]. И наш опыт преподавания подтверждает данное замечание. С большим пониманием воспринимаются нравственные проблемы теми, кто знаком с медицинской практикой.

Ещё одна проблема, связанная с биоэтикой, заключается в ответе на вопрос: кто должен преподавать её – философ или медик? Как показывает анализ практики преподавания данной дисциплины, как в нашей стране, так и за рубежом, по этому вопросу нет единого мнения. Так, в США специалистами по биоэтике чаще всего становятся люди из числа врачей, юристов, философов. Они, в роли экспертов, призваны грамотно и ответственно решать возникшие биоэтические проблемы врача, больного, родных и близких пациентов. В Киевской медицинской академии данную дисциплину преподают специалисты-медики, а не философы; иначе, как там считают, «трудно будет сохранить строгое, предметно определённое содержание»[2]. В Рижском университете биоэтика читается кафедрой физиологии[3]. А вот в нашей стране, как показала всероссийская учебно-методическая конференция «Биомедицинская этика в высших медицинских учебных заведениях», состоявшаяся в июне 2005г., считают, и мы полностью согласны с этим решением, что преподавать данную дисциплину должны философы[4]. По нашему мнению, ведущим преподавателем, всё-таки, должен быть гуманитарий, а при изучении отдельных тем можно привлекать специалистов-медиков. Такой подход обусловлен спецификой биоэтики. Данная дисциплина раскрывается перед студентами не просто как вид профессиональной этики, но как этика жизни. В рамках правового и морального поля формируются новые ценностно-мировоззренческие установки святости жизни, уважения к праву человека определять свою судьбу, поэтому весь курс биоэтики основан на базовых принципах: не навреди, гуманизм, приноси пользу, профессиональная компетентность, профессиональная независимость врача и др.

В методическом плане подчас нелегко найти решение в реализации учебного материала, освещающего главнейшие темы биоэтики. Например: эвтаназия-это добро или зло? Позиция врача при этом - кто он: милосердец или палач? Какую бы проблему мы не взяли, каждая из них решается на альтернативном пути, каждая полемична, и каждая оставляет тему открытой. Задача педагога – дать возможность студентам выразить своё отношение к проблеме, при этом преподаватель оставляет за собой право на изложение

---

[1] Орлов А.Н. Клиническая биоэтика: Учебное пособие / А.Н. Орлов. – Москва: Медицина, 2003, С. 45-50.
[2]Там же, С. 68.
[3]Там же, С. 73.
[4]Музалевская Л.В., Блохина Н.Н.Актуализация проблемы формирования биоэтического мышления студентов медицинских вузах // Сибирский медицинский журнал (Иркутск) № 2, 2011, С. 124-133.

собственной позиции. Открытый диалог – это в большей степени методика проведения занятий. На лекциях и семинарах задача активизации мыслительного процесса, формирование собственного отношения осуществляется через предложение студентам альтернативных подходов, обсуждение реальных ситуаций с разными возможностями поступков, связанных с мировоззренческим и моральным выбором. Обязательно изучаются правовые документы нашей страны и международных медицинских организаций.

Нельзя не сказать об уровне подготовки студентов воспринимать серьёзные нравственные проблемы в медицине. В целом, курс интересен для студентов, но: беспокоит нигилизм, практицизм, а в некоторых случаях просто цинизм. Например, многие моральные издержки оправдываются денежной выгодой, моральные требования считают надуманными; с большим пониманием воспринимаются нравственные проблемы медицины теми, кто знаком с медицинской практикой (работали медсёстрами); беспокоит раздвоенность теории и практики, т.к. ситуация в больницах далека от нравственного идеала; серьёзным недостатком является то, что студенты первых курсов ещё не знают клинических дисциплин.

Поэтому, профессионально-нравственная, биоэтическая подготовка должна быть непрерывной, найти продолжение в клинике, у постели больного. С этой целью была разработана междисциплинарная программа по биоэтике, в рамках которой ежегодно проводятся на шестом курсе конференции по моральным проблемам эвтаназии, акушерства и гинекологии. Многие вопросы профессиональной подготовки врачей на старших курсах стали рассматриваться в контексте морально-нравственных аспектов.

Таким образом, изучение биоэтики позволяет студентам-медикам приобщиться к основам современных морально-этических знаний применительно к области своей будущей профессии и, одновременно, развивает духовно-нравственные качества личности, без которых будущий врач не может состояться.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И БИОЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ[1]

Зорин К.В., Топорков В. А., Бурдюкова Е. В.

Открытая более 10 лет назад, кафедра ЮНЕСКО совместно с другими кафедрами МГМСУ занимается профилактикой распространения ИППП, ВИЧ/СПИДа и наркомании средствами образования, первичной охраной репродуктивного здоровья, первичной профилактикой хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний. В течение многих лет со студентами разных факультетов проводятся занятия по актуальным вопросам (личная гигиена, вредные привычки, инфекции мочеполовой системы и т. п.).

[1]Работа выполнена по Гранту Президента в поддержку молодых ученых — кандидатов наук МК-3435.2017.8

Эти проблемы имеют не только большое медико-социальное, но и биоэтическое значение. Для их решения требуется комплексный междисциплинарный подход.

Коллектив кафедры ЮНЕСКО участвует в совершенствовании гуманитарного образования будущих врачей. Цели этой важной работы таковы:

1. Формирование основ духовно-нравственной культуры и психологического здоровья врача, деонтологически грамотногоотношения к пациенту на основе принципов биоэтики.
2. Создание у студентов, ординаторов, аспирантов и курсантов медицинского вуза целевых установок для профессионального и личностного роста, здоровьесберегающего поведения, продуктивного решения биоэтических и экзистенциальных проблем.
3. Развитие потребности в нравственно и физически здоровом образе жизни, проведении санитарно-просветительской и нравственно-просветительской работы с населением.
4. Развитие созидательной гражданской позиции, готовности к участию в волонтерском движении.

Среди задач медико-гуманитарного образования особо выделяются следующие:

- создание предпосылок для развития у обучающихся навыков и умений для проведения санитарно-просветительской и нравственно-просветительской работы с разными слоями населения;
- освоение общих принципов формирования здорового образа жизни, укрепления психического и духовного здоровья личности, развития саногенного мышления и здоровьесберегающего поведения;
- формирование готовности к профилактике зависимого поведения, социально-значимых инфекционных и неинфекционных болезней, кризисной беременности, искусственных абортов, суицидальных попыток и связанных с ними осложнений;
- овладение навыками формирования установок, направленных на здоровый образ жизни, гармоничное развитие личности, продуктивное преодоление жизненных трудностей, биоэтических и экзистенциальных проблем во врачебной практике;
- понимание важности бесконфликтного профессионального взаимодействия врача с пациентом в деле профилактики синдрома эмоционального выгорания, медико-деонтологических ошибок и ятрогенных заболеваний;
- формирование готовности к дальнейшему непрерывному профессиональному образованию и самообразованию, к деонтологически грамотным профессиональным контактам на основе принципов биоэтики.

Таким образом, кафедрой ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития» МГМСУ имени А.И. Евдокимова накоплен многолетний уникальный опыт успешной учебной и научной деятельности в целях обеспечения здорового образа жизни и совершенствования гуманитарного образования будущих врачей.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Киндзерская М.А.

Музеи высших учебных заведений, в том числе медицинские, выполняют важную роль в научно-образовательном и воспитательном процессе формирования будущего специалиста. Использование музейных предметов в качестве наглядных пособий в процессе обучения, способствует лучшему усвоению знаний, формированию у студентов общекультурных и профессиональных компетенций, создавая возможности для реализации государственного образовательного стандарта по основным врачебным специальностям.

В условиях современности становится актуальной потребность в переосмыслении статуса врача как личности и профессионала. В связи с этим большую роль в воспитании студентов-медиков играет медицинский музей.

Миссия музея истории медицины - способствовать сохранению исторической памяти и формированию профессиональной культуры будущих врачей через музейные средства коммуникации.

История медицинских музеев уходит своими корнями в глубокую древность. Первый музей, имевший непосредственное отношение к медицине, был создан в Древнем Египте в начале III в. до н.э.

Начало истории отечественных медицинских музеев положило создание Кунсткамеры (Петербург, 1714).

В XVIII-XIX вв. в России были созданы анатомические кабинеты при университетах в Петербурге, Москве, Казани и других городах.

В связи с формированием общественной медицины и организацией музейно-выставочной работы в России возникли музеи нового типа - научно-просветительные: Музей гигиены и санитарной техники (Москва, 1897), Музей по борьбе с пьянством (Нижний Новгород, 1909).

В 1919 г. в молодой советской республике большую роль в развитии санитарного просвещения населения сыграли следующие музейные учреждения: Музей здравоохранения (Петроград) и Музей социальной гигиены (Москва).

В СССР были созданы мемориальные музеи, посвященные корифеям отечественной медицины: музей И.М. Сеченова (Москва, 1925), В.М. Бехтерева (Ленинград, 1931), И.П. Павлова (Ленинград, 1937; Рязань, 1946), Н.И. Пирогова (Винница, 1947) и др.

Таким образом, в Советском Союзе на государственном уровне придавалось большое значение музейному строительству, в том числе и в области истории отечественной медицины.

В современной России нет государственного музея медицины, который бы стал визитной карточкой нашей страны, где бы не только сохраняли культурную память человечества о борьбе с болезнями, но и обучали посетителей методам профилактики различных заболеваний. Следует отметить, что российская медицинская наука обладает огромными ресурсами для создания такого музея, а пока этого не сделано, музейные коллекции собираются, сохраняются и пропагандируются энтузиастами, работающими в медицинских учреждениях и вузах нашей страны.

Рассмотрим подробнее этапы становления и развития музеев московских медицинских вузов, которые являются эффективным средством обучения и воспитания будущих врачей.

В Российском университете дружбы народов на базе медицинского факультета в 1973 г. был создан Музей анатомии человека, который находится по адресу: Миклухо-Маклая ул., 8.

Высокий статус анатомическому музею вуза придает интеграция его в учебный процесс через музейные занятия и научно-исследовательскую работу.

На занятиях в музее студенты-медики подкрепляют пройденный на лекциях теоретический материал наглядными пособиями, представленными в экспозиции.

Экспозиция разделена на следующие разделы: «Анатомия костной системы и соединения костей», «Анатомия мышечной системы», «Анатомия дыхательной системы», «Анатомия пищеварительной системы» и т.д.

Хотя разделы экспозиции очень специфичны, они находятся в сфере интересов не только будущих врачей, но и школьников, поскольку служат пропагандой здорового образа жизни.

В структуру данного музея входят экспозиционный отдел и архив.

В целом, деятельность музея способствует воспитанию у студентов чувства долга, толерантности и преданности своему делу.

Уникальным в своем роде музеем, активно участвующим в образовательном процессе вуза, является Музей истории медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, который был создан в 1990 г. по адресу: Б. Пироговская ул., 2, стр. 3.

Основу собрания Музея составили редкие медицинские учебные пособия и руководства, анатомические атласы и печатные издания XVI-XX вв., уникальные медицинские инструменты и многое другое.

Особую ценность имеют мемориальные фонды выдающихся ученых и врачей XIX-XX вв.: И.М. Сеченова, В.П. Сербского, Н.Н. Приорова и др.

Сегодня собрание Музея насчитывает около 80000 единиц хранения.

Кроме фондовой, научно-исследовательской и экскурсионной работы, сотрудники музея, совместно с будущими врачами, занимаются сохранением и популяризацией историко-культурного и научного наследия старейшего медицинского вуза России.

Еще один интересный музей медицинского вуза - Музей истории Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова и отечественной медицины находится по адресу: Островитянова ул., д.1.

Музей начал свою работу в 1980 г., первоначально экспозиции были посвящены военной тематике и партийно-комсомольской жизни института.

В 90-е гг. XX столетия музей прекратил свое существование, в результате чего многие уникальные экспонаты были утрачены.

Возрождение музея началось в 2001 г. с поиска и отбора музейных предметов, их реставрации и т.д.

Самостоятельный статус музею был придан в 2007 г., когда было принято «Положение о музее истории РГМУ и отечественной медицины».

Сегодня в музее работают постоянные экспозиции: «Научные школы вуза середины XX века», «Кабинет врача конца XIX - начала XX века» и др. Широко представлены коллекции: по гигиене, по уходу за больными, по хирургии, по офтальмологии и др.

Одна из основных задач музея истории РГМУ и отечественной медицины - способствовать формированию у студентов-медиков исторического сознания и активной гражданской позиции.

Особое место среди музеев московских медицинских вузов занимает Музей истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, который находится по адресу: Долгоруковская ул., д. 4 стр. 7.

История музея началась в 1926 г., в нем хранились анатомические препараты, рисунки, таблицы, фотографии, гипсовые слепки, анатомические модели зубов и т.п. В конце 1940-х годов музей был закрыт.

Возродился музей только в 1987 г. под руководством профессора Г.Н. Троянского. На первом этапе развития музея была сформулирована его концепция: музей истории института, с последующим вовлечением музея в учебно-методический процесс вуза.

С 2003 г. начался второй этап деятельности музея, когда при активном участии к.м.н. К.А. Пашкова была создана новая концепция экспозиции, отразившая этапы истории становления отечественной стоматологии.

Основу новой экспозиции составили личные вещи ученых-стоматологов, научные труды, медицинские инструменты, приборы и т.д. Особую ценность представляют 5 зубоврачебных машин (в т.ч. 2 кабинета стоматолога). В составе музея существует историко-медицинская библиотека, коллекция кино-, фото- и фоно- материалов, посвященных деятельности МГМСУ.

В этот период активизируется экскурсионная деятельность музея. Музейную экспозицию посетили не только студенты и сотрудники университета, но и школьники, а также участники конференций и иностранных делегаций.

С 2012 г. начался третий этап работы музея, в этот период была разработана новая концепция развития музея: создание национального музея истории стоматологии.

Фонды музея пополнились уникальными экспонатами: зубоврачебными инструментами XVII-XX вв., зуботехническим оборудованием и т.д.

Сегодня Музей истории медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова тесно сотрудничает с Московским обществом историков медицины, госпиталем им. Н.Н. Бурденко, с музеем истории медицины им. П. Страдыня (Рига, Латвия), с Европейской стоматологической ассоциацией, медицинскими вузами Москвы, Твери, Ярославля и других городов, а также является членом Европейской ассоциации медицинских музеев.

В феврале 2015 г. в стенах вуза был создан Центр развития историко-медицинских музеев России Минздрава РФ, основными задачами которого являются методологическое обеспечение и сопровождение деятельности историко-медицинских музеев, проведение исследований в области истории медицины, разработка глоссария музееведческой терминологии для студентов медицинских и фармацевтических образовательных организаций, составление топографического историко-медицинского банка данных для последующей интернационализации через международные ресурсы и включения в процесс образования и др.

В конце марта 2017 г. в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова на базе Центра развития историко-медицинских музеев России Минздрава РФ прошла уже IV Всероссийская научно-практическая конференция «Медицинские музеи России: перспективы развития», посвященная актуальным проблемам истории медицины и музейного дела.

Таким образом, роль медицинского музея в профессиональном становлении студентов-медиков очевидна, поскольку он обладает огромным потенциалом, позволяющим выполнять не только образовательную функцию, но и решать задачи духовного развития как общества в целом, так и личности студента, педагога, врача. В связи с этим необходима научно осмысленная социально-педагогическая деятельность, которая донесла бы до сознания как студентов, так и преподавателей, духовное богатство вузовского музея, возможности, значимость и перспективы практического применения накопленных музейных знаний в профессиональной деятельности педагога и врача.

Литература

1. Кузнецова А.С. Образовательные возможности музея истории медицины Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. Опыт применения на кафедре ТиТОВШ ИПО // Материалы VI Общероссийской конференции с международным участием «Первый среди равных...», 2-3 апреля 2015 г., Москва.

2. Смуров А.В. Проблемы и перспективы использования потенциала вузовских музеев в профессиональном образовании и воспитании//Академические и вузовские музеи: роль и место в научно-образовательном процессе: Материалы Всероссийской научной конференции - Томск: Изд-во Том. ун-ва, 2009.

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК – ПЕРВАЯ СТУПЕНЬ В ОСВОЕНИИ ПРОФЕССИИ

Косухина О.И., Баринов Е.Х., Сухарева М.А.

Еще с детства ребенок мечтает выбрать себе профессию. В ходе взросления и развития формируется осмысленный подход к выбору будущей специальности. При поступлении в профильное учебное заведение, педагоги целенаправленно должны формировать интерес к той или иной области. В этот период почти все зависит от профессиональных навыков и компетентностного подхода преподавателя. Обладая необходимыми навыками и инновационными идеями, можно к самому скучному предмету вызвать неподдельный интерес публики и, наоборот. В медицинском ВУЗе в ходе пяти- семилетнего общего курса, узко направленные кафедры ориентируют студентов на выбор специальности по средствам создания студенческих научных кружков, являющихся частью студенческого научного общества.

Целью подготовки врача-интерна или ординатора узкой специализации является создание специалиста с пониманием культурных ценностей, гуманистическим взглядом, а так же на высоко профессиональную работу в рамках будущей профессии.

Профессиональные качества – это совокупность понятий «компетентность», «квалификация», «культура», «мастерство», «этика и деонтологии». Уровень образованности неразрывно связан с понятием квалификации специалиста. На этапе формирования выбора студента для дальнейшего обучения по узкой специализации, большую роль играет помощь кафедр, заключающаяся в целенаправленном ориентировании на будущую профессию. Большое значение в этом выборе принадлежит научному кружку, который организован на кафедре с определенными целями:

1. Подготовить студента для поступления в интернатуру или ординатуру с точки зрения компетентностного подхода;
2. Познакомить студента с работой кафедры, сотрудниками для сокращения времени на адаптацию при поступлении в интернатуру или ординатуру;
3. Подготовить и сформировать на данном этапе понимание необходимости научно-исследовательской деятельности, а в отдельных случаях провести анализ для выбора темы для написания диссертационной работы.
4. Предоставить возможность участия в различных профессиональных конференциях, олимпиадах, печати в сборниках и журналах для расширения кругозора, получения более глубоких знаний в профессиональной сфере, общении и обменом опытом среди студентов как на российском уровне, так и на уровне международного участия.
5. Привить чувство ответственности за работу.
6. Сформировать ценность кафедральной деятельности для передачи традиций и знаний следующему поколению учеников.

Существуют требования в профессиональной деятельности, вот их совокупность, то есть квалификационные характеристики, свои для каждой специальности. В их структуру включены базовые знания, умения, навыки,

способы деятельности, необходимые и достаточные для того, чтобы успешно действовать. Тенденция постоянного развития в профессиональной деятельности способствует совершенствованию специалиста в определенной области.Отсюда вытекает необходимость повышения квалификации как формы ценностно-смыслового, содержательного и технологического обогащения системы профессиональной деятельности.

Обобщая изложенное, можно сказать, что квалификация и компетентность – социально трудовые характеристики, задающие рамки и уровень функциональных действий личности в профессии.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Кудрявцев В.Д.

В общении с коллегами на конференции по проблемам физического воспитания обсуждение по сути сводится к обеспечению материально-технических условий для занятий, организационных и отдельных частных методических вопросов.

Если же разговор направляется в русло обсуждения существа педагогической деятельности преподавателя, то его активность резко снижается. Проблема повышения качества физического воспитания студентов вузов, имеющих хорошее материальное обеспечение и для не имеющих такового, остается актуальной.

Одной из причин – это низкий мировоззренческий уровень учебных занятий, не оказывающих заметного влияния на перестройку сознания студентов, формирование у них установок, ценностных ориентаций, убеждений по отношению к физической культуре.

Содержание занятий, их воспитательный потенциал, формы организации не удовлетворяют запросов студентов.

Отсутствует логический переход процесса физического воспитания в физическое самовоспитание и самосовершенствование, вне которых нельзя говорить об эффективности учебно-воспитательного процесса в долговременной перспективе.

Другая причина, порождающая эти издержки, является недостаточное профессиональное мышление преподавательского состава, видения ими комплексного влияния физического воспитания на развитие личности студента. Повышение степени целостности означает такой2 уровень организации учебно-воспитательного процесса, при котором стимулируется активное состояние личности в целом.

Для решения целостного подхода на практике необходимо четкое представление о системе целей, охватывающих все компоненты подготовки будущих специалистов.

Однако на сегодняшний день в деятельности преподавательского состава по физическому воспитанию преобладает ориентация на нормативные показатели, на достижение хотя и важных, но частных целей.

Цель физического воспитания необходимо связать с содержанием образования, отображающим состояние физической культуры в целостной социальной культуре. Она должна стать достоянием личности студента, так как в вузе весь процесс подготовки специалиста ориентирован на развитие его общей культуры и профессиональных знаний.

Цели профессиональной деятельности преподавателя включают в себя процесс развития физической культуры личности, формирования знаний, ценностных ориентаций, убеждений у студентов, что позволяет им в дальнейшем управлять своей будущей профессией.

Практическое мастерство преподавателя проявляется в том, как и в какой мере он оказывается способным поставить студента в позицию субъекта познавательной, физкультурно-спортивной и другой деятельности.

Преподаватель должен не только руководить деятельностью студента, но и организовать процесс самоуправления, не только передавать ему информацию, но и стимулировать его к поиску, не просто контролировать деятельностью студента, но развивать у него способности к самоконтролю.

Такая деятельность требует от преподавателя высокоразвитых личностных качеств и большого профессионального мастерства.

ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ПОСТРОЕНИЮ АЛГОРИТМА БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ ПРИ ИЗУЧЕНИИ МОДУЛЕЙ «ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» И «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ»

Кузнецов Е.В., Алексеев М.В.

В отличие от большинства других медицинских специальностей, психиатрия не располагает сколько-нибудь значимым количеством параклинических методов обследования пациентов, поэтому основным методом диагностики психических заболеваний по сей день является клинико-психопатологическое обследование, основанное на беседе врача с пациентом и анализе речи и невербальных проявлений высшей нервной деятельности (интонирование, мимика, жестикуляция и т.д.) пациента в ходе такой беседы. Задача врача в процессе беседы и осмотра пациента— проанализировать наличие и характер отклонений от нормы во всех сферах психической деятельности пациента, с тем чтобы по итогам клинико-психопатологического обследования составить исчерпывающее описание психического статуса, т.е. состояния психики пациента на данный момент времени.

С учётом необходимости анализа всех сфер психической деятельности пациента, проведение полного клинико-психопатологического обследования требует значительных временных затрат. Так, широко известный стандартизованный опросник для оценки пациента с помощью шкалы позитивных и негативных симптомов шизофрении (SCI-PANSS) рассчитан на

35-45 минут беседы, причём затрагиваются далеко не все сферы психической деятельности пациента. Обследование же первичного пациента, необходимо включающее в себя первичный сбор анамнеза, особенно в случаях, когда с пациентом в силу его психического расстройства не сразу удаётся установить продуктивный контакт, может потребовать два часа времени и более.

С другой стороны, врачи-психиатры, в особенности работающие в амбулаторном звене психиатрической помощи, оказываются связаны достаточно жёсткими нормативами, регламентирующими количество пациентов, подлежащих приёму в течение рабочей смены, а постоянно растущий объём медицинской и сопутствующей документации приводит к необходимости значительно сокращать время, отводимое на клинико-психопатологическое обследование отдельного пациента в повседневной клинической практике. Проведение же беседы с пациентом в условиях недостатка времени зачастую приводит к тому, что отдельные симптомы психической патологии ускользают от внимания врача, не имеющего возможности многократно переформулировать задаваемый вопрос, или с помощью серии косвенных вопросов получить представление о переживаниях пациента, скрываемых им по бредовым мотивам или под влиянием галлюцинаций.

Замечено, что практические врачи в условиях недостатка времени отказываются от классического построения беседы с пациентом, подразумевающего последовательный расспрос по всем сферам психической деятельности; вместо этого в начальной части беседы, выслушивая жалобы и собирая анамнез, врач составляет общее представление об аспектах психики пациента, требующих пристального внимания, с тем, чтобы в продолжение беседы провести детальный опрос именно по заинтересовавшим его сферам психической деятельности. Успех клинико-психопатологического обследования при этом приобретает выраженную зависимость от способности врача выявить, зачастую по косвенным признакам, «подозрительные» особенности психического функционирования пациента, а беседа сама по себе утрачивает выраженную структурированность и приобретает значительную индивидуальность в зависимости от особенностей как личности и состояния пациента, так и личности врача и усвоенных им приёмов ведения беседы.

С учётом вышеизложенного, предоставление врачам широкого ассортимента приёмов выявления на начальном этапе беседы с пациентом «областей интереса» для дальнейшего обследования и развитие навыков их определения по косвенным признакам становится одной из важных задач последипломного обучения врачей-психиатров в современных условиях. Разнородность контингента курсантов циклов усовершенствования, включающего как молодых специалистов с относительно небольшим клиническим опытом, так и опытных врачей с многолетним стажем, подталкивает к мысли об организации обучения таким образом, чтобы курсанты в ходе совместной деятельности перенимали друг у друга указанные приёмы, модифицируя свой стиль ведения беседы с пациентом для повышения

её эффективности, и развивали свои навыки клинико-психопатологического обследования, заимствуя наработки более опытных коллег.

Традиционное построение сертификационных циклов общего усовершенствования, проводимых на базе кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО, в подавляющем большинстве случаев предполагает разделение учебного дня на две части. Первая из них отводится на проведение лекции в объёме двух учебных часов. Вторая включает практическое занятие в объёме четырёх учебных часов. Практическое занятие проводится в форме клинического разбора одного из пациентов, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении. Для осуществления клинического разбора преподавателем подбирается клинический случай, в большей степени относящийся к теме прочитанной лекции. Такая организация практического занятия позволяет закрепить и проиллюстрировать учебный материал, изложенный в ходе лекции.

Особенностью практических занятий является преимущественное использование продуктивных методов обучения по сравнению с репродуктивными. Одной из конечных целей модуля является совершенствование умений клинико-психопатологического обследования, изучение клинического опыта других врачей. На каждом занятии курсанты-врачи участвуют в беседе с пациентом, сборе анамнеза и клинико-психопатологическом обследовании пациентов, страдающими разнообразными психическими заболеваниями. Таким образом, совершенствование умений клинико-психопатологического обследования производится непрерывно на протяжение всего цикла. Особенностью проведения врачом беседы с пациентом является осуществление её с учётом персональных наработок, причём персональные наработки врача являются своеобразной «надстройкой» над условным стандартизированным алгоритмом действий. При этом каждый из представляемых врачами вариантов проведения беседы уникален, а обмен опытом между опытными врачами и молодыми в ходе занятия, построенного по традиционной схеме, если и происходит, то носит спорадический и нецеленаправленный характер.

Наблюдение за поведением врачей при проведении клинических разборов в традиционной форме показывает, что большая часть аудитории пассивна, активно же участвуют в беседе, как правило, два-три человека из десяти. С другой стороны, традиционно врач-докладчик (в случае практического занятия — преподаватель или специально подготовившийся курсант) излагает аудитории последовательно имеющуюся информацию о пациенте: анамнез, катамнез, результаты параклинических обследований и т.д., акцентируя внимание на важных с точки зрения дифференциальной диагностики аспектах. После этого аудитории бывает представлен сам пациент, общение с которым в этом случае преследует цель прояснения отдельных нюансов состояния, уточнение окончательного диагноза. Деятельность врачей в рамках такого традиционного клинического разбора значительно отличается от деятельности при повседневной работе с пациентом, особенно в самом сложном её варианте — первичном осмотре пациента, информация о котором крайне скудна.

Очевидна необходимость изменения организации, структуры и содержания практического занятия с целью приближения учебной деятельности курсантов к случаям повседневной практики. С другой стороны, необходимо использовать методы обучения и воспитания, повышающие и стимулирующие вовлечённость курсантов в работу с пациентом. Возможно, например, следующее решение: врач-докладчик (преподаватель) не должен заранее сообщать подробные сведения о пациенте, детально знакомить аудиторию с историей болезни, получение этих сведений в ходе клинико-психопатологического обследования и беседы с пациентом в целом должно стать задачей присутствующих на занятии обучающихся.

Мы полагаем, что практическое занятие для врачей будет более эффективным, если его организовать: 1) в форме работы в малочисленных группах (до пяти человек включительно); 2) так, чтобы в ходе совместной работы (малой группы) врачей при проведении клинического разбора в группе, каждый курсант мог наблюдать за особенностями проведения клинико-психопатологического обследования в исполнении своих коллег и описывать их; 3) таким образом, чтобы в результате наблюдений клинического разбора пациента происходило обсуждение представленных разных подходов к беседе с пациентом; 4) так, чтобы результатом обсуждения клинических разборов являлась усовершенствованная модифицированная схема (алгоритм) ведения беседы с пациентом. На наш взгляд, деятельность курсантов должна быть направлена на получение нового продукта – усовершенствованного персонального алгоритма ведения беседы с пациентом, позволяющим в большей степени по сравнению с предыдущим, учесть диагностически значимые аспекты психического статуса; позволяющим проводить обследования в сжатые сроки, диктуемые условиями повседневной практики.

Предлагаемая нами схема учебного занятия отражена в таблице №1.

Таблица №1. Схема учебного занятия

Структура учебного занятия			
Номер этапа	Кол-во часов	Название этапа	Содержание этапа
1.	2	Лекция	Постановка проблемы
2.	4	Практическое занятие	Построение алгоритма ведения беседы с пациентом

Содержательная схема практического занятия представлена в таблице №2.

Таблица №2. Содержательная схема практического занятия

Номер этапа	Название этапа	Содержание этапа
1.	Инициализация	Постановка целей

	практического занятия	практического занятия
2.	Организационный момент	Организация малых групп курсантов
3.	Беседа с пациентом	Выявление особенностей построения беседы каждым врачом
4.	Анализ проведённых бесед с пациентом	Обсуждение алгоритмов построения беседы врачом с пациентом
5.	Рефлексия	Обсуждение особенностей построения алгоритмов проведения беседы врачом с пациентом
6.	Подготовка нового алгоритма	Доработка персонального алгоритма ведения беседы с пациентом с учётом лучших способов
7.	Подведение итогов практического занятия	Вывод о достижении поставленных целей практического занятия

Проблема обучения курсантов ведению беседы с пациентом требует дальнейшего изучения. Перспективной задачей является построение методики обучения курсантов-врачей совершенствованию алгоритмов ведения беседы с пациентами.

БИОЭТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ

Минаев А.В.

Биоэтика представляет собой значимую составляющую философского знания. Значительно возросшее внимание к правам человека (в частности, к правам пациента) и создание новых медицинских технологий, изменение в технологическом обеспечении современной медицины, большие достижения в медико-клинической практике, которые стали возможны благодаря успехам трансплантологии и генной инженерии, появление нового оборудования для поддержания жизни пациента, установление биохимических основ многих заболеваний и накопление практических и соответствующих теоретических знаний все эти процессы сделали наиболее острыми моральные проблемы, которые теперь встают перед медицинским сообществом.

Специфика понимания моральной ответственности в биоэтике требует мобилизации интеллектуальных и нравственных ресурсов общества и направление их в сторону повышения ответственности сферы медицинского образования. Но проблема состоит в том, что несмотря на широкое распространение биоэтической информации в научнообразовательных кругах и средствах массовой информации, процесс формирования биоэтического мировоззрения медицинского студенчества находится на низком уровне.

Известно, что уровень подлинной гуманитарно-этической культуры влияет не только на общее развитие личности, но и на все сферы жизни и, соответственно, на профессиональную деятельность человека. Существует предубеждение, что профессионализм должен превалировать над всем, включая культуру и нравственные ценности. Хотя в теории и практике образования давно доказано, что профессия, нравственность и ответственность – это органически взаимосвязанные феномены. Подобно тому, как нравственная культура является интуицией нравственного разума, так и интуиция ответственности проявляется в свободной, творчески созидательной деятельности.

В проблеме обновления медицинского образования особого внимания заслуживают особенности формирования навыков биоэтического мышления и нравственного поведения студента, которые определяют его моральные установки, являющиеся результатом убежденности и направленности будущего специалиста на ценности медицинской профессии. Российский ученый Б. Г. Юдин выделяет проблему формирования биоэтически ориентированного мировоззрения: «Необходимое условие компетентного участия людей в обсуждении и решении острейших проблем, порождаемых новыми биомедицинскими технологиями, - улучшение качества и расширение сфер биоэтического образования» [1].

Биоэтическое образование является исключительно важным для любого специалиста: оно развивает нравственную сферу личности, наделяя ее ценностно-мировоззренческим значением. Прогресс медицинской науки и практики, в частности в области биохимии, актуализирует проблему качественных изменений в сфере медицинского образования, направленных на поиск моделей биоэтически ориентированного образования. Биоэтика, как социальный феномен, создает предпосылки для выработки философских оснований в профессиональной ответственности современного студенчества. Как основа мировоззрения философия функционально ответственна за формирование соответствующего нашей эпохе социального типа личности.

В формировании биоэтического мировоззрения важная роль принадлежит как естественнонаучным, так и специальным дисциплинам. Неоспоримо положение, что для познания огромного разнообразия форм жизни, ее сущности, первостепенное значение имеет определение химической индивидуальности живого организма. Биологическая химия достигла огромных успехов в изучении химического состава человека и природы химических процессов, происходящих как в целостном организме, так и в изолированных органах и тканях на клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях.

Последние два-три десятилетия ознаменовались рядом выдающихся открытий в биохимии и в некоторых ее

разделах: энзимологии, биохимической генетике, молекулярной биологии, биоэнергетике и других, выдвинувших ее в разряд фундаментальных научных дисциплин и сделавших биохимию мощным орудием решения многих важных проблем биологии и медицины.

По мнению А. Ленинджера, «Одна из основных задач биохимии – разъяснить принципы, лежащие в основе процессов жизнедеятельности. Совокупность этих принципов и есть молекулярная логика живого» [3]. Биохимия позволяет студентам понять молекулярные основы жизни и составить благодаря этому ясное представление о тех конкретных путях, которыми возможно решить многие спорные вопросы в области медицины.

В медицинском образовании особую актуальность приобретает проблема формирования разносторонней, нравственной, активной, творческой личности, осознающей свою ответственность через профессиональную деятельность. Биоэтическое мышление носит мировоззренческий характер, в центре которого - человек, с его многообразными правами, ценностями и свободами. Поэтому важное значение в этом плане имеет ценностная направленность образования, которая объединяет различные средства для достижения целей и задач в сфере формирования биоэтического сознания студентов. Биоэтика, являясь интеллектуальным исследованием духовности и моральных ценностей современной эпохи, должна быть практически и профессионально ориентированной, но вместе с тем быть адаптированной к специальным дисциплинам, в частности к биохимии.

Следовательно, для формирования должной гуманитарной подосновы курса биохимии студентам необходимо создать условия развития биоэтического самосознания, подготовки их к дальнейшему саморазвитию и самообразованию. Ж. Т. Тощенко отмечает, что в обществе наблюдается смена воспитательной парадигмы: «Причем, это происходит неоднозначно и противоречиво: от крайностей готовить только интеллектуалов, которые усваивают профессиональные знания и интерес которых сосредоточивается на сугубо утилитарных, меркантильных целях, до еще реального опыта подготовки интеллигенции с ее идеей служения обществу, народу». В этой связи, по мнению ученого, важен вопрос об обогащении внутреннего мира человека. «Эта идея побуждает человека соизмерять свои дела с проблемами общества, быть ответственным за свое поведение» [2].

Таким образом, определение биоэтической ответственности медицинского работника стоит понимать как систему духовных установок личности на социальные объекты (человека или живое существо), обусловленную моральными ценностями и нормами общества, а также нравственными нормами и ценностями медицины и здравоохранения на современном этапе их развития, при этом необходимо опираться на знание фундаментальных дисциплин, в частности биологической химии. Установка на развитие нравственно-ответственного самосознания студента связана с осознанием

единства общественно значимых норм моральной ответственности, знаний фундаментальных дисциплин с практикой медицинской деятельности.

Литература

1. Юдин Б. Г. От клятвы Гиппократа к биоэтике // Экология и жизнь, 2005. - №6. - С. 32-35.

2. Крухмалев А.Е., Поздняков Н.К. Современный воспитательный процесс: состояние и проблемы («круглый стол») // Социологические исследования, 2005. - №4. - С. 86-93.

3. Ленинджер А. Основы биохимии: В 3 т. Т 1. Пер. с англ. - М.: Мир, 1985., С. 5.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КУРСОВ ФИЛОСОФИИ И БИОЭТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Моисеева О.Н.

Преподавание гуманитарных наук в высших учебных заведениях предполагает соотнесение их содержания со спецификой изучаемой профессии. Задачей гуманитарных дисциплин в медицинском ВУЗе является формирование не только общекультурных, но и профессиональных компетенций. Сфера представлений врача охватывает понятие человека не только в своей целостности, но и во взаимодействии с окружающим его миром, потому как понятие болезни и здоровья определяются особенностями этого взаимодействия. Проблемы современной научной медицины во многом происходят от недостаточного внимания к холистическим аспектам, ограничиваясь редукционистски-материальным пониманием болезни и фиксируя внимание на телесных, механических её аспектах. Поэтому, особенно важно , чтобы у будущего врача формировалось целостное мировоззрение, понимание неоднозначности и многообразия современной научной картины мира, истории её развития и мировоззренческих проблем. История и мировоззрение любой науки неотделимы от истории человечества и развития философского знания. Философия как интегративная, самая ёмкая из сфер человеческого знания, позволяет видеть мир в целом, соотносить сущее с должным и устанавливать необходимые для этого критерии. Кроме того, само занятие философией предполагает развитие ментальных качеств, необходимых для формирования личности врача, клинического мышления , расширяет кругозор, развивает речевые навыки, возможности обучения и коммуникации.

Курс философии в ВУЗах с 1990-х годов стал выстраиваться методологически правильно: изучение истории философии и общефилософских вопросов. Однако, кроме формирования представлений об истории философии как сферы человеческой культуры, он не содержит целеполагающего момента. В основном, курс истории философии строится по описательному принципу – в хронологическом порядке просто описываются философские школы и их особенности. При этом каждый автор того или иного учебника при описании

школ опирается на своё видение их, прописывая то, что он считает важным и опуская неважные, с его точки зрения, моменты. В результате многое сводится к некоему эстетическому критерию – набору сведений о философах и представлений других философов об их философских концепциях – своего рода «испорченный телефон» , формирующийся при многократном пересказывании информации. И этот стиль «информации ради информации» , оторванной от реальности и от какого-либо целеполагания, порождает ощущение нагромождения бессмысленных, ненужных в обычной жизни и в профессии несистематизированных фактов, которые трудно запомнить в силу отсутствия связи и смысла. Этот принцип «знание ради знания», положенный в основу преподавания предмета философии отталкивает подавляющее большинство студентов-медиков, сознание которых ориентировано на естественно-научный стиль мышления , которому чужд витиеватый, сдобренный ментальным эстетизмом стиль гуманитария. Студент-медик, который нацелен на овладение профессией за ограниченное время, хочет мыслить практически, а не тратить это время на бесцельное созерцание «ментальных кружев». Современные реалии таковы, что все разговоры об общекультурном развитии, формировании целостной личности и т.п., уступают прагматичным требованиям рынка с его конкретным целеполаганием. Поколение современных студентов – дети своего времени, они коренным образом отличаются от романтиков от науки 19-20-веков. И эти факторы должны учитываться в выстраивании методологии обучения гуманитарным дисциплинам в непрофильных ВУЗах. Непонимание этого уже привело к катастрофическому состоянию утративших смысл гуманитарных дисциплин в данной сфере. Ими легко жертвуют в пользу узкопрофессиональных курсов. Данная тенденция ведёт к полному изгнанию философии из медицинских ВУЗов. И это понятно: такая философия там не нужна. Не лучшая судьба и у предмета «биоэтика». Непонимание его специфики, нередко – непрофессионализм в преподаваниии, привели к тому, что интерес, вспыхнувший к этой дисциплине в 1990-е, уже начал угасать. Предмет стали сводить к банальной медицинской этике и деонтологии или к сфере медицинского права, и , как следствие – сокращение учебных часов и преподавание его на младших курсах, часто – в отрыве от курса философии. Как же нужно выстраивать курсы философии и биоэтики в медицинском учебном заведении, дабы они имели смысл и были встроены в целевые установки формирования профессионала? Во-первых, определиться с иерархией целей. Проблемы современной медицины как науки заключаются в крайне редукционистском мировоззрении, порождающем проблемы в оказании медицинской помощи. Всё это усугубляется увеличением немыслящих исполнителей, работающих непосредственно с больными людьми- в поликлиниках и больницах. Чудесная фраза «медицина – это искусство», стала глубоким архаизмом. Искусством исцеления она становится в руках самостоятельно мыслящего, развитого целителя, а не слепого исполнителя инструкций. Отстутствие понимания сути процесса ведёт к невозможности правильного воздействия на него. Простой вопрос: «что такое болезнь?» - ставит в тупик не только студента-медика, но и врача со стажем. В своё время

Вольтер сказал : «Врачи вливают лекарства, о которых они знают мало, против болезней, о которых они знают ещё меньше, в людей, о которых они не знают ничего». С 18-го века и до сего дня данное высказывание не утратило своей актуальности: врачи, пользующиеся фармакологическими средствами, не знают полного спектра оказываемых ими воздействий, механизмов их взаимодействий; не понимают причин большинства болезней, относя их разделу неопределённых «наследственных» или «идиопатических»; и уж точно, вопрос о природе человека ставит их в тупик, сводя всё к банальному физическому телу. Никому не приходит в голову чинить ультрасовременный гаджет, не зная принципа его устройства. Однако, многие считают себя специалистами по человеческим болезням, особенно – при наличии соответствующего диплома. А в практике выясняется , что по данным Sanmelsson O., et al. (1987 г.) эффективное медикаментозное снижение повышенного уровня холестерина плазмы, для профилактики ишемической болезни сердца (ИБС), привело к тому, что общая смертность среди пациентов оказалась на 29% выше, чем в контрольной группе, принимавшей плацебо. Эти результаты привели автора исследования к горькому выводу, что «препараты, снижающие уровень холестерина, скорее всего больше убили, чем спасли».[1] Изучая факторы риска внезапной смерти (на 120 тыс. мужчин), ученые установили, что риск внезапной смерти в 14 раз выше в группе, принимавшей противоаритмические препараты; в 5,3 раза - в группе, принимавшей гликозиды и другие сердечные препараты; и в 3,8 раза - в группе принимавших мочегонные, по сравнению с контрольной группой, которая не лечилась систематически (Фридман Г. и др.1980 г.). [2] В 2001 году в США ятрогенные факторы (фатальные реакции на фармакологические препараты, ошибки врачей, необоснованные хирургические вмешательства) стали важнейшей причиной смертности. Данные и множество других фактов прямо говорят о том, что в современной научной медицине существуют проблемы, которые , прежде всего, тесно связаны с её мировоззрением. А формированием мировоззрения целенаправленно в медицинском учебном заведении занимается лишь одна дисциплина – философия. Но описательная, гуманитарная философия, оторванная от естественно-научной картины мира, не способна удовлетворить данный запрос. Поэтому задачей предмета философии является направление сознания студента на главные вопросы, на которые студент-медик должен найти ответы к окончанию курса: кто такой человек; каково место человека в мире; как он связан с окружающим миром; что такое жизнь, смерть, здоровье, болезнь и каковы причины их формирования и механизмы действия в природе и в человеке? Лишь после этого возможен свежий, непредвзятый взгляд на конкретного больного, на конкретный клинический случай и – возможность нахождения правильного решения в тех ситуациях, когда «медицина бессильна». Главный вопрос курса *истории философии*: в каком направлении двигалось мировоззрение человечества в известный нам исторический период? При этом выстраивается единая смысловая линия в контексте «начинали с этого, прошли такие-то этапы и сегодня пришли к тому-то. Мы развиваемся или деградируем? Какое влияние на нашу жизнь оказали

философские концепции разных эпох? Что человечество приобрело и что утратило за известный нам исторический период?» *Общий курс философии* должен показать спектр разных представлений об устройстве бытия с учётом разных философских школ – в разделе онтологии; разных представлений о человеке и его ценностных представлениях – в разделе аксиологии; разных представлениях о человеческом сознании и путях формирования научного знания – в разделе гносеологии и философии науки; учить рассуждать в соответствии с правилами логики – в курсе логики; знакомить с современной концепцией естествознания; знакомить с понятиями философии биологии и медицины – как и почему сегодня в биологии и медицине господствует определённый тип мировоззрения, является ли он единственным и абсолютно верным? Нужно показывать молодому человеку не жёсткую догматическую определённость, а многообразие подходов и концепций, их динамичность и изменяемость, неоднозначность и опасность жёсткого замыкания сознания на одной модели, которая может оказаться неверной. Соответственно, в курсе *биоэтики*, которая её создателем- В.Р. Поттером- была определена как «наука о выживании», спектр обсуждаемых вопросов должен быть значительно расширен. И студенту должна быть предоставлена возможность рассуждения по ним с учётом многообразия позиций, а не вбиваться в голову «единственно верное решение». Даже если такое решение и существует, оно не должно преподноситься как догма, а отыскиваться самим студентом, но не стихийно, а с обязательной опорой на теории и знания, почерпнутые из курса философии – то есть, его решение должно быть максимально обоснованным. Особенно это важно потому, что сегодня не все проблемы биоэтики можно однозначно оценить и найти их верное решение. Многие проблемы имеют сложную сетевую структуру причинно-следственных отношений с другими проблемами. Поэтому и подход к их решению должен быть комплексным. Студент должен понимать, что состояние здоровья конкретного человека очень часто – это результат его отношения с миром, в котором он живёт. Поэтому без знания вопросов биоэтики, без навыков теоретического подхода к решению её проблем бывает невозможно помочь конкретному человеку. Так, проблема иммунодефицитов тесно связана с образом жизни, который ведёт человек, а это: распорядок дня, на которые влияет устройство социума, культурные особенности страны, мировоззрение конкретного окружения данного человека, возрастные особенности, его личный выбор и т.п. ; характер питания, который так же зависит от мировоззрения человека и его окружения, культурных особенностей страны, природных условий, экологической обстановки, пищевой промышленности, конкретного магазина, в котором человек покупает продукты и т.п.; болезни, которыми переболел человек , зависящие от многих эколого-био-социальных факторов; предметов быта, окружающих его, которыми он пользуется повседневно – от зубной пасты, жидкости для мытья посуды до мобильного телефона и компьютера; характера его работы, которая может быть связана со множеством разнообразных факторов и т.п. То есть, для того, чтобы по-настоящему решить проблему здоровья конткретного человека, особенно – в случае хронической болезни, требуется учитывать множество разных факторов

и находить индивидуальный подход в зависимости от них. Но исполнитель, действующий по инструкции и имеющий чётко заданную единственную картину реальности, не способен к решению проблем подобного рода, особенно в той системе здравоохранения, которая вынуждает его уделять внимание больному человеку 10-15 минут. Эта система медицинского конвейера с людьми-машинами, в свою очередь, тоже опирается на определённое мировоззрение, которое сформировалось в определённый период времени и является одним из множества других. Таким образом, задачей гуманитарных наук в медицинском ВУЗе является не смакование эстетики человеческой мысли, а конкретное её практическое приложение в профессии врача. Только тогда их изучение обретает смысл.

НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ XX ВЕКА[1]

Тишина О.А.

Медицинская этика всегда играла значимую роль в медицине, это объясняется спецификой работы медицинского персонала в лечебных учреждениях, где важное значение имеют милосердие и сострадание, а также сочувствие и сопереживание другому человеку, желание помочь, проявить заботу и любовь. Кроме того, врач общается с родственниками пациента и коллегами, что также определяет специфику его профессиональной деятельности.

Выделим наиболее важные принципы врачебной этики:

- Гуманное отношение к больному. Оно выражается в готовности всегда прийти на помощь каждому нуждающемуся, при этом, следуя принципу Гиппократа не навредить, не принести больше страданий и боли.
- Соответствие поступков врача целям и задачам медицины. Врач ни под какими предлогами не должен участвовать в действиях, которые могут навредить жизни больного.
- Обязанности врача – бороться за физическое и психологическое здоровье пациента. Самопожертвование и героизм должны быть правилом поведения врача. Необходимо помогать всем, независимо от пола, национальной и религиозной принадлежности.
- Принцип солидарности и взаимопомощи между всеми врачами.
- Принцип сохранения врачебной тайны.

Таким образом, нравственными основаниями врачевания являются общечеловеческие моральные ценности, нормы и принципы.

В нашем исследовании мы рассмотрим формирование нравственных ценностей российской медицины с октября 1917 года до середины 40-х гг. XX века на примере деятельности двух выдающихся врачей, ориентируясь на

[1] Публикация подготовлена при поддержке гранта РФФИ №15-03-00846.

четыре основных этапа формирования ценностей в медицинской сфере[1]. Исследуемый период относится ко второму этапу и отражает идеологический перелом как в русской медицине, так и в истории нашей страны в целом. Яркими представителями данного периода являются Николай Александрович Семашко (1874–1949 гг.) и Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (архиепископ Лука) (1877-1961 гг).

Н.А. Семашко внес огромный вклад в развитие советской и мировой медицины. Его карьера начиналась не с блестящих успехов: он окончил Казанский университет, потом 3 года работал земским врачом в Орловской губернии, а затем в Нижнем Новгороде. Революция в феврале 1905 года закончилась для Семашко арестом, тюремное заключение длилось 10 месяцев, затем 10-летней эмиграцией во Франции, Швейцарии и Сербии.[2] Летом 1917 года с группой других эмигрантов он вернулся в Москву, на тот момент ему уже было 43 года. С 1918 по 1930 годы Семашко был первым народным комиссаром здравоохранения РСФСР. Он управлял Наркомздравом в самые тяжелые годы для нашей страны, когда шла кровопролитная гражданская война и бушевала эпидемия.

Но, несмотря на это, Николаем Александровичем была проделана огромная работа по созданию принципиально новой, не имеющей в тот период аналогов в мире, системы советского здравоохранения.[3] Эта система функционировала более 70 лет, она достигла серьезных успехов в улучшении здоровья населения, обеспечении его квалифицированной и доступной медицинской помощью.

Во время Великой Октябрьской социалистической революции впервые в истории были полностью ликвидированы политические, социальные, экономические, идеологические и расовые барьеры между врачами и пациентами. В результате сформировалась новая основа взаимоотношений в медицине. «Этика советского врача, — писал Н. А. Семашко, — это этика своей социалистической Родины, это этика строителя коммунистического общества, это коммунистическая мораль, это истинно человеческая мораль, стоящая выше классовых противоречий. Вот почему мы не отрываем понятие о врачебной этике от высоких этических принципов гражданина Советского Союза»[4]. Н.А. Семашко заявлял, что политическое воспитание врача является первой задачей в разрешении вопросов врачебной этики.

Еще один значительный вклад Н.А. Семашко в отечественную медицину – это развитие гигиены. В 1922 году им была открыта кафедра социальной гигиены на медицинском факультете в МГУ. Он разрабатывал инструкции по организации рабочих мест, обеспечению их необходимыми гигиеническими принадлежностями, правильному обустройству жилищ, общественных бань,

---

[1]Aseeva I., Volokhova N. Transformation of value priorities in the Russian medical ethics and bioethics// Czech Journal of Social Sciences, Business and Economics. University service publishing. Volume 4, Issue 1, spring 2015. – P. 6-16.

[2]Н.А. Семашко и его роль в медицине [Электронныйресурс]. Режимдоступа: https://cribs.me/istoriya-meditsiny/n-a-semashko-i-ego-rol-v-meditsine

[3] Тишина, О.А. Деонтология советского периода отечественной медицины первой половине XX века [Текст]/ Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования, №3(13), 2016. – С.86

[4]Семашко Н. А. Избранные произведения. М., Медицина, 1967.

парикмахерских, были приняты меры по санитарному благоустройству поселков, улиц, парков и садов. Он принял участие в разработке противоэпидемических программ, заявил, что необходимо создать программу охраны материнства и детства, а также усовершенствовать и расширить сеть научно-исследовательских институтов для развития медицинских технологий.

Работая земским врачом, Н.А. Семашко приобрёл богатый врачебный опыт. Ему приходилось лечить больных в амбулатории, на дому, работать в больнице, оперировать, оказывать помощь при родах. Как он впоследствии писал, работа на сельском участке позволила ему «во всей глубине и разнообразии постичь лечебную работу» и дала «медицинскую закалку» на всю жизнь.

В отчёте Народного комиссариата в 1925 году Н.А. Семашко сообщил о значительных успехах советской медицины: снизилась смертность населения, уменьшилась смертность детей в возрасте до одного года, сократилась заболеваемость массовыми инфекциями, увеличилась сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений.

Вопросы об отношении врача к больному и врача к коллективу он рассматривал в совокупности. Утверждая, что "болезнь не позор, а несчастье», он стремился к искоренению врачебной тайны из медицины. Но со временем сам признал ошибочность полного отказа от конфиденциальности в медицине. Степень сохранения врачебной тайны со всей ответственностью ложится на совесть врача, и только он сам может решить, каковы пределы сохранения этой тайны.[1]

Несомненно, заслуги Н.А. Семашко весьма велики. Он до конца жизни, несмотря на тяжелую болезнь, продолжал работать и интересовался работой руководимых им институтов. Он сумел организовать стройную систему государственного здравоохранения на огромной территории СССР. За свою жизнь он написал более 250 научных трудов и работ. Он посвятил их теоретическим, организационным, теоретическим и практическим вопросам гигиены и здравоохранения в целом, чем заслужил себе бессмертную память.

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (1877-1961 гг.) (архиепископ Лука) был замечательным русским хирургом и писателем. Он всегда был чутким к чужой боли и страданию, защищал слабых, протестовал против несправедливости и насилия. Еще в университете он неожиданно увлекся анатомией. Его привлекало в медицине то, что многих других отпугивало. По окончании университета он заявил, что хочет всю жизнь работать земским врачом. В своих мемуарах, он писал, что изучал медицину с исключительной целью: быть всю жизнь деревенским, помогать бедным людям». Он достиг огромного успеха в таких разделах медицины, как гнойная хирургия и анестезиология.

Тяжело переживая смерть пациента, он особо подчеркивал в своих работах, что исход болезни в значительной мере зависит от знаний и искусства врача.

[1]Medical-Enc.ru [Электронный ресурс]/ Врачебная тайна. Режим доступа: http://www.medical-enc.ru/etika/tayna.shtml

Со всеми своими неудачами и трудностями он всегда старался ознакомить врачей, чтобы таких ситуаций было меньше.

В.Ф. Войно-Ясенецкий работал с колоссальной нагрузкой. Ранним утром — богослужение в церкви, днем — лекции, операции, обходы больных, вечером — вновь церковь. Ей целиком посвящалось и воскресенье, но, если его вызывали в клинику, дальнейшее ведение богослужения передавалось другому священнику. Епископ Лука мгновенно «перевоплощался» в профессора Войно-Ясенецкого.

Только в 1955 году он оставил хирургию, т.к. полностью ослеп. Его вклад в развитие этической составляющей в деятельности врача несомненен и неудивительно, что он вызывает неизменный интерес исследователей[1].

Меняется жизнь, меняются взаимоотношения людей, не стоит на месте медицина и этика, в свою очередь, как и жизнь, не является чем-то застывшим. В наше время идет очень быстрое развитие естественных наук, совершенствуются методы обследования, лечения и диагностики. Врачам необходимо использовать огромную и всё возрастающую информацию, что влечет за собой новые проблемы во взаимоотношениях с пациентами. И в этом случае не стоит забывать о гуманности и опыте великих врачей-гуманистов. В.Ф. Войно-Ясенецкий и Н.А. Семашко указывали на особую значимость духовно-нравственной составляющей медицинской профессии и призывали уделять особое внимание её этико-аксиологическим аспектам.

Литература

1. Aseeva I., Volokhova N. Transformation of value priorities in the Russian medical ethics and bioethics// Czech Journal of Social Sciences, Business and Economics. University service publishing. Volume 4, Issue 1, spring 2015. – P. 6-16.

2. Medical-Enc.ru [Электронный ресурс]/ Врачебная тайна. Режим доступа: http://www.medical-enc.ru/etika/tayna.shtml (дата обращения 15.03.2017)

3. Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. - М., 1969. - С. 12.

4. Микешина Л.А. И. Бентам и его сочинение Деонтология, или наука о морали. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://rummuseum.info/node/4261 (дата обращения 13.05.2017)

5. Семашко Н.А. и его роль в медицине [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://cribs.me/istoriya-meditsiny/n-a-semashko-i-ego-rol-v-meditsine_ (дата обращения 02.02. 2017)

6. Пахомова О.А., Волохова Н.В. Этические аспекты биомедицинских технологий: традиции и инновации // Евразийское научное объединение - №6 – 2015. – С. 104-107.

7. Семашко Н. А. Избранные произведения. М., Медицина, 1967.

[1] Пахомова О.А., Волохова Н.В. Этические аспекты биомедицинских технологий: традиции и инновации // Евразийское научное объединение - №6 – 2015. – С. 104-107.

8. Тишина, О.А. Деонтология советского периода отечественной медицины первой половине XX века [Текст]/ Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования, №3(13), 2016. – С.86

УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ ТОГИС КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Фомина К.А., Алексеев М.В.

Конечной целью высшего профессионального образования является подготовка компетентного специалиста. Эта цель достигается поэтапно при изучении студентами-будущими специалистами учебных дисциплин, предусмотренных учебным планом университета, при изучении которых формируются не только профессиональные знания, умения, но и качества личности, способствующие социализации выпускника вуза.

Качество подготовки учащегося высшего учебного заведения выражают посредством заранее заданных норм обучения и воспитания - компетенций. В качестве рабочего её определения примем следующее. «Компетенция - это высокое качество функционирования в условиях разнообразных профессионально-жизненных контекстах, базирующееся на интеграции:

- Теоретического знания, имеющего отношение к научной или академической области;
- Знания операциональной составляющей целевой деятельности (техники, процедуры, умения и навыки);
- Знания в области конструктивного управления межличностными отношениями, необходимого для эффективного функционирования;
- Перцептивного знания, подразумевающего личную вовлеченность, осознание ценности деятельности и своего личного вклада»[1].

«Высокое качество функционирования…»предполагает умение выпускником медицинскоговуза использовать ранее изученных способов решения проблем, образцов деятельности и поведения в различных контекстах деятельности. Вместе с тем, это означает и умение специалистом находить новые способы решения проблем, умения организовывать и осуществлять межличностную коммуникацию, владения информационными технологиями.

Вариантом достижения педагогических целей является использование задачного подхода к обучению. А.Б. Сорокин и Н.Г Алексеев отмечают, что «Принимая тезис о том, что внешним основанием целостности деятельности выступает задача, которая очерчивает границы действительности, ибо определяет её конечный и начальный пункты, мы называем вопросно-ответную

[1]Competence-based learning: A proposal for the assessment of generic competences. /A.V. Sanchez & M.P. Ruiz (Eds.). Bilbao: University of Deutso, 2008.334 p.

форму, включённую в деятельностные контексты, *задачной*. В отличие от задания, она возникает там, где есть необходимость предварительного разбора, анализа условий, не сводящихся к технике выполнения уже известных операций. В ходе понимания задачи, а затем и её решения в качестве неизвестного и искомого (а значит, вскрываемого в ходе образовательного взаимодействия с помощью вопросов и ответов) выступает собственно способ её решения».[1]

Традиционная учебная задача условно может быть представлена в виде двух взаимосвязанных содержательных компонент – *познавательной* и *информационной*. Познавательная компонента учебной задачи включает: а) содержание, выраженное в виде описания ситуации, процесса, явления – т.е. условие, б) описание цели или требование, которое должен выполнить учащийся при решении задачи. Условие задачи, как правило, представлено в виде проблемы, которую должен разрешить учащийся. Второй компонентой учебной задачи является информационная. Предполагается, что учащийся, используя описание ситуации, в ходе самостоятельной деятельности должен осуществить поиск, верификацию, переработку информации для достижения поставленной цели, выполнения требования.

Такая постановка учебной задачи не отвечает в полной мере, задаваемым содержанием компетенций, целям обучения студента в медицинском вузе. Таким образом, использование учебных задач, включающих две компоненты содержания, не позволяет сформировать в полной мере профессиональные качества будущего специалиста.

Решение проблемы возможно при использовании одной из компонент «Технологии обучения в глобальном информационном сообществе («ТОГИС»), разработанной д.п.н, проф. В.В. Гузеевым. Педагогическое обеспечение этой технологии включает учебные задачи, которые условно могут быть разделены на три содержательные компоненты. Эти компоненты составляют познавательная, информационная и коммуникационная. *Познавательная* компонента содержания учебной задачи включает: а) описание ситуации, процесса, явления −т.е. условие, б) формулировку цели (или требования), которой должен достичь учащийся, в) перечень возможных источников информации, которые могут быть использованы учащимся при решении задачи. *Информационная* компонента содержания задачи представлена в виде описания этапов деятельности учащегося, связанной с работой с информацией. Эта компонента содержит этапы: 1) выделения ключей для поиска необходимой информации, 2) осуществления поиска информации, 3) систематизации и анализа найденной информации, 4) формулирования выводов по результатам переработки найденной информации. Третьей компонентой содержания учебной задачи является *коммуникационная*. Она включает ряд этапов совместной деятельности учащихся: 1) по обсуждению решения задачи, 2) сопоставлению решения задачи с культурным образцом, 3) формулированию заключительных выводов.

[1]Сорокин А.Б., Алексеев Н.Г. Проблемно-диалоговая форма «вопрос-ответ» // Педагогика. -2001.-№2.-С.37-43.

Одним из преимуществ учебной задачи ТОГИС является возможность модификации её компонент. Особенностью содержания деятельности врача является решение им деонтологических проблем. Формирование знаний, умений решать деонтологические проблемы – важная задача процесса подготовки врача. Нами предлагается модификация учебной задачи. В состав *информационной* компоненты, включающей формулировку её условия, включено описание деонтологической проблемы. Мы полагаем, что для реализации целей обучения и воспитания в медицинском вузе *каждая* из учебных задач должна содержать деонтологическую составляющую её содержания.

Приведём пример формулировки учебной задачи. Эта задача может быть задана на дом студентам шестого курса МГМСУ им. А.И. Евдокимова после изучения темы «Дифференциальная диагностика обструктивных заболеваний лёгких» дисциплины «Внутренние болезни». Вместе с тем, подобная задача будет являться мотивом к изучению студентами следующей темы «Дифференциальная диагностика диссеминированных поражений лёгких».

Задача. Больной 65 лет обратился к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°С, постепенное нарастание одышки, появление сухого непродуктивного кашля, слабости и быстрой утомляемости в течение последнего месяца. Из анамнеза известно, что больной родился и вырос в курящей семье, по профессии – водитель, курить начал с 15 лет, по 2 пачки сигарет в день. 2 года тому назад бросил курить. Последние 5-7 лет неуклонно возрастает одышка. В анамнезе приём амиодарона в течение 5 лет по поводу нарушения ритма сердца.

Аллергологический анамнез не отягощен. С детства и в течение всей жизни часто болел простудными заболеваниями, бронхитами.

Объективно: пониженного питания. ЧДД 24 в минуту, инспираторная одышка. Перкуторно определяется небольшое укорочение лёгочного звука в нижних отделах и снижение дыхательной экскурсии нижнего края лёгких, там же при аускультации выслушивается крепитация на фоне ослабленного везикулярного дыхания. ЧСС – 88 в мин., АД – 140/80 мм.рт.ст.

На рентгенограмме органов грудной клетки двусторонние инфильтративные затемнения нижних долей обоих лёгких различной интенсивности. Функция внешнего дыхания – $ОФВ_1$/ФЖЕЛ<70% от должной величины.

Врач-терапевт на основании осмотра и обследований больного пришел к выводу, что пациент страдает хроническим бронхитом курильщика. Врач сообщил больному, что его плохое самочувствие связано с «возрастными изменениями» и порекомендовал прием бромгексина,терапию сопутствующих заболеваний продолжить в том же объеме.

Задания:

1. Согласны ли Вы с диагнозом и тактикой врача?
2. Предположите о каких заболеваниях может идти речь?
3. Назовите основное заболевание на данный момент и его причину.
4. Перечислите с какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.

5. Назовите диагностические методы обследования.

6. Назовите основные принципы лечения данных заболеваний.

7. Дайте прогноз заболевания.

Указание. Для выполнения заданий а) выделите ключевые слова для информационного поиска, б) найдите и соберите необходимую информацию, в) обсудите и проанализируйте собранную информацию, г) сформулируйте выводы, д) сравните ваши выводы с решением, представленным преподавателем.

Ответ. Токсический фиброзирующий альвеолит, подострая или хроническая форма(вследствие приема амиодарона).ХОБЛ.

Возможные информационные источники:

Книги:

1. Внутренние болезни. Учебник. В 2 томах. Том 1 / Под. ред. В. Моисеева, А. Мартынова, Н. Мухина. – Изд. ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 974 с

2. Респираторная медицина. Руководство (в 2-х томах). Под ред. Чучалина А. Г. ГЭОТАР-Медиа. – 2007. – 757 с.

3. Интерстициальные болезни лёгких / Под ред. Н.А.Мухина. Изд. Литтерра. – 2007. – 434 с.

Web-сайты:

http://www.spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomendatsii/

Сведения об авторах

Абдулин Максим Дмитриевич, студент первого курса факультета социальной работы МГМСУ

Аверкина Елена Ивановна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И. Евдокимова

Алексеев Михаил Владимирович, кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Московский медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Алехина Евгения Викторовна, доктор философских наук, доцент Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра биоэтики

Андреев Сергей Игоревич, кандидат философских наук, доцент, зав.кафедрой общественных наук Военно-Медицинской Академии С.М. Кирова (СПб)

Баксанский Олег Евгеньевич, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН, сектор био- и экофилософии

Балакшин Виталий Семенович, инженер, пенсионер

Баларёв Антон Сергеевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Московский медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Баринов Евгений Христофорович, доктор медицинских наук, профессор кафедры судебно-медицинской экспертизы и медицинского права Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, Москва

Бахтияров Олег Георгиевич, ученый-психолог, директор Института психонетических исследований и разработок

Башилов Роман Николаевич, кандидат философских наук,доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственный медицинский университет

Башилова Светлана Михайловна, кандидат философских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФПДО, Тверской государственный медицинский университет

Белова Екатерина Игоревна, магистрант ЮЗГУ (г.Курск)

Белоусова Елена Валентиновна, кандидат культурологии, доцент кафедры философии, биоэтики и культурологи ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (Уральский государственный медицинский университет)

Борисова Ольга Николаевна, студентка 2 курс Лечебного факультетаФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ г. Санкт-Петербург

Бурдюкова Екатерина Владимировна, к.м.н., старший лаборант кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития» ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

Вавилова Татьяна Павловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой биохимии МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Вавилычева Е.Д., студентка 3 курса стоматологического факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Васильева Ирина Анатольевна, преподаватель, Одесский национальный медицинский университет (ОНМедУ), г. Одесса, Украина

Власова Ольга Александровна, доктор философских наук, профессор кафедры истории философии (Институт философии) Санкт-Петербургский государственный университет

Васильев Олег Станиславович, кандидат философских наук, старший научный сотрудник, врач, тренер по спорту, НИИ Спорта Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма

Войцехович Вячеслав Эмерикович, доктор философских наук, профессор кафедры философии и теории культуры Тверского госуниверситета, член-корр. Российской экологической академии

Выборнова Светлана Геннадиевна, кандидат психологических наук, врач Торжокской ЦРБ

Галковская Оксана Альбертовна, старший преподаватель, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Герасимова Татьяна Викторовна, старший преподаватель, Амурская государственная Медицинская Академия, г. Благовещенск

Гнатик Екатерина Николаевна, Российский университет дружбы народов, факультет гуманитарных и социальных наук, профессор кафедры онтологии и теории познания, Москва

Горбунова Екатерина Викторовна, клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии НГМУ

Гребенщикова Елена Георгиевна, доктор философских наук, руководитель Центра научно-информационных исследований по науке, образованию и технологиям ИНИОН РАН; доцент, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Григорьева Мария Валерьевна, кандидат биологических наук, преподаватель нормальной анатомии и нормальной физиологии человека, город Вологда, БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»

Гутник Борис, профессор, доктор биологических наук, кафедра физиологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Дербенев Димитрий Павлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФДПО интернатуры и ординатуры, Тверской государственный медицинский университет

Дондокова Бутидма Борисовна, кандидат философских наук, доцент, преподаватель кафедры общественных наук Военно-Медицинской Академии С.М. Кирова (СПб)

Доля Ольга Валентиновна, врач-дерматовенеролог высшей категории, доктор медицинских наук, кандидат философских наук. Место работы: Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы (МНПЦДК ДЗМ)

Дроздова Валерия Андреевна, студентка МГМСУ, факультет социальной работы

Евстифеева Елена Александровна, доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственный медицинский университет

Елисеев Анатолий Владимирович, магистрант 2 курса, факультет социальной работы, педагогики и психологии, город Вологда, ФГБОУ ВО «Вологодский государственный университет» (ВоГУ)

Заболоцкая Ирина Константиновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии и биоэтики, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Захаров Денис Владиславович, старший преподаватель**,** кафедра философии и биоэтики, Астраханский государственный медицинский университет

Звездина Елена Васильевна, доцент, к.ф.н., кафедра философии МГМСУ

Злобин Андрей Евгеньевич, кандидат технических наук, МГТУ им. Н.Э. Баумана

Зорин Константин Вячеславович, к.м.н., доцент кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни - залог успешного развития» ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

Ивашкин Сергей Николаевич, кандидат культурологии, гл. специалист**,** библиотека им. П. Юргенсона

Калинин Эдуард Юрьевич, старший преподаватель, Национальный исследовательский университет "МЭИ"

Киндзерская Марина Александровна, кандидат культурологии, ст. преподаватель кафедры философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ

Киргизова Наталья Сергеевна, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институтобщественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Россия

Кириленко Елена Ивановна, доктор философских наук, профессор, Сибирский государственный медицинский университет

Киселев Виктор Иванович, специалист (ведущий инженер) ОИВТ РАН

Климовская Евгения Алексеевна, магистр Кубанского государственного университета (КубГУ)

Князева Елена Николаевна, доктор философских наук, профессор Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», профессор кафедры философии и биоэтики ПМГМУ им. И.М.Сеченова

Кожевникова Магдалена, кандидат философских наук, научный сотрудник сектора гуманитарной экспертизы и биоэтики, Институт философии РАН

Копаладзе Реваз Александрович, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник лаборатории биохимических адаптаций, ФГБУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАМН

Косухина Оксана Игоревна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры судебно-медицинской экспертизы и медицинского права Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, Москва.

Красильникова Мария Николаевна, МГМСУ, кафедра философии, биомедэтики и гуманитарных наук, старший преподаватель

Кудрявцев Валерий Дмитриевич, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Кузин Иван Александрович, кандидат философских наук, преподаватель НИУ ВШЭ

Кузнецов Евгений Владимирович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, факультет дополнительного профессионального образования (ФДПО) ФГБОУ ВО «Московский медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Летов Олег Владимирович, кандидат философских наук, старший научный сотрудник ИНИОН РАН

Лямина Татьяна Евгеньевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, Смоленский государственный медицинский университет

Майленова Фарида Габделхаковна, доктор филос.наук, вед. научн. сотрудник Института философии РАН, сектор гуманитарных экспертиз и биоэтики

Макаров Андрей Валерьевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет»

Меденков Александр Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, эксперт, Фонд «Сколково»

Минаев Антон Валерьевич, преподаватель кафедры биологической химии ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова, Москва

Михель Дмитрий Викторович, доктор философских наук, декан социально-гуманитарного факультета Саратовского государственного технического университета им. Гагарина Ю.А.

Михель Ирина Владимировна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Саратовского государственного технического университета им. Ю.А. Гагарина

Моисеев Вячеслав Иванович, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Моисеева Оксана Николаевна, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Морозова Юлия Григорьевна, к.ф.н.,доцент кафедры философии,биоэтики и гуманитарных наук МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Мурашова Лада Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственный медицинский университет

Навроцкий Борис Александрович, зав. кафедрой философии и социологии Института строительства и архитектуры ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный технический университет», главный редактор журнала «Социология города» (ВАК), доктор философских наук, профессор

Нестерович Татьяна Борисовна, старший преподаватель, Московский авиационный институт

Новикова Елена Васильевна, аспирант, Национальный исследовательский университет "МЭИ"

Односталко Максим Александрович, преподаватель кафедры общественных наук Военно-Медицинской Академии С.М. Кирова (СПб)

Онищук Сергей Алексеевич, кандидат физико-математических наук, доцент, Кубанский государственный университет

Островская Ирина Геннадиевна, доцент, кандидат медицинских наук кафедры биохимии МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Островский Юрий Алексеевич, студент 3 курса лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Панов Сергей Владимирович, кандидат философских наук, доцент, НИТУ МИСиС

Петров Кирилл Алексеевич, Волгоградский медицинский научный центр

Полякова Ольга Владимировна, кандидат философских наук, преподаватель ООО Интеллект-центр плюс

Попей-оол Саида Кууларовна, Московский авиационный институт (национальный исследовательский университет)

Попова Ольга Владимировна, Институт философии РАН, сектор гуманитарных экспертиз и биоэтики, ведущий научный сотрудник, кандидат философских наук

Прокопчук Юрий Александрович, д.т.н., профессор, зав. центром телемедицины Областного центра кардиологии и кардиохирургии, г.Днепр

Пронин Михаил Анатольевич, к.мед.н., старший научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики, руководитель исследовательской группы «Виртуалистика» Института философии РАН

Ромодановский Павел Олегович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой судебной медицины и медицинского права, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Румянцев Олег Константинович, профессор кафедры философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ

Рюмина Марина Тулеухановна, доктор философских наук, профессор кафедры философии и культурологи, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Саввина Ольга Владимировна, Российский университет дружбы народов, факультет гуманитарных и социальных наук, кафедра этики; кандидат философских наук, ст. преподаватель

Седова Наталья Николаевна, зав. кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», зав. Отделом этической, правовой и социологической экспертизы в медицине ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, здн РФ

Серова Ирина Анатольевна, доктор философских наук, профессор, ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»

Сидорова Татьяна Александровна, кандидат философских наук, доцент кафедры фундаментальной медицины, Новосибирский государственный университет

Соколова Ирина Сергеевна, кандидат филологических наук, доцент, Московский государственный университет печати им. Ивана Федорова

Сухарева Марина Анатольевна, преподаватель кафедры судебно-медицинской экспертизы и медицинского права Московского Государственного Медико-стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, Москва

Твердынин Николай Михайлович, Московский городской педагогический университет – ГАОУ ВО МГПУ, профессор, доктор философских наук, кандидат технических наук, старший научный сотрудник

Тихонова Ольга Александровна, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России, зав. лаб. "Мультидисциплинарная лаборатория клинических исследований", кандидат медицинских наук

Тишина Ольга Александровна, *ЮЗГУ (Курск), магистрант*

Тищенко Павел Дмитриевич, доктор философских наук, заведующий сектором гуманитарных экспертиз и биоэтики, Институт философии РАН

Топорков Виктор Афанасьевич, к.м.н., доцент кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития» ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

Фанталова Елена Борисовна, кандидат психологических наук, доцент, Московский городской психолого-педагогический университет

Филатова Ася Алексеевна, Донской государственный технический университет (г. Ростов-на-Дону), доцент, кандидат философских наук

Филиппченкова Светлана Игоревна, доктор психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственный медицинский университет

Фомина Ксения Анатольевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии № 2 лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Шашков Игорь Иванович, кандидат технических наук, преподаватель Тверского промышленно-экономического колледжа, руководитель творческой группы «Лаборатория Интегралики»; руководитель Лаборатории Гуманитарного Образования (ЛГО), г. Тверь

Шевченко Сергей Юрьевич, аспирант, младший научный сотрудник, Институт философии РАН

Шеманов Алексей Юрьевич, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБОУ ВО МГППУ

Яскевич Ядвига Станиславовна, доктор философских наук, заведующая кафедрой социальной коммуникации, Белорусский государственный университет

СОДЕРЖАНИЕ

ДОКЛАДЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

Моисеев В.И. Трансматериализм как основание интеграции социального и витального……4
Михель Д.В. Персонализированное лекарство как культурный продукт: медико-антропологический анализ……...10
Седова Н.Н., Навроцкий Б.А. Биоэтические критерии принятия решений в медицине…….……13
Тищенко П.Д. Конвергентные технологии, социотехнические мнимости и будущее человека……16

ФЕНОМЕН ВИТАЛЬНОСТИ И ТЕЛЕСНОСТИ В СОЦИУМЕ И КУЛЬТУРЕ

Вавилова Т.П., Островская И.Г., Островский Ю.А. Гностическое и гедонистическое отношение к боли……19
Васильева И.А. Витальность как философский и психологический феномен: обоснование дальнейшего изучения……22
Румянцев О.К. Витальное и социальное как избыточность и коллективность человека (аналогия с организмом и средой)……..…24
Рюмина М.Т. Социальное и витальное в медицинской антропологии и их аксиологический аспект……29

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВАНИЯ БИОРАЦИОНАЛЬНОСТИ

Серова И.А. Культурная канализация биомедицинских достижений и принципов биоэтики: стоки и истоки……33
Соколова И.С. Биология и медицина на страницах современных научно-популярных журналов: взаимодействие древних представлений и новых знаний……...34

СОЦИОБИОМЕДИЦИНСКИЕ ПАРАДИГМЫ

Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А. Социогуманитарные образы качества жизни……37
Князева Е.Н. Экологическая философия Я. фон Икскюля и его последователей как методология медицинского исследования……41
Летов О.В. Правило информированного отказа……..45
Лямина Т.Е. «Субъективный метод» Н.К. Михайловского в контексте критики натурализма в социологиивторой половины XIX в……...45
Панов С.В., Ивашкин С.Н. Философские аспекты актуальных психотерапевтических методов……..……47
Пронин М.А. Парадигмальные проблемы комплексности в междисциплинарных исследованиях человека……..…….52

Саввина О.В. Моральный статус эмбрионов и пре-эмбрионов в Буддизме…….54.
Сидорова Т.А. Ценность доверия в современных практиках медицины.57

ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЕ ОБРАЗЫ БИОМЕДИЦИНЫ И СОЦИОБИОЛОГИИ

Аверкина Е.И. Методология гуманитарного знания в опыте диалога врач-пациент…….61
Кузин И.А. Спор вокруг социобиологии как попытка завершения проекта модерна…….65
Морозова Ю.Г. Медицинская деонтология в русской классической Прозе……69

МНОГООБРАЗИЕ БИОЭТИЧЕСКОГО ОПЫТА

Горбунова Е.В. Принятие диагноза и информированное добровольное согласие в психиатрической практике…….…73
*Макаров А.В., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.*Боль как дескриптор качества жизни……..……76
Михель И.В. Биоэтика как наука о выживании: практическая работа Ванданы Шивы……81
Филатова А.А. «Нейронные корреляты» добродетели: возможности и границы нейрофизиологии морали……85

ХОЛИЗМ И РЕДУКЦИОНИЗМ В БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Киргизова Н.С. Обоснование нового критерия здоровья с позиций холистического подхода……..89
Киселев В.И. Витальность в парадигме научной картины мира……..92
Абдулин М.Д. Необходимость холистического мировоззрения……...96 в социальных науках

НАПРАВЛЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ БИОМЕДИЦИНЫ

*Андреев С.И., Дондокова Б.Б., Односталко М.А.*Возможные контуры категории потенциального в философии биологии…….98
Гнатик Е.Н. Современные тенденции рационализации квазимедицины (на примере гомеопатии)……...102
Злобин А.Е. Континуум Фибоначчи и перспективы разработки единой теории поля……...106
Копаладзе Р.А. Шаги за пределы границ научного познания……111

Онищук С.А. Медицинский диагноз как понятие вероятностной истины…….113

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД И БИОМЕДИЦИНА

Бахтияров О.Г., Шашков И.И. Психонетика и КР-психология в их противоположности и единстве (опыт сравнения)……..117
Войцехович В.Э., Выборнова С.Г. От механистической медицины к интегральной: от телесного здоровья к духовному благу……121
Меденков А.А., Нестерович Т.Б. Интеграция медико-технического и психологического образования……..122
Попей-оол С.К., Гутник Б. Об интеграции медико-биологических наук с гуманитарными……...126

ТЕХНОНАУКА И СОЦИОГУМАНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ БИОМЕДИЦИНСКИХ ПРОЕКТОВ

Кожевникова М. Биотехнологическая «межвидовость»…….....129
Майленова Ф.Г. Роботы и люди. Этика взаимодействия…….130
Петров К.А. Принципы shareeconomiesв биоэтике……..133
Полякова О.В. Трансгуманистические инициативы как новый способ борьбы с болью……....135
Прокопчук Ю.А. Опыт эффективной цифровой интеграции биомедицины, когнитивного подхода и эпистемологии……...139
Попова О.В. Этико-религиозное основание проблемы конструирования и улучшения человека (следуя идеям С. Фуллера)……....141
Твердынин Н.М., Тихонова О.А. Особенности отношений социального заказа при формировании запроса на высокотехнологичные медицинские услуги……..….144
Шевченко С.Ю. Большие данные в медицинской генетике и парадокс Симпсона……147
Яскевич Я.С. Вызовы персонализированной медицины в условиях взаимодействия биомедицинских, генетических и IT-технологий……149

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Гребенщикова Е.Г. Биосоциальные измерения пациентских объединений..…152
Дроздова В.А. Гуманизм как этический принцип социальной работы……..155
*Кириленко Е.И.*Дискурс-анализ медицинского опыта и социальная практика……156

АНТРОПОЛОГИЯ БИОМЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

Алехина Е.В. Философская антропология в системе медицинского образования…….....159

Балакшин В.С. Роль фактора времени при возникновении болезни, её протекании и лечении……162
Власова О.А. Методологические концепты экзистенциально-феноменологической философии в психиатрии, психотерапии и психологии……165
Доля О.В. Взаимосвязь медицинской и философской антропологии в творчестве Н.И. Пирогова……..……168
Захаров Д.В. О логике архаических медицинских систем……..170
Звездина Е.В. Образ русской семьи как один из витальных аспектов становления современной России……174
Климовская Е.А. Трансформация советской практики кремирования……..177
Красильникова М.Н. Медицина как практика веры в аспекте взаимоотношений врача и пациента на примере логотерапии В. Франкла…..182
Фанталова Е.Б. Возможности исследования самосознания с помощью методики «*за и против»* в клинико-психологической практике..184

БИОМЕДИЦИНА КАК ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФЕНОМЕН

Белова Е.И. Эволюция основных принципов медицинской этики и деонтологии……186
Вавилычева Е.Д. Юриспруденция, как феномен трансдисциплинарности биомедицины……..190
Васильев О.С. Трансдисциплинарность проблематики нормы. Медико-биологические и математико-статистические аспекты……..193
Григорьева М.В., Елисеев А.В. Проблема эвтаназии в современном мире……195
Заболоцкая И.К. Пространство, время и … здоровье ……198
Калинин Э.Ю., Новикова Е.В. Диагностика как трансдисциплинарный диалог……..201
Шеманов А.Ю. Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни как часть «социального воображаемого» современности?.....204

БИОМЕДИЦИНСКОЕ И БИОЭТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Алексеев М.В., Фомина К.А. Продуктивный способ организации обучения студентов медицинского вуза……...209
Баксанский О.Е. Современная теория прознания и философия образования..213
Баларёв А.С., Алексеев М.В. Репродуктивный и творческий подходы к обучению студентов медицинского вуза……217
Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Косухина О.И. Всегда ли виновен врач?..221
Башилов Р.Н., Башилова С.М., Дербенев Д.П. Проблемы реализации компетентностного подхода при преподавании в медицинском ВУЗе дисциплины «Биоэтика»……225

Белоусова Е.В. Знакомство с медицинскими династиями в становлении биоэтической культуры будущего врача……227
Борисова О.Н. Галковская О.А. Преподавание биоэтики в медицинском ВУЗе как фактор развития студенческой науки……..231
Герасимова Т.В. О некоторых проблемах преподавания биоэтики в медицинских вузах……233
Зорин К.В., Топорков В. А., Бурдюкова Е. В. Профилактика заболеваний и биоэтическое образование будущих врачей……..235
Киндзерская М.А. Роль медицинского музея в профессиональном становлении студента-медика……237
Косухина О.И., Баринов Е.Х., Сухарева М.А. Студенческий научный кружок – первая ступень в освоении профессии……241
Кудрявцев В.Д. Профессиональная деятельность в теории и практике преподавателя физического воспитания высшей школы……...242
Кузнецов Е.В., Алексеев М.В.Обучение врачей построению алгоритма беседы с пациентом при изучении модулей «Терапия психических заболеваний» и «Избранные вопросы психиатрии»…….243
Минаев А.В. Биоэтическое мышление в формировании профессиональных компетенций у студентов медицинских вузов при изучении биологической химии……...…247
Моисеева О.Н. Особенности формирования курсов философии и биоэтики в медицинском ВУЗе……..……250
Тишина О.А. Нравственные ценности российской медицины первой половины XX века……254
Фомина К.А., Алексеев М.В. Учебные задачи ТОГИС как средство повышения качества обучения студентов медицинского вуза…….……258
Сведения об авторах ……262

Научное издание

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Вып. 11

ОБРАЗЫ СОЦИАЛЬНОГО И ВИТАЛЬНОГО В БИОМЕДИЦИНЕ

Сборник статей

Отпечатано с оригиналов авторов

Подписано в печать 19.09.2017. Формат 60x84 $^{1}/_{16}$.
Усл. печ. л. 17,37. Тираж 500. Заказ № 441.
Редакционно-издательское управление
Тверского государственного университета
Адрес: 170100, г. Тверь, Студенческий пер. 12, корпус Б.
Тел. РИУ (4822) 35-60-63.