Московский государственный
медико-стоматологический университет

Московское философское общество

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Выпуск 4

Фундаментальное и прикладное

Москва
«Принтберри»
2010

УДК 57:61
ББК 280:53
Ф563

Издание осуществлено за счет средств гранта РГНФ «4-я Ежегодная научно-практическая конференция "Философские проблемы биологии и медицины: традиции и новации"» № 10-03-14085г.

Редколлегия сборника:
Моисеев В.И., д. филос. н., профессор (главный редактор);
Киященко Л.П., д. филос. н., профессор;
Доманова С.А., к. ист. н., доцент

Ф563 **Философские** проблемы биологии и медицины : Выпуск 4: Фундаментальное и прикладное : сборник материалов 4-й ежегодной научно-практической конференции. — М. : изд-во «Принтберри», 2010. — 496 с.

В сборнике представлены тезисы докладов и сообщений участников четвертой ежегодной конференции «Философские проблемы биологии и медицины : фундаментальное и прикладное» (Москва, октябрь 2010 г.).

ISBN 978-5-91451-009-8

УДК 57:61
ББК 280:53

© Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук

ISBN 978-5-91451-009-8

ВВЕДЕНИЕ

Мы представляем вниманию читателей сборник тезисов 4-й Научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины: фундаментальное и прикладное». Тематика нашей конференции представляет еще один ракурс рассмотрения сложно организованной проблемы философии биологии и медицины. Своевременность и актуальность ее рассмотрения диктуется происходящими трансформациями в современных практиках врачевания, нуждающихся в философско-методологическом обосновании. Заявленная тематика предполагает одновременное и комплементарное соизмерение фундаментально-теоретического и эмпирико-прикладного в проблемах философии биологии и медицины. В развертывании данного аспекта действует определенная логика организаторов конференции. Она преследует цель: органично и комплексно представить множественность подходов к философским проблемам биологии и медицины как одного из ведущих направлений в этой сфере познания и практической деятельности, консолидировать в этой области усилия различных дисциплинариев и общественных деятелей. Вот почему три предшествующие конференции, ориентированные этой перспективой, были посвящены междисциплинарному соотношению естественнонаучных и гуманитарных, традиционных и инновационных аспектов медико-биологического знания; были представлены возможности трансдисциплинарного измерения биоэтики; рассмотрен биомедицинский конструктивизм в теории и опыте; поставлены и предложены решения проблем социогуманитарной экспертизы биомедицинских технологий, конкретных медико-биологических дисциплин; обсуждались различные аспекты психосоматической медицины, медицины здоровья (саномедицины); не были забыты вопросы истории философии биологии и медицины. Эти и другие рассмотренные темы нацелены на отслеживание становления новой парадигмы философии биологии и медицины в нашей стране.

Как и ранее, география наших авторов достаточно обширна, и она продолжает расширяться. Крепнут наши международные связи. Кроме авторов из Украины, Белоруссии, Польши, мы рады представить Вашему вниманию тезисы замечательного американского лингвиста Джона Кихады (Quijada John), создателя оригинального искусственного языка Ифкуиль (Ithkuil), принципы которого предполагают активное использование идей холизма и органического

мировоззрения. Впервые мы решились на элементы двуязычного представления текста сборника, допустив равноправное присутствие некоторых тезисов на английском языке. Хотелось бы надеяться, что в будущем это станет укрепившейся традицией.

Также мы рады первой организации в рамках нашего сборника специального раздела, посвященного биосемиотике и рефренологии. Одним из лидеров этого движения в нашей стране является С.В. Чебанов, благодаря усилиям которого были собраны тексты и проведена организация указанного раздела сборника.

Хочется пожелать всем участникам предстоящей конференции творческого вдохновения, радости общения с единомышленниками, эвристических откровений.

Л.П.Киященко
В.И.Моисеев

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ

МЕДИЦИНА КАК ТРАНСНАУКА[1]

В.И.Моисеев

С конца XIX века современная наука находится в состоянии кардинальных изменений, которые обычно обозначаются как рождение нового типа научной рациональности, формирование новой парадигмы научного знания и т.д. Нам представляется, что подобный процесс носит характер глобальной смены научного знания, рождения нового образа науки, который можно условно обозначить как феномен *транснауки*. Термин «транснаука» существенно связывается нами с развивающейся сегодня философией трансдисциплинарности[2], в которой феномен научного знания понимается как кардинально перестраивающий дисциплинарные деления научного знания и расширяющий образ новой науки вообще за прежние границы дисциплинарной организации научного знания в область жизненного мира. Ниже нам хотелось бы отметить главные факторы, лежащие в основе формирования транснаучного знания.

Во-первых, можно отметить сложный и глубокий процесс, связанный с изменением структуры эмпирического базиса транснауки. Если эмпирический научный базис всегда существенно опирался на данные пяти органов чувств и их интерсубъективную обработку, то, начиная с исследований Карла Юнга, в истории науки стал формироваться новый феномен *интерсубъективной экстрасенсорности*, которая все более кладется в основание нового — расширенного — образа эмпирического научного знания. Наука всегда неявно предполагала, что интерсубъективным может быть только обычный опыт пяти органов чувств — своего рода *сенсорный базис* классической антропологии. Все выходящее за границы этой базовой сенсорики и обычно называемое «экстрасенсорным» опытом, мыслилось как неизбежно субъективное, не способное стать интерсубъективным и потому войти в состав научного знания. В

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проектов № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности»* и № 08-03-91309aU *«Постнеклассические практики в изменяющемся мире»*.

[2] Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. М.: ИФРАН, 2009.

исследованиях Юнга и его последователей впервые возникла и стала формироваться новая методология интерсубъективного представления опыта измененных состояний сознания, выходящих за границы базовой сенсорики человека. Таковы были новые методы работы с коллективным бессознательным, которое проявлялось в архетипических символах (в частности, в сновидениях) у множества людей, и результаты такого проявления могли подвергаться статистической обработке. Позднее это направление окрепло и получило дальнейшее развитие в работах С.Грофа[1], Я.Стивенсона[2], М.Ньютона[3] и др. Если единство обычной сенсорности и интерсубъективной экстрасенсорности называть *эписенсорностью*, то сегодня мы можем говорить о фундаментальной тенденции формирования *расширенного — эписенсорного — образа эмпирического базиса* научного познания. Основу этого опыта составляет расширенная сенсорность, которая, кроме данных пяти органов чувств, включает в себя восприятия разного рода измененных состояний сознания (сновидения, гипнотические состояния, ретровоспоминания и т.д.), проявляющиеся у множества людей и получающие интерсубъективную проверку, подкрепленную другими методами эмпирического и теоретического познания.

Во-вторых, феномен трансnауки опирается не только на расширенный (эписенсорный) эмпирический базис, но с самого начала проявляет себя в формировании новых типов теоретического знания[4]. Здесь можно приводить много ссылок на уже огромную литературу[5], но в конечном итоге всем этим направлениям новой научной рациональности можно подвести тот общий итог, что они так или иначе опираются на новый тип научной объективности, в основе которого лежит единство объектного и субъектного образа реальности[6] — феномены жизни, сознания, разума, субъектности в той или иной форме органично входят здесь в структуру единой субъект-объектной реальности. Интересно, что фактически в этом новом образе теоретического знания начинают в новой форме воспроизводить себя многие структуры классической метафизики, в связи с чем такой новый тип теоретического знания можно было бы условно обозначить как *научную метафизику*. Здесь фундаментальные структуры метафизики (душа, мир, Бог) впервые начинают находить свою теоретическую обработку средствами математического моделирования, логической аксиоматизации и т.д.

---

1 Grof S. Realms of the Human Unconscious. N.Y., 1976.

2 Stevenson I. Twenty Cases Suggestive of Reincarnation: Second Edition, Revised and Enlarged. 2nd edition. The University Press of Virginia. Charlottesville, 1974.

3 Newton M. Journey of souls: case studies of life between lives. St. Paul, Minn.: Llewellyn, 1994.

4 См. напр. работы В.А.Лефевра, К.Уилбера, К.Геделя (формализация онтологического доказательства бытия Бога), В.И.Моисеева (логика всеединства).

5 Достаточно указать на работы В.С.Степина, М.Гиббонса, Х.Новотны, Дж.Займена, Б.Николеску.

6 Моисеев В.И. Этос науки как символ новой объективности // Этос науки / РАН. Ин-т философии. Отв. Ред. Л.П.Киященко и Е.З.Мирская. М.: Academia, 2008. С. 255—271.

Итак, в основе феномена транснауки лежат две фундаментальные инновации — расширенный (эписенсорный) эмпирический базис в области прикладных исследований и научная метафизика в теоретической сфере. И оба этих явления тесно связаны между собой. В самом деле, согласно кантовской традиции, научная метафизика невозможна именно потому, что границы науки очерчены пятичувственным сенсорным базисом, в то время как основные вопросы метафизики (души, мира и Бога) требуют выхода за такую сенсорность. Кант лишь предполагал, что подобный выход никогда не будет возможен для человеческого типа научного познания. И здесь, аналогично крушению консервативных кантовских предсказаний в области геометрии и логики, в лице развития трансперсональной психологии и других проявлений расширенного эмпирического базиса мы наблюдаем еще одно крушение кантовского прогноза. Расширение пятичувственного сенсорного базиса с сохранением его научности (в частности, интерсубъективности) приводит к возможности построения на его основе и нового типа теоретического знания, которое по праву может быть названо «научной метафизикой».

Итак, хотя научная метафизика возникает во многом самостоятельно, но вскоре она обнаруживает свою координацию с расширенным эмпирическим базисом и все более начинает выступать как теоретическое выражение этого типа базиса. С другой стороны, эписенсорный тип опыта все более начинает получать теоретическую нагруженность со стороны нового типа научного знания. В итоге возникает все более целостный феномен транснауки, в основе которого лежит сетевая координация эписенсорного эмпирического базиса и научной метафизики. С этой точки зрения наше время по своей масштабности вполне соответствует эпохе Возрождения, когда возникала современная научная традиция. Сегодня аналогично идет рождение транснаучных образов познания и практики.

В конце мы хотели бы высказать еще одну гипотезу, тесно связанную с феноменом биомедицинского знания. В эпоху обычной науки фундаментальным знанием в конечном итоге могло быть лишь знание физическое, и все прочие виды знания оказывались прикладными его аспектами. *Науки о жизни, сознании и человеке способны обрести свой фундаментальный статус только в рамках транснаучного знания*, поскольку только в транснауке феномен жизни и сознания органично включен в состав совокупного образа реальности. В связи с этим эпоха будущей транснауки – это одновременно время возникновения нового фундаментального знания, в основе которого будут лежать науки о жизни и сознании. Медицина относится к разряду именно таких наук, и будущая транснаука может быть одновременно представлена в качестве условия формирования медицины как фундаментальной науки, которая должна будет обладать своими разделами научной метафизики и собственными версиями расширенного (эписенсорного) эмпирического базиса.

ТЕХНОНАУКА: В ПОИСКАХ ЭТОСА[1]

Б.Г.Юдин

Современная наука характеризуется множеством специфических особенностей, разительно отличающих ее даже от той науки, которая существовала еще 30—40 лет назад, не говоря уже о классических стадиях ее развития. К таким особенностям относится, в частности, совершенно иное разделение и соотношение фундаментальных и прикладных исследований и разработок, резко меняющиеся формы и способы взаимодействия науки и общества, социального потребления научно-технических достижений, и многое другое.

Все эти перемены происходят буквально на наших глазах, так что понятийные средства для их описания и осмысления только еще создаются. Разные авторы по-разному определяют современную стадию развития науки. Так, М.Гиббонс, Х.Новотны и их соавторы говорят о науке типа 2 (Mode 2), отличая ее от привычной для всех нас науки типа 1 (Mode1)[2]. Примерно в том же контексте Дж.Займен говорил о пост-академической науке[3]. Б.Латур, в свою очередь, противопоставляет культуру традиционной науки культуре исследования, которое сам он понимает в весьма нетрадиционном смысле: «Наука — это определенность, исследование — неопределенность. Наука понимается как нечто холодное, безошибочное и беспристрастное; исследование — теплое, путанное и рискованное. Наука порождает объективность, изо всех сил избегая оков идеологии, страстей и эмоций; исследование питается всем этим, чтобы приблизиться к изучаемым объектам»[4].

Одно из понятий, часто используемых для обозначения специфического облика современной науки — это понятие «технонауки». Так, английский социолог науки Барри Барнс пишет: «Термин «технонаука» ныне широко применяется в академических кругах и относится к такой деятельности, в рамках которой наука и технология образуют своего рода смесь или же гибрид... технонауку следует понимать как специфически современное явление»[5]. Наиболее очевидный признак технонауки — это

---

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности».*

[2] См. Gibbons, M. et al., The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies. L., 1944; Nowotny, H. Scott., P. and Gibbons, M. Re-Thinking Science: Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty. Cambridge, 2004; Nowotny, H. Insatiable Curiosity: Innovation in a Fragile Future. Cambridge etc., 2008.

[3] См. Ziman J., Why must scientists become more ethically sensitive than they used to be? // *Science*, 1998, vol. 282, no. 5395, PP. 1813—1814.

[4] Latour, B., From the World of Science to the World of Research? // *Science*, 1998, vol. 280, no. 5361, P. 208.

[5] Barry Barnes. Elusive Memories of Technoscience // *Perspectives on Science: Historical, Philosophical, Social*, vol. 13, Issue 2 — Technoscientific Productivity, Summer 2005, PP. 142–165.

существенно более глубокая, чем прежде, встроенность научного познания в деятельность по созданию и продвижению новых технологий.

По словам немецкого социолога и политолога Вольфа Шефера, «технонаука — это гибрид онаученной технологии и технологизированной науки. Всемирная телефонная связь и генетически модифицированная пища — это технонаучные вещи: своим вторжением в наш мир они обязаны замысловатому переплетению определенных человеческих интересов с современным пониманием электричества, с одной стороны, и генетики, с другой»[1]. Автор, как мы видим, подчеркивает то обстоятельство, что технонаука — это не только теснейшая связь науки и технологии, но и симбиоз, включающий также и человеческие устремления и интересы.

Взаимоотношения науки и техники в этом симбиозе, впрочем, внутренне противоречивы. С одной стороны, наука выступает как генератор новых технологий, и именно в силу устойчивого спроса на эти новые технологии наука пользуется определенной, и часто весьма щедрой, поддержкой. С другой стороны, производство новых технологий определяет спрос на науку определенного, если угодно, ограниченного, одностороннего типа, так что многие потенции науки при таком ее использовании остаются нереализованными. Грубо говоря, от науки не требуется ни объяснения, ни понимания вещей — достаточно того, что она позволяет эффективно их изменять, манипулировать ими.

Помимо всего прочего, это предполагает понимание познавательной деятельности, включая и научную, как деятельности в некотором смысле вторичной, *подчиненной* по отношению к практическому преобразованию, изменению и окружающего мира, и самого человека. Тем самым открывается возможность для переосмысления, точнее даже сказать — *оборачивания* — сложившегося ранее соотношения науки и технологии. Если традиционно это соотношение понималось как технологическое приложение, применение кем-то и когда-то выработанного научного знания, то теперь оказывается, что сама деятельность по *получению такого знания «встраивается» в процессы создания и совершенствования тех или иных технологий*.

Интересно не только то, как подобные трансформации происходят в реальности, но и то, как они осмысливаются. На поверхности все вроде бы остается по-старому: провозглашается, что наука — это ведущая сила технологического прогресса, который, в свою очередь, *использует достижения* науки. На этом фоне, однако, пробуждается осознание того, что так называемая прикладная наука занимается теми проблемами, которые диктуются именно развитием технологий, при этом и по количественным масштабам, и по финансовому

[1] Wolf Schäfer. Global Technoscience: The Dark Matter of Social Theory. Presentation, University of Maryland Conference on Globalizations: Cultural, Economic, Democratic. April 2002, http://www.bsos.umd.edu/socy/conference/index.html.

и иному обеспечению, и по социальному признанию такая «обслуживающая» наука становится определяющей. Регулятивом научной деятельности становится не столько получение знания, так или иначе претендующего на истинность, сколько получение эффекта, который может быть воплощен в пользующуюся спросом технологию[1].

Пожалуй, наиболее показательным примером технонауки можно считать биомедицину. Именно в ней особенно отчетливо проявляются многие кардинальные изменения, которые претерпевает наука начала XXI века. Конечно же, биомедицина вполне может восприниматься как один из локальных — а, следовательно, ограниченных разделов научного познания. Однако происходящие в ней изменения интересны и значимы не только сами по себе: их можно понимать и как манифестацию глобальных перемен, значимых для науки в целом. Одна из характерных черт современной биомедицины — это то, что сам *человек* во все большей степени *становится объектом* самых разнообразных *научных исследований*. И в той мере, в какой на нем начинает концентрироваться мощь научного познания, в какой наукой разрабатываются все новые, все более тонкие и эффективные средства воздействия на него, неизбежно возрастают элементы риска и опасности, которым он подвергается. Следовательно, актуализируется задача защиты человека, в непосредственных интересах которого теперь осуществляется прогресс науки и техники, от негативных последствий того же самого прогресса. В результате резко обостряется необходимость выявления таких последствий и тем или иным образом реагировать на них.

Все эти изменения, характерные как для биомедицины, так и для технонауки в целом, не могут не сказываться и на том, что принято называть этосом науки. Говоря об этосе традиционной науки, мы будем ориентироваться на тот перечень его норм, который впервые был представлен Р.Мертоном[2]. Хорошо известно, что концепция Мертона неоднократно подвергалась критике, зачастую вполне обоснованной[3]; тем не менее она, в силу ее широкой известности и относительной простоты, представляется весьма удобной для сопоставления мертоновского этоса с этосом технонауки. Последний сегодня только начинает формироваться и в силу этого, конечно же, не может стать самостоятельным объектом анализа. Относительно специфических норм этоса технонауки пока что можно высказать лишь некоторые сугубо предварительные замечания.

---

[1] Подробнее об особенностях технонауки см. Юдин Б.Г. Наука в обществе знаний // Вопросы философии. 2010. № 8. С. 45—57.

[2] См. Merton R.K. Sociology of science: Theoretical and empirical investigations. Chicago; L.: Wiley, 1973.

[3] См., напр., Мотрошилова Н.В. Наука и ученые в условиях современного капитализма. М., 1976, С. 174—192; Демина Н.В. Мертоновская концепция этоса науки: в поисках социальной геометрии норм // Этос науки. М., 2008. С. 144—165.

Так, мертоновский этос характеризует нормы взаимоотношений *внутри* научного сообщества; эти нормы не только не поощряют, но напротив, ограничивают выступления члена сообщества, адресуемые вовне, за пределы сообщества. При этом одной из ключевых ценностей является сохранение автономии сообщества.

Для этоса технонауки, напротив, взаимодействие с «внешним» социумом становится определяющим; существенной является «встроенность» исследований в практические программы и проекты — для их мониторинга, коррекции, обратной связи. Адресация за пределы сообщества становится не только желательной, но зачастую даже и обязательной. В Великобритании, к примеру, исследователь, проект которого финансируется из публичных фондов, обязан информировать общество о полученных в ходе проекта результатах.

Мертоновский этос опирается на допущение о самокорректирующемся характере науки, в соответствии с которым рано или поздно всякий подлог и всякая фальсификация будут обнаружены, и что, вообще говоря, оцениваться они могут только внутри сообщества.

Для технонауки необходимыми оказываются и иные, в какой-то мере даже внешние, механизмы контроля, поскольку недобросовестность, проявленная исследователем, может, еще до того, как она будет обнаружена коллегами, обнаружиться в процессе практической реализации технологии.

В целом же можно говорить о том, что истоки этоса технонауки в определенной мере кроются в практике биомедицинских исследований, в которых приходится иметь дело с иным, иначе ценностно выделенным объектом экспериментальных воздействий и манипуляций, чем в науке мертоновского типа. Отсюда — необходимость различать морально допустимые и морально неприемлемые манипуляции, а это различение в случае каждого конкретного исследования проводится не только исследователями — в определении грани, разделяющей морально приемлемое и неприемлемое, участвуют и бизнес, и власти (через регулирующие нормы и др.), и общественность.

ТОПОЛОГИЯ ЦЕЛЕЙ ВРАЧЕВАНИЯ: ПРИКЛАДНОЕ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ[1]

П.Д. Тищенко

1. Книга Жоржа Кангильема «Нормальное и патологическое» начинается рассуждением, которое подводит к самой сути, интересующей меня проблемы: «Действие нуждается в локализации. К примеру, как можно подействовать на ураган или землетрясение?

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проектов № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности»*.

Поэтому, первичная потребность в онтологической теории болезни, несомненно, определена потребностями терапии. Когда в существовании каждого заболевшего человека мы обнаруживаем избыток или недостаток чего бы то ни было, то возникает надежда, что потерянное можно будет как-то компенсировать, а избыточное удалить. Это вселяет надежду на победу над болезнью — даже если она является результатом сглаза, магии, или одержимости»[1].

2. В безбрежной по эмпирическим проявлениям проблеме мной будут обсуждены лишь цели современной медицинской деятельности. Шаманизм, хилерство, народное целительство и другие виды схожих практик меня в данном случае не интересуют. Более того, в самой медицинской деятельности ограничиваюсь лишь врачебным делом, оставляя в стороне не менее существенные иные профессиональные практики (к примеру, сестринское дело).

3. Поскольку в локализации целей врачевания встречается действие и жизнедеятельность человека, на которую оно направлено, то естественно описывать ее (локализации) границы в четырех дополнительных планах: в плане врачебного призвания, предметной специфики врачебного действия; в плане специфики врачебного отношения к пациенту и в том еще мало изученном плане, что во врачевании жизнь сама к себе склоняется с запросом о помощи и откликом на этот запрос. Нельзя отделить призвание врача от запроса и ответа на страдание сородичей близких нам млекопитающих, но и нельзя к ним все свести.

4. Типы врачебного призвания.

4.1. Служение. Цель — реализация призвания через бескорыстную помощь страждущим.

4.2. Служба. Цель — оказание помощи как выполнение служебного долга в меру служебных обязанностей.

4.3. Коммерция. — Получение финансовой выгоды путем оказания доброкачественной помощи.

5. Жизнь как моя жизнь — все, что указано в предшествующих позициях оказывается моментами жизни конкретного врача. Он в зависимости от ситуации, удачи и таланта дает ей (жизни) пройти через себя в движении хирурга, внимании руки терапевта, слове и действии, отличающем пациента от животного и т.д. Но, одновременно, проходящая через нас жизнь вызывает нас к ответу. Вытребывает нас к исполнению. Так как вытребывают к исполнению в новых условиях возрастные изменения. Ежемоментно жизнь нас вытребывает к ответу — в желаниях есть, пить, поддерживать чистоплотность, любить и т.д. и т.п. И врачевание, поскольку оно стало

[1] Canguilhem Georges. «The Normal and the Pathological». Zone Books - New York, 1991. P. 39.

призванием конкретного человека должно дать возможность этой жизни реализоваться.

6. Типы предметной специфики врачебного действия

6.1. Острое заболевание. Цель — нормализация состояния организма. Пациента ввозят на коляске, а из госпиталя он выезжает на велосипеде. Врач побеждает болезнь. Это «героическая» и самая приятная врачам модель врачевания.

6.2. Хроническое заболевание. Врач отказывается от желания победить болезнь. То, что ему предстоит сделать — дать возможность пациенту полноценно жить с этой непобежденной болезнью. Цели — абилитация и реабилитация личности.

6.3. Умирающий пациент. Болезнь — победитель. Человек умирает и в этой смерти повинно множество причин (его болезней). Цель — обеспечение человеческого достоинства умирающего пациента как личности. Для врача — достоинство воина, потерпевшего поражение. Или, если нормально жить и умереть, то нет никакого поражения — есть исполнение того, что нашей судьбой предуготовлено. Лозунг бороться за жизнь до последнего момента — это проявление малодушия и нежелания понять — у врачевания могут быть иные цели. За лицемерием «героической» медицины стоит нехватка хосписов и дороговизна кабинетов паллиативной помощи.

6.4. Профилактика. Цель — снижение риска возможного заболевания. Проблема только в одном небольшом обстоятельстве — необходимости отказа от механистической каузальности. Нужно отставить в сторону тупые представления о вакцинации как панацее. Нужно начать понимать статистику — без нее все рассуждения о риске и его предупреждении научно не состоятельны. Хотя административно, в виду примитивизма идеологии, наиболее желательны.

6.5. Совершенствование человеческих качеств. Цель — улучшение имеющихся качеств (косметологическая хирургия, спортивная медицина и т.д.), трансформация одних качеств в другие (транссексуальные практики), создание новых качеств.

7. Модели отношений врач — пациент.

7.1. Инженерная модель. Цель — исправление поломки механизма тела.

7.2. Патерналистская модель. Цель — отеческая забота о пациенте как недееспособной личности.

7.3. Коллегиальная модель. Цель — совместное профессиональное принятие решений и совместное действие.

7.4. Контрактная модель. Цель — исполнение сторонами заключенного договора по оказанию медицинской помощи.

8. Каждый из трех планов различений образует в отдельности интервал локализации возможного действия, свои специфические формы нормативности. Вместе, доопределяя друг друга, образуют своеобразную тройную спираль сложных специфизирующих от-

ношений. Действие в такой системе должно быть своевременным, уместным и тактичным. В дополнительности с интервальной локализацией, топология целей врачевания формирует динамический хронотоп врачебного действия.

ДИНАМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛОКАЛИЗАЦИИ ВРАЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ: МЕЖДУ ИНВАРИАНТНОСТЬЮ И ВАРИАТИВНОСТЬЮ[1]

Л.П.Киященко

1. Жорж Кангильем в книге «Нормальное и патологическое» устанавливает принципиально важную связь между потребностями *практической* терапии и *онтологической (фундаментальной)* локализацией врачебного действия: «Действие нуждается в локализации. К примеру, как можно подействовать на ураган или землетрясение? Поэтому, первичная потребность в онтологической теории болезни, несомненно, определена потребностями терапии. Когда в существовании каждого заболевшего человека мы обнаруживаем избыток или недостаток чего бы то ни было, то возникает надежда, что потерянное можно будет как-то компенсировать, а избыточное удалить. Это вселяет надежду на победу над болезнью — даже если она является результатом сглаза, магии, или одержимости»[2].

2. Локализацию можно рассмотреть с топологической точки зрения как сочетание серий антитетически различенных целей врачевания (например, по призванию врачующего, по особенностям страдания пациента, по характеру отношений врач — пациент и т.д.). Меня интересует философский аспект, описывающий динамику локализации врачебного действия с позиций методологии интервального подхода. Интервальный подход отражает тенденцию мысли известную издавна. Приведу сказанное Блезом Паскалем: «Природа каждую из своих истин ограничила ее собственными пределами, а мы изо всех сил стараемся их совместить и таким образом идем против ее природы: у всякой истины есть свое место»[3]. Интервальный подход разворачивает эту идею в форму методологии начала XXI века[4].

---

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проектов № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности»* и № 08-03-91309aU *«Постнеклассические практики в изменяющемся мире».*

[2] Canguilhem Georges. «The Normal and the Pathological». Zone Books - New York, 1991. P. 39.

[3] Паскаль Б. Мысли. СПб., 1995. С. 28.

[4] Новоселов М.М. Абстракция в лабиринтах познания (логический анализ) М.,2005; Кураев В.И., Лазарев Ф.В. Точность, истина и рост знания. М., 1988; Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. М. : ИФРАН, 2009.

3. С онтологической точки зрения полагаю, что исходным для онтологической локализации врачебного действия является оппозиция между доминирующей идеей инвариантности (гомеостаза) и идеей потока жизни чистого становления (вариативности) в стиле А.Бергсона или Ж.Делеза. Каждая из этих оппозиций релевантна или иррелевантна *в здесь — теперь* конкретной ситуации телесного или душевного страдания. Для пациента в ситуации острого заболевания, находящегося на операционном столе, релевантна как нормативная идея гомеостаза. Врачевание предстает как возвращение из отклоненного состояния в нормальное. Оказание врачебной помощи умирающему пациенту в хосписе по сути ориентируется на идею жизни как потока необратимого становления иным, включающего смерть в качестве заключительного «нормального» момента человеческого существования. Врач не возвращает пациента к норме, а облагораживает уход из жизни, делает его достойным. Крайности инвариантности — вариативности выражают глубоко укорененную в сознании современного человека апорию, опыты разрешения которой образуют незатихающую пульсацию жизни, опыта идущего путем различения — синтеза — идентификации.

4. Парадоксальная идея конвариантности (самовоспроизведения с ошибкой), может выступить в качестве динамического посредника (включенного третьего в логике или коммуникативного канала в информатике) в интервале инвариантности — вариативности. Термин «конвариантная редупликация» был введен Н.В.Тимофеевым-Ресовским. в начале 30-х гг. XX в. в качестве общебиологического естественноисторического принципа развития. Совместно: инвариантность — конвариантность — вариативность можно рассмотреть как своеобразную тройную спираль (триплекс), образующую интервал жизни — среду порождения смысла основополагающих различений состояния человеческого существования на нормальное — патологическое, здоровое — больное и т.п. Причем, стоит подчеркнуть, что каждый из выделенных элементов оппозиции, не ограничивается только физическим состоянием, а рассматривается вкупе с социальными и культурными составляющими (в контексте другой триады: тело-душа-дух). И это «вкупе» всегда присутствует за плечами ученого, который видит человека в качестве механизма, и этика, который видит в нем чистую, лишенную тела субъективность.

5. С логико-методологической позиции здесь встречаются два типа интервальности, друг друга дополняющие. Так, каждый элемент выделенных оппозиций образует свой интервал относительной истины (1-интервал по М.М.Новоселову). Поскольку врач представляет этого живого человека в качестве механизма, то его суждения и заключения должны быть так же (в той же логике причинно-следственных отношений) представлены. Вместе с тем, возникший (в результате порой неосознанной аналитико-синтетической работы) интервал различе-

ния инвариантности — вариативности, сопрягает и объединяет их в подвижной и всегда отклоняющейся от нами наброшенного центра, парадоксальной нечетко контролируемой среде конвариантности (2-интервал в интерпретации Л.П.Киященко). Конвариантность в отношении выделенных пределов вариативности и инвариантности играет роль включенного третьего (Б.Николеску), выступая рациональным, но не формализуемым основанием их связи. То от чего любое точное представление абстрагируется во имя точности — всегда возвращается как фон и смысл любого точного представления.

6. Совместный учет двух типов интервальности описывает условия возможности опыта инвариантно-конвариативно-вариативной локализации врачебного действия и является для него соответствующим методологическим обеспечением. Проецирование результатов применения интервального подхода на феномены жизни может иметь далеко идущие последствия. «Если интервальная концепция познания верна, то в общей картине мира придется отказаться от привычного «идеала порядка». В общем случае, мы не можем говорить об «интервальной реальности» как упорядоченной структуре в математическом смысле термина «порядок». Если же мы хотим сохранить термин «структура», то с большой вероятностью следует ожидать структуру с «испорченным» порядком». (М.М.Новоселов). Это и означает понять жизнь через призму конвариантности — в качестве структуры с испорченным (в существе — это и есть начало жизни) основанием.

7. Конвариантность, осмысленная в методологии 2-интервала позволяет описать пространство мысли, в котором логос жизни (биологос) выражает себя как в инстинкте самосохранения, так и в осознанном или бессознательном, свободном или вынужденном выдвижении себя к пределам существования, за рамки самих различений нормы и патологии, здоровья и болезни. Введение двух типов интервальности дает возможность вывести обоснование биоэтического знания на философский уровень рефлексии, представить региональные различения, интервалы нормального и патологического, здорового и больного в качестве возникающих и преходящих событий.

8. В дополнительности с топологической локализацией целей врачевания интервальная локализация формирует динамический хронотоп врачебного действия.

ТЕЗАУРУСНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ЧЕЛОВЕКА

В.А.Луков

Фундаментальность биомедицинского знания перестает быть уделом только естественных наук, и трансдисциплинарные измерения

в этой области все в большей мере подвержены гуманитаризации. Кроме общенаучных причин (тех же, в частности, что породили всплеск постмодернизма в философии и гуманитарных науках в конце XX века), имеет значение и перспектива появления трансчеловека, пока звучащая как фантастика, но слишком быстро приобретающая черты реальности. Социальное конструирование реальности (термин П.Бергера и Т.Лукмана, получивший широкое распространение в мировой и отечественной науке) в этих обстоятельствах становится своего рода технологией жизни по правилам, установленным человеком как субъектом сознательной преобразующей деятельности.

Из этого следует и то, что и в биомедицинском знании все в большей мере акцентируется биоэтическая составляющая, что свидетельствует о том, что более значимы становятся методологические постулаты субъектной организации научного знания, осмысливаемые ныне в формах тезаурусного подхода (наиболее полное изложение в кн.: Луков Вал.А., Луков Вл.А. Тезаурусы: Субъектная организация гуманитарного знания. М., 2008).

Назначение понятия «тезаурус» в понятийной системе науки выявляется тогда, когда необходимо отразить *полноту* некоторого знания (информации), *существенного* для некого субъекта по какому-либо основанию. Здесь сочетаются две важнейшие характеристики понятия: первая оставляет в тени, на периферии мыслительного акта измеряемые признаки информации (объем, мера) и обозначает лишь то, что информация полна, т.е. по каким-то соображениям признана *достаточной* для каких-то целей. Полнота, таким образом, является здесь не количественной, а качественной характеристикой. Обобщенное понимание тезауруса предполагает, что не имеет значения, какими способами измеряется полнота знания, освоенного субъектом, важно лишь то, что ее наличие составляет атрибут тезауруса.

Вторая характеристика находится в зоне ценностей и ценностных ориентаций. Существенность того знания, которое составляет тезаурус, предопределена субъектом — его целями, потребностями, интересами, установками. В целом можно сказать, что там, где о знании может быть как необходимый сформулирован тезис относительно его (знания) полноты и существенности для субъекта, мы имеем дело с какими-либо тезаурусами.

Тезаурус, как и любой объект действительности, может быть представлен на уровне знания о нем в виде системы. Но когда мы говорим о систематичности как свойстве тезауруса, то имеем в виду нечто другое: он систематичен в том смысле, что самую разнообразную информацию подвергает систематизации по какому-то определенному основанию, выстраивая иерархическую структуру знания. Он систематичен в том смысле, что систематизировать информацию — и есть его важнейшая задача. Весь вопрос, в каком направлении происходит эта

систематизация. Здесь специфика тезауруса проявляется наиболее ярко: систематизация данных в тезаурусе строится не от *общего* к *частному*, а от *своего* к *чужому*. *Свое* выступает заместителем *общего*. Реальное *общее* встраивается в виртуальное *свое*, занимая в структуре тезауруса место *частного*. Все новое для того, чтобы занять определенное место в тезаурусе, должно быть в той или иной мере освоено (буквально: сделано своим).

В трансдисциплинарной перестройке знания о человеке тезаурусный подход может сыграть определенную роль, не заменяя и не отменяя фундаментальности монодисциплинарных научных концепций, но позволяя осуществить сшивку разнородной информации для осмысления человека как целостности.

ПРИНЦИП АБСЕНТЕИСТСКОЙ РАЦИОНАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ

С.В.Банных, Н.Н.Ростова

Понятие абсентеистской рациональности как методологического подхода предложено О.А.Кармадоновым[1]. Принцип абсентеистской рациональности (от англ. absent — отсутствующий) направлен на изучение «эффекта отсутствия». Согласно этому принципу интерес для исследования имеет не только то, что присутствует здесь и сейчас, но и то, что уже или еще отсутствует. В ряде случаев ценность отсутствующего превышает ценность присутствующего. «...принцип *абсентеистской рациональности* позволяет учитывать в анализе не только данное нам в “объективной реальности”, но и не данное, но оказывающее на эту реальность серьезное воздействие»[2].

Логика данного принципа обнаруживает себя в области научных и обыденных знаний. Принципу абсентеистской рациональности обязаны многие открытия астрономии; психология и психотерапия работает с тем, что отсутствует в сознании, но хранится в бессознательном состоянии; реконструкция исторических событий происходит с опорой на названный принцип. В обыденном знании «эффект отсутствия» проявляется в суждениях типа: «лишь бы не было войны», «счастье — это отсутствие несчастья», «отсутствие результата — тоже результат».

В области медицины принцип абсентеистской рациональности также работает на обыденном и научном уровне.

В обыденном сознании при оценке состояния собственного здоровья «эффект отсутствия (“отсутствие болезни — это здоровье”)» является

[1] Кармадонов О.А. Эффект отсутствия: культурно-цивилизационная специфика // Вопросы философии. 2008. № 2. С. 29—41.

[2] Там же. С. 32.

доминирующим. Отсутствие знакомых явно выраженных симптомов (повышение температуры, давления и пр.) воспринимается обыденным сознанием как состояние здоровья. При этом не учитывается или игнорируется незнакомая симптоматика (хроническая усталость, раздражительность, отсутствие аппетита, реагирование на изменение погодных условий и т.д.), которая может свидетельствовать о начавшихся в организме изменениях, которые и приведут к заболеванию. Болезнь как таковая отсутствует («эффект *еще* отсутствия»), но симптоматика присутствует, хотя и скрыта от понимания носителя симптомов. Этим, вероятно, можно объяснить отсроченное обращение к врачу и позднюю диагностику заболевания. В этом смысле обыденное сознание уводит человека от истинного понимания болезни.

В медицине существует достаточное количество примеров, когда болезни еще нет, но изменения в организме уже начались и происходят. Так, например, нарушения липидного обмена и развитие атеросклероза; трансформация клетки и опухолевый рост; нарушение кальциевого обмена и формирование остеопороза и др. Болезнь проявляется тогда, когда возникнет дефицит приспособительных реакций в организме.

На уровне научного медицинского знания принцип абсентеистской рациональности используется в качестве диагностического: отсутствие того или иного явления/симптома исключает то или иное заболевание или свидетельствует о его наличии. Принцип работает, как и в других сферах человеческого знания. Другими словами, врач может увидеть болезнь как в формирующемся периоде при несформировавшемся симптомокомплексе, так и при наличии неспецифических признаков.

Считаем, что практикующий врач должен знать о существовании абсентеистской рациональности и уметь применять его в своей деятельности, что поможет вести правильные суждения, анализируя конкретную ситуацию, уменьшить количество диагностических, лечебных и прогностических ошибок.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ВРАЧЕВАНИЯ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Е.А.Евстифеева, С.И.Филиппченкова

Практики врачевания в современных реалиях изменяются, они выражают качественно усложняющуюся идею и модели врачевания (П.Д.Тищенко), ориентированы на междисциплинарные исследования, свидетельствуют о становлении неклассической рациональности.

В Тверской государственной медицинской академии в течение 11 лет на базе кафедры философии и психологии с курсами биоэтики,

культурологии и отечественной истории и межвузовской научно-исследовательской лаборатории психодиагностики, с участием клинических кафедр ТГМА: общей патологии человека, акушерства и гинекологии, неврологии, психиатрии и медицинской психологии, сердечно-сосудистой хирургии и эндокринологии, факультетской хирургии, ортопедической стоматологии с курсами имплантологии и эстетической стоматологии проводятся междисциплинарные исследования, цель которых — верификация и экспонирование социально-психологической модели и практики врачевания. С 2003 года по настоящее время выполняются проекты РГНФ «Рефлексивное обеспечение реабилитационных программ при хронических заболеваниях» (2003—2004 гг.); «Социальная модель врачевания: холистическое здоровье, атрибуция ответственности и образ жизни (2006—2007 гг.)»; «Создание лаборатории психодиагностики» (2009 г.), а также грант АВЦП «Развитие научного потенциала высшей школы» Министерства образования и науки РФ «Репродуктивное здоровье молодежи: риски поведения, атрибуция ответственности и демографические экспектации» (2009—2010 гг.).

Основная цель проводимых медико-психологических исследований состоит в стимулировании и пропаганде культуры здоровья, обосновании идеи конструирования здоровья и социально-психологической модели врачевания, расширяющей возможности самореализации человека в ситуации хронического заболевания, практической их апробации, разработке практических рекомендаций для программ реабилитации и профилактики. Зондируются такие методологические ресурсы как объяснительные возможности междисциплинарной парадигмы, конструктивистского подхода, социальной модели врачевания к здоровью в ситуациях хронических заболеваний, а также эксплицируется социально-психологическое содержание понятия «здоровье». Средствами междисциплинарного подхода проверяется валидность конструктов «психологическое здоровье» и «социально-психологическая модель врачевания».

Психологическая часть исследований связана с задачами выявления психосоциальных факторов, стимулирующих больного к поддержанию здоровья в профилактический период, идентификации поведенческого паттерна человека в реабилитационный период хронического заболевания, с проведением социально-психологической диагностики атрибуции ответственности, мотивации, локуса контроля, ценностных ориентаций, самооценки и волевых качеств личности. Диагностируются основные характеристики межличностного взаимодействия пациента и врача: наличие и осознание субъектами врачевания общей и единой для всех цели совместной деятельности; самоотношение пациента к самому себе как к субъекту лечебного процесса; формирование определенного типа личности пациента, характеризующегося активностью, автономностью, самостоятельностью, психологической готовностью

брать на себя ответственность за свое здоровье; партнерские (психологически равные) отношения между субъектами врачевания (пациентом и врачом); преобладание горизонтальных коммуникационных связей, имеющих добровольный характер и исключающих какие-либо формы принуждения; наличие и оценка обратной связи при осуществлении субъектами врачевания своих действий.

Когнитивная специфика междисциплинарных исследований задается понятиями: дополнительность, многосубъектность, субъект-субъектная коммуникация, рефлексия, диалог, конструктивизм.

Социально-психологическая модель врачевания усматривает в пациенте активную, рефлексивную фигуру, осуществляющую самоконтроль и саморегуляцию в период реабилитации и профилактики. Она формирует субъект-субъектную контингентную коммуникацию «врач—пациент». Продукт рефлексивной активности может проявиться в виде адекватной самооценки, самоконтроля, саморегуляции, психологически ожидаемого результата. В реабилитационный период, в период профилактики хронических заболеваний особенно значимой становится ответственность человека за свое здоровье. Идея ответственности — это идея конструирования в проекции здоровья жизненного мира и самостроительства. Ответственность за себя предполагает желание, мотивацию, способность индивида поддерживать стиль поведения, способствующий укреплению здоровья и отказ от дисфункционального образа жизни. Чувство собственной ответственности, готовности больных следовать предписаниям врачей и медицинскому режиму коренится в их мотивированности и волевых интенциях. В профилактический и реабилитационный период перенос ответственности за выздоровление на пациента, повышение его интернального локуса контроля предполагают вызов самоподдерживающих произвольных изменений, а также изменение статуса «пациента-хроника».

Междисциплинарное знание как взаимодействие медицинского и психологического измерений позиционируется в целях создания целостной «картины здоровья», которая, в свою очередь, дает семантическую интерпретацию фактов как в медицине, так и в психологии. Так, «холистическая» парадигма в медицине связана с идеей эффективного функционирования профилактики заболеваний. Концепция «холистического» здоровья имеет дело с физическими, психологическими, профессиональными, межличностными, духовными измерениями субъектов врачевания. Являясь междисциплинарной, концепция «холистического» здоровья ориентируется на коммуникацию субъектов, производящих и потребляющих знания, диалог, пропаганду здорового образа жизни, на лечение и профилактику заболеваний, основана на комплиментарности профилактики, лечения и реабилитации.

Рефлексивные коммуникации, конструирование отношений доверия, диалога субъектов врачевания — результирующие условия

холизма. Междисциплинарные исследования реализуют коммуникативные ситуации понимания в диалоге «врач—пациент».

В контексте наших исследований ведущей становится идея конструирования здоровья. Человек своей деятельностью вынужден доопределять неполноту бытия, конструировать (самопреобразовывать) его по-своему, быть автором собственного здоровья. По мнению П.Д.Тищенко, преобразовательное действие находится под влиянием конкурирующих тенденций (реконструирование: восстановление утраченного здоровья в реабилитационный период; конструирование: формирование психологических качеств (мотивации к здоровому образу жизни, волевых качеств, атрибуции ответственности, рефлексивности) в ситуации хронических заболеваний; деконструирование: принятие пациентом ответственности в период профилактики и реабилитации за формирование новых психологических и социальных качеств; деструктурирование), которые схватываются конструктом «ре-де-кон-струкция».

Результаты проведенных исследований приводят нас к следующей констатации. Социально-психологическая практика врачевания ориентирована на идею «холистического» здоровья, междисциплинарность, субъект-субъектные отношения, рефлексивные коммуникации, диалог, конструирование здоровья.

МИРОВОЙ РАЗУМ — МАТЕРИАЛЬНОСТЬ И ФИЛОСОФИЯ

А.Л.Еремин

Из эволюции идей, истории и эпистемологии (теории познания) **Мирового Разума (МР)** можно выделить два этапа, направления, мировоззрения «идеализма» и «материализма». Идеология «идеального МР»: в религии — Бог, в философии — Мировой Ум (Нус) — полное знание обо всем, обладающее абсолютной силой [Аристотель], «Мировой дух», который, проходя все ступени природы и истории, «делает себя тем, что он есть в себе своим делом, своим творением» [Г.Гегель, 1807], феномен человека — «в единодушном строительстве духа земли» [P.Teilhard de Chardin, 1955], человечество стремиться к «Софии», творческому знанию, включающему все мировые идеи [Н.А.Бердяев, 1953; С.Н.Булгаков, 1993].

Идеология «материального МР»: в биологии, физике, других науках известна совокупность идей, что эволюция всего живого идет в направлении «цефализации» [J.D.Dana, 1876], к Психозойской эре [J.Leconte, 1891], человек преобразовывает биосферу в сферу разума — ноосферу [В.И.Вернадский, 1945], человек вовлечен в эволюционную парадигму «самоорганизующегося космоса» [E. Jantsch, 1980], механизмы

на клеточном, организменном и планетарном уровне подобны (геофизиология и теория Геи) [J.E.Lovelock, 2009], существует «сфера человека» — «homosphere» [U.Maturano, 1987], необходимо развивать теорию ноосферы [А.В.Казанский, 2006], изучать информационные взаимодействия между людьми как индикаторы космофизической эволюции интеллекта на Земле [В.П.Казначеев, 2006].

Методология, биофилософия и трансдисциплинарные измерения биомедицинского знания об интеллекте смогли бы не только примирить материальное — идеальное начала, но и способствовать как «материализации» идеального, развертке мировой интеллектуальной системы в «глобальный мозг».

Теория МР могла бы быть систематизирована с помощью когнитивной науки (когнитивистики) — междисциплинарной научной области исследования разума и интеллекта, в которой психология, неврология, лингвистика, философия, информатика, антропология, биология, физика, математика служат отдельными специальными или прикладными направлениями. Изучение «здоровья», включающее «психическое благополучие», исследованием параметров и проявлений стремления Homo sapiens и популяции человечества к реализации и развитию интеллектуальной функции. Биомедицинский конструктивизм от теории к практике, через «биофизику — бионику (биомиметику) — технику», мог бы способствовать как повторению (итерации) интеллектуальных структур (нейрон — мозг — МР) и функций в технологиях человеческой популяции на планете Земля, так и «ноогенезу»* — процессу развертки в пространстве и развитию во времени интеллектуальных (микро и макро) систем [А.Л.Еремин, 2005].

От биомедицины и антропологии — признаки и симптомы интеллектуальных систем. В теории интеллекта можно выделить значение неокортекса — новой коры: — шесть дифференцированных слоев нейронов коры, определяют иерархию отбора-анализа информации; — специализация зон коры (зрительная, вербальная, моторная и др.), формирует адресное поступление входящей информации, ее компетентную обработку и корректное ответное действие; — способность отростков нейронов (дендритов) к росту, образовывает новые связи и порождает новые ассоциации; — совместная (синергетическая, интегративная) деятельность, объединяет в сеть нейроны (нейронные сети); — большая площадь коры, формирует большое количество нейронов на поверхности головного мозга человека. «Интеллектуальных» нейронов в 10 раз меньше глиальных клеток, обеспечивающих питание и др. «хозяйственные» функции. В наших исследованиях определено: система может становиться интеллектуальной при достижении «критического количества интел. компонентов»* $n > 1$ млрд.

* Термины автора ©, подчеркнутым – результаты собственных исследований http://a-eremin.ru/

«Теория интеллекта» должна предсказывать результаты измерений и в «интеллектуальной энергетике»* «формула интеллектуальной энергии»* отражает связь со скоростью, частотой, расстоянием, на которое передается информация. В биомедицине нанотехнологий эту взаимосвязь можно показать и для «кванта интеллектуальной энергии»*.

К диагностике Мирового Разума. «Мышление» МР — объем новой информации возрастает ежегодно на 30%, в 2002 году человечеством было произведено информации 18 эксабайт ($18 \cdot 10^{18}$ байт). «Память» МР — в четырех информационных средах сохранения накоплено за год $5 \cdot 10^{18}$ байт информации (печать — 0,01%, видео- и кинопленка — 7%, магнитные — 92% и оптические носители — 0,01%). «Синапсы» МР — количество коммуникативных связей между людьми — на 6,4 млрд. населения Земли 5 млрд. грамотных, более 2,2 млрд. сотовых телефонов, 1,2 млрд. телевизоров, 0,7 млрд. телефонов, 1,4 млрд. компьютеров, 1,4 млрд. интернет-пользователей. «Нервные центры» МР — научные институты, проверяющие на повторяемость и выбраковывающие знания. «Рецепторы» МР — датчики, измерительные зонды, мониторинговая аппаратура по биологическим, физическим, химическим показателям в атмо-, гидро-, литосфере, а также в техносфере; аналогия с термическими, обонятельными, осязательными, проприоцептивными, интерорецепторами. «Сознание» — МР еще не осознает полностью свое «я» в пространстве и времени, но уже чувствует обособление от окружающей среды и способность к автономным деятельностным актам и решениям (электронные: голосование, экономика, правительство) и пр.

Способен ли МР к «любви к мудрости» — философии? Если эрос по Платону — есть эрос познания, остается диагностировать: характерно ли в целом для человечества познание.

Стратегии развертки философии МР могут быть связаны с изучением ряда перспективных и продуктивных направлений:

1. **Категории интеллектуальной энергии** (движения). Категории «количества» — «качества», и переход при увеличении совокупности компонентов, вовлеченных в единую коммуникационную сеть, в интеллектуальную систему. Категория «взаимоотношения» в «интеллектуальной энергетике»: скорость, частота операций, объем информации, расстояние переноса. Закон «интеллектуальной энтропии»*. Феномен нового качества материи «интеллектуальной» (ее вид, структурный уровень, этап развития, форма организации, движения).

2. **Феноменология человечества.** Феномен эволюционного формирования единого информационного пространства разумной человеческой популяции — развитие единых языков (кодов, символов) для взаимопонимания и с унификацией коммуникаций. Совместная (синергетическая, интегративная, когерентная) деятельность, формирующая новые ассоциации, сознание МР, способности к автономному творчеству,

саморазвитию, воображению, эвристике. Критерии интерактивного уровня коммуникации в звене человек — инфо-техника. Возможности МР к повторению феномена «способности отростков нейронов к росту с образованием новых связей и порождением новых ассоциации».

3. **Закономерности эволюции МР.** Усиление «мудрости»—«памяти» — повышение стабильности, долгосрочности и объемов сохраняемой информации, за счет хранения на новом поколении долгоживущих (не разлагающихся, не коррозируемых — «золотых») носителей. Дифференцировка в инфо-технологиях, формирование многоуровневой (по аналогии с корой мозга — 6 слоев) иерархии системного отбора долгосрочно-ценной, актуальной для применения информации. Специализация в инфо-технологиях по зонам обеспечения человечества: мониторинга атмо-, гидро-, лито-, биосферы, космоса; создания технических инструментов (органов, машин) освоения этих сфер; изучения и прогноза продовольственной, био-, энерго-, гео- и космической безопасности популяции. Разработка и внедрение «инфо-экологии»*, «инфо-гигиены»*, профилактики инфо-загрязнения (информационно-зависимой заболеваемости и смертности), цензуры — ограничений по распространению, и обязательств по приему информации.

МЕДИЦИНСКИЙ ВЗГЛЯД НА ФИЛОСОФИЮ

В.И.Кудашов

Реальность современной мультидисциплинарной медицины представляет совокупность теоретических и эмпирических объектов. Предельно широкая постановка вопроса об объекте медицины как науки позволяет в качестве такового считать природу, общество и сознание, духовную жизнь. Предметом медицины в этом случае является их саногенное и патогенное влияние на человека, профилактика заболеваний, диагностика, лечение и реабилитация. Но медицинское знание в современную эпоху само становится важнейшим феноменом культуры, от которого зависит сохранение физического и психического здоровья людей, перспективы развития цивилизации. Поэтому вполне закономерным и плодотворным может быть взгляд на философию с точки зрения медицины как особой формы современной культуры, во многом определяющей массовые феномены общественного бытия и сознания. Таким образом, феномен философии как одной из форм общественного сознания тоже может быть рассмотрен в качестве одного из аспектов медицинского знания. Медицинский анализ философии призван выполнить ряд существенных общенаучных функций методологического, гносеологического и аксиологического характера как в системе междисциплинарных

связей медицины с философией, гуманитарными и естественными науками, так и в самой системе медицинских наук.

Нозологический подход в медицине неразрывно связан с диагностикой как процессом отражения, в основе которого лежит процедура совмещения абстрактно-теоретической конструкции нозологической единицы с нормальными и патологическими процессами. Широко распространенный подход к нозологии исходит из того, что это учение о болезни, включающее биологические и медицинские основы болезней, а также вопросы их этиологии, патогенеза, номенклатуры и классификации. Можно использовать нозологический подход и в рассмотрении исторически сложившихся философских учений с точки зрения их этиологии и классификации. В качестве одного их возможных критериев классификации можно предложить рациональность как один из ценностных факторов современной культуры и выделить направления философской мысли, по-разному позиционирующих себя к разуму как высшей ценности человеческого существования — от картезианства и гегельянства до мистицизма и иррационализма.

Здоровье, болезнь, норма, симптом, синдром, патология, заболеваемость, общественное здоровье и другие понятия задают контуры медицинской реальности, в пределах которых движется медицинское познание, порождаются новые предметы исследования. Здоровье и болезнь выступают существенными характеристиками состояния человека с точки зрения физиологии и патофизиологии, в том числе в связи с адаптацией. Чем лучше адаптируется человек к природным и социальным факторам, тем выше показатель его здоровья. Болезнь и здоровье не есть некоторые абстракции, они всегда проявляются телесно. Однако именно образ мысли — это та точка опоры, с помощью которой можно коренным образом влиять на состояние общественного психического здоровья. Образ мысли — это тот инструмент, при помощи которого можно перейти от общесоциологических закономерностей развития общества к закономерностям общественного и индивидуального здоровья.

Если образ жизни людей — это форма их жизнедеятельности, которая зависит от конкретно-исторического способа производства, от типа и уровня развития социально-экономического базиса и политической организации гражданского общества, то здоровый образ мысли — это типичные и существенные для данной общественно-экономической организации идеологические и психологические формы сознания, укрепляющие стабильность и адаптивные возможности общества и человека. Формирование потребности в здоровом образе философской мысли становится важнейшей гигиенической и социально-гуманистической задачей медицины и здравоохранения современного общества. Нельзя, например, вылечить от усталости, разочарования, исцелить от несправедливости, поскольку в данном случае неладно что-то в большом «социальном теле» человека — в

обществе, а не в соматическом устройстве индивида. Но философия вполне может предложить желающему «изменить себя», не обращая внимания на неподвластные человеку обстоятельства, т.е. произвести коррекцию не окружающего мира, «макрокосмоса», а самого себя как «микрокосмоса» через определенную перенастройку сознания.

Основные структуры медицинского опыта задают дисциплинарную дифференциацию медицинской теории. Следуя этому делению, можно проанализировать медицинскую составляющую жизненного мира, запечатленную в философии. Медицинский опыт в контексте культуры и философский объем смыслового универсума могут быть подвергнуты структурированию на следующие гипотетические отрасли:

- *анатомия философии* — подробный системно-структурный анализ определенного набора концептов и представлений в каждом конкретно-историческом философском направлении;
- *нормальная физиология философии* — изучение закономерностей функционирования и регуляции идейных систем в пределах нормальных для данной культурно-исторической ситуации мыслительных процессах;
- *патофизиология философии* — исследование интеллектуальных и когнитивных аномалий при различных социально обусловленных процессах и состояниях;
- *гигиена философии* — изучение влияния условий жизни, труда на мыслителя и разработка профилактики различных идейных аномалий, анализ оптимальных условий для интеллектуальной деятельности, сохраняющих духовное здоровье;
- *философская терапия* — практический процесс облегчения, снятия или устранения симптомов и проявлений того или иного патологического состояния сознания или иного нарушения психической деятельности, нормализация нарушенных процессов мышления и восстановление духовного здоровья;
- *фармакология философии* — сопоставление известных исторически сложившихся философских направлений с различными типами психоактивных препаратов — например, анестетиков и стоицизма, релаксантов и эпикурейства, стимуляторов и марксизма, антидепрессантов и теологии, галлюциногенов и мистики.

Традиционно опыт саморефлексии в области медицины оформлялся в логике дисциплинарной научной истории или абстрактно-логической парадигме. Гипотеза медицинского взгляда на философию задает новую перспективу: медицинский опыт рассматривается в горизонте культурных смыслов, в перспективе гуманитарного дискурса.

Предложенный способ гуманитарного анализа медицины позволяет, обращаясь в перспективе к жизненным мирам людей разных культур, построить целостную систему медицинской культурной антропологии, открывающую опыт тела, здоровья, болезни, практики лечения, опыт

отношения к врачу и лекарствам в мировой культурной традиции. Эта работа внесет вклад в развитие традиции гуманитарного исследования медицины, особенно актуальной в условиях усиления антропологической проблематики в рамках современного биомедицинского дискурса, способствует укреплению гуманистического потенциала медицины, развитию диалога медиков и гуманитариев.

Результаты медицинского рассмотрения философии могут быть использованы в практике гуманитарного, профессионально ориентированного образования студентов и аспирантов-медиков, изучающих опыт гуманитарного исследования медицины в современной неклассической философии, а также историю и философию науки в аспекте медицины. Общее позитивистское основание образования, сложившееся в середине прошлого века, отводит классической философии роль современных мифов, которые, может быть, полезны и поучительны, но, скорее, для учащихся, чем для взрослых, озабоченных жизнью, людей. Однако здравый смысл повседневного сознания не предполагает самостоятельного интереса к дисциплинарной философии, излагаемой в академической форме. Потребляемая гомеопатическими дозами философия «для внутреннего пользования» тоже заслуживает своего признания с медицинской точки зрения.

ДИАЛОГ МЕЖДУ ОБЩЕСТВОМ И УЧЕНЫМ СООБЩЕСТВОМ: ЗА И ПРОТИВ

Ю.А.Кузовенкова

Ж.Бодрийяр элитой современного общества называет людей, в наибольшей степени обладающих главными конвертируемыми валютами современного общества, а именно властью, знаниями, культурой и информацией[1]. Научные открытия и технические изобретения оказывают значительное влияние на жизнь общества. Одной из ключевых фигур современности без сомнения является ученый-инноватор. Наука и техника определяют ритм и образ жизни человека, профессиональную спецификацию и способы проведения досуга, влияют на формы социального устройства, определяют духовную ситуацию общества и многое другое. Все это ярко видно на примере современной цивилизационной ситуации.

В связи с этим встает вопрос о взаимодействии ученого сообщества и общества. Исторически первая модель была монологична: ученые, изобретатели спускали в общество результаты своих трудов, которые

[1] Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. М. : Культурная революция, Республика, 2006. 269 с. (Мыслители XX века)

изменяли образ жизни людей. Инновации становились лишь объектами потребления. Общественность не привлекалась к обсуждению их влияния на жизнь человека, самими учеными не давалось комментариев, оценок возможных рисков, научные и технические новшества не подвергались философскому осмыслению и не делалось попыток просчитать те последствия, которые они привнесут с собой в жизнь общества.

В настоящее время можно утверждать, что подобная модель взаимоотношений себя изжила, ее недостатки становятся все более очевидными. Из ряда проблем, порожденных ею, мы бы хотели остановиться на следующей: сбыт инновационной продукции на рынке.

Информационный вакуум вокруг нее создает возможность для манипуляции информацией, а через нее и сознанием человека. Вообще стоит отметить, что в течение всего XX в. мы наблюдаем смену типа власти, которая выражается в том, что власть начинает реализовываться не на силовых основаниях, а посредством «производства сознания»[1], происходит переход от «власти/силы» к «власти/знанию»[2]. Именно манипуляция сознанием не только в политической и духовной, но и в экономической сферах жизни общества, является приметой XX — начала XXI вв.

Реклама всегда была не только искусством, но и областью с активно развивающимися технологиями. Многие из них ориентированы на «управление знанием»[3] человека о продукте. Именно соотношение «знание/незнание» становится главным козырем в руках рекламистов. Создаваемые стереотипы в отношении товара или товарной группы призваны заместить процессы самостоятельного мышления человека. Например, на сегодняшний день часто можно столкнуться с такой ситуацией, когда товар приобретается не потому, что он хороший, а потому что новый. Производители инновационной продукции (или продукции, которая выдается за инновационную) и рекламисты не заинтересованы в создании условий для потребителя, которые позволят сделать ему осознанный, продуманный выбор, основанный на критическом отношении к продукту. Подобная ситуация ярко демонстрирует необходимость диалога между обществом и научным сообществом, осуществляющегося посредством общественных организаций или иных форм коммуникации.

Но, ситуация в медицинской сфере обладает своей спецификой. Человек без медицинского образования в принципе не может сделать выбор, основанный на объективных научных представлениях. Именно с этим связан вопрос о запрещении рекламы лекарственных средств.

---

[1] Мамардашвили М.К. Интеллигенция в современном обществе // Как я понимаю философию. М. : Прогресс, 1990. 368 с.

[2] Тоффлер, Э. Метаморфозы власти: Пер. с англ. М. : ООО «Издательство АСТ», 2003. 669 с.

[3] Ульяновский А.В. Мифодизайн: коммерческие и социальные мифы. СПб. : Питер, 2005. 544 с.

Вместе с тем, очевидно, что диалог между обществом и медицинским сообществом выстраивать также необходимо, так как человеком легко манипулировать, если речь идет о его здоровье или даже жизни.

Сегодня в СМИ мы можем найти многочисленные примеры того, как с помощью рекламных технологий на рынок продвигаются различные БАДы, медицинские приборы и т.п. Анализ рекламы позволяет выявить ряд технологий, к которым относятся не только ссылки на несуществующие врачебные ассоциации и опора на образы современных врачей, но и использование насчитывающего столетия мифа о панацее — чудодейственном средстве, способном избавить человечество от всех болезней, под маской которого презентируются новые лекарственные средства. Часто можно встретить рекламу, реализующую стратегию запугивания потенциального потребителя, которую можно по аналогии назвать: «Напугай и властвуй!» Одним из активно развивающихся направлений в фармации сегодня является создание лекарственных средств из природных, «живых» компонентов. Одновременно мы можем наблюдать, что с помощью рекламных технологий в общественном мнении начинает создаваться стереотип «“живое” — хорошо», «древние рецепты эффективны, так как проверены временем» и др., направленные не на повышение грамотности населения в вопросах здоровья, а на повышение уровня продаж производимой продукции. Ряд примеров можно продолжать.

Все это позволяет заключить, что, диалог между обществом и медицинским сообществом необходим, ибо напрямую связан со здоровьем населения. Но, в философском сообществе одновременно существует и иное мнение по данному вопросу. Г.Шишков, Г.Франке, Г.Домицлаф, П.Лайнбарджер и др. пишут о том, что формировавшееся на протяжении XX в. массовое общество выдвинуло «массового человека», неспособного мыслить критически, тем самым, по сути, оправдывая манипуляции общественным сознанием.

Наша позиция по данному вопросу заключается в том, что человека нельзя лишать права на информацию и права выбора. Но, необходимо найти наиболее адекватные формы, в которых этот диалог будет реализовываться. И крайне важно, при разработке подобных форм учитывать специфику медицинского знания.

КОНСТРУИРОВАНИЕ ТЕЛЕСНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ: ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А.В.Макаров

Человек находится в непрерывном поиске и в лабиринте своей идентичности (телесной, личностной, социальной, этнической, гендерной

и др.). Как многогранный феномен идентичность наполняется различными смыслами. Под идентичностью понимается последовательность психической жизни человека, его самотождественность с определенным признанным образцом, возникающая в социальных интеракциях различная проявленность личности. «Идентичность» отражает не только осознаваемые, но и нерефлексивные, внерациональные механизмы самоопределения. Способность к изменению идентичности связана с адаптационной практикой, с использованием защитных стратегий. Идентичность — динамическая структура, она развивается через преодоление кризисов идентичности. В «кризисе идентичности» усматривается конструктивная роль возможности и механизма развития и обретения новой идентичности в ситуации социальной неопределенности.

Современные социальные реалии провоцируют кризисную идентичность. Она выражается в проблемности сохранения различных образов — Я, в неспособности к многопозиционированию, в нарушении связей между различными Я-образами. Конструирование телесной идентичности интендируется формированием новых Я-образов, второстепенной идентификации, стремлением к эскапизму как имманентной характеристике современности. Идентификационный дискурс сегодня сопрягает идентичность с такими терминами как кризис идентичности, размытая, спутанная, деформированная, разрушенная, нестабильная идентичность, дефицитарность идентичности, протеевская (многообразная, изменчивая, разносторонняя, многогранная), распад идентичности. Это обусловлено и влиянием современных NBIC-технологий. Появление новых и постоянное совершенствование технологий социокультурной манипуляцией развитием человека и его тела, понятых как средства удовлетворения и формирования потребностей, — порождают, кроме известных достижений, трансформацию тела и новые формы патологии, не существовавшие ранее.

Как известно, любая технология направлена на экономию усилия, на снижение напряжения, облегчение жизни, в том числе на модификацию несовершенного тела, добиваясь результатов, недостижимых в естественных условиях. Человек при этом постоянно рискует стать «жертвой прогресса технологий». Бинарные оппозиции телесного и духовного, идентичного и безликого, по мнению П.С.Гуревича повлекли возрастающий фетишизм телесного в нашей культуре, что обнаруживает факт отрицания людьми своего тела. Диктат и навязывание телу определенных жестких рамок противоестественен самой человеческой природе, способствует утрате подлинности тела.

Виртуальные и генетические технологи позиционируют тело как информационную матрицу. Его можно модифицировать генетически или хирургически — протезами, имплантатами, искусственными органами, а также, в перспективе, оно трансформируется и электронно — через перенос в емкости компьютерной памяти, пересаживание посредством

нанотехнологий на другие квантовые носители. Сегодня вокруг тела разворачивается настоящая паника — сексуальная, спортивная, модельная, — обусловленная именно исчезновением тела и избытком средств его стимуляции. Тело, которое полностью отдадут на откуп медикам, биореставраторам, видеотехнологам, программистам, спортсменам..., «выйдет из употребления» и станет забываться как источник глубочайших и интимнейших переживаний.

В работах М.Фуко конструирование новых форм телесной идентичности демонстрируется как взаимосвязь и обусловленность социальных практик и соответствующих им телесных практик. Телесность предстает как объект и продукт социальных воздействий, как материал, на котором «рисуются» нормы и законы. Фуко эксплицирует основные качества тела как объекта в контексте «карательных анатомий». Посредством страдания, боли и смерти возникают «аскетичное тело», «казнимое тело», «истязаемое тело», «дициплинарное тело», «тело—машина». В общем смысле телесный канон всегда указывал на соотнесение внутреннего переживаемого образа собственного тела с идеальным телом «Другого», телом—каноном. Боль и страдания одновременно приближают и удаляют человека по отношению к его телу. Дисциплинарное тело — это уже не наказуемое тело, а продукт — тело индивида и знание, которое можно получить о нем.

Постмодернистский дискурс обнаруживает «пластичность» границ телесной идентичности, трактует идентичность как плюральную, поливариантную, «протеевскую» и демонстрирует. что манипуляция, игры с идентичностью порождают дезадаптивные и деструктивные практики («фрик-арт», некоторые экстремальные виды спорта, «силиконовая красота», киберсекс, и др.). О последствиях влияния биотехнологий на телесную идентичность и причины ее трансформации размышляет Ж.Бодрийяр. Он описывает клонирование как последнюю стадию истории моделирования тела, показывает, что моделирование тела на уровне генетического кода как кибернетического протеза позволит продлить тело до бесконечности за счет его самого, поскольку само тело представляет собой лишь бесконечную серию протезов. В век генетического и ментального software (программного обеспечения) любое тело становится не чем иным, как незыблемым повторением протеза. По сути, показывает современный французский философ, сегодня практикуется в широком толковании инцест. Ж.Бодрийяр «рисует» мрачную перспективу для происходящей трансформации «антропологической» идентичности.

В поисках идентичности современный человек оказался в ситуации онтологической и аксиологической неопределенности. Современные техники власти, как показал М.Фуко, провоцируют дезадаптационные практики. Латентные техники, которые использует власть, неявные формы контроля и управления (через институт знания,

здравоохранения, семьи и т.д.), наблюдение и цензурирование через потребление и обладание, вводят современного человека в состояние тотального, в том числе телесного напряжения, непрерывного контроля и самоконтроля как в социальной, так и в интимной жизни. Рассогласование и несоизмеримость в системе ценностей, «релятивность» социальных идеалов, моральный релятивизм, противоречивость смысловых интенций, шизоидизация сознания «размывают» границы идентичности и инициируют дезадаптивные практики.

ВЫРАЗИТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ КАК СФЕРА РОЖДЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ЭКСПРЕССИВНОГО КОДА КУЛЬТУРЫ[1]

Н.Т.Попова

Актуальной задачей современной культуры является формирование рефлексивного отношения человека к телу и его проявлениям (на основе овладения культурными формами). Мы предполагаем, что развитие рефлексивного отношения невозможно без освоения представленных в культуре паттернов движения. Овладение этими паттернами представляет собой условие освоения человеком своей эмоциональной сферы как важнейшего элемента регуляции своего поведения, а также рационального мышления и речи. Эти паттерны, согласно нашему предположению, являются моделями динамического тела культуры, представляющего человеческую телесность культуре в их взаимных проекциях в пространстве символов культуры.

В этом направлении ведутся поиски и в современной мировой театральной практике, и в том числе, в театральных проектах с участием людей с ограниченными возможностями здоровья (например, таких, как «Психобалет» Майте Леоне в Мадриде, Blaumeier-Atelier в Бремене, Интегрированная театральная студия «Круг» в Москве). Эта практика обращается к выразительному движению как адекватной сфере проявления в культуре формирующейся человеческой экспрессивности. Однако, теоретическое осмысление этой области культурной практики остается слабо разработанным.

Обращение к данному подходу определяется тем значением, которое тело и телесные практики человека получают в современной культуре. Тело выступает в качестве последней инстанции: его предъявляют, демонстрируют — тело живое и творящее, мертвое и безжизненное — на выбор. Но тело важно не только само по себе, а как интегратор чувственных переживаний, социального опыта и

[1] Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности»*)

т.п.; универсализируя эти переживания, тело становится модулем в новом культурном целом, запечатлевая опыт социальных отношений, — носителем идеи другого (как первого своего объекта — ср. Ж.Лакан). Культурные смыслы сворачиваются в теле. Это возможно только тогда, когда оно (тело) имеет опыт многогранного переживания себя, включая опыт смерти. В этом случае тело становится знаком и начинает читаться (динамический знак). В современной культуре тело не только переживается, но и читается (как бы в последовательности семантических сдвигов: живое тело, тело в движении, тело — динамический знак). Наблюдается тенденция к удвоению: реальное физическое тело становится знаком, а это происходит, только если мы воспринимаем тело не статично, а в динамике. Собственно его динамика и позволяет нам оторваться от статично воспринимаемого тела, являясь гарантией возможности знакового прочтения тела. На пути от тела динамического к динамическому знаку возникает образ.

«Телоцентризм» постмодерна экспериментирует на границе тела, на его динамической границе. Культура производит работу по формированию этой границы. Эта граница очень важна как первый барьер на пути любых культурных содержаний.

Актуальность динамической границы тела мы можем видеть и на экране монитора компьютера, так как на нем отражается телесный самообраз. Тело может стать образом, только поскольку оно переживается актуально. Этапы данной актуализации мы можем проследить, вспоминая эволюцию виртуального тела, произошедшую у нас на глазах. Первые компьютерные «шедевры» (это тоже динамический образ тела человека) — почти роботы: кожа-панцирь, практически еще безликий экзоскелет, граница этого тела лишь намечена; она грубая, потому что слабо ощущается человеком, едва представлена в его переживании. Движения скованные и ограниченные, и только по мере того, как эти роботы научались двигаться в пространстве, их движения приобретали ловкость, вплоть до сверхловкости. Одновременно с этим прорисовывалось лицо, открывались глаза, уши, появлялась подвижная граница тела. (Даже у виртуального человека развитие его органов чувств зависит от развития и осознанности движения).

Еще один вариант рождения знака от тела и телесной практики. Линия развития, ведущая от живого тела к слову, была намечена в философских построениях Э.Кассирера, который выделяет в развитии символов три основных ступени: уровень непосредственного выражения — движения выразительного (функция выражения); уровень подобия (функция изображения); уровень условного обозначения посредством знаков (функция означения). Таким образом, эта линия развития идет от тела (его живого движения) через общение (с людьми) к символу — слову. Другая линия этого процесса описана Ж.Бодрийяром. Она идет от тела (телесного контакта) через

деятельность с предметами (общение с вещами) к исчерпанности символических отношений между человеком и вещью.

В современном мире человеческое тело наделяет вещи лишь знаками своего присутствия, в остальном они функционируют автономно: складывается система форм, где человек упоминается лишь намеком (т.е., с нашей точки зрения, становится кодом для этой системы). Таким образом, в вещи «опускаются» реальные трудовые отношения. «Общение» с вещами приводит к «системе вещей» так же, как и отношения людей между собой — к системе культурных форм. В обеих линиях развития от тела через деятельность с предметами и общение с людьми мы пришли к новой точке отсчета, к телу человека в его новом понимании. Исчерпанность этих линий развития (их пустотность) переживается самим человеком трагически. Нам же кажется, что эти процессы намечают перспективы будущего развития человека.

Осознание тела возникает не только на основе его физических границ, а происходит по мере формирования «образа тела» — первой границы, практически еще не осознаваемой. Это тело, динамически и социально оформленное. Древние ритуалы представляют разрисованное, искусственно выделенное тело, актуализированное раскраской и совместным движением в коллективном танце (телесно-двигательное эмоциональное постижение). Раскрашенное тело — это своего рода виртуальное тело. Если предположить, что раскрашенное тело сильно своей коллективностью, представленной в ритуале, то напрашивает вывод, что следующий этап в современной работе над виртуальным телом — его коллективная представленность. Хотя от ритуально движущегося, раскрашенного человека до человека виртуального — целая эпоха, представляющая собой как бы виток спирали, цикл.

Динамическое тело культуры разворачивается в образах движения человеческого тела как человекоразмерная (витомерная) практика, а поскольку она соответствует образу процесса социокультурного развития человека в его различных аспектах (аффективность, телесность, восприятие, социальность, коммуникация и др.), постольку эта практика является сферой рождения телесно-экспрессивного кода культуры. Этот код первично представлен в культурной символике телесности (данной в его выразительных движениях) — в невербальных мифологиях телесности. Миф рождается на границе телесной реальности. Он задает рамки, опору для будущих рациональных представлений, так как рождающаяся обновленная мифология телесности имеет всеобщий характер. Определяя границы смысла, миф дает разрешение действовать. Именно поэтому важна его ранняя «культурная диагностика»: она способствует созданию общего поля, в котором возможно сохранение культурных различий. Подобная диагностика позволит вести культурный диалог, понимать перспективы и тенденции культурного развития. Мифология телесности может

выполнять функцию порождающей модели (ср. миф у А.Ф.Лосева). В современной культуре соответствующей ей мифологией телесности является телесная символика техники, которая в настоящее время захватывает и порабощает современного человека, что подтверждает необходимость ее переосмысления. Современность создает более динамичный миф: чем сложнее реальность, тем динамичнее ее образ. Значение анализа человекоразмерности (витомерности) современной и архаичной мифологии телесности в том числе состоит в том, что такой анализ открывает возможность для освобождения от завороженности техникой, характерной сейчас для человека.

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ НА ОСНОВЕ КОНФИГУРАТОРОВ ТЕСТОВ И МЕТОДА ПРЕДЕЛЬНЫХ ОБОБЩЕНИЙ

Ю.А.Прокопчук

На основе метода предельных обобщений[1] предложен новый методологический подход к формулировке и решению задач системной реконструкции медико-биологических процессов. Данный подход базируется на взаимодействии философии, математики и лингвистики.

Описание действительности. Пусть $\{\tau\}$ — множество элементарных тестов, с помощью которых описываются все факторы, обстоятельства и явления, имеющие отношение к изучаемой системе (в прошлом, настоящем и будущем). Конкретный результат теста τ будем обозначать через $\underline{\tau}$. Результаты тестов могут выбираться (формироваться) из разных доменов (множеств значений). Для фиксации того, что в качестве множества результатов теста τ используется домен T, будем использовать нотацию: τ/T. Используя разные домены, можно управлять общностью (масштабом) результата одного и того же теста. Правила пересчета значений теста из одного домена в другой задают *ориентированный граф доменов* $\{T \rightarrow T'\}_{\tau}$. На процедурном уровне ориентированные графы тестов представляются конфигураторами.

Пусть t/Λ — выделенный тест, означающий время. Примеры доменов Λ: $\Lambda 1$= ‘Дата: время’; $\Lambda 2$ = ‘Дата: {утро, день, вечер, ночь}’; $\Lambda 3$ = ‘Дата’; $\Lambda 4$ = ‘Месяц’; $\Lambda 5$ = ‘Год’. Вполне очевиден способ пересчета из одного домена в другой, т.е. определена вычислительная цепочка (ориентированный граф доменов): $\Lambda 1 \rightarrow \Lambda 2 \rightarrow \Lambda 3 \rightarrow \Lambda 4 \rightarrow \Lambda 5$.

[1] Прокопчук Ю.А. Метод предельных обобщений для решения слабо формализованных задач // Управляющие системы и машины. 2009. № 1. С. 31—39.

Определим два *элементарных события*: $e_1 = <\underline{\tau}/T, \underline{t}/\Lambda>$ и $e_2 = <\neg\underline{\tau}/T, \underline{t}/\Lambda>$. Событие e_1 означает, что в момент времени $\underline{t}/\Lambda$ тест τ/T имел значение $\underline{\tau}/T$. Событие e_2 означает, что в момент времени $\underline{t}/\Lambda$ тест τ/T *не* имел значение $\underline{\tau}/T$. Положим: $e_1 = \neg e_2$, $e_2 = \neg e_1$. На основе элементарных событий можно определить *составные события*, следующим образом: $e = <\{\underline{\tau}/T\}, \underline{t}/\Lambda>$ и $e' = <\neg\{\underline{\tau}/T\}, \underline{t}/\Lambda>$. *Протяженным событием* назовем событие $e = <\{\underline{\tau}/T\}, \delta/\Lambda>$, где δ — произвольный временной интервал (возможно не односвязный). Для интервалов определена операция объединения: $e = \&_i <\{\underline{\tau}/T\}, \delta_i/\Lambda> = <\{\underline{\tau}/T\}, \delta/\Lambda>$, где $\delta = \&_i \delta_i$.

Пусть J — оператор оценки истинности той или иной информации. Если информация x имеет истинность β, то будем использовать нотацию: $J\,\beta\,x$ или $J\,\beta\,\underline{\tau}/T$. С возрастанием уровня общности результата теста, как правило, меняется и значение истинности результата. Произвольную ситуацию действительности, включая клиническую ситуацию, обозначим через $\alpha = \alpha(\{<J\,\beta\,\underline{\tau}/T, J\,\gamma\,\underline{t}/\Lambda>\})$, а множество ситуаций действительности обозначим через $\Omega = \{\alpha_1, \alpha_2, ..., \alpha_n\}$.

Конфигураторы тестов. Конфигураторы тестов являются частью онтологии предметной области (ПрО) и представляют собой не что иное, как индуктивные модели тестов. Они задают эмпирическую аксиоматику ПрО, включая интерпретацию первичных данных.

Порядок размещения доменов в конфигураторе — сверху вниз и слева направо — означает рост точности значений теста за счет большей детализации (увеличения числа элементов). В упорядоченной последовательности доменов метки элементов домена явно задают однозначные правила перерасчета значений из текущего домена в другой, размещенный выше или слева. Примеры конфигураторов.

Индекс массы миокарда ЛЖ ∧ИММЛЖ {
3 { Норма ∧0;
Увеличение ИММЛЖ ∧1 2 3}
2 { Норма ∧0 М [30; 125] Ж [30; 110];
Умеренное увеличение ИММЛЖ ∧1 М (125; 150] Ж (110; 135];
Значительное увеличение ИММЛЖ ∧2 М (150; 200] Ж (135; 185];
Резкое увеличение ИММЛЖ ∧3 М (200; 400] Ж (185; 400]}
1 { [30; 400]}}

Возраст {
5 #2 {молодой ∧ a; не молодой ∧ b c}
4 #2 {средних лет ∧ b; молодой или пожилой ∧ a c}
3 {пожилой ∧ c; не пожилой ∧ a b}
2 {молодой ∧ a [18;35]; средних лет ∧ b [36;55]; пожилой ∧ c [56;80]}
1 { [18; 80] }}

Конфигуратор теста — элементарный квант (биомедицинских) знаний, отражающий все многообразие математических подходов к

моделированию действительности (непрерывный, интервальный, фрактальный, символический). Конфигураторы тестов задают одновременно количественные и качественные модальности материальных проявлений. С использованием конфигураторов реализуется новая парадигма моделирования: вместо $x \in Rn$ пишем $\{x/X\}$, где X — конфигураторы.

Таким образом, конфигураторы стирают границу между непрерывным и дискретным — любой непрерывный тест всегда имеет множественное дискретное представление (интервальное, символическое). Для числовых тестов конфигуратор кроме лингвистической иерархии может включать иерархию в виде вложенных разбиений или физического фрактала. Иерархия строится между базовым доменом и первым дискретным разбиением (в конфигураторе задается тип разбиения/фрактала и его параметры — скейлинг). Другими словами, конфигураторы числовых тестов не имеют в основании неделимых элементов или «атомов простоты», демонстрируя бесконечность свойства и отсутствие предела процессов делимости материи и информации. Конфигураторы хранятся в Банке тестов.

Метод предельных обобщений. Различные комбинации доменов для всех тестов определяют различные уровни общности описания ситуаций действительности, включая клинические ситуации. Все множество описаний для конкретной целевой задачи (связанной с диагностикой, прогнозированием или оптимизацией управления) и заданной выборке примеров ситуаций действительности Ω распадается на три подмножества: критических, докритических и закритических описаний.

Критические описания являются наиболее ценными, так как обеспечивают единственность решения целевой задачи на заданной выборке ситуаций действительности Ω и обладают при этом предельными свойствами: их нельзя обобщить ни по одному тесту в рамках заданных конфигураторов без нарушения единственности решения целевой задачи. Докритические описания также обеспечивают единственность решения на Ω, но допускают подобное обобщение. Закритические описания нарушают единственность решения целевой задачи. Для критических описаний предпринимается попытка построения истинных минимальных неизбыточных моделей знаний (множества закономерностей), т.е. таких моделей, которые верны для любых ситуаций действительности данной предметной области.

Решение целевой задачи для новой ситуации, для которой априорно неизвестно заключение, формулируется следующим образом: исходные данные преобразуются в формат критического описания, для которого предположительно построена истинная неизбыточная модель знаний. С использованием истинной модели знаний находится решение.

Системно-когнитивные операции на основе метода предельных обобщений обеспечивают работу (вычислительного) интеллекта и Многоцелевых банков знаний[1].

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

С.А.Трущелев

В последнее десятилетие все большее значение придают развитию системы психиатрической помощи населению. Это, прежде всего, связано с тем, что среди медико-социальных проблем особую актуальность получило нарастание глобального бремени психических болезней. Противодействие этому негативному процессу могут составить разработка и внедрение инноваций в практику медицинских специалистов, ибо основные решения проблем организации и содержания психиатрической помощи населению связаны с прогрессом научной специальности. Существенное влияние в этом могут оказать диссертации, выполняемые в виде прикладных разработок и обладающие не только научной, но и практической ценностью.

Психиатрия как медицинская наука развивается динамично. Об этом свидетельствует растущий тренд количества диссертаций на соискание ученых степеней. Однако в научной печати редко приводятся данные о структуре исследований в области психиатрии. Восполняя это, мы провели структурный анализ авторефератов диссертаций, представленных к защите в 2009 г. и изучили вовлеченность медицинских специалистов в разработку проблем психического здоровья населения.

Материал и методы. Организация научной работы — сплошное поперечное исследование. Объект исследования — совокупность авторефератов диссертаций. Предмет исследования — тенденции подготовки научных кадров в области психиатрии. Информационные источники — электронные ресурсы Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России [www.vak.ed.gov.ru], Российской государственной библиотеки [www.rsl.ru], Центральной научной медицинской библиотеки Московской медицинской академии [www.scsml.rssi.ru]. Особенностями этих источников является их специализация, что отражает их истинное назначение и предполагает корректную трактовку аналитических результатов исследования.

---

[1] 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.

Основной метод исследования — контент-анализ. На основе формализованной карты учета единиц исследования сформирована электронная база данных. Анализ проводили с помощью сводных таблиц и методов статистического анализа (описательные статистики, частотный анализ, доверительные интервалы).

Исследование без участия людей. Все сведения заимствованы из опубликованных источников. Сбор данных производили без каких-либо индивидуальных характеристик авторов диссертаций, поэтому подписания информированного согласия не требовалось. Права авторов и издателей соблюдены. Ограничения: в научном сообщении не проанализированы вопросы методологии, содержания и оформления диссертаций.

Результаты и обсуждение. Общее количество авторефератов диссертаций, связанных с разработкой научных задач и проблем в области психиатрии и представленных к защите в 2009 г., составило 160. Из них по научной специальности «Психиатрия» (шифр специальности 14.00.18) — 91 (кандидатских — 77, докторских — 14). Кроме того, из 160 в 18 диссертациях «Психиатрия» была второй научной специальностью (кандидатских — 11, докторских — 7). В остальных диссертациях ($n = 51$) рассматривались вопросы психиатрии, но шифр номенклатуры научной специальности «Психиатрия» не указан.

Общий поток диссертаций, связанных с разработкой научных проблем психического здоровья населения, в сравнении с 2005 г. увеличился, однако в 2009 г. существенно уменьшилась его доля по научной специальности «Психиатрия». Это различие существенно и его можно обнаружить при расчете 95% доверительного интервала (ДИ) доли по методу Вальда (0,43—0,34 и 0,55—0,46 соответственно).

Из 91 диссертации по основной (одной) специальности защищено 70 (76,9%), по двум специальностям — 21 (23,1%). Распределение смежных (вторых) специальностей следующее: 14.00.01 («Акушерство и гинекология») — 2; 14.00.05 («Внутренние болезни») — 1; 14.00.06 («Кардиология») — 1; 14.00.11 («Кожные и венерические болезни») — 1; 14.00.25 («Фармакология, клиническая фармакология») — 1; 14.00.36 («Аллергология и иммунология») — 1; 14.00.44 («Сердечно-сосудистая хирургия») — 1; 14.00.45 («Наркология») — 6; 19.00.04 («Медицинская психология») — 7.

В 2009 г. в 18 случаях научная специальность «Психиатрия» была второй. Распределение основных (первых) специальностей следующее: 14.00.01 («Акушерство и гинекология») — 1; 14.00.05 («Внутренние болезни») — 1; 14.00.06 («Кардиология») — 2; 14.00.09 («Педиатрия») — 1; 14.00.11 («Кожные и венерические болезни») — 1; 14.00.13 («Нервные болезни») — 1; 14.00.20 («Токсикология») — 1; 14.00.21 («Стоматология») — 1; 14.00.25 («Фармакология, клиническая фармакология») — 1; 14.00.33 («Общественное здоровье и здравоохранение») — 1; 14.00.39

(«Ревматология») — 1; 14.00.45 («Наркология») — 3; 19.00.02 («Психофизиология») — 1; 19.00.04 («Медицинская психология») — 2.

В 2009 г. доля трансдисциплинарных исследований составила 23% (21 из 91). В данном случае показатель отражает высокий уровень сотрудничества не только соискателя ученой степени, но и научных организаций. С одной стороны, такое сотрудничество позволяет коллективам ученых обмениваться научными инструментами, концептами, идеями, данными, методами анализа, результатами. Это повышает их творческий потенциал. Такой подход способствует трансформации научной практики из автономной и иерархической в интерактивную, горизонтальную и кооперативную. С другой стороны, диссертация отражает личный вклад соискателя. Это проявляется в разных формах: открытие нового, создание теоретической модели, значительное совершенствование имеющихся знаний, опровержение выводов предыдущих исследований и т.д. В любом случае диссертация содержит совокупность новых научных результатов, которые выносятся на защиту перед специалистами высокой квалификации. Эти новые положения аргументированы и критически оценены на основе сравнения с известными научными решениями, обсуждены в научных коллективах и научной печати.

Диссертации по основной специальности «Психиатрия» выполнены на базе 38 учреждений. Доля научно-исследовательских организаций в этом распределении составляет 42,9%, учреждений высшего профессионального образования — 56%, других организаций — 1,1%. Отметим, что такой показатель вклада пяти научно-исследовательских организаций свидетельствует об интенсивности их деятельности в деле подготовки научных кадров. При этом отметим, если исследование проводилось на двух научных базах, то чаще устанавливалось взаимодействие научно-исследовательского и образовательного учреждений. Обычно такие работы имели комплексный характер исследования.

Выводы. В 2009 г. существенно уменьшилось число научно-квалификационных работ по научной специальности «Психиатрия». В тоже время по другим медицинским наукам увеличился общий поток диссертаций, связанных с разработкой научных проблем психического здоровья населения. Это свидетельствует о повышении научного интереса медицинских специалистов непсихиатрического профиля к решению проблем психического здоровья населения.

Нарастает доля трансдисциплинарных исследований. Новое знание представляется через расширение научного мировоззрения с подключением других научных дисциплин медико-психологического профиля. При решении проблем психиатрической помощи населению вперед выдвигаются проблемно-ориентированные исследования, направленные на достижение социально значимых целей или на решение задач, важных с позиций внутренней логики науки и практики.

ПРОБЛЕМЫ ОПИСАНИЯ КУЛЬТУРНОГО ГЕНЕЗИСА СУБЪЕКТИВНОСТИ[1]

А.Ю.Шеманов

В современных исследованиях, посвященных проблеме становления личности, существует коллизия. С одной стороны, в философии уже обстоятельно обоснована несостоятельность субстанциалистского понимания бытия человека (в качестве примера такого обоснования можно назвать фундаментальную онтологию Хайдеггера). С другой стороны, отказ от субстанциализма в нынешних науках о человеке зачастую сопровождается трактовкой человека как простого эпифеномена культурно-исторических, социальных или психологических процессов. Вместе с тем в той же науке, эмпирически изучающей развитие человека, в ее критериях, методах, способах оценки этого развития, зачастую господствует понимание личности, восходящее к просвещенческому пониманию человека как разумной природы, что ведет к его натуралистической трактовке. В свою очередь философский отказ от субстанциализма в понимании личности часто оборачивается также и отказом рассматривать ее в конкретном индивидуальном и культурно-историческом становлении, хотя имеются и плодотворные попытки таких разработок (например, работы Э.Ауэрбаха, В.С.Библера, Ф.Т.Михайлова, Л.С.Черняка, У.Эко, поздние работы М.Б.Туровского и др.). Поэтому остается актуальной задача обоснования возможности несубстанциалистского понимания генезиса человеческой личности. При этом надо учесть, что понимание личности может быть генетическим, если оно имеет витомерный характер, т.е. является соразмерным специфическому принципу человеческой жизни. Определение витомерности должно исходить из уяснения такого специфического принципа.

Актуальность проблемы инициации субъективности определяется необходимостью фундаментального философского обоснования возможности инициации субъективности в процессе овладения формами культуры. Если на всех уровнях культурного освоения своей телесности и овладения речью человек опирается на формы культурной репрезентации своего тела и окружающего мира и, соответственно, откликается на начальный импульс самоотличения, то это означает, что уже на этих уровнях инициируется процесс самоотличения человека, лежащий в основе его субъективности. Это позволяет выйти за пределы доминирующего сейчас (в психологии, культурологии) понятия личности, построенного на просвещенческой идее природного («естественного») разума и говорить о личностном развитии каждого человека, исходя из степени его владения формами культуры.

В работе выдвигается гипотеза, что инициация самоотличения человека опирается на феномен культурной репрезентации, который

[1] Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности»*).

включает в себя и инициирует в осваивающем ее человеке онтологическое различение двух реальностей — «непосредственно данной» и культурно представленной, причем непосредственность данности себя и мира как таковая конституируется именно в самом культурно инициированном акте различения. Методологическим основанием работы является понимание освоения человеком культуры как деятельного и символического самоотличения (и самоидентификации) человека от иного, инициированного обращением другого[1].

Задача обоснования возможности генезиса субъективности человека решается без апелляции к субстанциалистскому пониманию личности (т.е. без предпосылания этому процессу — в качестве основы субъективности — некоей личностной субстанции, например, души). Причем культурный процесс выступает не в качестве средства развенчания субъективности, которая обычно при этом развенчании отождествлялась с так или иначе понимаемой духовной субстанцией, а как сфера генезиса субъективности. Субъективность не становится при этом и эпифеноменом некоего другого субстанциального процесса (например, материального производства или культурного процесса): она конституируется в онтологическом *само*различении, инициируемом благодаря культурному процессу, поскольку последний представлен в ре-презентациях субъективности.

Способность вычленять объект как *независимый* от ситуации его переживания и, одновременно, способность дифференцировать *знаковую* функцию указательного жеста от хватательной появляется у ребенка, начиная примерно с 2 лет жизни[2]. У ребенка одновременно формируется способность вычленять объекты из переживаемой им ситуации и объединять их в независимые от ситуации системы (например, на основе функциональных отношений между ними; такие системы А.Д.Кошелев[3] называет *партитивными*).

Здесь, на мой взгляд, напрашивается сопоставление с понятиями *идеации* и *дереализации*, введенными Максом Шелером. Человек, по Шелеру, способен *дереализовать* наличное бытие мира, отказаться от стремления видеть мир лишь в свете проекций своего витального интереса, привязывающего его к переживаемой им ситуации (человек — это «аскет жизни»[4]). Тем самым он оказывается способен вычленять отношения объектов в обобщенной, т.е. независимой от ситуации переживания

---

1 Шеманов А.Ю. Самоидентификация человека и культура. М. : Академический проект, 2007.

2 Эти данные, полученные в эксперименте (Gärdenfors P., 2003), приводятся в статье: Сергиенко Е.А. Когнитивное развитие довербального ребенка. // Разумное поведение и язык. Выпуск 1. Коммуникативные системы животных и язык человека. Проблема происхождения языка. М. : Языки славянских культур, 2008. С. 340—341.

3 Кошелев А.Д. Там же. С. 201—205, 218—223.

4 Шелер М. Положение человека в космосе // Шелер М. Избранные произведения. М. : Гнозис, 1994. С. 164.

форме и вести себя не следуя непосредственным витальным влечениям, а исходя из обобщения опыта в виде знания[1]. *Обобщенный* характер отношения к переживаемой ситуации является проявлением, или другим выражением *независимости* объектов от включающей их ситуации переживания. Независимость от ситуации позволяет вычленяемые в ней объекты связывать не так, как они связаны в данной ситуации, а по характеристикам, выделяемым субъектом.

Подобная дереализация переживаемой ситуации и включенных в ней элементов лежит в основе намеренного характера поведения людей, в том числе — постановки целей. В этом смысле можно утверждать, что истинная намеренность присуща только субъекту, способному построить отношение к отношению, т.е. владеющему субъективной дистанцией по отношению к собственным актам восприятия или поведения. Овладение принципом дереализации своего наличного бытия индивид осуществляет в культурном сообществе, в процессе ответа на тот призыв к дереализации мира, к его идеации, которое обращают к нему другие посредством выражения реальности субъективной дистанции в мире культурных символов.

В *символе* обретает *реальность* отличие намерения как представления о цели от целенаправленного действия, внутреннего от внешнего, а самое главное — *дистанция от самого себя* со всеми своими переживаниями (и содержанием этих переживаний). Символ — это *реальность дистанцирования* от мира наличного бытия, в котором я себя нахожу, и — благодаря этому — реальность самого я, находящего себя в этом мире. Без возможности символического выражения сам факт *намеренного* действия не существует для деятеля, поскольку у него нет способа его реализации в качестве *отличного* от его действий, ведущих к определенной цели. При отсутствии символов действие детерминируется *притягательностью* цели, т.е. теми *факторами*, которые эту притягательность создают, а не самим субъектом целеполагания. Именно эти факторы, а не сам субъект, определяют направление деятельности.

Таким образом, витомерное описание генезиса личности должно включать прослеживание культурного механизма дистанцирования субъекта от непосредственно воспринимаемого им наличного бытия. Дистанцирование субъекта начинается с культурной ре-презентации человеком своего *тела*, его функций и аффектов, которые являются также и способами построения модели *мира*. Эти базовые формы культуры и есть те кости, без которых не нарастает мясо человеческого образа мышления и поведения.

---

[1] Шелер М. Там же. С. 165—167.

БИОФИЛОСОФИЯ. БИОМЕДИЦИНСКИЕ НАНОТЕХНОЛОГИИ

ПРЕДМЕТ ФИЛОСОФИИ БИОЛОГИИ И ЕГО ЭВОЛЮЦИЯ

И.К.Лисеев

Философия биологии — область философии, занимающаяся анализом и объяснением закономерностей формирования и развития основных направлений комплекса наук о живом. Философия биологии исследует природу и структуру биологического знания, особенности и специфику научного познания живых объектов и систем; средства и методы, способы обоснования и развития научного знания о мире живого.

Философия биологии — это система обобщающих суждений философского характера о месте биологии в системе науки и культуры, о воздействии различных наук и культуры в целом на характер биологических исследований и об обратном процессе влияния биологии на изменение норм, установок и ориентации в науке и культуре.

С современных позиций философское осмысление мира живого представлено в четырех относительно автономных и одновременно внутренне взаимосвязанных направлениях: онтологическом, методологическом, аксиологическом и праксиологическом.

Естествознание XX века имеет дело с множеством картин природы, онтологических схем и моделей, зачастую альтернативных друг другу и не связанных между собой. В биологии это ярко отражалось в разрыве эволюционного, функционального и организационного подходов к исследованию живого, в несовпадении картин мира, предлагаемых различными областями биологического знания. Задача онтологического направления в биофилософии — выявление онтологических моделей, лежащих в основаниях различных подразделений современной науки о жизни, критике — рефлексивная работа по осмыслению их сути, взаимоотношений друг с другом и с онтологическими моделями, представленными в других науках, их рационализации и упорядочению.

Методологический анализ современного биологического познания преследует задачу не просто описания применяемых в биологии ме-

тодов исследования, изучения тенденций их становления, развития и смены, но и ориентирует познание на выход за пределы существующих стандартов. В силу того, что регулятивные методологические принципы биологического познания имеют порождающий характер, осознание и формулировка в биологии новой методологической ориентации ведет к становлению новой картины биологической реальности. Это ярко проявилось в процессе утверждения в биологии новых познавательных установок системности, организации, эволюции, коэволюции.

Существенно возросло в последние годы значение аксиологического и праксиологического направлений в развитии биофилософии. Становление и стремительное развитие генной и клеточной инженерии, инженерии биогеоценозов, решение проблем взаимодействия биосферы и человечества требуют совершенствования методов анализа и сознательного управления всем новым комплексом названных исследований и практических разработок, их нравственно-этического осмысления и правового нормативного закрепления. Этим задачам служит интенсивное развитие таких новых наук, порожденных современным этапом развития биофилософии, как биоэтика, экоэтика, биополитика, биоэстетика, социобиология и др.

На современном этапе своего развития биология требует философского переосмысления традиционных форм организации знания, создания нового образа науки, формирования новых норм, идеалов и принципов научного исследования, нового стиля мышления. Развитие биологии в наши дни начинает давать все больше плодотворных идей, как для сферы биологического познания, так и имеющих широкие выходы за пределы собственно биологии — в науку и культуру в целом. Все эти новые проблемы и включаются в предмет современной биофилософии.

COMPLEMENTARITY (PART VERSUS WHOLE) WITHIN THE BIOLOGICAL REALM

John Quijada

Nadeau and Kafatos[1] explore in detail an observation made by Neils Bohr, that there are profound complementary relationships between the laws of physics and the laws of biology. Darwin's theory of natural selection was purely mechanistic, taking into account only external influences and environmental

[1] Nadeau, Robert and Kafatos, Menas. The Non-Local Universe: The New Physics and Matters of the Mind. Oxford University Press, New York, New York, 1999.
Kafatos, Menas and Nadeau, Robert. The Conscious Universe: Parts and Wholes in Physical Reality. Second Edition. Springer-Verlag, New York, New York, 2000. (First Edition, 1990).

factors, e.g., predation, climate, starvation, and disease. It does not take into account the emergent/synergistic behavior seen within species and between species and the environment (part/whole dynamics), for example, the fact that many species of animal will lay fewer or more eggs, or produce fewer or more young, based on the availability of resources, or the fact that different species co-exist in the same ecological niche by feeding on different parts of the same plant, or hunting/foraging at different times of day, etc.

Biology shows emergent and synergistic phenomena everywhere and at every level, where the nature and behavior of the whole is more than the sum of the parts and cannot be explained by analysis of the parts. Manifestations of this are the strong interaction, cooperatioin, and mutual dependence that occurs within and between species, up to and including symbiosis. Just as experiments demonstrating the phenomenon of quantum "entanglement" have shown that the whole is contained within the parts of the physical universe, so biology also demonstrates this "whole within the parts" structure. The primary example is DNA, the blueprint for an entire species contained within each individual cell of each individual member of the species. The old view of evolution was that it was a linear progression from lower-order organisms to more complex organisms. The newer view is to see all organisms (i.e., the parts) as being emergent aspects of the self-organizing process of life (which is the whole). The proper way to see the parts (i.e., to study individual organisms) is to examine their embedded and participatory relations to the whole (i.e., the biosphere in which they live).

Higher order (i.e., more complex) life is dependent upon and made up of lower-order life, both in terms of symbiosis (e.g., the history of mitochondria within our cells), as well as in terms of organized, sophisticated aggregates and hierarchies (e.g., beneficial microbes within our bodies). The living body of a complex being is not a "factory" or "machine," in that it does not follow the deterministic, mechanistic part-whole relationship of a machine, i.e., its behavior and capabilities are not based merely on the sum of the parts. Rather, a complex living being demonstrates behavior and capabilities which are completely unpredictable from the parts, whose limits are set only by "boundary conditions" contained within the DNA (e.g., the fact that we don't have a third arm). This idea of boundary conditions indicates that "fuzzy" parameters are at play in determining the possible emergent behaviors of the organism.

Emergence at Successive Levels of Biological Organization

Successively more complex levels of organization of the parts within the array of biological life, shows emergent properties/behavior at each level:

1) Quantum level: a limited set of quanta (e.g., quarks, muons, etc.) interact to produce approximately 100 natural elements, each having characteristics unpredictable from the component quanta.

2) Atomic level: the elements combine into molecules again with emergent, unpredictable behavior, e.g., the properties of sodium chloride,

salt, essential to life, are utterly unpredictable from the poisonous elements sodium and chlorine of which it is made; the same for the combination of two hydrogen atoms with one oxygen item to give water.

3) Molecular level: primordial DNA molecules were exchanged between prokaryotes which, along with mutations, gave rise to new wholes (i.e., cells) which displayed emergent properties.

4) Cellular level: the rise of eukaryotic cells, meiotic sex, and symbiosis gave rise to increasingly complex feedback loops resulting in a new whole: "biological" life, i.e., living species, displaying emergent regulatory properties and self-organizing processes.

5) Species level: Self-regulating behavior seen, for example, in variances in the onset of female sexual maturity, litter size, number of eggs, as a reaction to environmental factors.

6) Interspecies level: Cooperation is evident between species; not just predation and competition for resources. This is seen in the division of a habitat into ecological niches as an adaptive behavior to insure the survival of all the species within a habitat (e.g., hunting/foraging at different times of day, feeding on different food sources, different hunting strategies resulting in different prey, different species of herbivores eating different parts of the same plant. In the plant world, different species thrive in the same environment by secializing in a different niche based on factors such as soil type, different growth season, different growth patterns (e.g., one plant grows faster and more abundantly, while another grows more slowly but taller, thus able to reach sunlight while being surrounded by the other species).

7) Environmental/Biosphere level: The fossil record shows that the Earth's surface temperature and atmospheric content have remained stable for millions of years despite the sun's increasing luminosity during that time. Through a complex network of feedback loops, Earth's entire biota is responsible for this. From a pure chemistry-based analysis, the mixture and stability of atmospheric gases over the course of the Earth's history makes no sense at all. It is explicable only when taking the self-regulating emergent properties of the whole of the biota into account.

Implications for Bioethics

Based on the ideas and observations of Nadeau and Kafatos I've described above, I think the human body is a manifestation of the whole of the biosphere in itself (again, the whole within the parts), a manifestation of related hierarchical systems. We display all the levels above within our own bodies, from quantum interactions, through atomic, through molecular, through cellular, through organ systems, all the way through the supreme emergent property: human consciousness.

An just as quantum physics has shown us that the distinction between observer and observed is both artificial and superficial, so it is with our individual relationship with the biosphere. We are as to Earth's biosphere as

each cell in our bodies is to the body as a whole. As each cell is part of the whole, we as individuals are part of the whole biosphere. As each cell contains the whole within itself (DNA), so we carry within each of us as a whole, the biosphere, and the means for understanding our proper relationship to it (i.e., a proper bioethics.) Consequently, I think all decisions made about biological issues, environmental issues, ecological issues, etc., should be made in as holistic a manner as possible. This means such decisions should always be made with the long-range effects/consequences of the decision in mind -- what will be the impact to the biosphere as a whole? Can Earth's self-regulating systems of climate and the biosphere compensate for the effects of human decisions on what to do with toxic waste, nuclear energy, the unregulated use of antibiotics, the planning of how to deal with refugees and victims of famine while ignoring issues such as family planning and birth control?

I am reminded of the well-intended programs here in the USA throughout the 20th century by the U.S. Department of Agriculture's Forest Service, to prevent forest fires at all costs by not allowing ANY fires to burn. This caused abnormally high amounts of undergrowth to sprout up in America's forests, so that when fires did occur, they turned into horrifying conflagrations that destroyed everything in their path. Prior to the 20th century, forest fires were the way forest trees actually germinated, because their seeds often require fire's heat to pop them open. There was little undergrowth to feed the flames, so that fires remained naturally contained, the flames striking only the lower parts of trees where the bark was thickest. In other words, the US Forest Service in the 20th century, once they had the techniques and tools to fight forest fires, simply analyzed forest fires as a single phenomenon that caused destruction and had to be prevented. Now, they have finally realized that there is a bigger «holistic» picture involved with forest fires, that they are actually beneficial when nature is not tampered with. As a result, they are now focusing their efforts on controlled burns and removing the undergrowth so that the nation's forests can hopefully return to their pre-20th century state.

ПРИРОДА ЧЕЛОВЕКА КАК ПРОБЛЕМА ФИЛОСОФИИ НАУКИ

К.Х.Делокаров

Специфика постановки и решения значительного числа философских проблем биологии зависит опосредованно или непосредственно от трактовки «вечной» метафизической проблемы «природы человека». Отношение к данной проблеме предопределяет направленность и характер ответов на такие вопросы, как смысл и цель жизни, следует ли стремиться к «улучшению», «усовершенствованию» человека и

вообще, правомерна ли постановка вопроса об «истинной» природе человека и т.д. и т.п.

В свое время испанский философ Ортега-и-Гассет отметил усложнение цивилизации и уровня проблем, которые предстоят решить людям, призванным руководить социальными и цивилизационными процессами. При этом, по его мнению, «разрыв между уровнем современных проблем и уровнем мышления будет расти»[1], и «если не отыщется выход», то «в этом главная трагедия цивилизации»[2]. Одна из важнейших граней этой проблемы в том, что человек, открыв науку, как средство решения все более усложняющихся вопросов общецивилизационного характера, научился решать с ее помощью преимущественно экономические, технологические вопросы, но он не научился разрешать проблемы общечеловеческого характера, смысла жизни, антропологические вопросы, предупреждать конфликты и глобальные столкновения. История показала, что испанский философ был прав, когда писал: «Растущая цивилизация — не что иное, как жгучая проблема. Чем больше достижений, тем в большей она опасности»[3]. Отсюда вопрос о новом качестве цивилизации, умножающем не только знания, но и опасности. Это новое качество связано с открытием новоевропейской науки. Как отметил Б. Рассел, «Почти все, чем отличаются нынешние времена от ранних веков, обусловлено наукой...»[4]. Именно с науки начинается специализация и «расщепление» личности на различные подсистемы. В течение длительного времени человек был целостен. И только с Нового времени происходит его расщепление на «Я мыслю», «Я чувствую», «Я верую» и т.д. и их противопоставление. Меняются целевые установки, что находит отражение в образовании — важнейшем инструменте формирования личности. С этого времени культура начинает формировать специалиста — инженера, врача и т.д., а не целостного человека. Последнее сказывается и на отношении науки и философии к проблеме «природы человека». Не входя в детали эволюции проблемы и отношения различных философских направлений к данному вопросу[5], приведем ряд тезисов о специфике постановки этой проблемы в современной философии науки. При этом речь пойдет не о попытках решить вопрос о природе человека в рамках неофрейдизма, социобиологии и им подобных междисциплинарных концепциях, а о надеждах совершенствования человека, осознающего себя не только свободным, но и ответственным за будущее. Тем самым речь идет о человеке начала XXI в., достиг-

---

1 Отрега-и-Гассет Х. Восстание масс. М., 2003. С. 85.

2 Там же.

3 Там же. С. 86.

4 Рассел Б. История западной философии. Новосибирск, 1997. С. 492.

5 См.: Стевенсон Л. Десять теорий о природе человека. М., 2004.

шего, с одной стороны, невероятных успехов в познании природы, а с другой, — породившего значительное число глобальных проблем, способных привести к уничтожению не только человека, но и всего живого на планете. В подобной ситуации актуализировался вопрос об идентичности человека, его способности остановить такие разрушительные тенденции как «столкновение цивилизаций» и индустриального человека и природы. Реакцией на эти тенденции стало стремление исправить природу человека, усовершенствовать его, преодолеть недостатки человеческой конструкции с помощью достижений генной инженерии и нанотехнологии. Это не может не беспокоить представителей гуманитарно-философской мысли, поскольку современному обществу не хватает не столько наноинженеров и компьютеров нового поколения и т.д., а ответственного отношения к порождаемым человеком смыслам, трансцендентальному, внутреннему миру человека. Ведь люди разнообразны по самым разным основаниям, но они идентифицируют себя как люди, и поэтому следует формировать не наночеловека, а этически ответственного, целостного, морального человека, способного понимать себя и других. В этой связи характерно, что И.Пригожин в статье «Очеловечение человека, креативность природы и креативность человека», анализируя одну из центральных глобальных проблем современности, а именно — возможность уничтожения человеком себя и мира в результате войны, — считает, что «наиболее существенным сегодня является, вероятно, переход от культуры войны к культуре мира, который пока не осуществлен»[1]. В этом смысле процесс очеловечения человека продолжается. И.Пригожин надеется не на достижения генной инженерии и нанотехнологии, при всей их значимости, а на креативность человека, его способность быть открытым и ответственным, гуманизацию его нравов.

Несколько иным видится будущая перспектива одному из ведущих современных физиков-теоретиков С. Хокингу. По его мнению, «Если только у нас не установится тоталитарный мировой порядок, кто-то где-то будет создавать усовершенствованного человека»[2]. При этом, очевидно, что подобный ход цивилизационного развития «вызовет огромные социальные и политические проблемы»[3], поскольку неизбежны конфликты между усовершенствованными и неусовершенствованными людьми. Обсуждая этот вопрос, С.Хокинг исходит из того, что речь идет не только и не столько о поддержке или запрете генной инженерии, сколько о вероятности такого сценария, независимо от того, хотим мы или не хотим этого. И поскольку челове-

---

1 Пригожин И. Очеловечение человека, креативность природы и креативность человека // Вызов познания. М., 2004. С. 259.

2 Хокинг С. Мир в ореховой скорлупе. М., 2007. С. 173.

3 Там же.

ческая раса и ее ДНК будут наращивать очень быстро сложность, то важно подготовиться к этому, чтобы знать, каким образом следует реагировать на такое развитие событий[1]. Не касаясь всех вопросов, поднимаемых С.Хокингом, отметим, что совершенствование человека происходит на протяжении всей человеческой истории. Естественно, что развитие, совершенствование человека происходит не в биологическом отношении, а в контексте культуры, созидания им новых смыслов, продуктов, целей и т.д. Тем самым эволюция и совершенствование находит отражение в мифах, философских системах и научных теориях, новых технологиях и социальных системах. Вместе с тем, размышления над тезисом С.Хокинга показывают не только сложность обсуждаемой проблемы, но и ее открытость, креативность (И.Пригожин), которую С.Хокинг в своем утверждении не учитывает. Будущее, в том числе и будущее человека, не предопределено, оно творится самим человеком. Это накладывает особую ответственность на человека и, в первую очередь, на ученых и философов, которые принимают непосредственное участие в «конструировании» человека и постижении смысла того, что есть человек.

СВОБОДА И ПРИРОДА — ОТКРЫТОСТЬ К ИНОМУ И АДАПТАЦИЯ: самодетерминация разума и саморазвитие организма

О.К.Румянцев

Преамбула. Возможно ли тематизировать такую сферу современного теоретизирования, в которой встречаются собственные нерешенные проблемы биологии и философии? Речь идет об области, подобной предметному полю философской антропологии, которая пыталась синтезировать метафизические концепции человека, принадлежавшие, с одной стороны, философии и, с другой — естествознанию. Ведь даже если биология и философия будут заниматься одним предметом, например, человеком, выясняя один и тот же вопрос (конечно, с разных сторон), это само по себе еще не предполагает их «встречи» в интересующем нас смысле. Что означает искомая нами «*встреча*» двух разных метафизик, предстоит еще разбираться. Я хочу предложить возможную версию такой встречи: она может состояться, если мы обнаружим *сходство* и *различие* метафизик философии и науки. Данное «*различие*» обусловлено тем, что истина научного познания принадлежит не философии, а науке. Истина науки есть не самоманифестация фило-

[1] Там же. С. 175.

софского духа, а выхождение иного — радикально вне-мысленного содержания мысли (ее природные и сакральные детерминации) — на арену, создаваемую разумом. Разумом, который конституирует свою *границу-открытость* с иным. Причем конституирует эту границу таким образом, что разум *ответственен*, с одной стороны, за свое авторство в строительстве и организации границы (природные детерминации мысли), а с другой — за предоставление авторского статуса Иному, по-своему полагающему эту границу (сакральные детерминации мысли). Итак, цель моего выступления — показать взаимосвязь «метафизических предпосылок»[1] биологических теорий и метафизики философии. Причем, конкретно речь будет идти о метафизических предпосылках концепций саморазвития в биологии, и о метафизике самодетерминации (субъективности, свободы) в философии. Данное исследование опирается на положения, сформулированные в работах Л.С.Черняка[2], и М.Б.Туровского[3].

Тезисы:

1. Для анализа «*сходства*» (и различия) метафизик биологии и философии удобно оттолкнуться от концепта «*аналогия*». Органическое всегда *мыслилось* как аналогия разумного. Соответственно, *саморазвитие* организма мыслилось как аналогия *самодетерминации* разума.

2. Трактовка адаптации организма к среде (иному) как независимости (закрытости) от нее есть понимание организма по аналогии с «риторическим» разумом. Риторическим[4] здесь называется разум, конституирующий себя в качестве такого процесса соотнесения с собой, в котором *снимается* инаковость иного. Данный разум хотя и тематизирует себя как открытость иному, но оказывается закрыт для детерминаций, в которых *авторствует* иное, поскольку разум, полагаясь на изначальное *сродство* с иным, не удерживает его радикальную инаковость.

3. Трактовка адаптации организма к среде (иному) как наибольшей взаимозависимости (открытости) с ней есть понимание организма по аналогии с «новоевропейским» разумом. Новоевропейским здесь называется разум, конституирующий себя в качестве такого процесса соотнесения с собой, в котором *постигается* инаковость иного. Этот разум тематизирует свою субъективность (свободу) как открытость для природных (и сакральных) детерминаций иного. Правда, говоря о новоевропейском разуме, приходится вести речь скорее о *пафосе*

---

[1] Речь идет не о «метафизическом ядре» (по Лакатосу), а о нетематизируемых в самой теории ее метафизических предпосылках.

[2] Черняк Л.С. Вненаходимость в диалогике: самодетерминация мысли и детерминации внемысленные // Владимир Соломонович Библер. М., 2009.

[3] Туровский М.Б. Концепция В.И. Вернадского и перспективы эволюционной теории // Туровский М.Б. Философские основания культурологи. М., 1997. С 197–226.

[4] А.В.Михайлов и С.С.Аверинцев называли 2,5 тысячелетний период от Осевого времени до XVII в. риторической эпохой.

новой организации разума, поскольку он все время соскальзывает с «позиции» открытости иному.

4. Инвариантность риторического разума, его преемственность на протяжении 2,5 тысячелетней эпохи обеспечена пониманием себя в контексте изначального сродства (концепция естественного света разума) с миром. В этом случае самодетерминация субъекта культуры оборачивается его автономной самозамкнутостью как независимостью от внекультурных детерминаций. По аналогии строится интерпретация саморазвития организмов в классических теориях эволюции (вплоть до начала XX в.), потому либо удается сформулировать направленность развития, но не получается *само*развития, либо — наоборот. Для новоевропейского (и особенно современного) разума, освободившегося от концепции предустановленной гармонии, в этом смысле *нет инвариантности*, поскольку он отдает себе отчет в том, что как он себя понимает, *таков он и есть*. Потому его открытость и есть «инвариантность». А это значит, что самодетерминация разума — человека как субъекта культуры — может исполниться только как открытость для обращенности к нему радикально внекультурных детерминант.

5. Тогда «сродство» такого разума с природой возможно как «*синхронизация*» темпоральности сознания (в качестве способа человеческого творения бытия) и времени жизни биосферы. А.А.Ухтомский писал: «Безотносительна лишь спайка пространства и времени... *Если вообще существует безотносительная, инвариантная величина, то это интервал в хронотопе, интервал между событиями*. Камень преткновения: «время психологии» и «время физики» ... Именно физиологии предстоит спаять их воедино. Человек — строитель знания и человек — участник истории — одно и то же существо»[1]. Представляется, что физиологии одной с этой задачей не справится, а для ее решения должны встретиться философия и биология. Но обязательно должны «*встретиться*», поскольку Dasein, «которое мы сами всегда суть», и Seyn «как само бытие» не существуют сами по себе (взятые по отдельности, как автономные, они — теоретические фикции), но представляют разные стороны события как *со-бытия* (бытия как времени).

Постановка проблемы. Органическое — аналогия разумного. Объяснение по аналогии означает, что мы кое-что знаем про свой разум, и по аналогии мыслим нечто более непонятное — «что такое организм». Но кроме того предполагается, что в «объекте» (жизнь), который мы хотим понять по аналогии, есть некоторый нередуцируемый, несводимый к этой аналогии остаток — *трансцендентный* тому предмету (разуму), с помощью которого его объясняют. И для Аристотеля и для Гегеля живой организм есть представленность такого *внемысленного* бытия, которое может и должно быть сформулировано *только* мыслью. «Органическое», показывает Черняк, всегда мыслилось как аналогия «Разумного»: живое,

[1] Ухтомский А.А. Доминанта. СПб., 2002. С. 70-71.

самоорганизующееся понимается как предметно-конечное подобие, воплощение, *объективация* само-детерминирующейся мысли. Удивительно *совпадение* Гегеля с Аристотелем, ведь с тех пор возникло христианство, а потом наука. Античный разум не знает новоевропейской бесконечности; в античности радикально другое понимание времени и вечности; там немыслима новоевропейская «природа» и оппозиция «организм — механизм». В данном случае невыгодно хранить интригу, а лучше, забегая вперед, указать причину этого удивительного «совпадения»: если в античности невозможно сформулировать инаковость иного (а именно его представляет живое), то у Гегеля она (инаковость) *снимается*, потому мысль совпадает со своим радикально внемысленным предметом.

Почти навязчивая потребность проводить аналогию Разума и Жизни основана на том простом и фундаментальном обстоятельстве, что человек — *тоже живое* существо. И в чем же состоит это сходство, если, пишет М.Б.Туровский[1], не обращаться к таким бессодержательным трюизмам, как анатомия и физиология, биохимия и генетика? Принципиальное сходство человека и живого организма в том, что они *противостоят* среде, противостоят своей *системной организованностью.* Особенность этой организованности в том, что и для биологической и для человеческой истории речь идет о *саморазвитии*, *самодетерминации.* Для понятия саморазвития важнейшим является вопрос о его направленности, который у Гегеля корректно и содержательно задан «доведением субстанциальности до субъективности». А вот с проработкой проблемы начала (генератора) саморазвития у него не складывается, поскольку для этого требуется тематизировать *открытость* иному. Другими словами, дело в том вопросе о внемысленных детерминантах мысли, который сформулировал Кант. Субъективность (свобода) конечного разума человека в мире явлений природы (укорененных в вещи-в-себе) может исполниться только в качестве открытости разума к природным детерминациям. Форму (пространство, время) и язык (математику) для экспрессивности природы дает ей разум, но только здесь, подчеркивает Черняк, природа обретает собственный голос. Открытость разума этому призыву природы «*понять ее*» и есть формулировка *начала* — генератора саморазвития разума. Однако у Канта *само*развития разума, вследствие предпосланности ему внеисторической (абсолютизированной) гносеологической оппозиции, не получается, что категорически не устраивает Гегеля. Для него проблема познания вовсе не в том, каким способом человек воссоздает в сознании мир — Гегель вернул пафос *космологии* греков, — а проблема в том, как в действительном мире происходит его (мира) саморазвитие.

М.Б.Туровский видит задачу формулировки проблемы начала (генератора саморазвития) следующим образом. Саморазвитие, самодетерминация предполагает, что, во-первых, генератор развития *не*

[1] Туровский М.Б. Там же.

предзаложен развитию, но формируется в самом процессе развития. Однако, во-вторых, саморазвитие, как еще только возникающее, *не разноприродно* уже упорядоченному, заданному процессу развития. Во всяком уже состоявшемся развитии обязательно присутствует и порождающееся саморазвитие. В этом смысле развитие принципиально не «уже есть», но становится, формируется. А это означает, что, в-третьих, хотя начало развития принадлежит его имманентному генератору, но развитие вовсе не обременено и не предрешено уже состоявшимся один раз началом. Ставшее начало — это противоречие в определении, ведь ставшее начало есть исчерпанность, результат (а значит, целостность). Начало — не ставшее, а зачинающее процесс — возможно, пишет Туровский, только как неопределенность, избыточность взаимодействующих контрагентов. И неопределенность, открытость должна постоянно возобновляться.

Как раз задача концептуализации такого имманентного генератора саморазвития не была решена Гегелем. Подобная же конструкция представлена у Ламарка: филогенетическое развитие оказывается осуществлением *предзаданных* усилий *стремления к совершенству*, потому время — тот *монотонный однородный фон*, в котором исполнится «План», или «Схема метафизических категорий» (обожествленный человеческий Разум). В концепции саморазвития у Дарвина не сформулирована направленность к «наиболее приспособленному». Несоразмерная огромность среды по отношению к организмам буквально навязывает понимание среды как независимой переменной. Соответственно, организм выступает как функция этого аргумента, как приспособление. Потому приспособление не имеет положительного определения, оно понято как достижение *независимости* от среды. Но зато у Дарвина возобновляется начало (генератор), зачинающее процесс: «случайная мутация» вносит рассогласование в приспособление к среде организма; по отношению к этому приспособлению он становится *неопределенным*, *открытым*. Движущей силой оказывается, по сути, не приспособление (или естественный отбор, как это декларируется), а как раз *дезадаптация* организма. Потому здесь обязательно наличествует живое время, в котором что-то случается: организм экспериментирует. Тем самым, здесь саморазвитие, самодетерминация *исполняется* как открытость *внешним* детерминациям. Если для организма речь идет о *вне-организменных* детерминациях, то для субъективности человека о *вне-мысленных бытийных* детерминациях.

Уже давно пришла пора открыть секрет полишинеля. Вопрос об аналогии органического и разумного — природный горизонт сакрального вопроса о провиденциализме и свободе воли; у Канта — о *природе и свободе*, а у неокантианцев — о взаимоотношении наук о природе и наук о культуре. Это, конечно, ключевая проблема новоевропейской философии, которая, вопреки мнению постмодернистской философии,

вовсе не потеряла своей актуальности. Данная тема еще звучит в памяти живыми голосами наших учителей, которые если и не причисляли себя к шестидесятникам, но «по духу времени», несомненно, близки им. Недолгие годы, объединившие (пусть и в запальчивых спорах) «физиков» и «лириков», техническую, естественнонаучную и гуманитарную интеллигенцию, мобилизовали особую породу людей — самодостаточных и ответственных, ощутивших себя общественной силой. Представляется, по меньшей мере, допустимым предположение, что именно встреча естественнонаучного и гуманитарного знания позволила концептуализировать вопрос о самодетерминации, свободе, субъективности человека. На фоне сталинских лагерей внутренняя *свобода* этих людей поразительна, а краткий временной отрезок «оттепели» вырастает в одну из реперных точек всего XX века.

НА ПУТИ К АНТРОПНОМУ ИЗМЕРЕНИЮ NBIC-КОНВЕРГЕНЦИИ

В.И.Аршинов

За последние десять лет исследования в области философии науки и технологии в их междисциплинарном и трансдисциплинарном контекстах обзавелись новым концептом: «конвергирующие технологии». Несколько раньше, в середине 90-х годов, на само явление «растущей конвергенции *конкретных технологий в высокоинтегрированной системе*, в которой старые изолированные технологические траектории становятся буквально неразличимыми», обратил внимание социолог М.Кастельс. При этом он подчеркивал, что «технологическая конвергенция все больше распространяется на растущую взаимозависимость между биологической и микроэлектронной революциями, как материально, так и методологически»[1]. Фиксируя это явление, новый концепт существенно расширяет свое содержание, ставя в центр внимания синергетическое взаимодействие между самыми разными областями исследований и разработок такими как нанонаука и нанотехнология, биотехногия и науки о жизни, информационные и коммуникационные технологии, когнитивные науки. Однако не следует ограничиваться лишь такого рода констатациями.

Ведущиеся сейчас на Западе интенсивные дебаты по поводу конвергирующих технологий стали по сути форумом для исследований будущего в контексте становления современной *нанотехнонауки*. Новое, «посткастельсовское» прочтение понятия конвергирующих

[1] Кастельс М. Информационная эпоха. М., 2000. С. 78.

технологий начало стремительно формироваться, начиная с 2001 года, когда под эгидой Национального научного фонда США была выдвинута так называемая NBIC[1]-инициатива. В этой инициативе четко выделяются два целевых фокуса-аттрактора.

Первый акцентирует внимание на синергетическом объединении вышеназванных областей исследований и разработок в нанометрическом масштабе, что обещает уже в обозримом будущем цепную реакцию самых разных технологических инноваций, в своей совокупности обещающих глобальную трансформацию самого способа развития человеческой цивилизации в целом. Этот фокус можно назвать так же экономико-технологическим.

Что же касается второго, то он акцентирует внимание на проблеме «улучшения человека», «человеческой функциональности» (*improving human performance*), или «расширения человека» (*human enhancement*)[2]. Нет ничего удивительного поэтому, что NBIC-модель конвергирующих технологий (NBIC-тетраэдр) всколыхнула новую волну энтузиазма среди адептов трансгуманистического движения (Ник Бостром, Рей Курцвейль, Вернон Уиндж), увидевших в ней реальный практический инструмент создания следующего поколения постчеловеческих существ, трансформации всего того, что Ханна Арендт назвала «человеческой обусловленностью»[3].

Здесь нет цели подвергнуть критике воззрения трансгуманистов. Во-первых, эти воззрения сами по себе неоднородны[4]. Во-вторых, я считаю гораздо более конструктивным рассматривать воззрения современных трансгуманистов не с точки зрения фиксации их постче-

---

1 NBIC = Nano-, Bio-, Information Technologies and Cognitive Sciences, т.е. так называемые конвергентные технологии, к которым относятся нанотехнология, биотехнология и генная инженерия, информационные и коммуникационные технологии и когнитивные науки, играют важную роль в решении проблемы «технического усовершенствования человека». Сегодня, как подчеркивают неоднократно западноевропейские и американские исследователи этой проблематики, недостаточно уже изучения того, как отдельные технологии (прежде всего из вышеназванных технологий) влияют на развитие общества и человека. Необходимо исследовать их конвергентное (сопряженное) влияние также и друг на друга, учитывая всю палитру их возможных применений. Причем сами эти применения (не только уже имеющиеся, но и предполагаемые) оказывают воздействие и на развитие научно-теоретической базы этих технологий.

2 Английские термины в скобках указаны по необходимости обратить внимание на еще одну немаловажную проблему: а именно – проблему адекватности их перевода на русский язык. В англоязычных экспертных текстах термин «*human enhancement*» зачастую трактуется как конкретизация «*improving human performance*» с дополнительным пояснением, что речь идет о технологическом усилении, приращении человеческих способностей, модификации человеческой телесности и интеллекта.

3 Арендт Х. Vita activa или о деятельной жизни. Санкт-Петербург, 2000.

4 Достаточно полное представление о современном состоянии трансгуманистического движения как у нас в стране, так и за рубежом можно составить ознакомившись с содержанием недавно вышедшей книги «Новые технологии и продолжение эволюции человека? (Трансгуманистический проект будущего). М., 2008.

ловеческих устремлений, а в более широком контексте их возможной синергийной конвергенции со всем междисциплинарным (и трансдисциплинарным) комплексом современного социогуманитарного знания. Именно такую конвергенцию я и имею в виду, говоря об антропном измерении NBIC-процесса. Например одна из разновидностей трансгуманизма — *экстропизм* — ориентируется на такие концепт-принципы как «само-трансформация», «динамический оптимизм», «интеллектуальный технологизм», «спонтанное упорядочение», «открытое общество» (Макс Мор), которые, в свою очередь, могут служить конструктивной методологической основой для осознаваемого управления процессом конвергентной эволюции социогуманитарных исследований и технологий, вовлеченных в становление так называемого NBIC-тетраэдра[1].

Авторы «тетраэдрической» концепции взаимосвязи конвергентных технологий М.Роко и В.Бэйнбридж утверждают, что конвергенция реализуется как синергийная комбинация четырех быстро развивающихся областей науки и технологии: (а) нанотехнологии и нанонауки; (б) биотехнологии и биомедицины, включая генную инженерию; (с) информационные технологии, включая продвинутый компьютинг и новые средства коммуникации; (д) когнитивные науки, в том числе когнитивные нейронауки. Утверждается так же, что сейчас эти области человеческой деятельности, как эволюционно-сопряженной совокупности практик познания, изобретения и конструирования, достигли такого уровня инструментального развития, при котором они должны вступить в интенсивное синергетическое взаимодействие, результатом которого явится становление качественно новой супер-нано-технонауки, открывающей перед человеком и человечеством новые горизонты собственной эволюции как осознанно направляемого трансформативного процесса.

Естественно возникают вопросы: О какой собственно эволюции идет речь: о биологической, социальной или, быть может, биосоциальной? Куда и кем (или чем) это эволюция должна «направляться»? Какие формы она может принять?

В контексте конвергентного технологического тетраэдра Роко и Бэйнбриджа ответов на эти вопросы мы не получаем. Эта концепция инструментальна по своему генезису и структурно соотносится с четырьмя базовыми идеальными элементарными нано-объектами: атомами, генами, нейронами и битами, символически располагаемыми в его вершинах. Процесс конвергенции, синергийность тетраэдра предполагает, что «на уровне наномасштаба атомы, цепи, код ДНК, нейроны и биты становятся взаимозаменяемыми»[2]. Тем

---

[1] Имеется ввиду фигура, объемно-геометрически представляющая эмерджентную совокупность (NBIC) попарных взаимодействий конвергирующих технологий: Nano-, Bio-, Info-, Cogno-процесс.

[2] Bouchard R. BioSytemic Synthesis. Science and Technology Foresight Pilot Project, STFPP Research Report # 4, Ottava,June 2003.

самым нанотехнологии становятся в NBIC-модели синергетическим параметром порядка, подчиняющим своей логике процесс эволюции конвергентных технологий. Нанообъекты становятся фокусом синергетической интеграции.

Однако из этой *а*субъектной логики взаимозаменяемости нанообъектов эволюционно-антропологический дискурс как таковой не складывается.

В стратегической перспективе второй полюс NBIC инициативы, касающийся проблемы «расширения человеческих возможностей» оказывается во многом лишенным социогуманитарного а по сути — антропологического содержания. Он оказывается редуцированным к технонаучному аспекту данной проблемы. Правда, эта редукция в некотором смысле является завуалированной, так сказать редукцией «второго рода», поскольку она предусмотрительно апеллирует к междисциплинарной синергии открытия и конструирования, то есть к некоей многоуровневой самоорганизации и целостности. Тем не менее, она, пусть и в неявном виде, но присутствует и это обстоятельство важно иметь в виду для понимания специфики той качественно новой (*сложностной*) ситуации, которая сейчас возникает в связи с осмыслением всего проблемного поля «*human enhancement*» в том его виде, как оно соотносится с синергийной фигурой NBIC-тетраэдра.

Здесь речь идет о редукции «второго рода», поскольку «внутри» NBIC-тетраэдра классическая междисциплинарная редукция как таковая отсутствует или ограничена в пользу конструктивной синергийной коммуникации, поддерживаемой метафорой взаимообмениваемости вершин-объектов конвергентного нанотетраэдра: атомов, генов, нейронов, битов. Сейчас нет возможности обсуждать вопрос о правомерности объединения атомов, генов, нейронов и битов под одним «зонтичным» термином нанообъекты. Об этом пойдет речь в другом месте. Здесь важно только отметить, что нанообъекты — это не более чем символические продукты когнитивной машины Декарта, продукты практик «очищения», создающих, согласно Бруно Латуру «две совершенно различные онтологические зоны, одну из которых оставляют люди, другую — "нечеловеки" (*non-humains*)»[1]. Опять-таки не углубляясь в подробности акторно-сетевой теории (*ANT*) Латура[2], заметим еще, что в фокусе внимания Латура, его *симметрийной антропологии*, находится проблема преодоления того, что он называет Великим разделением (или разрывом) Нового времени.

---

[1] Латур Б. Нового времени не было. Эссе по симметрийной антропологии. СПб, 2006. С. 71.

[2] Кстати говоря, являющейся в настоящее время самым подходящим инструментом для адекватной концептуализации всего проблемного поля конвергирующих технологий как технологий «*human enhancement*».

Это разделение отсылает к «двум совокупностям совершенно различных практик». О второй совокупности практик «критического очищения» (машинах Декарта) уже было упомянуто выше. Что же касается первой совокупности практик, то она соответствует тому, что Латур называет сетями. Эти практики можно еще назвать сетевыми машинами Деррида-Делеза. Их продуктами является вездесущая реальность гибридов природы и культуры, или квазиобъектов или, быть может, «субъект-объектов», которые «перешагивают через барьеры между культурой и природой, деятелем и материалом»[1].

Тогда фундаментальное философское значение конвергирующих технологий состоит прежде всего в том, что внутри синергийного NBIC-тетраэдра нанообъекты как продукты декартовских («нововременных» по терминологии Б.Латура) практик «очищения», трансформируются в множество гибридных квазиобъектов, как продуктов практик медиации в смысле все того же Латура. Итак, вместо декартовского NBIC-тетраэдра возникает технологически опосредованная конвергенция между материальными уровнями реальности и когнитивными уровнями человеческого опыта. Такого рода медиация *процессно* реализуется в *наномасштабе* генерацией все большего количества медиаторов — квазиобъектов-вещей и знаков, как квазиинтерсубъективных коммуникаторов. В таковые и превращаются прежде всего предварительно «очищенные» идеальной машиной Декарта атомы, гены, нейроны и биты. Но здесь не случайно выделен курсивом термин «наномасштаб», поскольку за его границами природа, общество и дискурс, по словам Латура, «все еще удерживаются на расстоянии друг от друга и все три не принимают участия в работе по созданию гибридов, они формируют ужасающий образ нововременного мира: абсолютно выхолощенные природа и техника; общество, состоящее только из отражений, ложных подобий, иллюзий; дискурс, конституированный только эффектами смысла, оторванного от всего остального»[2].

Таким образом, проблема состоит в том, чтобы всячески стимулировать процесс конвергентного расширения практик технокультурной антропологически ориентированной медиации, рекурсивно порождающих гибридные когнитивные интерфейсы между конвергирующими уровнями реальности. При этом *сложностность как нередуцируемая целостность* и есть тот потенциальный контекст, в котором эта «двойная» технокультурная конвергенция только и может в полной мере осуществляться.

---

[1] Дэвис Э. Техногнозис:мир,магия и мистицизм в информационную эпоху. Екатеринбург, 2007. С. 25.

[2] Латур Б. Указ.соч. С. 133.

СВЯЗЬ ПСИХИКИ, СОМАТИКИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА С ПОЗИЦИЙ ФИЛОСОФИИ ТОТАЛЬНОСТИ[1]

В.В.Кизима

После того, как начиная с 80-х гг. XX столетия отделение психоанализа от наук о мозге на Западе, в частности в США, исчерпало себя и начал пробуждаться интерес к связи психики, биологии (генетики, мозга) и медицины (в связи с т.н. «психосоматическими болезнями»), возникла потребность говорить о взаимодействии психического, социального и биологического детерминантов поведения человека. Одновременно такой поворот к отношению неврологии и психологии придал теме философский характер, поскольку осмысление отношения материального и идеального, телесного и духовного всегда было глубинным вопросом философии. Но философия шла здесь своим путем. В наметившейся конвергенции медицины и философии сегодня имеется их взаимная заинтересованность.

Новые философские постнеклассические исследования последних двадцати лет, развивавшиеся независимо от медицины, в дальнейшем получая творческие импульсы от медиков в этом направлении, сами могут стимулировать, например, более глубокое понимание сущности психосоматических заболеваний в медицине и практических путей их лечения. Речь идет о метафизике тотальности[2], где получила новую интерпретацию старая проблема отношения сознания и бытия, психики и физиологии. Человек рассматривается в этом случае двойственным в онтико-онтологическом плане: как онтическое существо он локален, индивидуален, самоидентичен, выступает как *монада*, но одновременно он как часть более общих сред и условий, нелокален, вездесущен, но неощутим, выступает как обволакивающий себя же как монаду невидимой аурой парс (лат.*pars* — часть), и в этом смысле онтологичен. Новый шаг состоял в том, что монадность и монадные отношения стали рассматриваться как материальное начало, а парсическое — как идеальное, а анализ отношений между ними позволил выявить механизм их *взаимовлияния* и *взаиморазвития* (причинно-кондициональную самодетерминацию)[3]. А это значит, что на предельном уровне общности фактически разрешена проблема психофизического и психофизиоло-

---

[1] Доклад по данным тезисам подготовлен в рамках российско-украинского проекта «Постнеклассические практики в меняющемся мире» (Постановление Президиума НАН Украины от 08.04.2009 № 96, проект № 18).

[2] Кизима В.В. Тоталлогия. К.: Издатель ПАРАПАН, 2005. 272 с. Кизима В.В. Начала метафизики тотальности // Постнеклассика: философия, наука, культура: Коллективная монография / Отв. ред. Л.П.Киященко и В.С.Степин. СПб: Издательский дом «Міръ», 2009. С.71—137.

[3] Кизима В.В. Постнеклассические практики: рефлексивность и управление // Вопросы философии.. 2010. № 3 С. 54—65.

гического параллелизма. Отталкиваясь от данного решения, можно рассматривать и вопрос о природе психосоматических отношений. Движение в этом направлении уже фактически идет и в нем прослеживается философско-медицинский параллелизм.

В статье американского доктора медицины Эрика Р.Кэндела (Eric R.Kandel) «Новая интеллектуальная основа психиатрии»[1] автор исходит из обобщенных им пяти принципов представлений современных биологов о взаимосвязи мышления и мозга.

1. Все психические процессы являются функциями мозга. Поведенческие разлады, называемые психическими болезнями, являются нарушением функций мозга, чем бы это нарушение ни вызывалось.

2. Гены и их белковые продукты определяют структуру взаимосвязей между нейронами мозга и деталями их функционирования. Одним из факторов, способствующих развитию психических болезней, является генетический.

3. Измененные гены сами по себе не объясняют всех вариаций основных психических болезней. Поведение и социальные факторы, обучение могут влиять на экспрессию генов и через них на функцию нервных клеток. Все «воспитание» в конечном итоге выражается в «природе».

4. Изменения в экспрессии генов, индуцированные обучением, приводят к изменениям в структуре нейронных связей, что задает биологические основы индивидуальности и, возможно, способствует нарушениям поведения, вызываемым социальными ситуациями.

5. Психотерапия влечет изменение экспрессии генов в результате обучения и меняет силу синаптических связей и структур между клетками головного мозга, вырабатывает долговременные изменения в поведении.

Кэндел рассматривает возражения против сказанного, особенно против первого принципа. Во-первых, неясен конкретный механизм порождения мозгом психических процессов. «Большой проблемой, — говорит Кэндел, — для психологии и психиатрии является разграничение этих отношений в условиях, которые бы удовлетворили как биологию мозга, так и психиатрию сознания». Во-вторых, если переходить от индивидов к социальным группам, социальные процессы должны определенной мерой отражать биологические функции, а поскольку гены (как считают некоторые биологи) не поддаются влиянию социальных условий, а сами определяют их, то это вызывает антипатии к биологическим наукам со стороны социологов и других обществоведов. С позиций метафизики тотальности вопрос о мозге и сознании и связанные с ним затруднения может быть разрешен на пути признания монадно-парсической дуальности генов, клеток, мозговых процессов, где монадность проявляет себя в структурах мозга, а парсичность — в психических явлениях. Учет же механизма причинно-кондициональной самодетерминации позволяет

[1] Eric R. Kandel. A New Intellectual Framework for Psychiatry. Am J Psychiatry 155:457-469, April 1998.

говорить об их не только взаимовлияниях, а и взаимопереходах. На этой методологической базе может решаться и другая, чисто практическая задача, о которой также говорит Кэндел, — изменения подготовки психологов и психиатров, ранее игнорировавшей биологию, равно как и обучения биологов, которые доходя до психических феноменов, например при изучении поведения, были беспомощны без психологов и психиатров.

Показательно, что рассмотрев все вопросы, Э.Кэндел приходит к выводу, перекликающемуся с философской установкой на двойственную сущность явлений. Ключевым, по его словам, здесь есть вопрос о том, как работают гены. Он доказывает, что они обладают *двойной функцией*: 1) служат как *стабильные шаблоны*, которые могут воспроизводиться и делают это в каждой клетке организма, в том числе в половых. Шаблон и передача им функций в ходе репликаций не регулируется социальным опытом и нашим личным контролем; 2) определяют фенотип, структуру, функции и другие биологические характеристики клетки (выполняют *транскрипционную функцию*). Особенность ее в том, что хотя каждая клетка тела имеет все гены, в каждом конкретном типе клеток (печени, мозга и т.п.), только часть генов (10—20%) является выраженной, остальные, пишет Кэндел, «эффективно угнетаются». Поэтому все клетки данной группы образуют однотипное множество (печень, мозг и др). Ген, выраженный в клетке, направляет фенотип клетки: производство специфических белков, характерных для нее. Транскрипционная функция генов — способность данного гена к производству специфических белков в любой клетке, строго регулируется как реакция на факторы среды. Регуляции экспрессии генов со стороны социальных факторов выполняют все функции организма, в т.ч. головного мозга. Социальные влияния биологически включаются в измененные выражения определенных генов в определенных клетках конкретных областей мозга. Эти изменения передаются в культурном отношении, но не генетически.

Фактически, здесь описывается процесс изменения отношения монадности и парсичности в генах и клетках и задача генетики, биологии и медицины состоит в том, чтобы данный процесс был максимально полно прослежен для того, чтобы управлять им.

БИОЛОГИЯ: НАУКА ОСВОБОЖДЕНИЯ ИЛИ НАУКА МАНИПУЛЯЦИИ?

Д.К.Ахтырский

Фундаментальная этическая проблема биологии — противоборство внутри этой науки двух тенденций, «освобождающей биологии» и «манипулятивной биологии».

Эти тенденции проявляют себя во всех сферах научного знания, но именно биология на данный момент является крайне значимым плацдармом этой борьбы, хотя ее основной фронт пролегает сегодня в области наук о человеке и обществе.

Качество, первоочередным образом характеризующее манипулятивную науку — отрицание (скрытое или явное) категорического императива, не позволяющего рассматривать объект исследования как средство для достижения целей, чуждых или даже враждебных целям объекта. Конечно, Кант имел в виду прежде всего человека, но мы сегодня вправе расширить круг применения категорического императива до пределов всего универсума и всех существ, в нем пребывающих.

Даже математика — основа контовской иерархии наук — может быть рассмотрена в свете данной дихотомии. Однако этому участку фронта еще далеко до того, чтобы стать местом сражения. В современности на нем действуют лишь разведгруппы неопифагорейцев и им подобных.

Настолько же маргинально положение защитников «освобождающей науки» в областях физики и химии. Собственные интересы, цели и сущность элементарных частиц исследователей интересует в минимальной степени и манипулятивный мейнстрим властвует практически безраздельно, не желая допускать даже самой постановки подобных этических вопросов — желают ли подопытные частицы в адронном коллайдере принимать участие в эксперименте, фатальным образом изменяющем их судьбу.

Ключевым для «освобождающей науки» является допущение существования «внутренней», субъективной реальности исследуемого объекта — существующей для самого этого объекта, сознания или его эквивалента. Это допущение в свете категорического императива предполагает, что объект исследования (как он существует сам для себя) должен стать главной целью исследования — и в лучшем случае во вторую очередь должен исследоваться в качестве средства для достижения сторонних по отношению к объекту целей. И эта вторая очередь может воспоследовать лишь тогда, когда исследователь не обнаружил «возражений» объекта, причем этически корректно предполагать для объекта именно «презумпцию возражения». Такова этическая максима, как она мне видится — как бы она ни была далека от дискурса современного «естественнонаучного» мэйнстрима.

Психология и социология достаточно четко разделяются по рассматриваемому критерию. Одни стратегии подразумевают освобождение человека, интеграцию его сознания и человеческой культуры в целом. Другие же направлены на совершенствование искусства манипулирования человеком и социумом, в конечном итоге — на сужение числа степеней их свободы, к усугублению творческой ущербности — вплоть до состояния пресловутого винтика в контролируемом социальном механизме.

Область же биологии находится в положении участка фронта, только становящегося сценой активных боевых действий.

Высшие животные достаточно недвусмысленно выдают исследователю практически не допускающую иных интерпретаций информацию о своем нежелании принимать участие в экспериментах, которые приводят их организм к летальному исходу или же, шире, к нежелательным для них переживаниям. Некоторые же виды животных имеют настолько развитую нервную систему и деятельность, что возникает вопрос об их «равном» или даже «превосходящем» по отношению к «homo sapiens» положению — причем по параметрам, которые дискурс естественной науки модерна полагает высшими. Это привело, в частности, к тому, что такой этически ориентированный исследователь-дельфинолог, как Джон Лилли, выпустил на волю группу подопытных дельфинов, заявив, что дельфинологические изыскания для него в дальнейшем будут возможны только как добровольное с обеих сторон сотрудничество человека и дельфина. И это при том, что само «нижестоящее» по ряду параметров положения существа не дает принципиального этического права эксплуатировать его существу «вышестоящему» — напротив, налагает долженствование помощи.

Концептуально важна в данном контексте метафизическая проблема понимания «Другого». Она упирается в две фундаментальные антиномии — «солипсическую» (понимание невозможно, либо возможно всепонимание в пределах/беспредельности единого универсального сознания) и классическую кантовскую антиномию свободы/детерминизма. Декарт предпочитал исходить из детерминистской установки, интерпретируя болезненные реакции подвергаемых им вивисекции существ как автоматические реакции механизма. Но продолжение этого нарратива привело в теории к появлению трактата Ламетри «Человек-машина», а на практике — к попытке воплотить в жизнь тоталитарные антиутопии, в пределах которых индивидуальные переживания имеют ценность только в контексте их осмысления высшими властными инстанциями в лице слившихся с властью в одно целое экспертными научными советами.

Таким образом, даже принимая во внимание всю сложность ситуации, в которой находится современное человечество и, в частности, научное сообщество, этический вектор прочерчен от науки манипуляции к науке освобождения. При всем обилии неизвестных нам факторов следование категорическому этическому императиву предполагает трансформацию биологии в направлении от утилитаристской вивисекции к взаимоосвобождающей медицине — пониманию того, что на пути освобождения находится как экспериментатор, так и подопытный. И подопытный этот — не «экземпляр» и не «живой материал», но субъект, «сын божий» и наш брат, сознательное существо. И это существо нуждается в медицинской помощи — и, возможно, способно помочь и

нам без неприемлемых с его стороны жертв. И само слово «медицина» тут может служить синонимом «науки освобождения» во всех смыслах, которые человек способен вложить в это слово — «освобождение».

ЭМПАТИЯ И ПРОБЛЕМА ЧУЖОГО СОЗНАНИЯ

И.Г.Гаспаров

Вопрос, могу ли я быть уверен, что кроме моего собственного существуют другие сознания, активно обсуждается, по крайней мере, со времен Р.Декарта. Проблема возникает для того, кто принимает следующие три утверждения, которые вместе составляют ядро картезианской концепции психического:

(1) У меня есть непосредственный доступ к содержаниям своего сознания;

(2) Из наблюдения за физическими состояниями тела нельзя сделать никаких (достоверных) выводов о психических состояниях этого тела;

(3) У меня нет непосредственного доступа к содержанию чужих сознаний.

Однако в этом случае, какие у меня могут быть основания атрибутировать психические состояния кому-либо, кроме себя самого? Если таких оснований нет, то наша повседневная практика, когда мы приписываем психические состояния отличным от себя людям, лишается рационального основания. Есть три основных возражения против нерациональности ментальной атрибутации:

(АА) Аргумент от аналогии, который утверждает, что хотя у нас нет прямого доступа к чужому сознанию, наше сходство с другими людьми является достаточным основанием, чтобы сделать вывод о наличии у них психических состояний.

(АПЯ) Аргумент Л.Витгенштейна о невозможности приватного языка, согласно которому язык не может иметь чисто приватного характера, так как в противном случае он не мог бы выполнять коммуникативную функцию.

(АЭ) Аргумент от эмпатии, согласно которому существует специальная способность, которая позволяет иметь непосредственное — квазиперцептивное знание — о психических состояниях других людей

В дальнейшем я буду аргументировать, что, несмотря на то, что традиционно АЭ имел наиболее слабые шансы на успех по сравнению с АА и АПЯ, а также, что традиционные концепции эмпатии страдают существенными изъянами, некоторые современные естественнонаучные открытия делают этот аргумент наиболее перспективным ответом на проблему чужого сознания.

Идея эмпатии берет начало в работах Р.Фишера[1] и Т.Липпса[2], которые понимают эмпатию как специфическую проекцию Я в иные отличные от него объекты, которая заставляет нас непосредственно переживать их как одушевленные. Очевидно, что такая концепция эмпатии не позволяет понять, что является основанием атрибуции в самих объектах. Идеи Липпса были подвергнуты справедливой критике в рамках позднейшей феноменологической традиции Э.Штайн[3] и М.Шеллером[4], и практически не имели позитивной рецепции в аналитической философии сознания. Однако в конце прошлого века интерес к эмпатии пробудился с новой силой[5]. Это связано с открытием «зеркальных нейронов»[6]. «Зеркальными» называют нейроны, которые активны как при совершении самим субъектом определенного действия, так и при восприятии такого же действия, совершаемого другими. Многие современные нейрофизиологи полагают, что активность «зеркальных нейронов» лежит в основе механизма эмпатии, позволяя понять, каким образом возможно непосредственное восприятие чужого психического состояния.

Я полагаю, что нейрофизиологический механизм эмпатии дает возможность понять, почему мы непосредственно воспринимаем других людей как живых, интенциональных сознательных агентов, с одной стороны, и объяснить, почему иногда наше восприятие оказывается ложным и, следовательно, может быть подвергнуто сомнению, с другой. Эмпатия — естественный, квазиперцептивный механизм, надежно информирующий о чужом психическом состоянии. Благодаря этому механизму мы получаем информацию о чужом психическом состоянии. В случае нормальной работы этого механизма получаемая информация достаточно надежна. Если же он дает сбои, то чужое психическое состояние репрезентируется в искаженном виде. Однако в этом смысле эмпатия вряд ли чем-то принципиально отличается от

---

1 Vischer R. (1872) Über das optische Formgefühl – ein Beitrag zur Ästhetik, Diss., Tübingen.

2 Lipps, T. (1898) Raumästhetik und geometrisch-optische Täuschungen. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane 18: 405-441; Lipps, T. (1903) Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindung. Archiv für die gesamte Psychologie 1: 185—204; Lipps, T. (1903—06) Ästhetik, 2 Bd. Hamburg und Leipzig; Lipps, T. (1906) Einfühlung und Ästhetischer Genuß. Die Zukunft 16: 100—114; Lipps, T. (1907) Das Wissen von Fremden Ichen. Psychologische Untersuchungen 1: 694—722.

3 Stein, E. (1980) Zum Problem der Einfühlung, München: Kaffke Verlag.

4 Scheler, M. (1973) Wesen und Form der Sympathie. Bern/München, Francke Verlag.

5 Gallese, V. (2001) The 'Shared Manifold' Hypothesis: From Mirror Neurons to Empathy // Journal of Consciousness Studies 8: 33-50; Goldman, A. (2006) Simulating Minds: The Philosophy, Psychology, and Neuroscience of Mindreading. Oxford: Oxford University Press; Stueber, K. (2006) Rediscovering Empathy: Agency, Folk Psychology, and the Human Sciences. Cambridge, Mass.: MIT Press; Zahavi, D. (2007) Expression and empathy / Folk Psychology Re-Assessed, ed. D.D. Hutto and M. Ratcliffe, 25-40. New York: Springer.

6 di Pellegrino G., Fadiga L., Fogassi L., Gallese V. and Rizzolatti G. (1992) Understanding motor events: A neurophysiological study // Exp. Brain Res., 91, pp. 176–80.

иных познавательных механизмов, восприятия и разума. Поскольку эмпатия имеет квазиперцептивную природу, то она дает возможность непосредственного, а не выводимого знакомства с чужим сознанием. Таким образом, ложным оказывается положение (3) картезианской концепции психического, отрицающее у нас наличие непосредственного доступа к чужому сознанию, а АЭ — наиболее перспективным ответом на проблему чужого сознания, как с философской, так и с естественнонаучной точки зрения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ ФИЛОСОФИИ ЭКОЛОГИИ

Н.Б.Годзь

Человек устроен таким образом, что познавая окружающий мир, он познает и себя. В такой же мере справедливо замечание, что, познавая себя, для нас в какой-то мере более понятной становится и природа. Результатом подобного подхода к анализу природы науки стало понимание ее как особого предметного вида познавательной деятельности. Исследуя современные проблемы, которые тем или иным образом влияют на формирование и становление представлений о природе и о предмете и задачах современной экологии следует отметить, что еще Анна Арендт настаивала на признании, что Земля — это соединение как самого человека, так и земной природы, и что именно Земля есть то единственное во всей Вселенной, что непосредственно обеспечивает нас всем существование. Следуя за размышлениями А.Арендт, мы должны признать, что человек открыв мир, выделил себя и свою экзистенцию из природы, но сама жизнь продолжает связывать человека со всем природным[1]. Будучи производным естественной эволюции, человек живет в природе и за счет природы. Продолжая выполнение задачи по выработке целостной картины мира, научное сообщество и человечество в целом сталкивается с целым рядом проблем, которые заложены и в самой системе современного научного познания. Наши знания относительно процессов, происходящих в природной среде очевидны, но всей современной наукой мы не можем охватить абсолютно все системы, которые участвуют в процессе функционирования живого как такового. Во-вторых, до сих пор достоверно мы не знаем не только о существования всего живого разнообразия, но даже не успеваем изучить виды, как они уже исчезают с лица Земли. Также мало кто знает, но до сих пор есть виды (особенно океанические формы существования живого), которые известны науке только на определенных стадиях своего

[1] Арендт Г. Становище людини. / Пер. з англ. М.Зубрицької. Львів: Літопис, 1999. 254 с.

развития, то есть имеются описания и сведения о взрослых особях, но нет информации о личиночных стадиях (и тому подобное). Поскольку философия обладает универсальными формами познания, то именно через вышеописанное мы начинаем понимать — все, что существует, тем или иным образом взаимосвязано с природными системами, географической средой и в той или иной мере влияет (позитивно или негативно) на человечество как вид и на общество как систему.

Оценивать природу и природное с точки зрения пользы для человечества представляется сомнительным, опять же в силу вышеозначенного. Нам не известны полные цепочки не только из пищевой взаимосвязи, но и смысл образования тех или иных видов и форм жизни.

Также следует отметить, что живое в природе существует не «для чего-то» (это исключительно человеческое приобретение необходимости поиска цели и конечного смысла существования). Осмысливать проблему живого, наверное, стоит исходя из других речевых оборотов, например, ничем не хуже замечание, что все живое живет потому, что просто не может не жить или оно есть, поскольку материя и форма ее организации такова, что она приводится в соответствующее состояние именно таким устройством.

Естественно мы должны отметить, что эволюционирует и экология и представления относительно ее предмета, задач и возможностей. Философия не только продолжает открывать новые горизонты человеческого и природного, но и создает новые уровни и области изучения и проговаривания, осмысления существующего состояния вещей. Возникнув из потребностей практики как таковой, наука на современном этапе в значительной мере регулирует практику. Экология как дисциплина давно приобрела не только междисциплинарный характер и статус новой синтетической дисциплины, о чем пишут, например, Некос В.Ю., Плахотник В.М., Корнев В.Н. и др.[1]

Наука в целом преобразовывает любые фрагменты человеческой деятельности, изучая окружающую действительность, в данном случае, экология выполняет не только практические исследования в биологии, медицине, сельском хозяйстве, на промышленных предприятиях, но и пытается выполнять исследования, носящие прогностический характер. Философия экологии видится предметом, гораздо более широким, поскольку в нем помещаются большие задачи — давно известны такие дисциплины как социальная экология, экология города, экология урбанистики, экология человека. Тем не менее, сам предмет экологии требует более глубокого, философского осмысления. Для нас важным моментом может служить поворот к философии природы, возврат к биологически направлен-

[1] Людина і довкілля. Проблеми неоекології. Вип.1.Харків: видавництво ХНУ, 2000 р. 148 с.

ной заинтересованности в осмыслении жизни, не уход от физико-математических систем, а именно новый взгляд на биологию живого.

Часто отмечается, что современная наука дает только один вид представления многообразия окружающей среды. Тем не менее, положительной характеристикой есть такое свойство науки, как ее предметность и объективность, поскольку она способна выходить за рамки существующего сознания. Именно поэтому на наш взгляд, возврат к изучению живого в его естественной взаимосвязи возвращает природу как таковую и природу человека к его естественным и на наш взгляд более целостным характеристикам. В этой связи действенен принцип взаимосвязи и взаимозависимости живого в естественных (и, кстати, в искусственных) средах существования. Наука в целом всегда стремится расширять свое исследовательское поле, так как она обладает такими свойствами как субстанциональность, отражательность, сигнальность, знаковость, эволюционность и интегративность. В философии уже давно используются и разрабатываются понятия философия природы, философия экологии, неоэкология, природа человека. Часто предлагается при исследовании содержания экологии и экологических проблем обращать внимание не только на экономические, социально-политические, биологические, химико-технологические, но и на философские, общенаучные межпредметные уровни.[1]

Противоречивость экологической проблематики заключается в первую очередь в настойчивом стремлении использовать весь природный ресурс только с одной целью выживания и существования человечества в целом и в первую очередь в стремлении получить практический и выгодный для человека результат (наибольший результат при наименьшей затрате сил, как писал в свое время Н.Бердяев)[2].

Технический уровень добычи идет впереди тех же технических разработок по устранению последствий «общения» техники и технологий с окружающей средой. Все тот же Н.Бердяев справедливо подметил, что человек в лице техники нашел себе новую игрушку, на которой сосредоточил все свое обожание и благоговение, поскольку «Техника есть последняя любовь человека и он готов изменить свой образ под влиянием предмета своей любви»[3]. Современный этап развития технологий подсказывает продолжение развития подобной проблематики в лице генной инженерии и нанотехнологий, которые в некоторых моментах, вероятно, могут быть продолжением любви к технике и игре уже на микроуровнях с природой.

---

[1] Философия и экологические проблемы / под ред. Мамедова Н.М.(отв. ред.), Микешина Л.А. и др. М., 1990. 313 с.

[2] Бердяев Н. Человек и машина. (Проблема социологии и метафизики техники). // Человек и природа № 5/90. М.: Знание, 1990. С. 13—43.

[3] Там же. С. 14.

Поскольку приложение подобной «Любви» вводит человеческую любознательность в такие отрасли знания, для которых на современном уровне состояние морали и нравственности не разработаны практические действия и критерии возникает вопрос оценки границ подобного вмешательства (впрочем, подобная тематика всегда присутствует в самом развитии знаний и науки как таковой).

Остановить процесс познания бессмысленно, ибо тем самым мы нарушим саму природу и естество Человека, как такового. Проблема заключается в экономических механизмах, в применении и заинтересованности в тех или иных технологиях тех, кто далек от науки и близок к сфере, как финансирования научных разработок, так и к сфере финансовой деятельности, проще говоря, к простому зарабатыванию капитала. Именно в данном случае, жажда быстрой наживы, игра на страхах и слабостях человеческой природы гораздо больше вредит как обществу, так и науке в целом. Там, где исследования следовало бы продолжать, но отсутствует высокий процент материальной выгоды и особенно быстрой материальной выгоды добровольного участия капитала не наблюдается. В случае высокой окупаемости начинает развиваться демагогия, целью которой служит убеждение всех в приоритете отдельной отрасли и формировании радужных картин и перспектив в общественном мнении. В таком случае с помощью идеологических механизмов часто формируют нужную позитивную либо негативную установку.

Таким образом, предмет философии природы в целом[1], и философские проблемы экологии в частности, сама направленность биологически ориентированных исследований и вынесение их на широкое публичное обсуждение приобретает по-новому окрашенный смысл. Не последнюю роль в этом случае играет и обсуждение перспектив и проблем самой экологии как синтеза наук и их практического приложения.

К ВОПРОСУ О ФИЛОСОФСКОМ ОСМЫСЛЕНИИ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНЕТИКИ

Т.И.Коваль

Еще никогда молекулярная биология не развивалась так быстро, как в последние 20 лет. Завершение программы по картированию генома человека стало важнейшим событием на этом временном отрезке, настоящей революцией в генетике. Теперь известно количество

[1] Філософія природи: Монографія / А.В. Толстоухов, Ю.О. Мелков, С.М. Ягодзінський та ін.. Київ: Видавець ПАРАПАН, 2006. 208 с.

генов в организме человека, каким образом они синтезируют белки, последовательность и структура многих белков, которые кодирует ДНК, определены генетически обусловленные заболевания, а значит, и, хотя бы теоретически, пути их лечения. Однако, эффекты, связываемые с этими открытиями, оказались не столь значительны, сколь ожидалось сразу после расшифровки генома. Проникновение в глубины жизни, разложение, казалось бы, на предельные компоненты и изучение каждого из них не дало окончательного объяснения ее устройства. Распространение системного подхода в современной научной картине мира содействовало пониманию того, что все уровни существования организма (молекулы, клетки, ткани, органы, внешняя среда) связаны между собой, образуют сложные системы и рождают нелинейные причинно-следственные связи.

Универсальность Гераклитова утверждения «Все течет, все меняется» подтверждается и на генном уровне. Может меняться не только сама информация, кодирующая белки и записанная в виде нуклеотидной последовательности ДНК (например, точечные мутации, лежащие в основе генной эволюции и многих генных болезней), но и состояние генов, их так называемая экспрессия: они то активируются, то ингибируются.

Ген больше не рассматривается как закрытая стационарная система хранения наследственной информации. Появляется все больше научных данных о пластичности генов, их адаптивных свойствах, способности чутко реагировать на изменения внутренней и внешней среды человека. Специалисты уже давно располагают информацией, однояйцевые близнецы, обладающие абсолютно одинаковым набором генов, имеют отличия по ряду параметров: разные характеры и привычки, предрасположенность к заболеваниям. Например, в случае заболевания одного из них раком, шанс другого заболеть составляет всего 20%, что демонстрирует решающее значение окружающей среды, поведения, привычек, эмоционального состояния для экспрессии или, наоборот, «убаюкивания» генов.

Уже многие десятилетия медицине известно, что частота возникновения злокачественной опухоли легких, прямой кишки, груди гораздо выше в западных странах, а рака желудка — в Японии, причем мигранты начинают болеть болезнями принявшей их страны, что свидетельствует о мощном влиянии фактора внешней среды.

По мнению специалистов, влияние генов, которые мы наследуем, на развитие хронических болезней составляет всего 15%, а остальные 85% обеспечивает наше жизненное поведение на индивидуальном и социальном уровне. Выделены 6 главных факторов, определяющие экспрессию генов и таким образом в некоторой степени трансформирующие геном: еда, режим питания, физическая активность, уровень стресса, вредные привычки, окружающая среда. Ряд научных

изданий обнародовал информацию, согласно которой: регулярное употребление зеленого чая способствует рецессии онкологических заболеваний, уменьшает возникновение новых раковых очагов и метастазов; чеснок очень мощно активирует гены, кодирующие энзимы антиоксидантной системы человека, подавляя гены оксидативных ферментов; постоянно практикующие медитацию имеют более высокий уровень экспрессии таких важных генов, как гены, регулирующие антиоксидантный стресс, иммунный ответ и выживание клеток; в результате щадящего голодания и физических упражнений происходит активация и оптимизация работы митохондрий — энергетических клеточных станций.

Таким образом, геном можно рассматривать как базу данных, обеспечивающих необходимую специфичность организма, перенос наследуемых признаков, но не следует абсолютизировать генетическую запрограммированность. Соотношение генотипа и фенотипа становится проблематичным из-за сложности взаимодействия между генами и организменно-средовыми уровнями.

Философски осмысливая данные современной науки, представляется возможным сделать следующие выводы:

- существует многоуровневое единство живой системы и постоянное взаимодействие малого (ген) с большим (организменно-средовой уровень);
- причинно-следственным связям в живой системе присущ нелинейный характер;
- ген не может рассматриваться как статичный элемент, это открытая неравновесная система, реагирующая на изменения внутренней и внешней среды человека.

НАНОТЕХНОЛОГИЯ И ПОСТПОЗИТИВИЗМ

О.В.Летов

Во второй половине прошлого столетия в западной философии и методологии науки произошли существенные изменения. Доминирующее влияние логического позитивизма в области методологии науки к этому периоду было значительно «поколеблено» представителями так называемого постпозитивистского течения: М.Полани, Н.Р.Хэнсоном, Т.Куном, П.Фейерабендом, С.Тулмлном и др. Идеи, высказанные в их работах, являются естественной реакцией на узкий эмпиризм философии логического позитивизма. Представители постпозитивистского течения основную цель философии науки видели в изучении условий изменения в науке (научных сдвигов), прибегая

при этом к широкому использованию материалов истории науки. На смену стандартной концепции науки, разрабатываемой в рамках неопозитивизма, выдвигается тезис о теоретической «нагруженности» утверждений наблюдения. Акцент делался не столько на логико-методологическом подходе в изучении научного знания, сколько на исследовании социокультурных и личностно-мировоззренческих факторов в научном познании. При этом подчеркивалась роль воображения, изобретательности ученого в научном поиске.

Особую роль воображение играет в такой новой области знания, как нанотехнология. Если задача нанотехнологии (НТ) включает в себя формирование нанокомпонентов и последующее включение их в структуру макрообъектов, то целью молекулярной нанотехнологии (МНТ) является создание макрообъектов от начальной до конечной стадии с помощью НТ. Перспективы МНТ обусловлены следующими предпосылками. Во-первых, способностью механически управлять химическими реакциями на молекулярном уровне, или «механохимией». Во-вторых, возможностью создания большого количества наноманипуляторов, работающих в рамках единой системы. Все это должно сопровождаться наличием «нанофабрикаторов», создающих новые фабрикаторы, число которых увеличивается в геометрическом порядке. В отличие от ассемблеров, способных к самовоспроизводству, фабрикаторы не могут порождать себе подобных без посторонней помощи. В этом смысле фабрикаторы менее сложны, хотя и не менее эффективны, и представляют меньшую опасность для окружающих. Конечной целью выступает совместная сборка, когда массы фабрикаторов конструируют на основе наночастиц макрообъекты. По некоторым оценкам, если допустить, что размер частей на каждой стадии удваивается, требуется лишь 30 этапов, чтобы перейти от частей размером в несколько нанометров, к макрообъектам размером около 1 метра. Таким образом, для реализации молекулярных нанотехнологических процессов требуется исходный фабрикатор, окружающая среда, способствующая его нормальному функционированию и система контроля. Первые фабрикаторы начнут создавать собственные копии. МНТ позволила бы быстрое воссоздание исходных форм.

В отличие от микротехнологии, в рамках которой миллиарды атомов представляют собой «неуправляемое стадо», МНТ — это молекулярная инженерия высокой степени точности, где каждому атому или молекуле находится конкретное место. Благодаря этой точности наноматериалы соединяют в себе такие качества, как прочность и легкость. Например, в отличие от простого стального бруса, лежащего в основании строительной конструкции, «нанобрус» может быть не только прочнее и легче, но и оснащенным специальными датчиками, сигнализирующими о степени устойчивости данной конструкции.

Сторонники развития молекулярной нанотехнологии указывают на то обстоятельство, что процессы «молекулярной сборки» в природе происходят непрерывно: дешевые ресурсы (вода и почва) и дешевая энергия (солнечный свет) превращаются в полезные строительные материалы (лес). Ученый из Массачусетского технологического института Н.Гершенфельд разработал способы «индивидуального производства». С помощью компьютеров сотрудники его лаборатории не только проектируют, но и создают объекты по своему выбору: материнские платы, датчики дизельных двигателей и даже произведения искусства. Обладая оборудованием стоимостью около 26 тыс. долларов, Гершенфельд заявил, что он и его сотрудники близки к созданию такой машины, которая бы производила любые другие машины. Основанное на МНТ «индивидуальное производство» могло бы осуществить слияние индустриальной и информационно-технологической революции, на основе которого виртуальные проекты превращались бы в объекты реальности. Причем стоимость этих объектов складывалась бы из суммы стоимости сырья и энергетических затрат.

Постпозитивисты указывают на особую роль творческого воображения в процессе познания. Однако творчество предполагает не только ничем не ограниченный полет фантазии, но и ответственность. Воображение будущего включает в себя элемент риска, и природа этого риска обусловлена характером воображения. Чем больше ответственности присутствует в процессе воображения, тем более безопасное будущее ожидает людей.

ИЗ ИСТОРИИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ

Т.Оболевич

Познай самого себя
(Надпись на храме Аполлона в Дельфах)

Вопрос, который принято называть психофизической проблемой (или проблемой *разум — тело* — Mind-Body Problem), волновал мыслителей с момента появления философской рефлексии. Прослеживая развитие человеческой мысли, можно обнаружить множество ответов на вопросы, касающихся природы человека и взаимоотношения между телесным и духовным элементом. При этом нельзя упускать из вида тот факт, что вышеуказанные вопросы, подобно другим философским проблемам, не всегда были сформулированы и выражены таким образом и с помощью таких категорий, которые функционируют в настоящее время. Веховыми фигурами в различные периоды были Аристотель, Картезий, Жюльен Офре де Ламетри, а в XX веке — Людвиг Витгенштейн, Дэниел Деннет, Дональд Дэвидсон и др.

По вопросу определения природы человека изначально имела место оппозиция *монизм — дуализм*. В книге польского логика и философа, представителя львовско-варшавской школы — Казимира Айдукевича «Вопросы и направления философии» («Zagadnienia i kierunki filozofii»), написанной в 1948 г., т.е. в период, когда психофизическая проблема стала принимать все более четкие формы, мы читаем, что среди монистической позиции можно выделить *материализм* (*механистический* — К.Вогт, Ф.К.Х.Л.Бюхнер и *диалектический* — Ф.Энгельс, К.Маркс) и *спиритуализм* (идеализм — например, Д.Беркли, Г.В.Лейбниц). Айдукевич указывает также на так называемый собственно монизм — *теорию идентичности*, рассматривающую душу и тело как различные аспекты одной и той же субстанции (Спиноза). В свою очередь, дуалистские концепции можно классифицировать следующим образом: (1) *интеракционизм* — воззрение, согласно которому существует взаимодействие между психическими и физиологическими явлениями (Декарт); (2) *эпифеноменализм* — утверждение, что только физиологические явления влияют на психические, но не наоборот (Д.Клиффорд, Т.Г.Гексли), (3) *параллелизм* — концепция, рассматривающая эти два вида явлений как параллельные, не воздействующие друг на друга (Н.Мальбранш)[1]. Современные попытки систематизации философских концепций сознания, предпринимаемые, например, Джозефом Левиным, Питером Карутесом или Уильямом Сигером, намного сложнее[2]. Возникшие в XX веке новые философские и научные дисциплины, такие как философия языка, философия науки, философия сознания (philosophy of mind), нейробиология, когнитивная наука, информатика, а также интенсивное развитие психологии, медицины, физиологии (в том числе физиологии мозга) позволяют понять, насколько богата и многовекторна гамма вопросов, касающихся психофизической проблемы. В настоящее время она рассматривается в самых различных аспектах и с разнообразных философских и научных точек зрения. Перечислить их все было бы затруднительно, поэтому мы остановимся только на некоторых избранных концепциях, которые сыграли в истории поисков ответа на проблему *разум — тело* наиболее существенную роль.

Еще Гераклит учил: «По каким бы дорогам ни шел, не найдешь границ души, так глубок ее Логос». В античности проблема существования

---

[1] См.: Ajdukiewicz K. Zagadnienia i kierunki filozofii. Teoria poznania. Metafizyka. Kęty – Warszawa, 2004. S. 95—115.

[2] См.: Wójcik B. Filozoficzne interpretacje świadomości – próba systematyzacji. «Zagadnienia Filozoficzne w Nauce» XXV (1999). С. 47—60. О различных концепциях сознания см. напр.: Философия сознания: история и современность. Материалы научной конференции, посвященной памяти профессора МГУ А.Ф.Грязнова (1948—2001) / Ред. В.В.Миронов и др. М., 2003; Gloy K. Wprowadzenie do filozofii świadomości. Problematyka i historia zagadnienia świadomości oraz samoświadomości. Tłum. T. Kubalica. Kraków, 2009.

и природы души интересовала практически всех мыслителей. Вспомним хотя бы представителя крайнего дуализма — Платона, который доказывал бессмертие души, а тело (soma) считал тюрьмой для души.

Аристотель предлагал иное решение. По учению Стагирита, человек есть психофизическое единство: тело является материей, а душа — формой, а значит, также принципом жизни, т.е. движения тела. «Душа есть первая энтелехия естественного тела, обладающего в возможности жизнью. (...) Итак, душа неотделима от тела; ясно также, что неотделима какая-либо часть ее, если душа по природе имеет части, ибо некоторые части души суть энтелехия телесных частей»[1]. В этой связи Аристотель писал о существовании души также у других материальных тел — животных, растений, и даже у планет. У человека помимо вегетативной и животной души имеется также дух, который определяет его разумность и свободу[2].

По мнению св. Фомы Аквинского душа человека является духовной и бессмертной субстанцией, связанной с телом (будучи ее формой) и контролирующей биологические функции. Человек есть единство тела и души. Несмотря на то, что душа продолжает существовать также после физической смерти и сохраняет свою индивидуальность, она не является человеком и ожидает соединения с телом в момент воскресения из мертвых.

Пионер новоевропейской мысли — Рене Декарт радикально изменил перспективу рассуждений также о природе человека, разделяя res cogitans и res extensa и рассматривая тело и душу как две различные субстанции, которые, тем не менее, связаны друг с другом. Вслед за дуалистской трактовкой, в XVIII и XIX в. возникли монистические концепции, как материалистического (Ж.Ламетри, Д.Дидро, П.Гольбах, согласно которым человек есть лишенная души машина), так и идеалистического (Гегель с его идеей тела как отчуждения духа) направления.

В конце XIX в. интерес к проблемам сознания был вызван бурным развитием экспериментальной психологии. В свою очередь, XX в. с его «лингвистическим поворотом» породил новые решения многих философских вопросов, в том числе психофизической проблемы. Важную роль сыграли здесь работы Людвига Витгенштейна. Витгенштейн позднего периода противился созданию систематических философских теорий, которые были бы подобны теориям, имеющим место в эмпирических науках. Предметом философии являлся для него обыденный язык с его сложными структурами[3]. Место выяснения должно было занять описание. Поскольку человек является творцом науки, попытка интерпретации человека, его личного опыта, с помощью физических,

---

[1] Аристотель. О душе, II, 1 // Сочинения в 4 томах. Т. 1. М., 1976. С. 394.

[2] См.: Heinaman R. Aristotle and the Mind-Body Problem. «Phronesis» 1 (1990). С. 83—102.

[3] См.: Bremer J. Problem umysł – ciało. Wprowadzenie. Kraków, 2001. S. 62.

химических или биологических фактов, т.е. используя аппарат, который возник именно благодаря человеку, лишена смысла; в этом случае мы совершали бы ошибку petitio principii. Витгенштейн не признавал также онтологических рассуждений о природе ментальных и физикальных явлений, отвергая таким образом как дуализм, так и монизм, и упрекая философов в том, что они не учитывали языкового аспекта сознания. Так как язык, которым пользуется субъект, есть так называемый индивидуальный, или личный язык (private language) — мы формулируем высказывания в первом лице, — то мы не можем передать содержание собственных переживаний и ментальных состояний другим лицам. По этой причине об ощущениях других людей можно узнать, только лишь исходя из их поведения. Например, мы констатируем, что кто-то испытывает боль не потому, что он сообщил нам об этом, а в результате тех вне-языковых актов, которые позволяют определить данное состояние именно как боль и на которые возникает реакция сочувствия[1].

Для анализа психофизической проблемы с перспективы аналитической философии важную роль сыграла также работа Гильберта Райла «Понятие сознания» (1949), в которой автор развивал мысли «позднего» Витгенштейна, сопротивляясь дуализму тела и разума и принимая позицию бихевиоризма. Сегодня подобную точку зрения разделяют представители теории идентичности (типичного физикализма: Г.Фейгл, Дж.Смарт, Д.Армстронг, У.Плейс), отождествляющие ментальные и нейрофизиологические состояния. Тезис об идентичности принимал, среди прочих, ученик Райла, Д.Деннет, автор концепции «интенциональной установки».

Наряду с развитием биологических наук появились также другие материалистические концепции, согласно которым личность есть исключительно материальный объект. Сторонники сильной версии материализма, так называемого элиминативного материализма (П.Фейерабенд, Р.Рорти, П.М.Черчленд) считают, что в мире происходят только физикальные явления; отсюда боль или представления — это всего лишь определенные состояния мозга[2].

В слабой версии редукционного материализма (Д.Серл) признаются также особые ментальные состояния, такие как чувство страха, надежда или способность воображения, хотя и вызываемые физическим объектом (мозгом). В обоих случаях существование души, отличной от материального мозга, отрицается.

Достижения искусственной интеллигенции (начиная с 50-х годов XX в.) способствовали возникновению интерпретаций мозга как сложной компьютерной системы, а тела — как исполнителя ее

---

[1] См.: Витгенштейн Л. Философские исследования. § 244, 281—283.

[2] См.: Деннет Д.С. Виды психики: На пути к пониманию сознания. Пер. А. Веретенникова. М., 1999. С. 100—105.

команд. Такова, например, позиция Марвина Минского, рассматривающего человеческий мозг как «компьютер из мяса».

Недостатком вышеперечисленных концепций является редукционизм. Сторонники сильного материализма (прежде всего, так называемые философствующие биологи) сводят «ментальное» к «физическому», душу — к телесным, физикальным процессам. В свою очередь, представители проекта искусственной интеллигенции идут еще дальше и редуцируют тело до машины. Неудивительно, что данные теории вызывают бурную полемику. Несколько иное решение предлагает концепция супервениенции (Д.Дэвидсон), рассматривающая разум как супервениенцию над мозгом (разум физически обоснован мозгом), хотя и эта позиция вызывает много трудностей[1].

Как писал Поль Рикер, «*Cogito* является одновременно неоспоримой достоверностью того, что я есть, и открытым вопрошанием относительно *того*, *кто* я есть». Вопрос «кто я есть» — это, среди прочего, также проблема *разум — тело*. В заключение хотелось бы привести слова Карла Р.Поппера: «Открытие философской проблемы иногда может быть окончательным, оно сделано раз и навсегда. Но решение философской проблемы никогда не является окончательным. Оно не может основываться на окончательном доказательстве или на окончательном опровержении, ибо философские теории неопровержимы. Такое решение не может основываться и на магических формулах философских пророков. Но оно может опираться на сознательный и критический анализ проблемной ситуации, лежащих в ее основе предположений и возможных способов ее разрешения»[2]. Это относится также к психофизической проблеме, которая, несмотря на долгую философскую традицию, проявляет все новые и новые стороны, требующие тщательного анализа.

СЕТЕВЫЕ, ИЕРАРХИЧЕСКИЕ И (КВАЗИ)РЫНОЧНЫЕ СТРУКТУРЫ В БИОСИСТЕМАХ И ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ОБЩЕСТВЕ

А.В.Олескин

Работа рассматривает один из частных аспектов, свойственных системам любой природы. Речь идет о **сетевом (децентрализованном, координационном, кооперативном)** способе организации систем, при котором в системе нет единого центра активности (лидера, доминанта), а ее активность, коллективное поведение определяются сложным

[1] См.: Wójcik B. Superweniencja a naturalizm. «Roczniki Filozoficzne» LV, 3 (2003). С. 66—74.

[2] Поппер К.Р. Предположения и опровержения: Рост научного знания. Пер. А.Л.Никифорова. Г.А.Новичковой. М., 2004. С. 335.

взаимодействием между многими частичными лидерами, которые могут как кооперировать, так и конкурировать между собой. Хорошим вводным примером может служить построенная во многом по этому принципу всемирная паутина Интернета. Особенности этого способа организации мы исследуем в сравнении с другими типами, которые мы обозначаем, следуя принятой в литературе классификации[1] как 1) **иерархический (вертикальный, субординационный)**, основанный на едином центре активности; 2) **(квази)рыночный (конкурентный, индивидуалистический)**, в котором взаимодействие элементов носит в основном лишь характер конкуренции. Данная тема находится в компетенции междисциплинарного направления, посвященного сравнительному исследованию характеристик биосистем и систем в человеческом обществе, которое, в свою очередь, является частью современной **биополитики**.

Несмотря на различие интересов биологов и ученых-гуманитариев, мы в предлагаемой работе постараемся продемонстрировать, что все эти специалисты фактически стоят перед одним и тем же вызовом: **успешное развитие и функционирование их объектов исследования** (соответственно, биосистем и систем человеческого социума) **оказывается напрямую зависимым от оптимально налаженного взаимодействия между сетевыми, иерархическими, а в ряде случаев — также рыночными структурами** (в биосистемах — аналогами рынков, также базирующимися на конкуренции, а не на кооперации). Всякая разбалансировка взаимодействия по линии сети—иерархии—рынки означает угрозу гибели соответствующей системы. Если речь идет о системах человеческого социума, то вся данная проблематика оказывается интересной не только научным кругам. Недавняя история России служит хорошим примером, показывающим экономические, социальные и политические последствия дисбаланса сетей, иерархий и рынков. Развернутая характеристика сопоставляемых структур в биосистемах и человеческом обществе дана в таблице ниже.

Характеристика	Иерархическая структура	Сетевая структура	Рыночная структура (ее аналог)
Степень централизации	Высокая	Низкая	Низкая
Степень связности (когерентности)	Высокая	Высокая	Низкая
Степень гибкости	Низкая	Средняя	Высокая

[1] W.M.Powell. Neither market nor hierarchy: network forms of organization //Res. Organizational Behavior. 1990. V.12. P. 295—336; L. Meulemann. Public management and the metagovernance of hierarchies, networks and markets. Heidelberg: Physica-Verlag. 2008. 399 p.; M.Kahler. Networked policies: agencies, power and governance. San diego: Univ. California. 2009.

Характеристика	Иерархическая структура	Сетевая структура	Рыночная структура (ее аналог)
Элементы (участники) по отношению друг к другу	Зависимы	Взаимозависимы	Независимы
Преобладающие отношения между элементами	Субординационные (доминирование—подчинение)	Кооперативные (координационные[1])	Конкурентные (+ контрактные отношения или метаболические связи в биосистемах)
Степень развития системы социальных конвенций (матрикса)	Различная в разных вариантах иерархий	От умеренной (рыхлые сети) до высокой (высокоинтегрированные сети)	От низкой («дикий» рынок, жесткая конкуренция в биосистемах) до умеренной (конкуренция + конвенции)
Роль управляющих воздействий	Важная	Не важная	Не важная
Функции коммуникации внутри структуры	1) Передача информации «снизу вверх» 2) Общение равных по рангу (ограничено)	Налаживание и осуществление диалога для принятия решений, неформальное общение	Реклама, заключение контрактов (обмен сигналами для вступления в метаболические связи в биосистемах)
Степень синхронизации активности элементов	Высокая (за счет единого пейсмейкера/босса)	Низкая (вторичная синхронизация благодаря объединяющим конвенциям)	Низкая (вторичная синхронизация за счет рыночных механизмов или их аналогов)
Метафорическое обозначение	Железный кулак	Мыслящий мозг	Невидимая рука
Принятие решений на уровне	Управляющей инстанции (лидера)	Структуры в целом (группы)	Индивида (контрагента)
Степень специализации элементов (членов) структуры	Высокая и нарастает сверху вниз (босс-генералист + специалисты-подчиненные)	Низкая; в объемных сетях снижается сверху вниз (специализированные частичные лидеры + пул генералистов)	Высокая, распределена равномерно по всей рыночной структуре и предполагается самой сутью рыночных отношений

[1] Захаров А.А. Организация сообществ у муравьев. М.: Наука, 1991.

Анализ показывает, что все три типа структур широко представлены на разных уровнях биологической эволюции — от одноклеточных до *Homo sapiens*. В частности, децентрализованные сетевые структуры обеспечивают эффективную координацию поведения в сообществах (коллективах, группах, семьях, колониях и др.) у разнообразных биологических таксонов, причем сети допускают разные **организационные варианты**. Каждый из рассмотренных ниже в таблице вариантов реализуется у нескольких таксонов (модульный — у кишечнополостных, мшанок, оболочечников; эусоциальный — у общественных насекомых, капских землекопов и др.). По существу речь идет о той или иной **парадигме** — «нейронной», «модульной», «эусоциальной» и др., через призму которой исследователь рассматривает реальную организацию в той или иной биосистеме. В ряде случаев парадигмы могут перекрываться — т.е. одна и та же система может быть описана в рамках более чем одной из них. Так, общественные насекомые, рассмотренные в таблице с позиций эусоциальной парадигмы, с известным правом могут быть интерпретированы и в рамках модульной парадигмы, что было сделано Уиллером, Шовеном и др., считавшими семью насекомых единым «суперорганизмом».

ПАРАДИГМА	Клеточная	Нейронная	Модульная	Стайная	Эусоциальная	Эгалитарная
Сеть	Плоская[1]	Объемная	Плоская	Плоская	Объемная	Объемная
Преобладающая коммуникация	Дистантная	Контактная	Контактная	Дистантная	Комплекс каналов коммуникации	Комплекс каналов коммуникации
Степень специализации	Низкая	Разная	Разная[2]	Низкая	Высокая[3]	Низкая
Степень индивидуализации	Низкая	Разная	Низкая	Низкая	Разная	Высокая
Степень интеграции	Разная	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая	Низкая
Степень иерархизации	Низкая	Разная	Чаще низкая	Низкая	Разная	Довольно высокая

ПАРАДИГМА	Клеточная	Нейронная	Модульная	Стайная	Эусоциальная	Эгалитарная
Типичные представители	Бактерии, культура клеток	Нейронные сети животных	Колониальные полипы, мшанки	Рыбы, цефалоподы	Муравьи и другие соц. насекомые гол. землекопы	Высшие приматы

[1] Плоские сети имеют лишь частичных специализированных лидеров с ограниченными компетенциями, в объёмной сети среди частичных лидеров выделяется один, который получает приоритетные права в какой-либо период времени или в каких-либо ситуациях.

[2] Возможны как идентичные друг другу, так и явно различные по функциям (пищевая, репродуктивная, оборонительная) зооиды-модули

[3] Есть два варианта специализации — кастовая (долговременная, часто необратимая) и ситуационная (временная, при мобилизации особей в ту или иную «проектную команду»).

Все шесть парадигм потенциально экстраполируемы и на человеческое общество — как своего рода «аттракторы», к которым та или иная сетевая структура в нем приближается при определенных обстоятельствах. Если большинство живых существ просто **живет** в иерархических, сетевых, квазирыночных структурах, часто смешанных в тех или иных пропорциях, то человек воплощает в себе способность **творить** эти структуры, сообразуя со своими интересами, целями, потребностями — в рамках тех или иных социальных и политических технологий.

РАЗВИТИЕ БИОЛОГИИ И НООСФЕРОГЕНЕЗИС

Т.В.Паршин

Как показывают исследования Э.С.Демиденко, изменения в земном мире, особенно связанные с деградацией биосферы и формированием техносферы как важнейшей составной части ноосферы, ведут к серьезным патологическим изменениям в человеческой жизни, к трансформации не только на социальном уровне, но и на биологическом. Человек теряет свои природные свойства, физическое и психическое здоровье и все больше интегрируется с техникой, превращаясь в симбиозное постчеловеческое существо. Развитие человека в XX веке характеризовалось нарастающей дисгармонией, определяемой разрушением природных качеств народонаселения и стремительным возрастанием его социальных качеств[1]. Коренной по-

[1] Демиденко Э.С. Ноосферное восхождение земной жизни. М., 2003. С. 5—6.

ворот в общественном развитии видимо будет происходить на основе замены биологических производительных сил научно-техническими и перехода жизни от естественного состояния к искусственному. В этом ракурсе особенно четко прорисовывается создание надприродного мира как виртуального пространства в смысле недореального в реальности. Однако в этом движении заключается все больше потенциальных угроз, чем когда-либо в истории человечества.

Одним из важных этапов ноосферогенезиса как разумного пути или устойчивого процесса коэволюции человека на Земле, становится появление нового интегрального научного видения и разработки новой теории, описывающей проблемы взаимодействия человека и Природы. Такое направление мысли определяется тенденциями в современной науке, а также взаимоотношениями техники и культуры общества. Стоит также отметить, что проблемы классической рациональности сегодня приобретают новое звучание в поле постнеклассической философии, что открывает новый взгляд и новые подходы, выражающиеся в попытке зафиксировать уникальную и неповторимую позицию «здесь и теперь», проживания смены парадигм и мировоззренческих представлений[1]. В рамках синергетической парадигмы открываются методы тонкой диагностики развития систем.

Другими словами, открываются все более фундаментальные свойства объекта мира, закладывающие основу для синтеза знаний. Эволюция представлений о мире, познании и живом позволяет по-новому взглянуть на древние знания или ненаучные области и описать в них при помощи нового языка то ценное, что было отброшено строгими положениями в научном сообществе. В этой связи можно говорить об интегральной направленности во времени и пространстве научного знания или о новой, более сложной его организации.

Проблемы биологии уходят своими корнями в вопрос о живом и неживом, и со временем порождают борьбу идей витализма и механицизма, холизма и редукционизма и т.д. Эта борьба постепенно приобретает направление в сторону конвергенции и взаимного дополнения («перекрестное опыление»), что на сегодняшний день выражается в открытии все большего количества фактов, опровергающих односторонее развитие идей механицизма в биологии. Развитие языка описания жизни и живого на фоне расширяющегося видения реальности дает возможность корректно понять природные явления и закономерности, а также выяснить условия, при которых возможно развитие человечества на планете и ноосферного образования. В таком ракурсе проблема ноосферогенезиса представляется как проблема понимания законов развития живого, свойств и атрибутов жизни. Человек как часть природы, как ее эволюционное порождение должен понять свое место и

[1] Киященко Л.П. Постнеклассическая философия – опыт трансдисциплинарности // Постнеклассика: философия, наука, культура. Спб., 2009. С. 166.

способ со-организации в едином космическом «проявлении» для того, чтобы остаться в нем — такова угроза для современного общества. Причем нерешенность этого вопроса будет отражаться на односторонности движения в сторону того или иного аспекта проблемы в экономическом, экологическом или социальном плане, что в свою очередь приведет к перекосу ценностных ориентиров для развития и новым проблемам. Другими словами, важной задачей для философии науки сегодня становится прояснить вопрос о феномене живого в едином языковом ключе, позволяющем экстраполировать эти знания как фундамент на другие области науки.

Конечно, мы не можем утверждать сегодня о последствиях становления ноосферы, как некоторого контролируемого или поддерживаемого состояния общества, и появлении новой биологии, но мы не можем обойтись без феномена жизни в свете новейших тенденций, как в области знаний, так и в области проблем, возникающих при взаимодействии человеческой и природной активности на всех уровнях организации общественных систем.

При этом необходимо отметить, что рефлексивность, возможная схоластичность в языке самой науки, как системы существующих парадигм, может порождать ситуации постмодернистской неопределенности и разрушения целостности как главного аспекта феномена жизни. Это значит, что одним из важных этапов ноосферогенезиса становится появление научного видения и разработки нового языка, описывающего фундаментальным образом проблемы взаимодействия «мысли» и «жизни». В этом случае, будет уместно подчеркнуть необходимость осознания природы самой «мысли» или «жизни мысли» в «жизни» природы, как фундаментального вопроса образования Ноосферы как «сферы разума». Этот мотив прослеживается еще в эволюционной концепции П.Тейяра де Шардена. Таким образом, язык науки должен обладать свойствами, способными сохранить присущую жизни «жизнь» в целостности и единстве со всем. В связи с этим появляется потребность расширения понимания определения «жизни» в биологии до нового уровня, а также возможно и до уровня осознания причин появления жизни во Вселенной — понимания причин ее появления или идеи существования космоса, как «присутствия» бытия, как основы для появления всего: как неживого, так и живого. Это приводит к сопоставлению современных идей биологии о живом в свете научной картины мира с идеями Платона, Пифагора, идеями высказанными даосами и т.д.

Однако вопросы о сущности мысли и о сущности жизни сегодня звучать слишком неконкретно в рамках науки, которая сегодня не воспринимает данные категории без специального системно-структурного или математического аппарата. Что говорит о недостаточности языковых элементов для передачи более полных смыслов, а значит, о новом

требовании в создании адекватных терминов и моделей мира. Такая перспектива ожидается в процессе расширения области исследования науки, появлении все большего количества новых объектов и фактов о них, еще неподтвержденных рациональным образом.

ЦЕРКОВЬ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВИД И ОРГАНИЗМ. ОЧЕРК ПО БИОТЕОЛОГИИ

П.М.Роек

Св. Петр определяет Церковь следующим образом: «вы *род* (γενος) избранный, царственное священство, народ святый» (1Пет. 2:9). Св. Павел добавляет: «мы многие составляем одно *тело* (σωμα) во Христе, а порознь один для другаго члены» (Рим. 12:5, см. тоже 1Кор. 12:27). В этих богословских определениях выступают два основные для философии биологии понятия «рода» (γενος) и «тела» (σωμα), т.е. вида и индивида. Можно ли понимать эти определения буквально? Является ли Церковь родом и телом в том же самом смысле что биологические виды и индивиды? В своем докладе я попытаюсь доказать, что древние теологии понимали Церковь именно так, как современные философы биологии понимают биологические существа. Начну с понятия вида, а потом коснусь понятия индивида.

Наиболее развитой современной теорией биологических видов является «теория видов как индивидов» (*species as individuals theory*), разработанная М.Гизелином и Д.Халлом (см. [3, 5, 6, 9]). Биологические роды и виды не являются, как считал например Карл Линней, просто множествами похожих друг на друга индивидов. Это посседовательности связаных дгуг с другом родственных организмов. Эта теория построена согласно требованиям теории эволюции и утверждает, что виды — это исторические существа, существующие в пространстве и времени, постоянно меняющиеся. Вид — это мереологическое целое, элементами которого являются единичные организмы, точно так же как отдельный организм есть самостоятельное целое, элементами которого являются органы и клетки. Разница состоит в том, что элементы вида могут существовать в разное время и в разных местах, а органы тела должны выступать в одно время в одном месте.

Понятие вида как индивида можно легко определить формально. Вид составлют организмы, которые являются потомками одного организма или одной группы организмов. Таким образом они онтологически зависимы от своего родоначальника. Если бы не было его, не было бы и потомства. Общей формальной теорией онтологических модальностей является Проективно-Модальная Онтология (ПМО) В.И.Моисеева (см.

[1, 2, 7, 8]). При некоторой интерпретации предиката «Mod» существование моды *x* зависит от существования модуса *y*:

(1) Mod(*x*, *y*) ≡ если бы не существовал *y*, не существовал бы *x*.

При помощи (1) можно определить вид (*species*) *x* как множество мод модуса *x*:

(2) SP(*x*) = {*y*: Moda(*y*, *x*)}.

Примером вида в этом смысле является человеческая семья. Члены семьи существуют благодаря существованию их общего предка. В случае человеческого рода предполагаемого общего предка можно назвать «Адамом».

Является ли Церковь видом в этом смысле? Кажется, что в случае Церкви зависимость менее тесная, чем в биологическом виде. Можно ведь существовать, не принадлежа к Церкви. Христианские богословы считали, однако, что принадлежность к Церкви принципиально меняет способ существования. Люди вне Церкви после смерти умирают навеки, но члены Церкви способны жить вечно. В том смысле можно говорить, что и в случае Церкви мы имеем дело с онтологической зависимостью, но она касается не просто существования, но *вечного* существования. Можно ввести следующий предикат:

(3) Mod*(*x*, *y*) ≡ если бы *y* не существовал вечно, *x* не существовал бы вечно.

При помощи этого понятия можно определить Церковь (*Church*) *x* как множество людей, которые имеют вечную жизнь благодаря одному человеку:

(4) CH(x) = {*y*: Moda*(*y*, *x*)}.

Насколько родоначальником человечества является Адам, настолько же родоначальником Церкви является Христос. Адам дает смертную жизнь, Христос дарит жизнь вечную. «Как в Адаме все умирают, так во Христе все оживут» (1Кор. 15:22). Следовательно, биологический вид и богословская община имеют общую глубокую онтологическую структуру.

Согласно теории видов как индивидов, нет принципиального различия между видами и индивидами. Структура вида и единичного организма тождественная — это целые, состоящие из зависимых частей. В случае вида это целое из индивидов, а в случае индивида это целое из органов или клеток.

Таким образом, если можно сказать, что Церковь является видом, можно также утверждать, что она является и индивидом. Члены Церкви существуют как организмы одного биологического рода и как органы одного тела. Конечно, зависимость верующих от Церкви менее тесная,

чем органов от тела. Верующий может существовать вне Церкви, хотя только временно. Структура зависимости, однако, общая и обосновывает определение Церкви и как вида, и как индивида.

Надо еще отметить, что биологическое понятие вида как индивида и богословское понятие Церкви как рода и тела напоминает философское понятие «конкретной универсалии», которые развивал Гегель и его немецкие, английские и русские последователи (см. [3, 4]).

Таким образом получается, что понятия современной философии биологии можно применять к анализу понятии древней теологии. Это, как представляется, открывает возможность развития «биотеологии» как науки, изучающей общие принципы естественной и сверхъестественной жизни.

Литература

1. Моисеев В.И. Логика всеединства. М., 2002.

2. Моисеев В.И. Логика Добра. Нравственный логос Владимира Соловьева. М., 2004.

3. Роек П. Проблема универсалий в биологии // В.И.Моисеев, Л.П.Киященко (ред.), Философские проблемы биологии и медицины. Выпуск 2. Междисциплинарные аспекты биомедицины. М.. 2008, С. 98—100.

4. Роек П. София и проблема универсалий // В.Н.Порус (ред.), Софиология (Серия «Богословие и наука»). М., 2010, С. 178—195.

5. Ghiselin M.T. The Triumph of the Darwinian Method. Berkeley, 1969.

6. Hull D.L. A Matter of Individuality // Philosophy of Science. 1978. Vol. 45. P. 335—360.

7. Moiseev V.I. Projectively Modal Ontology // Logical Studies. 2002. Vol. 9.

8. Moisiejew W.I. Ontologia Leśniewskiego i logika wszechjedności, przeł. P.Rojek // Kwartalnik Filozoficzny. 2004. Vol. XXXII.

9. Stamos D.N. The Species Problem. Biological Species, Ontology, and the Metaphysics of Biology. Lanham, 2003.

О ПРОБЛЕМЕ ОТЛИЧИЯ ЧЕЛОВЕКА ОТ ВЫСШИХ ЖИВОТНЫХ

Е.В.Тур

Человек как существо, отличающееся от животного, чаще всего определяется через «свободу воли» или способность к «пониманию». Тяжелая умственная отсталость, безусловно, не лишает человеческого статуса: следовательно, определяющее качество должно присутствовать у каждого олигофрена, даже если мы не видим внешних проявлений. «Свободу воли» невозможно отрицать исходя из наблюдений, но наглядные признаки непонимания допустимы. В качестве такого признака

можно рассматривать неспособность к созданию содержательно нового сообщения. Годится ли «понимание» для определения «человека»? Такое определение оставляет за рамками лиц с идиотией, не демонстрирующих языкового творчества. И не дает оснований отказывать в статусе человека обученным языку жестов шимпанзе. Словарный запас последних соответствует таковому у лиц с имбецильностью (около 200 знаков), обученные обезьяны тоже составляют элементарные предложения и делают новые, неожиданные сообщения.

В эксперименте Аллена и Беатрис Гарднер (Gardner, Gardner, 1969; 1985) обученная языку глухонемых «Амслен» шимпанзе Уошо обзывала служителя, долго не дававшего ей пить, «Грязным Джеком». Шимпанзе использовала знаки в переносном смысле: это непредставимо без понимания языка. Уошо назвала арбуз «конфета-питье», а впервые встреченного лебедя «водой-птицей». Зарегистрированы случаи, когда Уошо обучала языку детеныша, складывая его пальцы в знаки «жвачка», «пища», «стул». Погнавшейся за ней собаке шимпанзе жестикулировала: «Собака, уходи»[1].

Нет оснований отказывать шимпанзе в способности понимания. Если принимать эту ее способность в качестве определения человека, то шимпанзе, в сущности, такие же люди, как и лица, страдающие имбецильностью. Вряд ли это приемлемо. Что же касается определения через «свободу воли», обезьянам можно отказывать в ней только догматически, аналогично постулируя «свободу» всех людей (включая лиц с тяжелой умственной отсталостью). Формулируя религиозно-нейтральное определение человека (не распространяющееся на обученных шимпанзе, но охватывающее умственно отсталых), придется оставить в стороне вопросы как «свободы воли», так и «понимания». Но существует ли другой критерий? Если имбецил — личность, обладатель свободной воли; то шимпанзе Уошо тоже субъект. Если не прибегать к богословским трактовкам.

1. Если Уошо не личность — личность определяется чисто биологически, как homo sapiens, и на генетическом уровне отличие в 3% генов. Чисто биологическое отличие, сводящееся к телу — так как все то, что касается психической жизни, расценивается как неважное. Если не прибегать к богословским трактовкам.

2. Если шимпанзе личность, но не человек, нет противоречия. Если шимпанзе не личность, то и имбецил не личность — если не прибегать к теологии.

3. Если шимпанзе не личность, хотя обладает всеми признаками личности, значит возможны зомби. Значит, свобода воли — по ту сторону психических процессов. То, что свобода воли по ту сторону психических процессов, а не растворена в них, не явлена в них, есть прямое следствие теологического подхода. Но это значит, что Бог сотворил шимпанзе с психикой, но без свободы воли (жестоко!).

[1] Цит. по: Зорина З.А., Полетаева И.И. Элементарное мышление животных. М., 2001.

4. Если свобода воли не может быть обнаружена в психических процессах как таковых (результат теологии), мы не можем судить о наличии личности чисто философски, только догматически. **Мы можем отказывать шимпанзе в статусе личности не философски, а исключительно догматически.** Нет оснований для признания, но нет и для отрицания — это равно вопрос веры.

5. Если имбецил человек, но не личность, то личность определяется через свои внешние проявления (которые отсутствуют), а человек — чисто биологически. Но можно ли определить личность через внешние проявления? Китайская комната: это проблематично.

6. Понимание и свобода воли — не синонимы ли это?

Если мы признаем понимание за имбецилом, у нас нет философских (не догматических) оснований отказывать в понимании шимпанзе. Мы не можем (не прибегая к догматике) отрицать у шимпанзе понимания, свойственного так же человеку — что же касается свободы воли, пока нет данных за этическое понимание, и соответствующие эксперименты назрели.

«ВРЕМЕННАЯ МАТРЕШКА»: ОТ ОНТОЛОГИЧЕСКОГО К АНТРОПОЛОГИЧЕСКОМУ ПОНИМАНИЮ

В.Б.Ханжи

Исторически категория времени была осмысляема в органичной взаимосвязи с категорией бытия. Обозначенная еще в учениях античных классиков (Платона, Аристотеля) тенденция онтологизации времени получает дальнейшее развитие в средневековой мысли, затем — в физических и философских системах XVII—XX веков. Как только философ сталкивался с необходимостью объяснения движения, изменчивости мира (если стоял на соответствующих позициях — такую совокупность онтологических убеждений и установок мы в более ранних работах назвали «парадигмой динамичности»[1]), он использовал категорию времени. Традиционно темпорально ознаменованным мыслилось все могущее двигаться, изменяться вплоть до исчезновения: в идеалистических концепциях (религиозного характера) таковым виделось сотворенное и тленное на фоне Вечного (Творца), в материалистических — формы, создаваемые вечной материальной субстанцией, по отношению к ней самой. Иными словами, категория времени

[1] Ханжи В.Б. Античные парадигмы бытия и понимание времени // Перспективи. 2008. № 4. Ч. 2: «Парадигма динамичности». Аристотелевский подход как позиция, опосредующая две парадигмы. С. 112—118.

естественно возникала в осмыслении мира при демонстрации стыкающихся движимого и недвижимого, изменяющегося и неизменного и сопровождала событийность как ее атрибут.

В современной философской среде ведутся активные дискуссии о времени не только в онтологическом и физическом, но и социальном, психологическом, лингвистическом и др. смыслах. Фундаментальным основанием для подобного изменения вектора философской мысли является интерес к теме человека как центральной фигуры мира. Пожалуй, один из наиболее ярких уходов от онтологической парадигмы времени осуществляют экзистенциалисты, обращающие внимание (в духе своей ориентации на примат в философском дискурсе антропологического знания) на возможность «очеловечивания» времени, то есть рассмотрения его как антропологической категории. Эта тенденция объясняется увеличением значимости роли человека в историческом процессе: он все более становится истинным субъектом истории, ее инженером и строителем.

В философской литературе была высказана мысль, что реальное онтологическое время не является монолитным образованием, скорее наоборот, — его структура многослойна: разность скоростей объектов мира вызывает и различное течение времени как формы их существования и развития. Философская рефлексия над этой идеей, развиваемая в антропологическом духе, автоматически приводит к гипотезе, согласно которой, таким же многослойным в своей сущности является и *антропное время* — форма протекания человеческой деятельности, в которой выражается ее (деятельности) интенсивность, продолжительность и порядок (в нашем понимании оно отличается от психологического, биологического, социального времен и темпоральности по И.Пригожину). В одной из предыдущих работ[1] эта (человеческая) форма времени была обозначена нами как «антропологическое время», однако, как нам видится сегодня, говорить об «антропности» уместнее, так как мы имеем ввиду не то, что причастно знанию о человеке, а то, что атрибутирует саму человеческую деятельность. В определении понятия антропного времени как *формы* протекания человеческой деятельности мы следуем традиции, согласно которой форма есть выражение содержания[2], содержание в его представлении миру, своеобразная феноменологизация ноумена: человеческая деятельность (содержание) оформляется временем.

---

[1] Ханжи В.Б. Студентська конкуренція і антропологічний час в умовах КМСОНП // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції з міжнародною участю “Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України: результати, проблеми та перспективи” (20—21 травня 2010 року, м. Тернопіль). Тернопіль, 2010. С. 329—330.

[2] Философский энциклопедический словарь / под ред. Е.Ф. Губского, Г.В. Кораблева, В.А. Лутченко. М. : ИНФРА-М, 2005. 576 с.

Итак, говоря о многослойности антропного времени, мы имеем ввиду следующее: скорость жизненного движения личности (и в смысле перемещения, и в смысле изменения по форме) обусловливает возникновение адекватного ей темпорального слоя, при этом, естественно, та общественная группа, к которой причастна личность, также обладает своей скоростью и, следовательно, темпоральным слоем, только уже более глобального порядка. Развивая эту мысль, заметим, что время социальной ячейки, с одной стороны, являющееся целостным и самодостаточным образованием, с другой стороны, выступает элементом более широкой темпоральной системы (слоя) — времени человечества. В работах современного исследователя И.В.Ершовой-Бабенко[1] такой вариант соотношения и сосуществования систем обозначен через концептуальную модель «целое в целом». Мы, в свою очередь, для выражения соотношения слоев антропной темпоральной действительности предлагаем использовать понятие «*временная матрешка*».

Если наша гипотеза многослойности антропного времени верна, то уместно поставить вопрос о комплементарности слоев времени личности и социального образования: индивидуальные характеристики человека определяют один темп деятельности (и, соответственно, ход времени), при том, что его социальная группа (образовавшаяся по возрастному, профессиональному, национальному, конфессиональному и др. признакам) — совершенно другой. Возможно, возрастание конфронтации в обществе во многом обусловлено увеличением разрыва между скоростями деятельности внутреннего и внешнего «целых» и эскалацией некомплементарности «матрешек времени» относительно друг друга. Кроме того, периодически наблюдаются ситуации, когда имеющаяся проблема усугубляется некомплементарностью времен разных личностей, причастных к одному социальному уровню.

Понимание антропного времени как многослойной структуры позволяет по-новому оценить содержание исторического процесса. В гегелевском учении о сущности истории красной нитью прослеживается мысль о том, что ее определяющим началом и конечной целью является свобода, то есть вся история есть развертывание свободы, прогресс в ее сознании и реализации. Однако, по мнению Гегеля, эманация свободы в человеческом развитии фаталистически определена Мировым Духом, который сам по себе свободен абсолютно, и этапы ее становления есть не что иное как опорные этапы его развития: «...Дух существует как абсолютная свобода; ... мир для него есть просто его воля, и эта его воля есть общая воля..., воля всех отдельных лиц как таковых»[2].

---

[1] Ершова-Бабенко И.В. Психосинергетические стратегии человеческой деятельности. (Концептуальная модель). В. : NOVA KNYHA, 2005. 360 с.

[2] Гегель Г.В.Ф. Сочинения. М., 1959. Т. 4 : Феноменология духа. 440 с. С. 315.

Опираясь на гегелевскую идею, мы также считаем возможным рассмотреть в качестве сущности истории развертывание свободы, но понимаемой в экзистенциалистском смысле, то есть свободы воли человека. Выше мы указывали, что антропное время выступает как характеристика, оформляющая деятельность человека, теперь же нам видится необходимым поставить проблему темпорализации *основания* (одного из значительнейших) деятельности — свободы воли. Это дает возможность подать исторический процесс не просто в единстве внутреннего и внешнего, содержания и формы (человеческой деятельности и антропного времени соответственно), а в единстве *глубинно*-внутреннего и внешнего — свободы воли человека и антропного времени. В таком смысле мы получаем следующий тезис, который в этой работе становится профилирующим: *история человечества есть овремененная свобода его воли*.

Возвращаясь к вопросу о комплементарности временных слоев разного порядка, отметим, что, как мы полагаем, именно здесь обнаруживается взаимосвязь между человеческой свободой и антропным временем, причем эта взаимосвязь имеет характер кольцевой каузальности. Разберем две ситуации: 1) комплементарности времен; 2) некомплементарности времен.

1. Если слои времени социума и личности («матрешка» в «матрешке») комплементарны друг другу, то эти консонансные условия рождают возможность реализации свободы воли, которая, развертываясь в истории (социализируясь) создает форму своей эманации — антропное время, оно же, в свою очередь, слоится (поскольку единичная свобода воли, реализуясь в деятельности, выстраивает новое бытие не только для ее носителя, но и для окружающего его общества), а далее — читай с начала предложения. Таким образом, мы наблюдаем феномен, при котором социальная свобода, как следствие взращивания личностной свободы в условиях комплементарности разных уровней (слоев) антропного времени, развиваясь (и овременяясь) создает тем самым ситуацию, когда на новом витке истории будет поставлен вопрос о комплементарности или некомплементарности времен.

2. Если слои времени социума и личности некомплементарны друг другу, то либо носитель личностной свободы в стремлении укрепить ее позиции и расширить ее границы автоматически ущемляет свободу социума, либо (что чаще) общественная свобода ущемляет, а иногда полностью нивелирует свободу единичного человека. В таком случае можно констатировать уже овременение развивающейся несвободы («минус-свободы»).

Итак, историческое движение к свободе не является чем-то заданным, предопределенным. Сам человек, наделенный свободой (в личностном смысле — свободой воли), может (и должен) способствовать прогрессу свободы социальной. Действенный же метод

в этом — создание условий для консонансного сосуществования скоростей развития личности и социума и вытекающей из этого комплементарности слоев антропного времени.

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР БИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ «ЭВОЛЮЦИИ» ЧЕЛОВЕКА

Ю.В.Хен

Биологическая эволюция человека сегодня — проблемный вопрос. Представители разных школ по-разному отвечают на него. Одни полагают, что эволюция человека завершена, другие — что она продолжается. У обеих сторон имеется предостаточно веских доводов в пользу этих противоположных точек зрения.

Представление о человеке как о двойственном, биосоциальном существе сегодня общепринято. Это предполагает, однако, что говорить об эволюции человека, рассматривая только биологические факторы и оставляя в тени факторы «культуры», неправомерно, тем более, что физические условия на земле с момента зарождения человечества изменились не слишком сильно[1], тогда как цивилизационное развитие привело к весьма существенным изменениям в условиях жизни и размножения. За тысячелетия исторического (и доисторического) развития различные группы людей выработали не только специфические биологические комплексы. Гораздо заметнее различие культурных особенностей: не всегда поддающаяся точной вербализации, но, тем не менее, несомненно, существующая *самоидентичность* народов. За то время, пока каждый из этих народов жил более или менее изолированно, успели сложиться адекватные условиям проживания, оправданные и внутренне непротиворечивые системы ценностей, этические нормы малых групп. Глобализация, уничтожая изоляцию, стирая культурные границы, смешивая народы и вынуждая жить в пределах одного социума представителей разных этносов, сталкивает между собой этические системы, имеющие вековые корни, но в сравнении друг с другом уже не кажущиеся стопроцентно истинными. Пресловутая «мудрость предков» оказывается невостребованной, тысячелетний опыт не работает и то, что прежде несло на себе печать сакральности — представление о добре и зле, например, — оказывается предметом конвенции.

[1] На условной шкале, на которой эволюция живой природы от момента зарождения до наших дней занимает один год, человечество возникло 31 декабря с последним ударом курантов, возвещающих конец года.

Процесс этот, разумеется, начался не сегодня, но и нынешняя глобализация не первая в истории человечества. Однако темпы современных процессов настолько высоки, что изменения успевают произойти за время жизни одного поколения, что делает их заметными для современников. Кроме того, для формирования атмосферы этического релятивизма важным оказалось наличие демократии в качестве культурного «субстрата». Все предыдущие «воссоединения» народов происходили более или менее насильственным путем (захватнические войны, порабощение и т.п.), что ставило культурные ценности вынужденных сожителей в исходно неравное положение. Современное объединение народов, протекающее в виде экономической экспансии, производится под лозунгом демократии и равенства всех рас и народов. Пусть даже для большинства реальных людей это не более чем лозунги, но и они не могут не оказывать влияния на ценностные представления. Одно дело, когда человек вырастает с сознанием, что существует единственная и единственно возможная норма нравственного поведения — тогда он, не задумываясь о причинах социальных запретов и требований, будет следовать им, время от времени отклоняясь в ту или другую сторону от генеральной линии предписанной добропорядочности (мелкий хулиган, лжец, воришка, меценат, праведник и т.п.). И совсем другое — когда человек с детства знает о множественности нравственных миров, а идеи равенства и интернационалистский дух, насаждаемые школой, профсоюзами и «политкорректными» СМИ, вынуждают его признавать их равноценность. Именно на таком историческом фоне и возникает ощущение «падения нравов» (реакция на возможность не соблюдать поведенческие нормы, предписанные старшим поколением), «деконструкции культуры», релятивизации этики и вообще всяческого «конца истории».

Глобализация — это фактор, который сегодня формирует облик будущего человечества, как в доисторические времена это делал естественный отбор. Анализируя всевозможные проявления и последствия глобализации (экономические, социальные, политические и т.д.), имеет смысл оценить и «эволюционное» воздействие этого фактора, а именно, попытаться установить, способствует ли глобализация выживанию человечества как вида или, напротив, ускоряет наступления его заката.

Очевидно, что действие глобализации направлено против иных эволюционных механизмов, нежели естественный отбор, хотя, будучи одним из проявлений цивилизации, она также косвенным образом ведет к ослаблению его давления. Но напрямую глобализация противостоит другому фактору эволюции: одним из путей видообразования в природе является изоляция части популяции. В естественных условиях обособление некоторого количества особей в отдельную группу, не скрещивающуюся с исходной, может происходить в силу самых разных случайных обстоятельств (например, лесной пожар, уничтожающий по-

лосу растительности, или изменение русла реки вследствие аномально высокого разлива, приводящее к смене маршрута миграции и т.д.). Изоляция ведет к накоплению признаков, отличных от тех, что присущи особям основной популяции, которые, достигнув некоторого критического значения, позволяют говорить об образовании нового вида. Так в природе на расстоянии полукилометра друг от друга могут обитать два очень похожих, но никогда не скрещивающихся между собой (из-за разделяющей их реки) вида обезьян. А на одном лугу могут обитать два не скрещивающихся между собой вида шмелей, поскольку у одного вида «брачный период» приходится на весну, а у другого — на конец лета. Если исходить из теории, согласно которой все представители человечества вышли из единой «колыбели», то логично будет предположить, что формирование рас шло именно таким путем. Глобализация же запускает прямо противоположные процессы, смешивая то, на разделение чего были затрачены миллионы лет. Соображения политкорректности, а также тот факт, что представители разных народов свободно скрещиваются между собой, давая плодовитое потомство, заставляют нас говорить о принадлежности всех людей к одному виду, однако ни для кого не секрет, что различия между расами, приобретенные за время раздельного проживания, накоплены существенные. Причем, люди, населяющие землю, отличаются друг от друга не только внешне, хотя и эти различия весьма велики. Внешние различия не очень важны, поскольку не затрагивают здоровья человека, и если не обращать внимания на расистов, не влияют на качество жизни. В мире существуют *разные* критерии красоты человеческого тела, и по мере глобализации информационных процессов, *общепринятые* стандарты становятся все более разнообразными и это не может не радовать (только представьте себе, как бы оценили красоту некоторых из современных фотомоделей при дворе Людовика XIII). Однако, данные медицинских исследований показывают, например, что у негроидной и европеоидной рас немного по-разному сбалансированы иммунные системы, вследствие чего метисы обычно обладают более слабым здоровьем, чем представители исходных рас. У монголоидов иной, чем у европейцев баланс гормонов; имеются также *анатомические* отличия (в шесть раз больше венозных клапанов, например, из-за чего азиаты с варикозом встречаются гораздо реже, чем европейцы). У представителей коренных народов севера — отличный от прочих жителей земли обмен веществ: в их традиционной пище практически отсутствуют углеводы, составляющие в нашем питании не менее половины рациона. С этой проблемой столкнулись работники школ-интернатов на крайнем севере, пытавшиеся кормить детей чукчей и эвенков кашами и макаронами, для усвоения которых у детей попросту отсутствовали необходимые ферменты. Подобных различий — множество. Практически все они были выработаны в процессе подгонки организма к специфическим условиям обитания — климату, типу

растительности, животному разнообразию, агрессивности болезнетворных микроорганизмов и проч. Уничтожение границ между народами, достигшее сегодня *глобальных* масштабов, сбивает эти «тонкие настройки», разрушает равновесие, устанавливавшееся веками.

ЧЕЛОВЕК АВТОПОЭТИЧЕСКИЙ ИЛИ ВОЗМОЖЕН ЛИ БИОРОБОТ В ВИРТУАЛЬНОЙ СРЕДЕ

Е.И.Ярославцева

Исследуя развитие человека как целостной системы, важно понять не только его структурную сложность, что давно ни у кого не вызывает сомнений, но и тот процесс, который создает возможность устойчивого существования постоянно усложняющихся живых биологических систем. Сосредоточение внимания на процессуальной стороне вопроса позволяет определить перспективы развития человека, а так же возможные риски его преобразования, связанные с развитием современных биотехнологий и нано-материалов, с которыми имеет дело современная инновационная наука.

Современный человек учится решать свои проблемы, входя в область новых размерностей, которые предлагает нам сегодня активно развивающееся мировое научное знание. Сегодня он не просто имеет возможность использовать новые материалы, например, в протезировании, но переходит к представлению о том, что широкое использование таких материалов начинает влиять на его развитие, в целом на **онтогенетический** процесс. И искусственный материал становится средой его организма, который до сих пор имел только биологическим образом возникшие ткани и органы. Его личное, персональное бытие, начинает включать в себя искусственную компоненту как особый культурный способ существования. Не случайно, наверное, многие медицинские технологии отрабатываются в сфере культурно-эстетических запросов человека и связаны с косметическими процедурами усовершенствования внешнего вида, а не только состояния здоровья.

Онтогенез человека в современной культуре стал естественным образом включать в себя манипуляции с телом, позволяющие менять не только внешний вид, но и корректировать природные характеристики — пол, длительность жизненного цикла, возможности управления вегетативной нервной системой и прочее. Фактически мы сталкиваемся с тем, что у многих возникает тяга к экспериментированию в области преобразовании своего тела, которая становится своеобразной традицией в молодежной среде. Процессы трансформации, самоизменений увеличивают динамику. Человек готов

осваивать новые коммуникативные пространства, встраиваться в новую реальность, пренебрегая возможными рисками.

Изобретение новых материалов сопровождается бурным ростом в области компьютерных технологий и в целом, систем коммуникаций, без которых невозможно было бы работать на биологическом уровне, с клеткой, геномом. Компьютерные мультимедийные технологии позволяют видеть процесс вмешательства в реальном времени и корректировать ход операции, применять новую микроаппаратуру. Цифровые технологии позволяют работать в удаленном режиме, осуществлять управление процессом дистанционно. Причем, существуют и такие эксперименты, по исследованиям К.Анохина, когда человек может **мысленно управлять** искусственной рукой, вполне эффективно выполнять определенные функции. Кроме того, возможности компьютерных систем порождают много новых форм цифровых коммуникаций, расширяющих функции среды. Так мы уже знакомы с понятием «Умный дом», в котором пространство становится очень динамичным, интерактивным, определяемым потребностями человека на текущий момент. Теперь уже не человек приспосабливается к среде, а среда, во все большей мере, может быть приспособлена к человеку. Причем, появляется и сегодня активно осваивается виртуальная среда, сетевое пространство, которые все активнее осваиваются человеком и становятся частью его реальности, новой повседневностью.

Одним словом, и сам человек на микроуровне становится преобразуемым, и среда может гибко и активно откликаться на запросы человека, показывая увеличение его активности. Своеобразной гипертрофированной моделью может быть биоробот в виртуальном пространстве, который сам себе задает жизненный цикл и формирует вокруг себя среду. При этом, надо заметить, ничего принципиально нового не происходит, поскольку и ранее, только в других формах, происходил процесс саморазвития, трансформации человека. Все это становится характеристикой современного онтогенеза человека, усиления его интерактивного пространства.

Важно, что человек как сложная и открытая система имеет свои устойчивые закономерности — развивается автопоэтически[1], самостоятельно интегрируя в своем становлении множество условий, которые ему задают внешний мир и собственная внутренняя природа. Это нелинейное развитие может описываться с помощью фрактальных моделей, показывающих, что в происходящих процессах существуют возможности согласования многообразных тенденций. Надо заметить, что синергетические подходы все шире используются сегодня для описания сложных систем и позволяют сохранить динамичность и целостность описываемого объекта. Используя этот

[1] Матурана У., Варела Ф. Древо познания. М. : Прогресс-Традиция, 2001.

подход, можно взглянуть на некоторые вопросы индивидуального развития, визуализируя этот процесс нарастания сложности.

По существу, человек сам не знает своих истинных сил. Он, устремляясь к своим целям, вынужден приспосабливаться к личному творческому потенциалу. В каком-то смысле, **приспосабливаться к своей сложности**. Как можно полагать, его динамичные влияния, создающие ускорение, происходили систематически, постепенно поднимая существующий параметр порядка на новый уровень. И всякий раз этот подъем проходил через индивидуальный креативный процесс в человеке. **Человек — инструмент самоусложнения в природе.**

Можно сказать, что человек стихийно выработал способ, как самостоятельно решать проблему собственного активного влияния на развитие окружающего мира. Если уж он запускает алгоритм усложнения, то надо попытаться сфокусировать свой взгляд на сиюминутных явлениях мира, стремиться уловить самые актуальные события, **чтобы успеть их сделать точкой опоры**, превратить в основу для своего последующего действия.

Поэтому для современного человека мир нередко определяется событиями, которые происходят «здесь и сейчас». Он практически находится в особой реальности, где нет устойчивых перспектив, где он сам всегда потенциален и незавершен. *Это постоянно открытый опыт развития и свободы, который не предрешает ничего, и в то же время, определяет практически все.* Он определяет фундаментальное обстоятельство — существование новой тенденции развития: новых скоростей, новых направлений, новых степеней свободы, не предрешая, но всегда оставляя конкретные решения за человеком. Видимо поэтому человек не теряет интерес, и не перестает быть острым его внимание к протекающему процессу, к обстоятельствам, которые он сам и порождает, а по существу — к **своей собственной активности**.

События, протекающие «здесь и сейчас», трудно уловимы. Они требуют особой настройки внимания, особого восприятия, которое может сформироваться только при постоянном интеллектуальном усилии, когда человек стремится проникнуть в суть вещей, в то, что лежит за пределами стандартного восприятия, понятного всем, доступного для всех. При этом такой взгляд будет давать исключительно «эксклюзивную» информацию, поскольку человек всматривается не просто в событие, но в событие, автором которого он сам и является, постигая дело мыслей и рук своих. Но, рассматривая себя как в зеркало, обнаруживая себя в своем результате, он одновременно вглядывается и в процесс — в событие, где он является непосредственным участником: трудится вместе с природой над ее развитием. А еще точнее — создает точку роста, своеобразную почку, которая начинает затем самостоятельно плодоносить, развиваться.

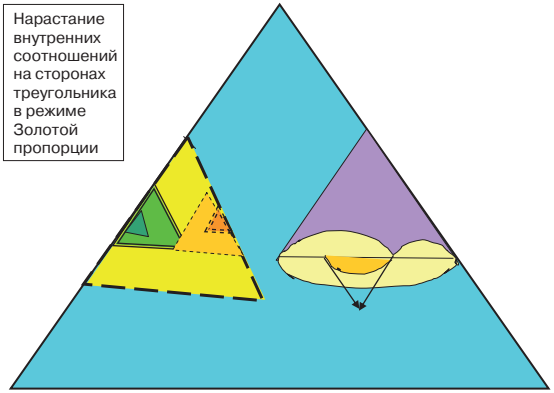


Рис. 1. Нарастание соотношений.

Человек всматривается в живой мир, который под его исследовательским или просто наблюдающим взглядом, «здесь и сейчас» порождает новое. Этот процесс можно отобразить построением треугольника, подобного инвариантно изменяющемуся треугольнику Коха, который растет не во вне, а внутрь (рис. 1). Причем, новые треугольники появляются не на ровно разделенных частях стороны, а на последовательном делении ее в золотой пропорции. Иными словами, на стороне треугольника могут нарастать внутренние соотношения, порождающие точки основания новых треугольников. Процесс так же будет инвариантен и породит фрактальную среду.

В этом треугольнике, изображающем вглядывание человека, породившее несколько самостоятельных зон внимания и понимания, так же может быть обнаружен предел подробности. Но на следующем шаге, при укрупнении шкалы, такое углубление может вновь продолжаться. И так до бесконечности. Бесконечность ограничивается ресурсными возможностями потенциальной системы. Она попросту — устает.

Практически нет запретов для создания модели углубления видения. Можно взять любой треугольник, а не только равносторонний, используемый в модели Коха. На сторонах исходного треугольника, может быть возведен целый ряд новых треугольников с условием, чтобы отношения в основании соответствовали Золотой пропорции. Именно это соотношение может быть основой интерактивной динамики, порождающей, возможно, более сложный вид инвариантности, который породил коммуникации человека. Именно поэтому человек, вглядываясь в природный мир, способен адекватно его отразить, познать. Ведь он, как биологическая система, насыщен соотношениями такого уровня подвижности рода, способен их выделять и воспроизводить, создавая свою среду, культуру.

Его коммуникация с внешним миром, как природным, так и искусственным, — естественный способ порождения нового посредством использования своих собственных, аудиальных, тактильных, визуальных и др. функциональных возможностей. Момент и место встречи является порождающим, в нем, «внешнее и внутреннее относительны, а суть в точках контакта, «встречи»[1]. Как часть живого мира человек встречается с самим миром и порождает точки роста, становится автором его новых потенций. Эти новые возможности человек затем обнаруживает и реализует в своей жизни.

Этот автопоэтический процесс, свидетельствующий о мире как о живом, развивающемся организме, становится сегодня очевидным для многих специалистов, и он, как считают У. Матурана и Ф.Варела, существовал всегда. Автопоэзис лежит в основе развития всех систем и в принципе позволяет увидеть единство на всех уровнях организации мира, как на биологическом, так и на социальном; как при рассмотрении индивидуального субъекта, так и при рассмотрении субъектов коллективных[2].

---

[1] Аршинов В.И. Синергетика как феномен постнеклассической науки. М.: ИФ РАН, 1999. С. 30.

[2] Капра Ф. Скрытые связи. М. : ООО, Издательский дом «София», 2004.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОМЕДИЦИНА

ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОГЕНЕТИКИ[1]

Е.Н.Гнатик

Процесс старения — одно из самых загадочных явлений природы, познание сущности которого является сложнейшей задачей современной науки. Изучение этого феномена не только имеет значительную ценность для интеллектуального удовлетворения научного любопытства, расширения мировоззрения, но также является необходимой предпосылкой разработки эффективных методов профилактики и лечения возрастных заболеваний и, возможно, увеличения не только средней, но и максимальной видовой продолжительности жизни. Генетические исследования механизмов старения становятся одними из приоритетных в XXI столетии. Используя достижения молекулярной биологии, современная наука многое открыла в понимании биологического смысла жизни и смерти. Привносится новое и в познание социального смысла жизни и смерти. Без этого их человеческая специфика исчезает, остается тайной во всей ее первозданности. Вне этих полюсов — жизни и смерти — невозможно правильное понимание будущего человека в биологическом плане. Ценность продления жизни является очевидной. Существование человека имеет в себе самом высшую цель. Кроме того, прибавление здоровых и активных лет не только отвечает подлинно гуманистической идее продления счастливого индивидуального существования человека, но также принципиально важно для развития цивилизации в исторической перспективе. Сохранение развитой человеческой индивидуальности, обогащенной знаниями, опытом и мудростью — важное условие процветания общества. Природа одарила род людской неограниченным интеллектуальным потенциалом, но его прогрессирующее использование возможно лишь при условии перманентного продления индивидуальной жизни. Как известно, постепенное улучшение условий жизни способствовало более полной реализации генетической программы все большего числа людей. В эпоху камен-

[1] Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант № 08-03-00224а).

ного века человек в среднем жил 19 лет, в XVI столетии — 27 лет, в 1900 г. — 45, в 1945 г. — 57, в 1970 г. — 70 лет. Однако в последние годы данный процесс замедлился. Сейчас прирост жизни на 1 год требует уже 10 лет прогресса общества и немалых материальных затрат. Вероятно, эти трудности станут нарастать по мере приближения к видовым срокам жизни. Разработка мер, повышающих уровень деятельности генетического аппарата, как раз и призвана способствовать увеличению сроков видовой продолжительности жизни и, возможно, изменению хода генетических часов. Исследования в этой сфере весьма значимы в деле борьбы с наследственными и инфекционными болезнями, за достижение и реализацию полноценной старости. При этом речь идет не о переделке наследственных основ человека, а о целенаправленной корректировке процессов, по мере приближения старости все более нарушающих структуру генов и их функции в соматических клетках человека. Перед наукой стоит задача научиться «защищать организм от старения» путем воздействия на его молекулярные процессы. Сегодня наиболее общей характеристикой старения считается снижение жизнеспособности и повышение вероятности смерти. Это означает, что бессмертие принципиально возможно только в отсутствие старения. Однако возможно ли с научной точки зрения увеличение не только средней, но и максимальной продолжительности жизни? Ведь если существует биологический предел долговечности человека, то в будущем наблюдаемый ныне процесс увеличения среднего срока жизни неизбежно замедлится и навсегда остановится несколько ниже возраста 120—130 лет даже при самом оптимистическом прогнозе, предполагающем максимально здоровый образ жизни, подкрепляемый растущей экономикой, благоприятной экологией, социальной средой и развивающейся медициной. Строго говоря, вопрос о существовании естественного предела долговечности человека является спорным. Из-за отсутствия надежных свидетельств о продолжительности жизни с древних времен и до недавнего времени на сегодняшний день нет уверенности в том, что максимальный, а не только средний срок жизни, не увеличивался в человеческой истории, а потому неизвестно, будет ли он изменяться в будущем. Вместе с тем открытия в области биологии и генетики старения (геронтогенетики) в определенной степени добавляют оптимизма. Расшифровка генома человека способствовала возрождению идей о бессмертии и продлении человеческой жизни, творческой активности, поскольку выяснилось, что многие болезни старости закодированы в геноме. Эксперименты с лабораторными животными (нематода, дрозофила, мышь) позволили установить, что генетические манипуляции и изменения среды могут существенно увеличивать среднюю и максимальную продолжительность жизни. Эти данные в сочетании с изучением молекулярных механизмов старения дарят надежду, что в будущем могут быть разработаны новые более

эффективные средства предотвращения или замедления возрастных болезней, что сделает возможным продолжение роста средней и даже увеличение максимальной продолжительности жизни человека.

Главный вопрос биогеронтологии о первичной причине старения еще не получил определенного однозначного ответа. Предполагают, что некоторые механизмы старения являются частными, присущими определенным клеточным линиям, тканям организма или биологическим видам. Другие механизмы старения, действующие у самых различных организмов, иногда называют общими. В рамках биогеронтологии предложены различные концепции старения, и вполне вероятно, что все они правильно описывают различные особенности этого сложного явления[1]. Теория молекулярного окислительного повреждения и теория маргинотомии, которая связывает старение с сокращением теломерной ДНК[2], могут быть упомянуты как примеры хорошо сформулированных и экспериментально обоснованных частных теорий. Критика этих (и ряда других) концепций основана на их попытках объяснить старение в рамках одного механизма, поскольку сегодня считается, что старение — мультифакториальный процесс. Судя по всему, как любая важная биологическая функция, старение обусловлено параллельным действием нескольких молекулярных механизмов. Необходимость общей теории подчеркивается целым рядом исследователей, работающих в области биологии старения. Предназначение такой унифицированной парадигмы — объединить рациональные содержания частных теорий, разрешить имеющиеся противоречия, предложить общую причину старения и объяснить межвидовую и внутривидовую вариацию продолжительности жизни. Общая теория старения призвана также стать концептуальной основой усовершенствованной стратегии лечения и профилактики возрастных заболеваний. Одно из препятствий на пути к системному пониманию старения парадоксальным образом совпадает с достижениями биогеронтологии — обилием экспериментальных данных и теоретических представлений, подлежащих концептуальной интеграции[3]. Вместе с тем, нынешний объем знаний все-таки может оказаться недостаточным для создания общей парадигмы старения без взаимодействия с другими областями биологии (например, биологией развития и эволюционной биологией). Можно также предположить, что понимание закономерностей процессов старения в целом может

---

1 См., напр.: Holliday T. Postcranial evidence of cold adaptation in Europian Neanderthals // Am.J. of Physical Antropology. 1997. 104. P. 245—258; Скулачев В.П. Старение организма — частный случай феноптоза // Соросовский образовательный журнал. 2001. № 10. С. 7—11.

2 Olovnikov A.M. Principle of marginotomy in template synthesis of polynucleotides. // Doclady Biochemistry. 1971. V. 201. P. 394—387; Harman D. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1991. V. 88. P. 5360—5363.

3 Пальцев М.А. Молекулярная медицина и прогресс фундаментальных наук // Вестник РАН. 2002. Т. 72. № 1. С. 14.

быть достигнуто только при определенном осмыслении таких сложных и еще нерешенных проблем, как природа индивидуальности, памяти и сознания. В таком случае общую парадигму старения вряд ли удастся создать, оставаясь исключительно в информационных пределах современной биогеронтологии. Без сомнения, разработка единой концепции старения обещает быть исключительно трудной задачей. История геронтологии демонстрирует иллюзорность надежды на создание некоего простого варианта общей теории.

К ВОПРОСУ О ВОСПРИЯТИИ ВРЕМЕНИ И ЕГО ЗАМЕДЛЕНИИ

В.С.Балакшин

В данной статье сделана попытка объяснения с точки зрения физики и психофизиологии, а также нейрофизиологии процесса замедления восприятия времени, которое наблюдал Ф.М.Достоевский во время припадков «падучей», от которой он страдал на протяжении всей своей жизни. Поиски подходов для создания математической теории.

В 1687 г. вышел в свет труд И.Ньютона «Математические начала натуральной философии», где даны определения абсолютного и относительного времени. Абсолютное или истинное математическое время протекает равномерно. Все формулы классической динамики справедливы при условии равномерного течения времени.

Но все процессы в природе протекают неравномерно. Относительное время есть изменчивая, постигаемая чувствами, внешняя, совершаемая при посредстве какого-либо движения, мера продолжительности, как например час, день, месяц, год, употребляется в обыденной жизни вместо истинного математического времени.

Для измерения времени сначала применялись солнечные, песочные, огненные и водяные часы. В XIII веке были изобретены колесные часы. Московские кремлевские колесные часы были сооружены в 1404 году. В XV веке в конструкцию механических часов вводится пружина. Принцип действия маятниковых часов был открыт Галилеем в 1583 г. и разработан математически Гюйгенсом в 1673 г. Маятниковые часы имели точность, позволившую решить важные астрономические задачи. После изобретения и внедрения телеграфа выяснилось, что телеграмма, посланная из Владивостока рано утром 1 июня, будет доставлена адресату в Москве 31 мая поздно вечером.

В 1905 г. опубликована статья А.Эйнштейна «К электродинамике движущихся сред». Теория относительности установила новый взгляд на пространственно-временные представления. Используя преобразования Лоренца относительно времени: $t_2 = t_1 \cdot \sqrt{1 - \upsilon^2/c^2}$ (1), можно

утверждать, что для фотона (световой частицы) времени нет, поскольку для фотона $\upsilon = c$ и, следовательно, подкоренное выражение будет равно нулю, а, следовательно $t_2 = 0$. Собственные часы фотона покажут ноль времени, между его рождением и поглощением, когда фотон перестает существовать. В формуле (1) $c = 3 \cdot 10^8$ м/с скорость света в вакууме, а υ — скорость частицы.

Физики начинают говорить о световых часах, о замедлении хода часов при движении, быстро летящие ионы рассматриваются как молекулярные часы[1].

В юности, да и позже, Альберт Эйнштейн любил читать «Братьев Карамазовых» Достоевского. К.Зелиг приводит такое его высказывание: «Достоевский дает мне больше, чем любой ученый. Он вызывает у меня этический порыв такой непреодолимой силы, какой возникает от истинного произведения искусства».

В 1927 г. были разработаны кварцевые часы, в которых вместо колебаний маятника использовались упругие колебания пластинки кристалла кварца. Маятниковые и кварцевые часы позволили обнаружить, что вращение Земли происходит неравномерно. Первые молекулярные часы были изобретены в 1953 г., в них вместо маятника используются молекулы аммиака, и вместо механических колебаний — электромагнитные колебания. В атомно-лучевых цезиевых часах в качестве стандарта частоты используются атомы цезия. В часах с квантовым генератором в качестве рабочего тела используются атомы водорода.

Этологи, психологи, биологи, физиологи, зоологи говорят о биологических часах, применяют понятие «Времязадатель (генератор хронирующих импульсов)», считают, что большинство животных обладают эндогенными биологическими часами, которые приспособлены к ритмическим изменениям среды. Часы эти могут быть циркаануальными, лунными, приливно-отливными или циркадианными.

Многие особенности репродуктивной физиологии и репродуктивного поведения, а также зимняя спячка и миграция связаны с циркаануальными циклами. У одноклеточных и сложно устроенных многоклеточных организмов в ходе эволюции развилось чувство времени, основанное на действии эндогенных часов, захватываемых экзогенными ритмами. Животные обычно имеют дело с изменениями среды циклической природы — суточными, приливно-отливными, сезонными. Многие из них обладают некоторым внутренним ритмом, или часами, для предсказания периодических изменений и подготовки к ним. Подобно многим другим насекомым, пчелы обладают внутренними часами, которые запускаются «генератором хронирующих импульсов»[2].

---

[1] Хайкин С.Э. Физические основы механики. 2-е изд., испр. и доп. : Учебное пособие. М. : Главная редакция физико-математической литературы изд-во «Наука», 1971. С. 264, 265

[2] Мак-Фарленд. Поведение животных : Психобиология, этология и эволюция: Пер. с англ. М. : Мир, 1988. С. 265, 266, 270, 276, 381, 382.

Интересную загадку, касающуюся времени, задал Ф.М.Достоевский, вот одно из его высказываний: «В течение нескольких мгновений я испытываю такое счастье, которое невозможно в обыкновенном состоянии и о котором не имеют понятия другие люди. Я чувствую полную гармонию в себе и во всем мире, и это чувство так сильно и сладко, что за несколько секунд такого блаженства можно отдать десять лет жизни, пожалуй, всю жизнь».

Карл Ясперс пишет, что в эпилептической ауре секунда переживается как бесконечность или вечность (Достоевский)[1].

Достоевский называл себя сам — и другие также считали его — эпилептиком, на том основании, что он был подвержен тяжелым припадкам, сопровождавшимися потерей сознания, судорогами и последующим упадочным настроением. Зигмунд Фрейд считал, что эта эпилепсия была лишь симптомом его невроза, который следует определить как истероэпилепсию, то есть, как тяжелую истерию. Особенностью эпилептических припадков Достоевского было резкое замедление течения времени, ощущение прикосновения к Вечному Бытию. «Жизнь есть, а смерти нет совсем... Есть минуты, вы доходите до минут, и время вдруг останавливается и будет вечно».

Категория времени вошла в психологию в конце XIX века. Различные школы и направления изучали восприятие времени — феномен недооценки и переоценки интервалов времени. В XX веке в рамках теории деятельности С.Л.Рубинштейн ввел понятие «чувство времени» как одну из характеристик психического состояния[2].

Данные экспериментов свидетельствуют, что функционирование мозга существенно зависит от скорости распространения сигналов по отросткам нейронов (аксонам); при этом скорость прохождения сигнала прямо пропорциональна скорости обработки мозгом поступающей информации. Выяснено, что аксоны покрыты электроизолирующей миелиновой оболочкой, толщина которой коррелирует со скоростью распространения импульсов[3].

Джозеф Эрлангер и Герберт Спенсер Гассер установили наличие трех типов волокон, обозначенных первыми тремя буквами латинского алфавита. Наиболее толстые волокна типа А проводят импульсы со скоростью 5—100 м/с, волокна типа В — со скоростью 3—14 м/с, и волокна типа С — со скоростью 0,3—3 м/с. Эрлангер и Гассер доказали, что отдельные волокна, входящие в состав нерва, служат различным целям. Толстые волокна, передающие импульсы

---

1 Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М. : Практика, 1997. С. 150.

2 Орестова Е.В., Петикова И.А. Время как психологическая категория // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации: Сборник материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. М.: изд-во «Принтберри», 2009. С.365—368.

3 Гнатик Е.Н. Проблемы современной нейронауки. Там же. С. 293—297.

с высокой скоростью, несут команду мышцам. Более тонкие волокна передают в мозг информацию от органов чувств. С наименьшей скоростью переносят импульсы нервные нити, проводящие, например, чувство боли[1].

Если скорость обработки информации весьма индивидуальна, то объем кратковременной памяти в среднем одинаков у всех людей и составляет 7 ± 2 единицы информации.

Вебер и Юнг (Weber und Jung) описали необычные вспышки обострения и сужения сознания, появляющиеся в качестве ауры при эпилептических припадках. Они указали на описание Достоевским собственной ауры: «...мозг как бы воспламенялся... с необыкновенным порывом напрягались разом все жизненные силы... Ощущение жизни, самосознания почти удесятерялось в эти мгновения, продолжавшиеся как молния»[2].

Возвращаясь к заявленной теме, можно сделать следующее допущение. Если в формуле (1) вместо скорости света в вакууме, подставить скорость v нервного импульса, а в числитель υ — скорость обработки мозгом поступающей информации, то получится формула $t_2 = t_1 \cdot \sqrt{1 - \upsilon^2/v^2}$ (2), объясняющая эффект замедления восприятия времени, где t_1 — обычное время, отсчитываемое по часам, t_2 — восприятие времени в момент критического состояния. Если эти скорости сближаются, то отношение их квадратов стремится к единице.

ПРОСТЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОЦИАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ КАК ОСНОВНОЙ ПРИЕМ ПРИ АНАЛИЗЕ СОМАТИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ ОРГАНИЗМА

А.В.Брагин

Признаки фенотипа у любого животного отражают его адаптивность, то есть выполнение соответствующих функций в естественной среде обитания, где на протяжении тысячелетий действовал естественный отбор. Поэтому, любая морфологическая и физиологическая структура в состоянии патологии является *для наблюдателя* сигналом или знаком того, что организм не справляется со своими «задачами», но данное состояние адаптировано *индивидуально* для решения конкретных *личных* проблем. Основная методологическая черта в поиске ответов на вопросы о современных путях лечения человека, как я считаю, лежит не в углу-

[1] Чолаков В. Нобелевские премии. Учёные и открытия: Пер. с болг. / Под ред. и с предисл. А.Н.Шамина. М. : Мир, 1986. С. 279.

[2] Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М. : Практика, 1997. С. 184.

блении изучения физиологических, генетических, биохимических и т.д. механизмов развития изменений фенотипа в спектре норма-патология, а в обычных наблюдениях за социальным поведением животных, как модели поведения человека. Изучение указанных «глубинных» механизмов (несомненно, нужное, но, к сожалению, слишком массовое, а значит и уводящее в сторону, и затратное) приводит к решению проблем, где мы фиксируем уже последствия, то есть патологические изменения, а наблюдение и функциональный анализ поведения (в духе этологии) — к причинам подобных изменений в фенотипе. Первый подход связан с манипуляцией над личностью, когда болезнь рассматривается профессионалами чем-то чужеродным, от чего можно избавиться физически. Одна из причин такого подхода в распространенном использовании нашем ratio кантовских антиномий: объективное—субъективное, явление—вещь в себе, материя—дух, инстинкт—научение, тело—душа, альтруизм—эгоизм и т.д. Технический прогресс методик в биологии и медицине не соответствует прогрессу в области психической сферы человека (по крайней мере в России). Второй подход, как бы с другой стороны, позволяет обращать взгляд на явления нормы и патологии как градацию в структуре фенотипа, и ответ на вопрос о видосохраняющей функции данной структуры подсказывает императив технического *невмешательства*, но естественнонаучного предсказания последствий влияния явлений на соматические нарушения. Наш основной орган восприятия — oculus, поэтому нет ничего более совершенного для познания социальных явлений как наблюдения и в тоже время столь сложной мотивационно зависимой перцепции.

Чаще всего, причиной современных заболеваний считают так называемый хронический стресс. При этом наблюдается неадекватное накопление и неадекватная реализация специфической нервной энергии (агрессии), которая не реализуется естественным путем, а в лучшем случае как смещенное или переориентированное поведение, а в худшем через «пробивание» нереализованной энергии (потенциала) через наследственную предрасположенность к определенным тканям и органам. Зачастую большинство из нас таким путем адаптируется к проблемам жизни, а не решает их. Я полагаю, что глубинное нарушение восприятия явлений и явлений нашего фенотипа, как составляющего общий континуум фактов исторически возникло в европейской философии, в частности у Декарта. Зачем *хотеть* «считать все ложным»[1], чтобы убедиться в «истинности своего существования»? С одной стороны, распространение физических и математических наук на область естествознания считается прогрессивным трендом в университетском образовании, с другой стороны, любуясь красотой своей собаки, например, мы никогда не станем обосновывать свое чувство при помощи статистических

[1] Декарт Р. Рассуждение о методе // Разыскание истины. СПб. : «Азбука», 2000. С. 92.

методов. Аппетенция к рефлексивной способности с тенденцией в сторону сомнений единичных, «случайных» наблюдений в онтогенезе человека и приводит к патогенезу познания как инстинкта, что не может не отразиться на всем облике организма — фенотипа.

В ЧЕМ ОТЛИЧИЕ ПРИРОДНЫХ И ТЕХНОГЕННЫХ СИСТЕМ ОТ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ СИСТЕМ?

В.М.Еськов

На заре развития человечества и до наших дней любой исследователь (начиная от примитивной картины мира древних и кончая современной разработкой всех технических устройств) старался работать в рамках детерминистского подхода. Начиная от геометрии Евклида и кончая современными космическими кораблями и расчетом их траекторий движения в космосе, мы всегда старались работать с определенными системами. Для их описания создавался математический анализ и теория функций, записывались и изучались дифференциальные, разностные, интегральные и интегро-дифференциальные уравнения, создавалась вся современная математика и естествознание в целом. И для многих природных и технических систем все это созданное работает довольно хорошо и в аспекте прогноза, и для создания технических конструкций, и для многого другого, чем сейчас активно пользуется человечество[1].

Однако, уже детерминизм Декарта и Ньютона начал давать трещины при попытках описания сложных биологических и социальных систем, у которых число переменных (компонент x_i вектора состояния биосистемы (ВСС) $x = (x_1, x_2, ..., x_m)^T$) может исчисляться тысячами и миллионами и их уже невозможно описывать на уровне отдельных элементов или путем анализа взаимодействия этих элементов между собой и с элементами окружающей среды. Сейчас очевидно, что ни первый подход (детерминистский), ни второй подход (стохастический) не в состоянии описывать и прогнозировать поведение медико-биологических и социальных систем, которые имеют (по мнению авторов) три базовых свойства, существенно их отличающих от других природных (или технических) систем. К этим свойствам относится:

1. Постоянная флуктуация параметров, характеризующих свойства и морфологию биосистем. В технике флуктуируют не сами элемен-

[1] Еськов В.М. Синергетика в клинической кибернетике. Часть I. Теоретические аспекты системного анализа и исследований хаоса в биомедицинских системах / В.М.Еськов, А.А.Хадарцев, О.Е.Филатова. Самара: ООО «Офорт», 2006. 233 с.; Еськов В.М. Образовательный процесс России в аспекте синергетики и перехода в постиндустриальное общество. Самара: ООО «Офорт», 2008. 231 с.

ты, а параметры набора элементов, т.е. различаются одни элементы от других из набора. Иными словами флуктуации в физике, химии, технике мы регистрируем, если повторяем опыт несколько раз и сравниваем разные объекты, произведенные (полученные) в результате опыта. В биологии и медицине мы можем иметь один элемент (организм человека, животного, растение), но этот элемент будет флуктуировать, т.е. изменять параметры своего ВСС. Все такие биосистемы (биообъекты) относятся к классу «мерцающих» (glimmer) объектов, и они не могут быть исследованы детерминистскими или стохастическими методами, т.к. в этих подходах (детерминистко-стохастических подходах — ДСП) опыты должны иметь возможность повторяться, а их результаты должны представляться точкой или облаком в фазовом пространстве состояний (ФПС). Для *биологических динамических систем (БДС)* мы исходно имеем «мерцание» самого (каждого) отдельного объекта исследований, а их совокупность создает облако «мерцаний». Поэтому, если мы используем ДСП для описания БДС, то нужно пренебрегать «мерцанием» (флуктуациями свойств и структур), что и делается в ДСП, или сразу учитывать их флуктуацию, что никогда не производится или выполняется в рамках каких-то погрешностей измерений.

2. Практически все биосистемы относятся к классу эволюционирующих систем (ЭС). Такие системы не просто флуктуируют (о чем говорилось выше), но они еще как-то (целенаправленно или хаотично) изменяют все свои связи, свойства, параметры, меняют свои параметры порядка и русла. Например, человек за свою жизнь проходит много этапов своего развития, достигая пика параметров **ВСОЧ** в пору расцвета и затем, изменяя свои свойства (свойства всех БДС, входящих в организм), с течением возраста стареет и умирает. Такую личную эволюцию претерпевают все биосистемы, и поэтому любой биоорганизм не может быть объектом изучения ДСП, он постоянно изменяется в процессе своей индивидуальной микроэволюции. В этом смысле И.Пригожин говорил об индивидуальном времени любого организма, т.к. параметры флуктуации и скорость микроэволюции биосистем различна. Мы все по-разному стареем, болеем, умираем, живем. Все эти процессы различны и, строго говоря, они не могут описываться как стохастические процессы по причине того, что они не повторяющиеся и невоспроизводимы в строгом смысле подхода ДСП.

3. Наконец, третье, базовое и главное свойство любого организма, биосистемы. В общей теории систем (ОТС) Л.Фон Берталанфи выделял это свойство как телеологичность. Оно проявляется в предопределенности и флуктуаций, и микроэволюций. Любая биосистема куда-то стремится из-за своей внутренней самоорганизации. В любой БДС имеются механизмы и силы, которые как бы предопределяют

траекторию ее развития. Все мы знаем, что когда организм пройдет стадии своего биологического развития, то они неизбежно закончатся смертью. Эта предопределенность связана с самоорганизацией, наличием синергетических связей и механизмов внутреннего развития биопроцесса. Безусловно, что телеологичность не имеет жесткой организации в своем применении, она, например, не может гарантировать прожить конкретному человеку ровно 80 лет жизни. Жизнь каждого случайна и не предсказуема. Телеологичность (за счет самоорганизации и синергии) может приближать биопроцессы якобы к стохастическому процессу, но механизмы тут в корне другие.

В целом, БДС — это другие системы, системы с флуктуацией, эволюцией и телеологичностью (самоорганизацией) и они имеют еще одно очень важное свойство, которое их существенно отличает от обычных природных и технических систем. Это свойство уникальное и оно связано с уже упомянутым 1-м свойством, но имеет от него и существенное отличие. Это интригующее свойство БДС связано с тем, что жизнь и эволюция всех БДС, как «правило», протекает за пределами 3-х сигм. БДС могут существовать и развиваться именно из-за того, что они выходят за пределы пресловутых ограничений, принятых в теории вероятности и математической статистики. Известно, что если результаты опыта (измерения, явления) в статистике выходят за пределы 3-х сигм, то их отбрасывают в физических, химических или технических измерениях. В биологии и медицине этого делать нельзя. Сила самоорганизации и синергии так велики, что БДС могут выжить даже после выхода за пределы 3-х сигм (когда технические системы уже разрушаются).

Организмы, выходящие по своим признакам за 3 сигмы, часто оказываются лишними в природе. С другой стороны, стоит напомнить, что саморазвитие человечества обязано гениям, которые в своих способностях выходят далеко за 3 сигмы и их никак нельзя отбрасывать (автор надеется, что и его настоящее сообщение тоже выходит за обычные 3 сигмы, но не будет отброшено, а изучено и принято научным сообществом как экстравагантное, но достойное внимания). Существенно, что когда мы начали измерять процессы, выходящие за 3 сигмы или просто за интервалы традиционного измерения параметров ВСС, процессы, которые можно назвать флуктуациями, то открылся новый и незнакомый мир закономерностей в области биологии и медицины. Эти закономерности уже описаны в 18 монографиях и сотнях статей и очевидно, что человечество должно внимательно заняться глобальным изучением таких биопроцессов с флуктуациями. Оказалось, что можно изучать закономерности поведения систем, которые вообще говоря являются хаотичными, но которые все-таки пребывают в некоторых измеряемых квазиаттракторах состояний. Параметры этих квазиаттракторов, их движение в фазовом пространстве состояний, имеют

определенные закономерности для биосистем (в условиях саногенеза или патогенеза, под действием экофакторов среды или управляющих воздействий экспериментатора они меняются)[1].

ТРИ ПОДХОДА И ТРИ КЛАСТЕРА В ЭВОЛЮЦИИ БИОСИСТЕМ

В.М.Еськов, О.Е.Филатова, А.А.Хадарцев

Зарождающаяся наука синергетика испытывает большие методические трудности, которые связаны с неутихающими попытками перехода от детерминистских моделей и методов сразу в теорию хаоса и синергетику (ТХС). При реализации этих попыток возникают принципиальные трудности в описании и прогнозировании хаотических процессов — невозможно отдельной траекторией или точкой в пространстве (как это делается в детерминистском подходе — ДП) описывать хаотический процесс, для которого положение точки в фазовом пространстве состояний в данный момент времени ничего не означает для прогноза ее дальнейшего движения к конечному состоянию к произвольному моменту времени *t*. Это противоречие еще более усиливается, если осознать постулат Г.Хакена из области синергетики, в котором главная догма: мы не работаем с отдельными элементами системы (с отдельной точкой в фазовом пространстве состояний — ФПС) а только с совокупностью элементов, с подсистемами.

Все постулаты Г.Хакена принципиально перечеркивают детерминистский подход и нивелируют значение траектории поведения биологической динамической системы (БДС) в ФПС за исключением одного подхода, который устраняет многие противоречия с позиций единственной детерминистской теории БДС, существующей на сегодняшний день. Этот подход дает описание поведения БДС в ФПС с позиций именно детерминизма и ТХС одновременно, и он является мостиком между ДП и ТХС. Речь идет о *компартментно-кластерной теории* БДС (ККТБ), которая еще до конца не понята современной наукой и не нашла должную оценку (возможно в силу ее переходного характера), но которая в полной мере осуществляет методически аппаратный переход от ДП к ТХС. Причем этот переход стал таким обобщенным, что он базируется практически на всех постулатах синергетики Г.Хакена и, главное, описывает усредненную динамику поведения БДС именно в рамках теории фазовых пространств, т.е. в ФПС. Важность последнего трудно переоценить, т.к. именно в рамках

[1] Актуальные проблемы философии науки / Отв. ред. Э.В.Гирусов. М. : Прогресс. Традиция, 2007. 344 с. ; Еськов В.М. Образовательный процесс России в аспекте синергетики и перехода в постиндустриальное общество. Самара: ООО «Офорт», 2008. 231 с.

ФПС сейчас создается новая теория идентификации и описания поведения БДС. Эта новая теория базируется на ФПС и не оперирует уже с конкретными уравнениями, а основывается на идентификации параметров квазиаттракторов поведения БДС в ФПС, а числовыми характеристиками являются параметры этих квазиаттракторов.

В рамках этого нового подхода уже сейчас становится возможным решение задачи формальной идентификации параметров порядка (ПП) и русел (основных законов поведения БДС в ФПС), т.е. возможно решение задач системного синтеза. Для формализации этой фундаментальной проблемы ТХС коллективом сотрудников НИИ БМК при СурГУ разработаны и запатентованы алгоритмы и программы ЭВМ, которые обеспечивают минимизацию размерности фазового пространства состояний и идентификацию наиболее важных диагностических признаков, т.е. ПП для БДС, находящихся в стационарных и квазистационарных состояниях — КСС (точках покоя в терминологии ДП). Подчеркнем, что эти КСС отличаются от обычных точек покоя в ДП тем, что БДС продолжает флуктуировать в пределах некоторого квазиаттрактора (КА), но под действием некоторого возмущающего воздействия (ВУВа) выходит из этого КСС и совершает некоторую траекторию в ФПС, которая может быть описана в рамках ККТБ. Более того, в рамках ТХС мы можем описывать не только траекторию БДС в ФПС, но и траекторию движения квазиаттрактора, если речь идет о совокупности БДС (в виде компартмента или кластера биосистем).

Существенно, что как постулаты Г.Хакена, так и 8 постулатов ККТБ предполагают базирование на компартментах (пулах) и кластерах, т.е. работать придется с подсистемами и системами, для которых важна общая динамика поведения БДС в ФПС, общий вектор движения квазиаттракторов и, видимо, это уже является базовым принципом организации всей природы на планете Земля. В первую очередь это касается отдельных организмов (человека, животных, растений), которые представляют собой многочисленные подсистемы (ткани, органы, ФСО), состоящие из отдельных элементов (клеток) с высокой степенью запараллеливания. При этом не важно, выживет или погибнет отдельная клетка, т.к. все запараллеливается, а это значит, что такие системы (комплексы, компартменты, кластеры) будут функционировать, пока работает хотя бы один элемент (клетка или пул), т.е. они обладают уникальной надежностью и это является третьей характеристикой БДС (после флуктуаций и эволюций).

Такие сложные системы обеспечивают свое устойчивое существование именно за счет запараллеливания и объединения в кластеры (компартменты) и это является сейчас базовым принципом синергетики (постулаты Г.Хакена и ККТБ). Однако и каждый элемент таких компартментных БДС обладает высокой живучестью. Поэтому, когда на Земле происходят глобальные катастрофы, то остаются отдельные

клетки или даже организмы в виде растений и животных. При этом эволюция живого опять возобновляется, и биосфера восстанавливается. Однако вид Homo Sapiens уникален, и об этом нам надо помнить всегда и реализовывать синергетическую парадигму, которая направлена в глобальном плане на выживание человечества за счет быстрого накопления знаний. Один из аспектов этого знания — прогноз катастроф на основе регистрации периодов усиления флуктуаций в параметрах систем.

Фактически синергетические принципы лежат в основе жизни на Земле, и только сейчас человечество начинает их понимать и реализовывать. Существенно, что сама эволюция живого и прогресс человечества происходят в областях, выходящих далеко за пределы среднестатистических параметров любого процесса. Например, эволюция по Ч.Дарвину происходит за счет мутаций и возникновения отклонений в наследственности, т.е. возникает единичное и уникальное, которое сильно может отличаться от средних параметров, характеризующих тот или иной вид. И если новые свойства обеспечивают и новые качества, и приспособляемость, то они закрепляются в поколениях и это особенное становится новым и жизнестойким (например, появляется новый вид). Таким образом, в теории эволюции возникающее новое свойство, выходящее за пределы известных интервалов в диапазоне 3-х сигм, является двигателем приспособляемости и выживаемости видов в изменяющихся условиях среды (а они на Земле меняются часто в сравнении с длительностью существования нашей планеты). Еще более разительная картина происходит с человечеством и наукой, которая обеспечивает развитие человечества (правая область за пределами 3-х сигм).

В рамках зарегистрированного открытия № 370 было установлено несколько фундаментальных закономерностей в динамике поведения БДС, их флуктуаций.

Нами доказано, что за пределами 3-х сигм находятся флуктуации, которые могут в большинстве случаев оказывать решающее влияние на дальнейшую эволюцию биосистемы (жизнь человека). При этом возникают определенные закономерности на уровне изменения параметров квазиаттракторов движения ВСС или даже быть предвестниками грядущих (приближающихся) катастроф. При этом речь идет как об организме одного человека, так и о глобальных системах, например, биосфере Земли. У авторов уже нет сомнений в том, что учащение явления нинье (переход от четырехлетнего цикла к полугодовому за последние 30—40 лет) может быть предвестником грядущих катаклизмов на планете Земля. С такой же долей уверенности можно говорить, что нарастание частоты (количества) экстрасистол в организме человека (при холтеровском мониторировании) может быть предвестником грядущих глобальных катаклизмов в КРС и во всем организме еще вроде бы здорового человека. Усиление флук-

туаций в системах регуляции ФСО человека на Севере РФ (в Югре) обеспечивают пик смертности мужского населения в области 46—47 лет (уникальное явление для РФ, т.к. в остальных регионах этот пик приходится на 57—58 лет). Можно бы было привести множество примеров из области биологии и медицины, но они уже довольно подробно описаны в 26 монографиях и в многочисленных статьях (более 500 публикаций). Список публикаций частично представлен на сайте www.surgu.ru (Институты — НИИ БМК — Монографии и статьи).

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МЕТРИКА АТОМА ВОДОРОДА КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ И ФИЛОСОФСКИЙ ФАКТОР

А.Е.Злобин

Бурное развитие математической биологии свидетельствует о большом интересе научного сообщества к вопросам осмысления и теоретического описания живой материи. Автор посвятил свои усилия разработке метрической основы для эффективного анализа объектов органического мира на уровне атомов и молекул. В качестве базы для построения метрики был выбран самый распространенный в живой природе атом водорода. Работы в этом направлении автор начал в период обучения на факультете «Вычислительной математики и кибернетики» МГУ им. М.В.Ломоносова (1985—1991 гг.). Первые результаты были опубликованы в начале 90-х годов. Более предметно результаты исследований были доложены автором на конференции «Телесность как социокультурный феномен: опыт междисциплинарного анализа», которая проходила 28—29 апреля 2009 года в Российском государственном университете физической культуры, спорта и туризма (РГУФКСИТ-ГЦОЛИФК). Ряд вопросов нашли свое отражение в трудах 2-го Международного Конгресса по биотехнологии и биоэнергетике EurasiaBio, проходившего в Москве, в Центре Международной Торговли 13—15 апреля 2010 года. В настоящей работе делается попытка анализа полученных результатов с точки зрения их некоторых возможных приложений.

В основе предлагаемой метрики лежит многократно публиковавшаяся автором математическая формула, которая связывает между собой четыре константы: отношение длины окружности к ее диаметру (P = 3,1415...), основание натуральных логарифмов (e = 2,7182...), золотую пропорцию (F = 1,6180...) и так называемую иррациональную единицу (j = 1,0079...). Точный вид формулы: (PxF)/(exp(F)) = j. Все входящие в формулу константы являются иррациональными числами. Замечательные метрические свойства этой формулы основаны на том, что

иррациональная единица (j = 1,0079...) с высокой точностью совпадает с относительной атомной массой водорода (H). Таким образом, формула задает очень удобную относительную систему измерений, которая гармонично отражает одновременно число, форму и материю (вещество). Например, при использовании этой относительной системы измерений, диаметр атома водорода (H) примерно равен 1/P, диаметр атома золота (Au) примерно равен 1, а диаметр атома калия (K) примерно равен золотой пропорции F. Этот замечательный факт подтверждает правильность термина «золотая пропорция» как исторической традиции (пропорция по отношению к золоту). Ряд интересных выводов могут быть также сделаны и для других химических элементов.

Большим преимуществом указанной метрики является ее функциональная связь с известными математическими константами. Наличие такой связи позволяет описывать атомы и молекулы с использованием строгой математики и объяснять наличие строго определенных геометрических пропорций в органическом мире (например — наличие золотой пропорции в объектах живой природы). Так хорошо известно, что присутствие калия (K) важно для роста растений. Присутствие кальция (Ca) не менее важно с точки зрения формирования костной ткани скелета человека. Представляется вполне закономерным, когда в образцах растительности можно обнаружить золотую пропорцию, равную относительному диаметру атома калия, а в пропорциях человеческого тела — так называемый «золотой вурф» (W = 1,3090...), близкий по величине к относительному диаметру атома кальция. Другими словами, наличие конкретных пропорций на микро-уровне может объяснить наличие соответствующих пропорций на макро-уровне (подобие).

Целесообразно использовать эту же метрику для описания некоторых принципов работы нервной системы и в частности мозга. При этом наличие в организме атомов, несущих строгую математическую смысловую нагрузку, способно породить процессы, аналогичные работе счетного устройства. Действительно, внутренняя область нейрона богата калием (K), тогда как окружающая нейрон внешняя среда — натрием (Na). Относительные диаметры атомов этих элементов функционально связаны с золотой пропорцией. Не будет противоречить логике, если порождаемые нейроном сигналы также будут нести определенную математическую смысловую нагрузку. Присутствие в организме других атомов с уникальными числовыми свойствами может генерировать в нервной системе сложные сочетания сигналов, способных надежно кодировать информацию. Возможно, необходимостью генерации конкретных чисел объясняется содержание в веществе мозга ряда микроэлементов, например, золота (Au), имеющего относительный диаметр атома равный единице. Приведенные выше рассуждения в определенной мере дают ответ на вопрос, сформулированный одним из основателей кибернетики У.Маккалоком: «Что же такое число, которое человек способен понять,

и что же такое человек, способный понять число?». С учетом ответа на этот вопрос с позиций метрики атома водорода, можно допустить объяснение когнитивных свойств мозга с привлечением понятия органического цифрового компьютера (биокомпьютера).

Метрика атома водорода, функционально связанная с золотой пропорцией, открывает дополнительные возможности для понимания избыточности и надежности кодирования информации в объектах живой природы. Например, хорошо известны коды золотой пропорции или коды Фибоначчи предложенные и получившие свое развитие в работах А.П.Стахова. Исследования, проводившиеся этим автором, ставили своей целью создание самоконтролирующихся и самокорректирующихся вычислительных систем. Логично предположение А.П.Стахова, согласно которому полученные им результаты могут оказаться полезными при решении проблемы создания биокомпьютеров, основанных на ДНК. Можно высказать еще одно осторожное предположение, что использование при создании биокомпьютеров метрики атома водорода, позволит обеспечить «программную совместимость» таких вычислительных устройств с реальными объектами живой природы. Здесь же на наш взгляд содержится ответ на вопрос о сущности понятия красоты и гармонии. Красивыми и гармоничными представляются нам объекты окружающего мира, в той или иной степени отражающие метрику атома водорода.

Если в основе живой материи действительно лежит метрика атома водорода, то понимание всех процессов и явлений в органическом мире невозможно без понимания всех тонкостей взаимодействия атомов. Так расшифровка сигналов мозга может потребовать выделения и интерпретации числовых сигналов каждого отдельного атома, при том что сами сигналы также могут кодироваться весьма сложным образом, обеспечивающим самоконтроль и самокоррекцию. В этом смысле компьютер, способный декодировать, объяснить и смоделировать работу всего мозга может быть создан только как своеобразная искусственная копия мозга, повторяющая его устройство и масштабы элементной базы. При этом количество логических элементов такого компьютера, по крайней мере, должно быть не меньше числа атомов составляющих мозг.

Понимание «языка» живой природы на атомарном уровне допускает постановку задачи о самоконтролирующихся и самокорректирующихся воздействиях на живую материю в случае обнаружения опасных болезненных дисгармоний (лечение). При этом, например, можно рассматривать корректировку генетической информации или информации циркулирующей в пределах нервной системы в форме электрических сигналов. В любом случае метрика атома водорода может оказаться тем инструментом, который обеспечит надежное распознавание живым объектом лечащих воздействий и, в конечном итоге, будет способствовать

эффективности лечения в целом. Разумеется, сама постановка вопроса о лечащих воздействиях на живую материю всегда должна являться предметом пристального анализа с точки зрения этики.

Очевидно, что изложенные выше соображения необходимо дополнительно осмыслить с позиций философии. На взгляд автора, введение математической метрики атома водорода способно изменить не только уровень понимания живой материи, но и существенно повлиять на мировоззрение, нормы морали в обществе. В этом плане предлагаемую метрику следует рассматривать одновременно и как биологический и как философский фактор.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КАК ЧАСТНАЯ МОДЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ФИЛОСОФСКИХ ПРИНЦИПОВ

В.А.Карпин

Философско-методологические принципы должны играть фундаментальную роль в развитии теоретического знания, но только в том *случае*, если они объединены в определенную систему, которую можно определить как *методологию.* Поскольку системность естественнонаучного знания является установленным фактом, а существование методологических принципов очевидным, то понятна необходимость их систематизации. Без системного видения методологических принципов невозможно выявление их достоинств и недостатков, границ применения, определение перспектив развития, выявление и формулировка новых принципов. Построение системы методологических принципов предполагает не только констатацию и формулировку самих принципов и уточнение их числа, но и выявление их природы, что позволяет определить методологическое основание для создания системы.

Из общенаучной картины мира мы вывели философско-методологические принципы, которые, по нашему мнению, должны являться фундаментальными методологическими основаниями построения любой содержательной теории, в том числе теории патологии, но только в том случае, если они объединены в систему.

Систему методологических принципов мы вывели, исходя из концепции универсального эволюционизма. Коротко ее можно сформулировать следующим образом: эволюционный процесс в органическом мире имеет определенную *направленность* (принцип причинности), результатом которой является *приспособление* живых организмов к среде обитания; эволюция жизни сопровождается постепенным усилением *дифференциации* (принцип общих оснований) и *целостности* (принцип системности) онтогенеза.

Методологическое значение системы принципов как оснований теоретического исследования процессов жизнедеятельности живых организмов наглядно демонстрирует анализ воспалительного процесса.

Воспаление является генетически детерминированной реакцией специализированных клеток, направленной на восстановление целостности поврежденных тканей, т.е. на восстановление тканевого гомеостаза. Биологический смысл воспалительного процесса заключается в демаркации очага повреждения и его освобождения от чужеродной и мертвой материи; он является механизмом эффективного восстановления целостности поврежденных тканей.

Воспалительный процесс как защитная реакция формировался и совершенствовался на всем протяжении эволюционного развития живых организмов, начиная от простейших и заканчивая человеком. Следовательно, если он сохранен естественным отбором, значит, он играет *приспособительную* роль в жизнедеятельности.

Методологический принцип причинности позволяет утверждать, что универсальной причиной возникновения воспалительного процесса является повреждение тканей, возникшее в результате взаимодействия внешних и внутренних этиологических факторов. Отсюда следует, что воспаление — это *не повреждение, а реакция на повреждение*. Поэтому рассматривать альтерацию как первую фазу воспалительного процесса по меньшей мере некорректно. При остром воспалении повреждение действительно играет роль «триггерного» причинного фактора, запускающего саморазвивающийся защитный механизм. При хроническом воспалении патоген (например, микробная инвазия) постоянно присутствует в организме, препятствуя завершению воспаления регенерацией.

Системный подход определяет воспалительную реакцию при остром заболевании как стереотипную, эволюционно запрограммированную цепную реакцию, как проявление внутренней активности биологической системы. Здесь даже некроз и тромбоз сосудов являются приспособительными по своей природе. С позиции биологической целесообразности развитие некроза выгодно для организма, так как в очаге некроза погибает патогенный фактор, и чем скорее разовьется некроз, тем меньше осложнений для организма. Тромбоз сосудов вокруг воспаленного участка тканей не только отграничивает воспаленную область, но и способствует развитию некроза. При этом биологический смысл местной реакции заключается в демаркации и ликвидации повреждающего фактора и самого повреждения, а общих реакций организма — в восстановлении гомеостаза.

Иерархичность биологической системы объясняет стадийность развития воспалительного процесса. Эта реакция, как правило, начинается как местная тканевая реакция, однако, по мере развития процесса в него последовательно вовлекаются все более высокие иерархические уровни вплоть до вовлечения целостной системы,

причем эти реакции (например, лихорадка) являются проявлением ее внутренней активности и также носят приспособительный характер, способствуя элиминации микробной инвазии.

Регенерация тканей, восстановление нарушенного тканевого гомеостаза носят *формообразовательный* характер и направлены на восстановление исходной морфологии, а следовательно, и структуры системы.

Принцип общих оснований выявляет биологическую основу воспалительного процесса. Сравнительный анализ развития воспаления в филогенезе, начиная от простейших, проведенный еще И.И.Мечниковым в его классических исследованиях, показал, что фагоцитоз развился на основе внутриклеточного пищеварения простых одноклеточных организмов, являясь по сути своей процессом физиологическим (биологическим), т.е. пищеварение и воспаление имеют общее филогенетическое основание. Более того, механизм пищеварения современных сложных биосистем, в том числе человека, включает в себя элементы, характерные для воспалительного процесса: пищевой лейкоцитоз, миграцию лейкоцитов в слизистую оболочку желудка. У здорового человека слизистая оболочка толстого кишечника, главного резервуара бактерий, обильно инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами, т.е пребывает в состоянии хронического воспаления; такой защитный барьер препятствует реализации патогенных потенций бактерий.

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что система фундаментальных философско-методологических принципов может служить основанием для более глубокого познания этиологии, патогенеза и сущности конкретных патологических процессов и нозологических форм, что, несомненно, будет способствовать повышению эффективности их лечения и профилактики.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ БИОЛОГИИ: ЭГОИЗМ, АЛЬТРУИЗМ И ИНСТИНКТЫ САМОСОХРАНЕНИЯ И САМОРАЗРУШЕНИЯ КАК ЦЕННОСТНЫЕ ФУНКЦИИ ОТ ДВУХ ПЕРЕМЕННЫХ В АЛГЕБРЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ПРАВА ОБЩЕГО У ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

В.О.Лобовиков

В тезисах нет возможности дать точные определения всех понятий, вовлеченных в дискурс, поэтому, сошлюсь на монографию, в которой все эти дефиниции даны[1]. В дополнение к ним дадим

[1] Лобовиков В.О. Математическая этика, метафизика и естественное право. Екатеринбург: УрО РАН, 2007.

следующие ниже определения унарных операций двузначной алгебры формальной аксиологии, относящихся к рассматриваемой теме.

Глоссарий для следующей ниже таблицы 1. Символ *Жа* обозначает морально-правовую ценностную функцию «жизнь, бытие (чего, кого) *а*». Символ $N^{I}a$ — морально-правовую ценностную функцию «небытие, смерть (чего, кого) *а*». *Ла* — ценностную функцию «любовь к (чему, кому) *а*». $H^{I}a$ — «ненависть к (чему, кому) *а*». $Э^{I}a$ — «эгоизм (чего, кого, чей) *а*». $A^{I}a$ — «альтруизм (чего, кого, чей) *а*». $C^{I}a$ — «свой (собственный) для (чего, кого) *а*». $Б^{I}a$ — «ближний, близкий (родной) для (чего, кого) *а*». $B^{I}a$ — «воздержание от (чего, кого) *а*». $R^{I}a$ — «враг (чего, кого) *а*». $Д^{I}a$ — «другой, иной для (чего, кого) *а*». $D^{I}a$ — «необходимость (чего, кого) *а*». $I^{I}a$ — «невозможность (чего, кого) *а*». $O^{I}a$ — «обязательность (чего, кого) *а*». $F^{I}a$ — «запрещенность (чего, кого) *а*». $J^{I}a$ — «осуждение (чего, кого) *а*». $L^{I}a$ — «ограничение (чего, кого) *а*». P^{I} — «разделение (чего, кого) *а*». M^{I} — «медленное (что) *а*». $З^{E}a$ — «закон естественного права (чего) *а*». Ценностный смысл этих операций определяется таблицей 1.

Таблица 1 (Часть 1)

а	*Жа*	$N^{I}a$	*Ла*	$H^{I}a$	$Э^{I}a$	$A^{I}a$	$C^{I}a$	$Б^{I}a$	$B^{I}a$	$R^{I}a$
х	х	п	х	п	х	п	х	х	п	п
п	п	х	п	х	п	х	п	п	х	х

Таблица 1 (Часть 2)

а	$Д^{I}a$	D^{I}	$I^{I}a$	O^{I}	$F^{I}a$	$J^{I}a$	L^{I}	P^{I}	$M^{I}a$	$З^{E}a$
х	п	х	п	х	п	п	п	п	п	х
п	х	п	х	п	х	х	х	х	х	х

Теперь у нас есть все необходимое для того, чтобы начать моделирование эгоизма и альтруизма, которые, по мнению некоторых биологов, существенны для эволюции жизни.

МОДЕЛЬ №1 (унарная)

ДЕФИНИЦИЯ-Э1: эгоизм (чей) *а* есть любовь к *а*; эгоизм (чей) *а* есть любовь к своему для *а*; эгоизм (чей) *а* есть любовь к ближнему для *а*. На основании сказанного верны уравнения:

Жа=+=*Ла*: жизнь *а* есть эгоизм (чего, кого) *а*.

1. *Жа*=+=*Ла*: жизнь *а* есть любовь к *а*.
2. $Жа=+=ЛC^{I}a$: жизнь *а* есть любовь к своему *а*.
3. $Жа=+=H^{I}Ч^{I}a$: жизнь *а* =+= ненависть к чужому *а*.
4. $Жа=+=H^{I}R^{I}a$: жизнь *а* есть ненависть к врагу *а*.

ДЕФИНИЦИЯ-А1: альтруизм (чей) *а* есть любовь к другому, иному (для) *а*.

5. $A^{I}a=+=ЛЧ^{I}a$: альтруизм *а* есть любовь к чужому (для) *а*.
6. $A^{I}a=+=ЛR^{I}a$: альтруизм *а* есть любовь к врагу *а*.

Согласно ДЕФ.-Э1: и ДЕФ.-А1: эгоизм и альтруизм *абсолютно отрицают* друг друга. Первый *формально-аксиологически равноценен* жизни, а второй — смерти. Однако существует и другая (бинарная) модель исследуемой ситуации: она приведена ниже.

МОДЕЛЬ №2. (бинарная)

ДЕФИНИЦИЯ-Э2: $Э^{Г}а{=}{+}{=}Л^{Ю}аа$: эгоизм *а* есть любовь *а* к *а* (дефиниция аналитическая).

ДЕФИНИЦИЯ-А2: $А^{Л}а{=}{+}{=}N^{1}Э^{Г}а$: альтруизм *а* есть небытие эгоизма, т.е. инверсия эгоизма (дефиниция аналитическая). Чтобы понять эти дефиниции, необходимо иметь определение операции $Л^{ЮА}аа$. Она есть частный случай (при $в{=}{+}{=}а$) бинарной операции $Л^{ЮА}ав$, ценностно-функциональный смысл которой точно определяется следующей ниже таблицей 2.

Глоссарий для таблицы 2. Символ $Р^{А}ав$ обозначает морально-правовую ценностную функцию «разрушение, уничтожение, пресечение (чего, кого) *а* (чем, кем) *в*». Символ $С^{О}ав$ — морально-правовую ценностную функцию «созидание, сотворение, совершение (чего, кого) *а* (чем, кем) *в*». $В^{О}ав$ — ценностную функцию «воздержание от созидания (сотворения), совершения (чего, кого) *а* (чем, кем) *в*». $С^{Х}ав$ обозначает «сохранение (чего, кого) *а* (чем, кем) *в*». $Л^{ЮА}ав$ — «любовь (чего, кого) *а* к (чему, кому) *в*». $Н^{Е}ав$ — «ненависть (чего, кого) *а* к (чему, кому) *в*». Ценностно-функциональный смысл этих операций определяется таблицей 2.

Таблица 2

а	*в*	$Р^{А}ав$	$С^{О}ав$	$В^{О}ав$	$С^{Х}ав$	$Л^{ЮА}ав$	$Н^{Е}ав$
х	х	п	х	п	х	п	п
х	п	п	х	п	х	п	п
п	х	х	х	п	п	х	п
п	п	п	п	х	х	п	х

Используя данные выше определения можно обосновать следующие уравнения.

1. $Л^{ЮА}аС^{1}а{=}{+}{=}Л^{ЮА}аа$: любовь *а* к своему (собственному) для *а* есть любовь *а* к *а*.
2. $Л^{ЮА}аБ^{1}а{=}{+}{=}Л^{ЮА}аа$: любовь *а* к ближнему (родному и близкому) для *а* есть любовь *а* к *а*.
3. $Л^{ЮА}аа{=}{+}{=}Р^{А}аа$: любовь *а* к *а* есть саморазрушение, самоуничтожение *а*.
4. $Р^{А}аа{=}{+}{=}N^{1}С^{Х}аа$: саморазрушение *а* есть небытие самосохранения *а*.
5. $С^{Х}аа{=}{+}{=}N^{1}Р^{А}аа$: самосохранение *а* есть небытие саморазрушения *а*.
6. $С^{Х}аа{=}{+}{=}N^{1}Л^{ЮА}аа$: самосохранение *а* есть небытие любви *а* к *а*.
7. $С^{Х}аа{=}{+}{=}I^{1}Л^{ЮА}аа$: самосохранение *а* есть невозможность любви *а* к *а*.
8. $С^{Х}аа{=}{+}{=}В^{1}Л^{ЮА}аа$: самосохранение *а* есть воздержание от любви *а* к *а*.

9. $C^{X}aa{=}{+}{=}D^{1}B^{1}Л^{IO}aa$: самосохранение *а* есть необходимость воздержания от любви *а* к *а*.

10. $C^{X}aa{=}{+}{=}O^{1}B^{1}Л^{IO}aa$: самосохранение *а* есть обязательность воздержания от любви *а* к *а*.

11. $C^{X}aa{=}{+}{=}F^{1}Л^{IO}aa$: самосохранение *а* есть запрещение любви *а* к *а*.

12. $C^{X}aa{=}{+}{=}F^{1}Э^{Г}a$: самосохранение *а* есть запрещение эгоизма *а*.

13. $C^{X}aa{=}{+}{=}J^{1}Э^{Г}a$: самосохранение *а* есть осуждение эгоизма *а*.

14. $C^{X}aa{=}{+}{=}O^{1}A^{Л}aa$: самосохранение *а* есть обязательность альтруизма *а*.

15. $C^{X}aa{=}{+}{=}L^{1}Л^{IO}aa$: самосохранение *а* есть ограничение любви *а* к *а*.

16. $C^{X}aa{=}{+}{=}P^{1}Л^{IO}aa$: самосохранение *а* есть разделение любви *а* к *а*.

17. $C^{X}aa{=}{+}{=}M^{1}P^{A}aa$: самосохранение *а* есть медленное саморазрушение *а*.

18. $C^{X}aa{=}{+}{=}З^{E}a$: самосохранение *а* есть закон естественного права *а*.

19. $B^{1}P^{A}aa{=}{+}{=}З^{E}a$: воздержание от саморазрушения *а* есть закон естественного права *а*.

20. $B^{1}Л^{IO}aa{=}{+}{=}З^{E}a$: воздержание от самолюбия а есть закон естественного права *а*.

21. $B^{1}Л^{IO}aC^{1}a{=}{+}{=}З^{E}a$: воздержание от любви *а* к своему для *а* есть закон естественного права *а*.

22. $B^{1}H^{E}aЧ^{1}a{=}{+}{=}З^{E}a$: воздержание от ненависти *а* к чужому для *а* есть закон естественного права *а*.

23. $B^{1}H^{E}aR^{1}a{=}{+}{=}З^{E}a$: воздержание от ненависти *а* к врагу для *а* есть закон естественного права *а*.

24. $Л^{IO}aC^{1}a{=}{+}{=}H^{E}aЧ^{1}a{=}{+}{=}$п: любовь *а* к своему для *а* эквивалентна (равноценна) ненависти *а* к чужому для *а*: обе ценностные функции являются тождественно плохими.

25. $Л^{IO}aR^{1}a{=}{+}{=}H^{E}aБ^{1}a{=}{+}{=}N^{1}a$: любовь (чья) *а* к врагу для *а* эквивалентна (равноценна) ненависти (чьей) *а* к ближнему для *а*. Обе ценностные функции эквивалентны (равноценны) осуждению (чего, кого) *а* и небытию, смерти (чего, кого) *а*.

Нетрудно заметить, что модели эгоизма и альтруизма №1 и №2 качественно различны.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КАК ОСНОВА МЕЖУРОВНЕВОЙ ИНТЕГРАЦИИ В БИОСИСТЕМАХ: ЭВОЛЮЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И СВЯЗЬ С ОНКОГЕНЕЗОМ

А.С.Шацких

Эпигенетика — одна из самых бурно развивающихся областей молекулярной биологии. Исследование эпигенетических механизмов

чрезвычайно важно как с фундаментальной, так и с прикладной точек зрения, подтверждением тому является большое количество биомедицинских разработок, основанных на способах диагностики и, в перспективе, коррекции состояния эпигенетических программ. Но особенно важным моментом представляется понимание фундаментальных закономерностей функционирования системы эпигенетических механизмов клетки как единого целого и, одновременно, части целостного организма. Пока мы далеки от полного и всестороннего понимания этих аспектов, но уже имеющиеся данные позволяют предположить, что эпигенетические механизмы могут представлять собой основу межуровневой интеграции биологических систем разного уровня организации, прежде всего организма и его подсистем — тканей и клеток, в единое структурно-функциональное целое.

Важным методическим принципом исследований представляется рассмотрение сущности изучаемых механизмов с учетом того, что они сформировались в ходе эволюции биологических систем. Любое развитие, в том числе и биологическая эволюция, по всей видимости, имеет ряд общих черт, что может быть интерпретировано как наличие единой сущностной основы всех этих процессов. Диалектический подход позволяет представить эволюцию как последовательную спирально восходящую линию трансформации систем. При этом каждая предшествующая система, представляющая собой относительное целое, включается в состав следующей системы, также представляющей собой относительное целое. Образовавшаяся система может быть условно разделена на базис (элементы прежней системы) и надстройку — вновь сформировавшиеся элементы. Эволюционирующие системы можно, таким образом, представить как непрерывный и последовательный ряд базисов и надстроек, как подсистем, включенных в систему следующего уровня, такое непрерывное единство К.Уилбер назвал холархией[1]. В рамках практической деятельности необходимо учитывать направление эволюции биосистем в сторону повышения степени целостности. Эффект, достигнутый изменением подсистемы без учета ее включенности в систему более высокого уровня организации, будет временным и поверхностным. Подлинное излечение — это гармонизация подсистем всех уровней, содействующая эволюции в целом.

Гармоничная интеграция и взаимодействие базиса и надстройки — обязательное условие нормального функционирования системы. Нарушение будет приводить к дисбалансу, а в крайних случаях, и к распаду системы. Во всех таких случаях универсальным механизмом борьбы с нарушениями является реинтеграция базиса и надстройки с учетом организации системы и направления ее эволюции. В качестве

[1] К.Уилбер. Краткая история всего. М. : АСТ, 2006. 476 с.

примера подобного дисбаланса можно привести онкогенез[1] — в этом случае древние генетические программы клетки, диктующие необходимость неограниченного размножения, выходят из-под контроля программ, сформированных на этапе перехода к многоклеточности, и направляющих пролиферационный потенциал отдельных клеток на пользу целого организма.

Биогенетический закон, устанавливающий связь между филогенезом и онтогенезом, может быть ключом к пониманию сущности онкогенеза. Филогенетическое становление многоклеточности было связано с трансформацией генетических программ предковых клеток. Сформированные надстроечные программы интегрируют работу отдельной клетки в структуру функционирования целостного организма, и постепенное развертывание этих программ обеспечивает онтогенетическое развитие из одной клетки всех систем организма.

Если рассмотреть уровни организации от клеточного до организменного, с учетом онтогенетического развития, то очевидно, что развитие целостного организма из одной клетки должно сопровождаться не только усложнением структуры, но и повышением уровня интеграции компонентов. Генетическая информация в каждой клетке идентична, для дифференцировки клеток требуется экспрессия только части генома. В последнее время становится очевидным тот факт, что такая дифференциация и интеграция, в первую очередь, обуславливается работой эпигенетических механизмов. В отличие от генетических программ, записанных в последовательности ДНК, эпигенетические обладают достаточной мобильностью, что позволяет переключать и изменять их по ходу развития, в соответствии с потребностями целого организма. Мобильная эпигенетическая надстройка тесно взаимодействует с генетическим базисом клетки, осуществляя регуляторные функции, при этом сама эта надстройка интегрирована в вышестоящие системы организма, осуществляющие ее целенаправленную модификацию и регуляцию. Динамическое перепрограммирование осуществляется, видимо, за счет поступления сигналов от окружения (ниши) клетки. После деления исходной стволовой клетки одна из дочерних, получая сигналы окружения, программируется (комитируется) на путь нормальной дифференцировки, при этом ее пролиферативный потенциал снижается. Окружение «наставляет на путь истинный» эту клетку, «ведя» ее до того момента, как она станет терминально дифференцированной. По-видимому, сигналы среды могут обеспечивать поддержание установленной эпигенетической программы клетки или даже периодически

[1] Москалёв Е.А. Феномен онкогенеза: случайность или непознанная закономерность? (Эпигенетика и психосоматическая гипотеза). Часть 1. Соматический аспект опухолевого роста / Е.А.Москалёв, А.С.Шацких // 2-я Научно-практическая конференция «Философские проблемы биологии и медицины: Междисциплинарные аспекты», Москва, 22—24 октября 2008 г.: Сборник тезисов. М., 2008. С. 296—305.

ее обновлять и заменять по мере надобности. Правильный экзогенный (по отношению к клетке) сигнальный код — залог того, что процессы развития и обновления ткани и организма в целом будут правильными, нарушение может привести к онкогенезу — автономизации клетки.

Стресс, воспаление и т.п. факторы, вероятно, могут приводить к изменению экзогенного сигнального кода, что выражается в том, что клетка, не найдя привычной «поддержки» со стороны среды, «отбивается от рук» и начинает вести себя эгоистично, «преступно», как ребенок, выросший в неблагополучной семье. Исходя из этого видно, что эпигенетическое программирование — аналог воспитания, ниша — аналог семьи. Новая клетка, как и человек, должна пройти процесс «социализации», чтобы стать полноценным членом целого. Если этот процесс нарушается, клетка будет действовать согласно тому, что диктует ей ее генетическая конституция (базис), а эгоизм (стремление неограниченно делиться и потреблять ресурсы) заложен по умолчанию, как наследие одноклеточных предков. Также, вероятно, может произойти остановка процесса эпигенетического перепрограммирования на промежуточной стадии. В результате клетка, приобретя определенные «полномочия», «доставшиеся в наследство» от материнской стволовой клетки, например, бессмертие и способность активно делиться, не успеет получить «груз ответственности» в виде чувствительности к апоптотическим сигналам и необходимости постепенного отказа от «полномочий» по мере дифференцировки. Кроме того, такая остановка экзогенного перепрограммирования, видимо, может впоследствии смениться реверсией эпигенетической программы в отсутствие внешнего поддерживающего и направляющего сигнала. Это может объяснить тот факт, что в ряде случаев клетки опухоли, изначально более сходные с клетками исходной ткани, в дальнейшем все более и более теряют приобретенный было «социальный статус», «конформность», возвращаясь к «дикому» состоянию.

Таким образом, если мы желаем предотвратить проблему онкогенеза, нужно не допустить разбалансировки целостной системы клетка — ткань — организм. Однако динамический характер эпигенетического перепрограммирования позволяет, в потенциале, исправлять неверную программу, если мы достаточно хорошо ее понимаем, а также, знание структуры экзогенного сигнального кода позволит разработать средства самой ранней диагностики угрозы онкогенного перерождения и рекомендации по его предотвращению.

ФИЛОСОФИЯ НАТУРАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

М.И.Штеренберг

Основным недостатком традиционной медицины является то, что она занимается попытками излечения болезней, уже возникших у

пациента. Ее лозунг о профилактике практически никогда не реализуется в силу отсутствия специалистов по здоровому образу жизни. В тоже время примерно 200 тысяч лекарств на 10 тысяч нозологических единиц, делают диагностику и назначения далеко не безошибочным делом. Кроме того, практически все лекарства обладают побочными явлениями, и воздействуют лишь на следствия, а не на причины заболеваний, имеющих основание в образе жизни. Вмешательство медикаментов в иммунную систему и процессы нормальной регуляции организма, детренируют эти системы и нарушают их нормальную работу. Кроме того, в материалистической медицине игнорируется наличие тонких тел, легко ощущаемых чувствительным человеком и являющихся при нарушениях в них этическими и психологическими факторами первоисточниками заболевания. Об этом в частности говорит большой эффект плацебо. Кроме того в медицине доминирует принцип узкой специализации, в силу чего в ней утрачено представление об организме, как о целостной системе, в то время как кровь за 15—20 секунд интегрирует его в единое целое. Поэтому натуральная медицина, признает необходимость традиционной лишь в критических и некоторых других случаях, составляющих лишь относительно небольшую долю в общей массе заболеваний.

Основной принцип натуральной медицины в ее физической части заключается в расчете на целостность организма и на то, что если организм в хорошем состоянии, то он сам диагностирует болезнь и справиться с ней. Так при вдохе в современном мегаполисе, человек поглощает сотни тысяч бактерий и вирусов, и если организм здоров, то идентифицирует и уничтожает их. Отсюда и принцип натуральной медицины: диагноз не всегда является обязательным. Карточка пациента должна включать нелюбимые ситуации в жизни, говорящие о слабых местах в организме пациента, например, нежелание бегать, плохое отношение к жаре и холоду, говорят о плохом состоянии капиллярной и сердечно-сосудистой системы, склонность к аллергии, говорит о засоренности клеток организма отходами метаболизма и т.п.

За основу здоровья в натуральной медицине принимается состояние капиллярной системы, ибо каждая клетка организма питается, дышит, иммунизируется, очищается, дегазируется через капилляры. С учетом того, что капилляры способны не только увеличивать пропускную способность, но и создаваться в органах, работающих с повышенной нагрузкой. В этом в основном и заключается оздоровительный эффект, казалось бы, столь различных методов, как закаливание холодом, парная, бег. В первых двух случаях кожа становится красной от заполнения кровью. Но это не поверхностное явление. Охлажденная или перегретая кровь с поверхности кожи уходит внутрь и там, соответственно, либо согревается, либо охлаждается, тренируя капилляры и тем самым, развивая всю их систему. Развитие капилляров кожи, как

одного из самых больших органов и границы раздела между организмом и средой, терморегулятора, выделительного и гормонального органа, является важнейшим фактором здоровья. При беге включается в работу порядка 70 % мышечной массы тела, что приводит также к развитию капиллярной системы. Аналогичные явления происходят при других видах длительной спортивной и трудовой нагрузки. В этих случаях мощно работает диафрагма, за счет глубокого дыхания, создавая вакуум при вдохе и подсос на выдохе крови, лимфы, межтканевых жидкостей, стимулируя этим работу всех органов брюшной полости.

Второй «столп» натуральной медицины — различные виды очищений и, в первую очередь, толстого кишечника. Суть в том, что при переходе от тонкого кишечника в толстый, сечение последнего увеличивается более чем в 10 раз. поэтому массы отходов остаются на стенках, а дефекация происходит по каналу, промытому в кишечнике. С учетом огромного количества гнилостных бактерий и их выделений, отсасываемых с жидкостью обратно в кровь из толстого кишечника, происходит постоянное отравление всего организма. Сжатие раздутым кишечником всех органов брюшной полости обуславливает ухудшение в них циркуляции и снижает их иммунитет. В связи со сказанным, в натуральной медицине разработан широкий спектр очищений: носа, печени, почек, всего желудочно-кишечного тракта, промывки сердечно-сосудистой системы от отложений.

Питание. С учетом того, что у человека примерно, каждые полгода обновляются мягкие ткани, а каждые несколько лет — кости, то справедливо утверждение с физической точки зрения, что человек есть то, что он ест. Вся же кулинария направлена исключительно на вкусовую компоненту. Итог: ожирение от переедания, плохое усвоение неудобоваримых смесей, доедаемых бактериями в толстом кишечнике с последующим отравлением крови. В связи, с чем натуральная медицина предлагает свои диеты, со здоровыми сочетаниями различных продуктов и со значительной долей сырых орехов, овощей и фруктов. Последнее связано с тем, что работа ферментов имеет сложную пространственную конфигурацию, подогнанную под конфигурацию молекул пищи. Термообработка полностью нарушает конфигурацию молекул последней, что приводит к плохому усвоению ее, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Лечебное голодание. В природе периоды голода всегда имели место. В связи с этим в организме имеются не только компенсаторные, но и лечебные механизмы, действующие в этот период. Освобожденный от трудоемкого процесса пищеварения, организм переключается на восстановительные и целительные процессы. Последние связаны с тем, что кровь в этот период обильно снабжает иммунную систему, усиливая ее работоспособность. Кроме того, при истощении оперативных резервов, организм переключается на пита-

ние старыми и больными тканями и «дожиганием» шлаков. Отсюда широчайший спектр психосоматических болезней, излечиваемых лечебным голоданием[1].

Психика являет собой систему управления организмом, нарушения в которой приводят к нарушениям в любой из систем его функционирования. Состояние ее зависит в существенной мере от мировоззрения человека. Исследование истории иудаизма и производных от него христианства и ислама, говорит о наличии в них учения о перевоплощениях и карме — расплаты и поощрений за дела и мысли в этой и предыдущих жизнях. О том же говорят Северный буддизм (махаяна) и индуизм, что ныне подтверждено многочисленными научными исследованиями, специальную подборку которых см. в[2].

Знакомство человека с этими фактами, лишает его точки зрения на несправедливость жизнеустройства, уменьшает страх смерти, дает в руки механизм для улучшения отношений в социуме. Все это благотворнейшим образом сказывается на улучшении психосоматического состояния и даже исцелениях, что непосредственно используется в регрессивной терапии. Из всего сказанного вытекает необходимость организации в медицинских учебных заведениях факультетов по подготовке врачей, специалистов по здоровому образу жизни (натуральной медицине) и клиник данного профиля, что обусловило бы здоровье нации, находящегося в настоящее время в критическом состоянии и существенного сокращения расходов государства на здравоохранение.

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАКА И ДРУГИХ ТЯЖЕЛЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ ХОЛИЗМА И ГОМЕОПАТИИ

А.А.Ясинчук

В структуре заболеваемости и смертности в настоящее время все больше преобладают неинфекционные болезни. Бесспорное правило: «Болезнь проще предупредить, чем лечить» — врачи сейчас не могут применить к наиболее распространенным тяжелым неинфекционным заболеваниям (обозначим их сокращенно НРТНЗ). «Из-за неинфекционных болезней, включая болезни сердца и инсульт, диабет, рак и хронические респираторные болезни, происходит 60% всех случаев смерти в мире. ... По прогнозам ВОЗ, за период 2006—2015 гг. число случаев смерти от неинфекционных болезней в мире возрастет на

[1] Лечебное голодание (клинико-экспериментальные исследования). Сборник. М., 1969.

[2] Штеренберг М.И. Биоэволюция. М., 2009. С. 256—301.

17%...»[1]. В России на протяжении последнего десятилетия заболеваемость злокачественными новообразованиями увеличилась на 14 процентов, а ежегодный прирост смертности составляет до 1,5 процента[2]. На первый взгляд, эта группа заболеваний состоит из разрозненных, ничем не связанных болезней. Однако одновременный значительный рост заболеваемости НРТНЗ, в том числе у молодых людей, позволяет сделать вывод о наличии у всех этих болезней общего сильного причинного фактора, который этиологически объединяет НРТНЗ в единую группу заболеваний.

Медицина успешнее решает задачи профилактики тех групп заболеваний, для которых известен общий этиологический фактор — причина, без которой болезни этой группы не возникают. Например, для инфекционных болезней общим этиологическим фактором является возбудитель инфекции, для авитаминозов — дефицит витамина. Исходя из общего этиологического фактора, строится несложная и эффективная профилактика многочисленных и разнообразных болезней, входящих в эти группы заболеваний. Можно сделать вывод: если найти общий этиологический фактор для группы НРТНЗ, это даст возможность проще и эффективнее эти болезни предупреждать.

В отличие от инфекций и авитаминозов, этиология НРТНЗ более сложная, многофакторная, для многих из этих болезней известна лишь фрагментарно. Член-корр. РАМН, хирург-онколог В.Ф.Семиглазов отмечает: «У современной медицины пока ограничены возможности контролировать заболеваемость раком, поскольку в большинстве случаев неизвестны точные механизмы развития злокачественных опухолей»[3]. Следовательно, при рассмотрении только физико-химических процессов, то есть с позиций редукционизма, установить общий этиологический фактор для этой группы заболеваний не представляется возможным.

Основоположник гомеопатии Самуил Ганеман объясняет причины болезней и механизм лечебного действия гомеопатии с позиций витализма: болезни возникают вследствие нарушения жизненной силы пациента, гомеопатические лекарства устраняют это нарушение и излечивают болезни. То есть, согласно Ганеману, общим этиологическим фактором для группы НРТНЗ является нарушение жизненной силы. Этот этиологический фактор и гомеопатию можно использовать, как основу для более эффективной профилактики НРТНЗ.

Главный принцип гомеопатии: «Similia similibus curantur»[4]. Этот принцип (его также называют правило или закон подобия) впервые

---

1 URL : demoscope.ru/weekly/2010/0411/mir01.php#9. URL : medportal.ru/mednovosti/news/2009/10/29/cancer/

2 URL : medportal.ru/mednovosti/news/2009/10/29/cancer/

3 URL : medportal.ru/mednovosti/main/2009/12/07/oncology/

4 Подобное излечивается подобным.

сформулировал древнегреческий врач Гиппократ. Методики изготовления и назначения гомеопатических лекарств подробно разработал немецкий врач Ганеман. Поскольку Ганеман предложил рациональный метод для исследования и устранения нарушений жизненной силы, его идеи, с позиций современной философии, можно отнести к рациональному холизму. «Рациональный холизм, допуская принципиальное отличие живого от неживого, тем не менее, полагает, что возможно рациональное, научное познание этого отличия...»[1].

Similium — это гомеопатическое лекарство, которое излечивает пациента по принципу подобия. Similium оказывает целостное лечебное действие на организм: излечивает все болезни пациента, которые на уровне физико-химических процессов имеют различные этиологию и патогенез. То есть, для отдельно взятого пациента его similium имеет широту лечебного действия панацеи — «лекарства от всех болезней». Такое действие лекарства на отдельного пациента не противоречит представлениям редукционизма: организм это единая целостная система, в которой все органы и процессы взаимосвязаны, поэтому «нужно лечить не болезнь, а больного».

«Если проследить историю биологии, то можно отметить следующую основную тенденцию развития этой науки: развитие биологии происходило от принятия крайних форм холизма и редукционизма к постепенному сближению их позиций»[2].

В литературе по гомеопатии есть указания на профилактику крайне тяжелых болезней, как результат лечения гомеопатическими лекарствами. Например, Э.Уитмонт пишет: «...многое инкурабельное может быть предупреждено средствами гомеопатии, и именно в сфере превентивной терапии гомеопатия просто и абсолютно не имеет себе равных»[3]. То есть, у similium, наряду с лечебным действием, есть также значительное профилактическое действие в отношение тяжелых хронических болезней.

Важная особенность гомеопатических лекарств — большая индивидуальная специфичность их действия на пациента. Назначают гомеопатические лекарства на основании наиболее важных симптомов и индивидуальных особенностей каждого пациента. Для этого обычно требуется кропотливая работа врача-гомеопата с пациентом. На этапе

---

[1] Моисеев В.И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 278.

[2] Там же. С. 280.

[3] E.Whithmont. Psyche and Substance: Essays on Homeopathy in the Light of Jungian Psychology. — Berkley, California – 1983. Приведен отрывок из главы: Проблемы лекарственных назначений при хронических заболеваниях. *Несколько глав из этой книги опубликованы на сайте:* www.similia.ru/gomeopat/fundamental.htm Эдвард Уитмонт – юнгианский аналитик и врач-гомеопат. Он получил медицинское образование в Вене в 1936 г., вначале изучал психологию А. Адлера, потом пришел к гомеопатии, натуропатии, хиропрактике и йоге, а после 1940 г. познакомился с К.Г.Юнгом и стал одним из основателей Института К.Г.Юнга в Нью-Йорке.

профилактики и в начальной стадии болезней симптомы обычно скудные или отсутствуют, это значительно затрудняет назначение гомеопатических лекарств. Следовательно, большая индивидуальная специфичность действия лекарств является препятствием для широкого применения гомеопатии с целью профилактики НРТНЗ.

Для наглядности, широту лечебного действия similium можно представить в виде уравнения: (Широта лечебного действия similium) = (Широта лечебного действия панацеи) минус (Индивидуальная специфичность действия гомеопатических лекарств).

В моей врачебной практике я обнаружил ранее неизвестное явление: при совместном действии трех и более гомеопатических лекарств (по аналогии с музыкальным аккордом) может исчезать индивидуальная специфичность действия гомеопатических лекарств. При этом лечебное действие таких комплексов лекарств аналогично действию similium. То есть, для таких комплексов лекарств широта совместного действия лекарств равна левой части вышеуказанного уравнения, а вычитаемое в правой части этого уравнения равно нулю. Следовательно, в этом случае (Широта совместного действия гомеопатических лекарств) = (Широта лечебного действия панацеи). Я назвал это явление «панацея-эффект гомеопатических лекарств». Правила назначения гомеопатических лекарств, при котором возникает это явление, я назвал «методика панацея-эффекта».

Поскольку действие панацея-эффекта аналогично действию similium, панацея-эффект гомеопатических лекарств, как и similium, устраняет нарушение жизненной силы пациента, то есть, устраняет общий этиологический фактор группы НРТНЗ. При этом панацея-эффект не имеет индивидуальной специфичности действия. Следовательно, методику панацея-эффекта можно применить для широкой (не индивидуальной) первичной и вторичной профилактики НРТНЗ (рак, сахарный диабет, тяжелые болезни сердечно-сосудистой, нервной, кроветворной, дыхательно системы, суставов и другие) с помощью гомеопатических лекарств.

При изготовлении гомеопатических лекарств лекарственное сырье многократно разводят в воде до ничтожно малых коцентраций и при каждом разведении раствор многократно встряхивают (динамизация). В результате исчезает вещественное действие лекарства и появляется динамическое (невещественное) действие лекарства на жизненную силу. Это похоже на явление, которое применяется в нанотехнологиях: при уменьшении частиц вещества до ничтожно малых размеров, у него появляются принципиально новые качества. На этапе профилактики и в начальной стадии НРТНЗ структурные патологические изменения обычно минимальны, преобладают функциональные нарушения. В такой ситуации динамическое действие гомеопатических лекарств особенно эффективно.

У гомеопатических лекарств нет токсического и аллергенного действия. Поэтому длительное профилактическое применение этих лекарств безопасно. Изготавливают гомеопатические лекарства, в том числе, отечественные производители.

С лечебной целью методику панацея-эффекта можно применить в случаях, когда назначение гомеопатических лекарств по общепринятым методикам значительно затруднено: симптоматическая картина скудная, быстро меняется и т.п.

Явление панацея-эффекта можно использовать также с исследовательскими целями. Теоретически, панацея-эффект имеет бесконечную широту лечебного действия. Такая широта действия лекарств противоречит представлениям редукционизма. Поэтому исследование явления панацея-эффекта можно использовать, как объективное доказательство наличия в организме особого фактора, который в витализме называют «жизненная сила»[1].

Исследования лечебного действия гомеопатических лекарств с помощью методик доказательной медицины (которая создана на основе редукционизма) затруднены из-за большой индивидуальной специфичности этих лекарств. «Основная причина неоднозначности результатов плацебо-контролируемых исследований в гомеопатии заключается, на наш взгляд, в трудности совмещения индивидуальности гомеопатического метода с принципами доказательной медицины, которая основывается на анализе однородных коллективов пациентов с определенным клиническим диагнозом, не принимая во внимание их индивидуальности»[2]. Особенно много споров возникает об эффективности гомеопатических лекарств в высоких разведениях, когда теоретически в растворе не остается ни одной молекулы лекарственного вещества (за пределами числа Авогадро). Для решения этого вопроса можно использовать явление панацея-эффекта, при котором высокие разведения гомеопатических лекарств могут оказывать значительное лечебное действие без индивидуальной специфичности. Следовательно, исследование и применение этого явления можно использовать, как научную основу для сближения холизма и редукционизма в медицине[3].

---

1 «Представители холизма считают, что в живом есть некоторое особое качество, которое отсутствует в неживой природе и принципиально отличает живое от неживого» // Моисеев В.И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 277.

2 Головатюк А.В., Титиева Н.М. Опыт проведения рандомизированных плацебо-контролируемых испытаний в гомеопатии // Традиционная медицина. 2007. № 3. С. 15.

3 «...своя часть истины содержится в каждом из этих направлений (как в холизме, так и в редукционизме), и здесь нужно не выбирать, но соединять все то хорошее, что есть в каждой точке зрения» // Моисеев В.И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 280.

ФИЛОСОФИЯ БИОМЕДИЦИНСКОГО КОНСТРУКТИВИЗМА

ОСНОВНЫЕ ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАДИКАЛЬНОГО КОНСТРУКТИВИЗМА ЭРНСТА ФОН ГЛАЗЕРСФЕЛЬДА

П.Д.Абрамов

Сущность радикального конструктивизма. Конструктивизм предполагает сведение «знания что» к «знанию как»: вы знаете нечто о каком-либо предмете в том и только том случае, если можете построить его[1]; акцент с исследования знания как отношения к объективной реальности смещается на исследование самого процесса познания.

Радикальный конструктивизм — это философско-методологический подход, согласно которому знание не отражает объективную реальность, но является системой конструктов, порожденной самим индивидом на основе сенсорного опыта. Радикальность данного направления мысли и состоит в том, что познание рассматривается исключительно в контексте опыта познающего субъекта. Основоположниками радикального конструктивизма считаются Эрнст фон Глазерсфельд (р. 1917), П.Ватцлавик (1921—2007), к нему также относят Хайнца фон Ферстера (1911—2002), У.Матурану, Ф.Варелу, Г.Рота. Ключевые положения радикального конструктивизма были сформулированы в 80-е гг. прошлого века[2].

Принципы радикального конструктивизма Глазерсфельда. Каковы же основные принципы радикального конструктивизма? В своей главной монографии «Радикальный конструктивизм» в конце главы «Непопулярные философские идеи: история в цитатах» Глазерсфельд выделяет два главных принципа, разделенных на четыре пункта:

---

[1] Лекторский В.А. Конструктивистские концепции в философии и когнитивных науках // Конструктивистский подход в эпистемологии и науках о человеке. / Отв. ред. акад. РАН В. А. Лекторский. М., 2009. С. 6.

[2] См.: Цоколов С. Дискурс радикального конструктивизма. Мюнхен, 2000.

«1. Знание не приобретается пассивно через наши чувства или посредством коммуникации;знание активно строится познающим субъектом. 2. Функцией знания является адаптация в биологическом смысле данного термина, то есть оно должно обеспечивать адаптацию и жизнестойкость; знание служит для субъективной организации опытного мира, а не для того чтобы открывать объективную онтологическую реальность»[1].

В первом принципе очевидна опора на достижения Ж. Пиаже, учение которого является одной из основ концепции радикального конструктивизма. В целом критические замечания, выдвинутые по отношению к учению Пиаже, могут быть справедливы и для характеристики позиции Глазерсфельда. «К слабостям концепции самого Пиаже относят гипертрофированный индивидуально-психологический подход к рассмотрению онто- и филогенетического развития знаний»[2]. Альтернатива, обозначенная Глазерсфельдом, является не совсем оправданной, так как субъект может с помощью своей активности приобретать опыт, накопленный многими поколениями, жившими до него.

Адаптация vs приспособление. Между радикальным конструктивизмом и эволюционной эпистемологией существует размежевание в вопросе о роли естественного отбора в эволюции субъекта. По словам Глазерсфельда Дарвин ввел в научный оборот фразу «survival of the fittest» то есть «выживание наиболее приспособленных или наиболее пригодных» и тем самым способствовал распространению неверного представления о том, что можно выделить более приспособленных и менее приспособленных к окружающей среде существ. Соответственно, выживает тот, кто оказался лучше приспособлен к существующей вне его объективной реальности. Глазерсфельд призывает разделять термины «match» и «fit»; «соответствовать» и «подходить». Первый термин подразумевает то, что наше знание было получено с помощью отражательных процедур и между ним и самой действительностью существует отношение гомоморфизма. Второй термин, *«подходить» подразумевает, что знание справляется с той ролью, которую мы на него возложили.* Глазерсфельд приводит по его словам грубоватую, но достаточно точную метафору. Вор имеет в своей сумочке множество ключей, из них он может выбрать тот или другой, пригодный для того, чтобы открыть дверь. Важно то, что понятие «подходи» относится к ключу, а не к замку.

Знание как источник организации опытного мира субъекта. Радикальный конструктивизм vs трансцендентализм. Перейдем к четвертому пункту, согласно которому «знание служит для субъективной

---

[1] Ernst Von Glasersfeld Radical Constructivism: A way of knowing and learning. London, 1995. P. 51.

[2] Иванов А.В., Миронов В.В. Университетские лекции по метафизике. М., 2004. С. 385.

организации опытного мира, а не для того чтобы открывать онтологическую реальность». Данного тезиса придерживаются не только антиреалистические натуралисты, но и сторонники трансценденталистских эпистемологических течений.

Трансценденталисты вполне обоснованно полагают, что изучение «объективного мира» самого по себе может дать нам лишь неполное и искаженное знание, ведь любой объект познания постигается нами с помощью самой близкой и самой доступной нам реальности — собственного сознания. Так не проще ли, сделав объектом исследования само сознание, постичь те общие или инвариантные структуры и категории, которые присутствуют у всех людей. В таком случае окажется, что трансценденталист продвинулся как бы на шаг дальше реалистов и материалистов.

Поскольку трансценденталисты изучают, прежде всего, не внешний мир, а само сознание, то, например, Гуссерля часто обвиняли в солипсизме и психологизме. Эти же самые аргументы могут быть выдвинуты и против радикального конструктивизма, который также рассматривает знание как продукт конструктивной деятельности человеческого сознания. В чем же состоит наиболее существенное различие между представителями радикального конструктивизма и философского трансцендентализма? Дело в том, что *радикальный конструктивизм, являясь натурализированной версией эпистемологии, не признает всеобщих и инвариантных для всех людей структур субъективности*, также как он не принимает умозрительных философских методов постижения действительности, предпочитая им методы многочисленных когнитивных наук.

Возникает закономерный вопрос о том, насколько точным может быть знание, не претендующие на всеобщность и универсальность, достигаемую при использовании философских методов. Ответ состоит в том, что оно столь же точно, как и различные научные гипотезы, подтверждаемые фактами и проходящие экспериментальную проверку.

Глазерсфельд считал, что *теория познания должна быть методологической программой*, а не абстрактной философской системой. Радикальный конструктивизм выступает против того, что каждый организм конструирует окружающий мир произвольно, ради того, чтобы позабавить себя. Познающие организмы «создают отношение к собственному опыту, поскольку они принимают одну его часть и не принимают другую»[1]. *Организмы стремятся повторять желательный опыт и избегать нежелательного.*

Конструктивизм и проблема солипсизма. Закономерно возникает вопрос о том, не является ли учение радикального конструктивизма, отвергающего существование «объективной» онтологической реальности, разновидностью солипсизма. Конструктивисты, являясь «эпистемиче-

[1] Glasersfeld E. Radical Constructivism: A way of knowing and learning. London, 1995. P. 113.

скими солипсистами», признавая то, что весь опыт зависит от субъекта, в то же время возлагают столь большие надежды на достижения науки. Здесь важно введенное Р.Карнапом различение внутренних и внешних вопросов о реальности явлений. «В первом случае вопрос о существовании рассматривается внутри концептуального каркаса и называется внутренним вопросом. Во втором случае ставится вопрос о существовании системы явлений в целом, называемый внешним вопросом»[1].

СОПРЯЖЕННЫЕ СЕМИОТИЧЕСКИЕ КВАДРАТЫ («СЕМИОТИЧЕСКИЙ КУБ» И ЛОГИЧЕСКИЕ КВАДРАТЫ) В МЕДИЦИНСКОЙ СЕМИОТИКЕ

О.С.Васильев

Асинхронность развития отдельных ветвей науки (и тем более науки и практики) можно проследить на сложности взаимоотношения общей и медицинской семиотики: они не взаимоотносятся как часть и целое. Фактически, общая и медицинская семиотика существуют и развиваются параллельно.

Структура общей семиотики, тенденции ее развития имеют фундаментальную укорененность в философской среде. Медицинская семиотика в форме абстрагирования клинического мышления отражает насущные потребности клинической практики; то есть наиболее общие понятия, закономерности и т.п., встречающиеся именно в практической деятельности врача. Можно сказать, что медицинская семиотика укоренена во врачебной практике, в лечебно-диагностическом процессе.

Основной оппозицией общей и медицинской семиотики является оппозиция *теория и практика*.

Другим немаловажным обстоятельством, затрудняющим анализ медицинской семиотики с позиции современной общей семиотики, является достаточно обособленный, если не сказать «закрытый» характер самой медицинской деятельности. Такая автономия медицины складывалась на протяжении веков, когда медицина развивалась в рамках «себя самой», тем самым защищая традицию от прафанов (этим, также, объясняется наличие латинской терминологии в медицинском языке). Даже в наше время все «пограничные» медицинские разработки (медицинская химия, медицинская физика, медицинская кибернетика и т.п.) доступны к применению только врачам. Для сравнения, исследования на стыке немедицинских дисциплинарных областей обладают дисци-

[1] См. Кезин А.В. Радикальный конструктивизм: познание «в пещере» // Вестник Московского университета. Серия 7. Философия. № 4. 2004. С. 3—24. URL: http://www.philos.msu.ru/vestnik/philos/art/2004/kezin_cognit.htm.

плинарной равноправностью; так, например, исследования в области физической химии, химической физики, биофизики и т.п. доступны представителям не только смежных областей, но и представителям других областей знания. Реалии нашего времени констатируют, что «не врачам» нет места в медицине. Так, в частности, ученую степень по медицине может получить только врач. Возможно, такой подход продиктован традиционно высокой мерой ответственности, налагаемой на медицину вообще и на врача в частности.

Несмотря на то, что общая семиотика за последние полвека добилась значительных результатов и оформилась как современная наука, анализ в медицинской семиотике за последние столетия дальше бинарной Аристотелевой логики так и не продвинулся.

Среди основных понятий медицинской семиотики можно выделить две фундаментальные пары, образующие бинарные оппозиции: «норма и патология», «здоровье и болезнь».

Обозначенные понятия требуют пояснения. Норма — это не константа, а интервал, диапазон изменения величины. Если *Мера* — это интервал, в пределах которого количественные изменения не ведут к качественным изменениям, то норма — это проекция категории меры на биологические явления и процессы. Параметр биологической системы находится в норме, если его мера не меняется.

Если норма отражает состояние части организма, системы, органа, то здоровье отражает состояние организма в целом. Единой нормы нет и быть не может. Норм может быть много, но здоровье только одно. Здоровье — это не норма норм. Нарушение нормы не отрицает здоровья, хотя нарушение здоровья репрезентируется через нарушение нормы. В каком-то роде нормы — это проекции здоровья.

Категории норма и патология не находятся в отношении логического отрицания. Категории норма и патология соотносятся *сложнее*, чем как часть и целое, местное и общее, локальное и глобальное: они лежат в разных плоскостях, и в этом смысле они *несоизмеримы* (несоизмеримы также *здоровье* и *болезнь*).

Следуя фундаментальной грамматике А.Греймаса (A.-J.Greimas) мы можем построить следующие семиотические квадраты (в обходе по часовой стрелке): «норма — патология — не норма — не патология» и «здоровье — болезнь — не здоровье — не болезнь».

В первом квадрате *норма* и *патология* — связаны отношением противоположности (синоним оппозиции или контрарности), понятия *норма* и *не норма* (также, патология и не патология) связаны отношением противоречивости (контрадикторности, то есть взаимоисключающие отношения), а *норма* и *не патология* (также, *патология* и *не норма*) — отношением дополнения (комплиментарности).

Подобным образом, во втором квадрате *здоровье* и *болезнь* связаны отношением оппозиции, *здоровье* и *не здоровье* (также, *болезнь* и

не болезнь) связаны отношением противоречивости, а *здоровье* и *не болезнь* (также, *болезнь* и *не здоровье*) — отношением дополнения.

Следует отметить, что с позиции теории множеств, отношения дополнения и импликации взаимоисключают друг друга. С позиции клинической логики, отношения комплиментарности, возникающие в семиотическом квадрате являются отношением импликации: *норма → не патология, патология → не норма, здоровье → не болезнь, болезнь → не здоровье.*

Интересно то, что указанные квадраты клинически взаимосопряжены, то есть понятия, формирующие указанные квадраты клинически взаимообусловлены: *норма → здоровье, болезнь → патология* и т.д.

А это означает, что от рассмотрения указанных семиотических квадратов мы вправе перейти к рассмотрению *семиотического куба*, верхняя и нижняя грани которого образуют рассмотренные семиотические квадраты.

Но сам *семиотический куб* порождает еще серию *логических квадратов* (8 квадратов): 4 по боковым граням и 4 по сечениям диагоналями куба. Такие квадраты мы назвали *логическими*, так как они имеют иную структуру, нежели семиотический квадрат А.Греймаса.

Понятия, образующие такие логические квадраты, могут быть рассмотрены с позиции клинического смысла (например, логический квадрат «не здоровье — болезнь — патология — не норма»). Так, логические пары как «не норма — не здоровье», «не болезнь — не патология» являются актуальной «проблемой выбора» (принятия решения) в клинической диагностике. А точка пересечения диагоналей логического квадрата «не норма — не патология — не болезнь — не здоровье» является исходной точкой неопределенности для диагностического поиска.

Обоснованность взаимоотношений понятий в представленном семиотическом кубе определяется не столько формальной логикой («суждением о понятиях»), сколько клинической практикой, которая представляет собой «суждение о вещах» (в терминологии известного отечественного логика Н.А.Васильева).

ВЫЗОВЫ БИОМЕДИЦИНСКОГО КОНСТРУКТИВИЗМА И КРИТЕРИИ АДЕКВАТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ VII СОЦИОГУМАНИТАРНОГО ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО УКЛАДА[1]

В.Е.Лепский

1. Тенденции нарастания технологических угроз в XXI веке.

Опыт прошлого столетия позволяет сделать вывод, что технологические инновации не проверяются на готовность человечества к

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ,исследовательский проект 08-03-00241а.

их внедрению, на потенциальные последствия для человечества. Доминируют стереотипы, когда все, что ни придумается — все идет без какого-либо контроля на конвейер общества потребления, в том числе и потребления в биомедицинской сфере. В шестом технологическом укладе, в котором биомедицинские технологии занимают ведущее место, вызовы становятся масштабнее и приобретают новые формы.

В области разработок нанотехнологий и биотехнологий возрастают потенциальные возможности создания малыми группами исследователей невиданного по силе оружия и передачи его в руки асоциальных элементов, способных уничтожить или поработить человечество. Реагирование на этот вызов не может быть эффективным только за счет создания механизмов контроля, человечество должно измениться и само, найти адекватные формы организации жизнедеятельности.

Потенциальные возможности нано-био-медицинских технологий для продления жизни человека и развития его способностей, создают предпосылки для резкого возрастания процессов расслоения человечества с учетом финансовых возможностей отдельных лиц, способных в большей степени воспользоваться результатами новых разработок. При современном состоянии общества это неминуемо приведет к новым формам колониализма, к изощренным формам порабощения узкой группой лиц большинства населения планеты. К созданию правящей группы сверхчеловеков. В частности, этой группой сверхчеловеков мирового порабощения могут стать те (нетократия), кто быстрее других сможет воспользоваться сетевыми технологиями организации специалистов в сфере нано-био-медицины и использовать их в своих узко корпоративных целях. В этой связи весьма сомнительной и опасной представляется позиция трансгуманистов, ориентированных на создание сверхчеловеков, которые затем создадут «хорошее общество». Важно отметить, что и этот тип вызова инициирует необходимость разработки метатехнологий его нейтрализации.

Нано-био-медицинские технологии ближайшего будущего требуют по новому взглянуть на методологические аспекты организации отношений в системе «пациент — врач —общество». Эти отношения должны претерпевать принципиальные изменения. Если раньше врач фактически конструировал человека, давая ему лекарства, совершая операции и так далее. Сегодня это одна из онтологических схем взаимодействий[1]. Ведущей онтологией становится поддержка пациента, то есть врач уже не столько конструктор, сколько субъект, поддерживающий активного пациента, самостоятельно строящего свою жизнь, гармонизируя ее в соответствии с возможностями новых

[1] Лепский В.Е. Онтологии субъектно-ориентированной парадигмы биомедицинского конструктивизма // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации: Сборник материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. М. : Принтберри, 2009. С.26-28.

медицинских технологий. Встают сложнейшие проблемы разделения ответственности, этики и другие, выходящие далеко за рамки шестого технологического уклада.

Развитие нано-биотехнологий неминуемо приведет к созданию самоорганизующихся и саморазвивающихся сред активных нано-био элементов, которые могут быть использованы как в интересах здравоохранения, так и в интересах создания новых видов оружия. Встают проблемы контроля и корректировки (мягких форм управления) функционирования такого рода сред. Готова ли современная наука к решению этих проблем и не окажутся ли неконтролируемыми среды активных нано-био элементов? Очевидно, что сегодня наука не готова, но понимание актуальности проблемы дает надежды на возможности ее корректной постановки и поиска путей решения. В центре решения этих проблем оказываются сложнейшие проблемы отношений человека и человечества с Вселенной и с микромиром.

Следует также выделить угрозу общую для всех технологических укладов, отстраненность техники и особенно технологий от этического осмысления. Если в отношении науки эта точка зрения подвергнута ревизии в рамках постнеклассической науки, и она возвращается в лоно этической проблематики[1], то в отношении технологий этого в должной степени еще не сделано.

Учитывая тенденции нарастания технологических угроз в XXI веке можно утверждать, что человечество не готово к разработке технологий шестого уклада и их широкому использованию. Если сегодня не поставить и не начать серьезно решать проблемы социогуманитарного обеспечения инновационного развития, то могут возникнуть необратимые асоциальные процессы.

2. Социогуманитарные критерии адекватного реагирования на вызовы VI технологического уклада.

Критерии адекватного реагирования на технологические вызовы, на наш взгляд, целесообразно рассматривать с позиции их влияния на сложившиеся в человечестве виды деятельности (коммуникации), либо с позиции порождения новых видов деятельности (коммуникаций). В контексте междисциплинарных (эргономических) исследований процессов организации различных видов человеческой деятельности, сложились традиции выделять четыре базовых вида критериев для их оценки: продуктивность, безопасность, удовлетворенность и развитие субъектов и самих видов деятельности.

По аналогии эти же критерии можно применить к оценке реагирования на технологические вызовы, что позволяет выделить четыре направления реагирования на них.

Во-первых, *эффективное реагирование* человечества на позитивные возможности развиваемых технологий. Готовность науки

[1] Степин В.С. Теоретическое знание. М.: Прогресс-Традиция, 2003. С. 619-640.

и человеческого потенциала, способность эффективной организации исследований, разработок, восприятия инновационных предложений и др.

Во-вторых, *контролируемое реагирование* человечества на потенциальные угрозы от внедрения развиваемых технологий.

В-третьих, *справедливое реагирование* человечества на позитивные возможности развиваемых технологий. Готовность использовать эти позитивные возможности в интересах всего человечества (проблема качества жизни и др.), а не исключительно в интересах узкой группы лиц, обладающих, например, большими капиталами или силовыми ресурсами.

В-четвертых, *развивающее реагирование* человечества на технологические вызовы. Способность человечества создать проект своего развития, видения будущего, и с этих позиций оценить технологические вызовы. Выявить степень их влияния на реализацию проекта развития, готовность человечества к использованию новых технологий, целесообразность и объемы используемых ресурсов на достижение позитивных результатов и нейтрализацию негативных и др.

Готово ли человечество соответствовать этим критериям при формировании адекватных ответов на технологические вызовы XXI века? Ответ однозначен — человечество не готово!

3. Стратегическая инициатива формирования VII социогуманитарного технологического уклада.

Постановка проблем выживания и дальнейшего развития человечества в XXI веке, на наш взгляд, связана с необходимостью принципиального пересмотра стихийных механизмов технократического подхода к технологическому развитию и переходом к интенсивному становлению социогуманитарных технологий обеспечения безопасности и развития.

Для России догнать развитые страны на технократическом пути развития безнадежно, к настоящему времени разрыв только увеличивается. Успех в этой гонке, по-видимому, следует искать на других путях. Надо не догонять, а опередить и стать лидером технологий следующего поколения, лидером седьмого технологического уклада[1]. Рассмотренные выше тенденции нарастания технологических угроз в XXI веке и отсутствие адекватных механизмов реагирования на них дают серьезные основания полагать, что технологиями седьмого уклада будут социогуманитарные технологии и в первую очередь технологии формирования новых форм жизнедеятельности на планете, технологии конструирования социальной реальности.

---

[1] Лепский В.Е. Седьмой социогуманитарный технологический уклад – локомотив инновационного развития и модернизации России // Материалы конференции XI-го Международного форума «Высокие технологии XXI века», 21 апреля 2010. М.: МГТУ им. Н.Э.Баумана, 2010. С. 241—245.

В первую очередь надо лечить главную болезнь России — *бессубъектность*[1]. Эта болезнь поразила в той или иной степени всех основных участников модернизационного процесса (государство, общественные и политические сообщества, социальные институты). Главные ее симптомы: блокировка рефлексии; неспособность адекватно воспринять и оценить сложившуюся ситуацию, подняться над нею, самоопределиться и самоидентифицироваться; отсутствие смелых, хорошо обдуманных «прорывных» идей и готовности, умело взаимодействуя с другими субъектами, их реализовать. Указанные симптомы «грубо и зримо» проглядывают в образе мышления и действий всех основных субъектов современной России, в том числе и власти, что достаточно точно фиксируется аналитиками.

Следует учесть, что важнейший аспект социогуманитарных технологий седьмого уклада будет связан также с необходимостью обезопасить человечество от потенциальных угроз асоциального бесконтрольного использования технологий шестого уклада. Такого рода угрозы сегодня явно недооцениваются человечеством.

Важно отметить принципиальные различия в назначении социогуманитарных технологий седьмого уклада и когнитивных технологий шестого уклада. Когнитивные технологии ориентированы на обеспечение «внутренних задач» шестого уклада, в первую очередь обеспечение познавательной деятельности. При этом можно утверждать, что эти задачи вполне перекрываются задачами эргономики, при соответствующем ее развитии с учетом специфики новых видов деятельности. Социогуманитарные технологии седьмого уклада ориентированы на решение «внешних задач» по отношению ко всем технологическим укладам, в том числе и шестому укладу. Эти задачи принципиально новые как по масштабам, так и по требуемому методологическому и методическому обеспечению. Философия должна стать базовой областью знания для формирования социогуманитарных технологий седьмого уклада.

С учетом сложившейся в стране ситуации наиболее актуальна разработка социогуманитарных технологий по следующим направлениям:

- Разработка методологии и социогуманитарных технологий формирования и консолидации российской инновационной элиты, а также концептуальных основ политической системы адекватной инновационному развитию страны.

---

[1] Лепский В.Е. Становление стратегических субъектов: постановка проблемы // Рефлексивные процессы и управление. Том2, №1, 2002. С.5-23. http://www.reflexion.ru/Library/Lepsky_2002_1.htm
Лепский В.Е. Субъектно-ориентированный подход к инновационному развитию. М. : Изд-во «Когито-Центр», Гриф ИФ РАН, 2009. 208 с. http://www.reflexion.ru/Library/Lepsky2009s.pdf

- Разработка методологии и мировоззренческих оснований для формирования «проектной идентичности» российского общества адекватной инновационному развитию страны.
- Создание методологии и механизмов «сборки» субъектов инновационного развития (от общества в целом, до отдельных элементов инновационной системы как целостных субъектов развития).
- Разработка моделей активных сред инновационного развития, ориентированных на множественные распределенные источники инноваций (нелинейная модель инноваций).
- Постановка и разработка проблемы «Альтернативная глобализация» как источник потенциального локомотива инновационного развития России (среды высокотехнологичных квазиавтономных социальных образований).
- Разработка методологии и технологий переориентации национальной безопасности с доминирующей «окопной логики» защиты от угроз, к логике обеспечения способности субъектов к развитию в динамично изменяющемся окружающем мире.
- Разработка философии высоких технологий — конвергенции гуманитарного и естественнонаучного знания.
- Разработка проблемы самоорганизации в VI технологическом укладе.
- Разработка методологии и механизмов регулирования глобальных рисков инновационного развития.
- Разработка методологии и методов социогуманитарной экспертизы инновационных проектов и технологий.
- Разработка методологии и механизмов организации пространства знаний инновационного развития и навигации в нем.

Именно в России существует возможности разработки и использования социогуманитарных технологий инновационного развития в связи с тем, что общество устало от революционных переворотов, но одновременно присутствует общая неудовлетворенность существующими социальными институтами и проектами. Страна живет в период реформирования, но, невзирая на повсеместную усталость от этого реформирования и критику уже реализованных реформ, общество с одобрением относится к предложениям и проектам социальных реорганизаций и трансформаций. Общество готово к внедрению новых социогуманитарных технологий, способных улучшить ситуацию в стране, и крепнет понимание того, что существующие тупики экономического развития возникли именно из-за пренебрежения или неумения воспитания субъектов реформирования, из-за полного отсутствия учета человеческого фактора.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ВИРТУАЛИСТИКА. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ[1]

М.А.Пронин

Введение

Доказательная медицина уже стала общим местом в науке и практике. Пора в том же ключе начать говорить и в психологии, и о самой психологии.

Дело в том, что создан инструмент объективной психологии — эгоскоп (www.egoscop.ru), — в котором сегодня реализованы передовые идеи, рожденные в недрах советского военно-промышленного комплекса. Подходы и принципы, что положены в основу эгоскопии — просто революционны. Иными словами, мировоззренческие установки разработчиков отличаются от общепринятых так же, как различаются представления Птолемея и Коперника, как соотносятся взгляды классической и квантовой механики.

Новая система взглядов на природу внутреннего мира (пространства) человека, как бы его ни называли — психологическим, антропологическим, духовным, субъектным, человеческим и т.п., — названа *виртуалистикой*. Последняя, как и все вышеприведенные примеры альтернативных представлений о мире и человеке, если не исключает, то не отрицает иные взгляды на онтологию внутреннего пространства человека. Виртуалистика как парадигматический подход исходит из конструктивистского подхода к пониманию, к построению реальности, полагая что подходы (парадигмы, конструкты) описания внешнего мира и внутреннего мира (пространства) человека кардинально отличны.

Отечественная исследовательская группа «Виртуалистика» Института философии РАН (до 2004 года — Центр виртуалистики Института человека РАН) до сих пор сохранят мировые приоритеты в данных разработках.

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности»*.

Проблемы психологии и новая парадигма сборки гуманитарного знания

Человек в своих жизненных проявлениях, как бы это банально не звучало, до сих пор остается гораздо шире любой психологической концепции в отдельности или их целого конгломерата.

Во-первых, потому как проблема комплексных, междисциплинарных исследований человека и интеграции наших знаний о нем в антропологии, в психологии, в медицине, да и в гуманитарном и естественнонаучном знании если говорить в целом, на парадигматическом и методологическом уровнях до сих пор не решена. Не решена в рамках общепринятых превалирующих взглядов, подходов и методов.

Вторая причина связана с тем, что психология должна опираться на биологию человека (в узком смысле на его физиологию), что требует привлечения в психологию естественнонаучного, в узком смысле медицинского, — знания. Общеизвестно, что идея эта не новая — принадлежит она Ивану Михайловичу Сеченову.

Гуманитарное пространство, к которому традиционно относится психология, принадлежит «епархии» Российской академии наук, а медицина — к Российской академии медицинских наук. Организационная дезинтеграция в советском прошлом нивелировалась прежде всего в рамках крупных комплексных народно-хозяйственных задач, таких как покорение космоса, освоение Крайнего Севера, разработок новых видов вооружений и т.п. В сегодняшней России конкретного прагматического субстрата — конкретных проектов и программ, требующих нового взгляда на мир и на человека, требующих новых знаний для своей реализации — нет. Зародившиеся же в последнее время прецеденты носят частный, узкий и далеко не инновационный характер, так как либо «догоняют» западную мысль, либо реализуют еще советские наработки.

Третье. Вся психология, опираясь на физиологию как на основание, «упирается в крышу» — в этику, в ценности человека. А этика — это раздел философии...

Четвертое. Человек сын языка. Без понимания природы второй сигнальной системы общее решение проблем психологии не возможно. Природа языка — фундаментальная проблема. Кроме того, верно и «обратное» — человек дом языка: как устроено предъязыковое, внеязыковое пространство (сознания?) человека. Слово, речь и язык должны быть измеримы как физиологически, так и психологически, так и этически.

Таким образом, фундаментальные проблемы психологии психологическими методами решены быть не могут. (Хотя математикам это и априори очевидно — смотри теорему Курта Геделя о неполноте, согласно которой нельзя описать систему языком системы.).

Так возникает пятый, но отнюдь не последний, «самый простой момент»: при исследовании (обследовании) человека «точку сечения

ортогональных проекций всех вышеперечисленных пространств», — необходимо измерять в реальном режиме времени...

Только при такой постановке метрической задачи можно говорить об объективной психологии. В случае других типов измерений — лишь об объективизации, об измерении «следа» порожденного объекта внутреннего пространства человека в той или иной проекции: физиологической, языковой, семантической и пр., но проекции.

Общеизвестен тезис — «что внутри, то и снаружи». Исходя из представленной выше «конфигурации проблемного пространства психологии» вытекает необходимость рассматривать внутреннее пространство психологического знания топологически. На языке метафоры — скульптурно. Скульптура академического гуманитарного знания должна быть изменена на всех уровнях: мировоззренческом, философском, методологическом и возможно даже организационном.

В качестве прецедента междисциплинарной интеграции и парадигматической сборки гуманитарного знания можно рассмотреть виртуалистику.

Виртуалистика в силу своих конструктивных мировоззренческих, философских и методологических особенностей, подтвержденных экспериментально и инструментально (речь здесь может идти об экспериментальной философии), позволила сделать прорыв в решении целого ряда проблем практической психологии, медицины и управления.

Вашему вниманию предлагается одна из самых «простых» разработок, полученных в рамках виртуального подхода, — эгоскопия. Простых в силу того, что она доведена до аппаратно-программного комплекса, что облегчает понимание и освоение новых принципов, идей, концепций и технологий.

Заключение

Доказательная психология невозможна без верификации самим человеком, которого «измеряют» или обследуют, без мнения того, кому помогают или оказывают помощь. Данное утверждение следует понимать буквально. Этот человек должен получить ответы на все вопросы: и на заданные им, и на те, что он даже задать не может. Но у него должно возникать ощущение правды во всех ответах, основанное на его личных переживаниях, чувствах и мыслях о самом себе или волнующей его ситуации. «Доказательства» должны быть таковы, что не признать их объективность было бы невозможно.

Полагаю, что сверхзадача доказательной психологии и главная проблема ее становления сформулированы. Виртуалистика же предлагает целый ряд решений.

МЕТОД УЛЛАДА И ЭКОНОМИКА СУДЬБЫ[1]

Г.П.Юрьев

Экономика давно и свободно оперирует биологическими и этическими понятиями для описания своих действий и достижений. Например, метафоры о больной и здоровой экономике используются широко и воспринимаются адекватно смыслам о здоровом или больном организме. В экономике судьбы человека переплетаются и здоровье, и профессиональные качества, и коммуникативные навыки социально активной личности. Но то, что совершенно естественно присутствует в каждом из нас разобщено на образовательном уровне. Это искусственно дезинтегрирует внутренний мир индивидуума и формирует условия для развития многочисленных проблем и фрустраций. Логично предположить, что можно и следует создавать образовательные программы, одинаково полезные для достижения индивидуальных экономических и валеологических задач. Технология УллаДа, которую автор статьи создал и продолжает развивать в парадигме виртуалистики и практической биоэтики, является одним из таких способов[2]. Напомню ключевые основания метода, исходящие из эмпирически понятных правил того, что социально вовлеченный человек действует в пространстве двух ортогональных логик и в парадигме четырех биоэтических суждений.

Интуитивный разум живет по принципам иррациональной (нелинейной) логики и соответствует подсознанию — это Улла. Рассудочный ум проявляет себя в альтернативной (линейной) логике «или да — или нет», это Да. Интегральная метафора: Улла — это иррациональная мантра, Да — это рациональное утверждение, а вместе они формируют и развивают интеллект своего носителя.

Одно из удивительных свойств социальной реальности заключается в том, что все многообразие коммуникативной жизни и деятельности человека укладывается в четыре интуитивно-рационально-этических суждения: «хорошо о хорошем» и «плохо о плохом», «плохо о хорошем» и «хорошо о плохом». Первая пара относится к биоэтической норме, вторая пара — это биоэтические ошибки и мутации. Структура этих четырех суждений в настоящее время доступна регистрации и верификации с помощью эгоскопии и цветографии.

В классической логике единственный способ оценки сказанного производится только по истинностному значению модуса утверждения:

---

[1] Статья подготовлена в рамках проекта РФФИ № 09-06-00234-а *«Психофизиологическая парадигма биоэтических предпочтений личности при выборе жизнеформирующей ролевой деятельности»*.

[2] Юрьев Г.П. Метод УллаДа: виртуальный синтез ума-разума // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации: Сборник материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. М.: Изд-во «Принтберри». 2009. С. 250—254.

оно или «истинно», или «ложно». Стандартные психологические вопросники, например, шкала семантического дифференциала, следуют этой же пусть даже шкалированной парадигме суждений. Предметом специального изучения суждения фактически становятся только в модальной нелинейной логике, а применительно к теме данной статьи — при анализе эгоскопических и цветографических результатов.

Высказывания классической логики перекликаются с сутью бинарной этики. Бинарные суждения — это парные понятия, которые характеризуют не только крайние степени проявления того или иного морального качества, но и другие особенности морали. Например: добро — зло, альтруизм — эгоизм, любовь — ненависть, возвышенное — низменное, одобрение — осуждение, поощрение — наказание, смелость — трусость, мотовство — скупость и другие полярные этические понятия.

Традиционная этика в качестве учения о должном практически всегда выступала как утверждение той или иной конкретной моральной системы в интерпретациях полярных понятий практической философии жизни. В постнеклассической культуре произошел отказ от идеи бинарных оппозиций в пользу идей многозначности этических векторов и «веера возможностей» развития, в силу чего в ментальном пространстве постмодерна произошел принципиальный отказ от дуализма или дихотомии, даже в примитивной форме «добра и зла».

Эмпирически понятно, что действительный «жизненный мир» человека составляют, прежде всего, отношения типа «я и другие люди». Поэтому всякая, в том числе и когнитивно-эмоциональная деятельность индивидуума всегда происходит в рамках конкретных социальных и культурных образований с постоянной «оглядкой» на мнения и реакции окружающих людей. Идеалы же рациональности, ориентированной на абстрактно-логические критерии истины «или — или» предполагает полное игнорирование всех коммуникационных отношений. Современная философия признает невозможность постижения человеческого бытия и общения исключительно средствами такого «идеального» логического противопоставления и стремится преодолеть монологизм классической традиции, обращаясь, прежде всего, к сфере межличностных коммуникаций. Это совершенно иная концепция. Вместо безличной логико-методологической процедуры установления истины, безразличной к индивидуальным особенностям человека, новая парадигма предполагает обращение к личностно модулированным структурам сознания и общения, т.е. именно к тому, что отличает одного человека от другого.

Но, принимая новые условия оценки отношений между «я» и «другие», следует задаться естественным вопросом и о новом типе операциональной (методологической) рациональности, т.е. об инструментальном измерении индивидуальной логики суждений. На основании изучения доступной литературы автор уверенно констатирует, что до появления метода синхронной пиктополиграфической

диагностики и введения в аналитическую процедуру эгоскопии и цветографии четырехмерной логики биоэтических суждений сфера практического применения полиполярной логики была ограничена чисто рассудочными описаниями и предположениями типа «может быть так, но может быть и наоборот».

Эгоскопия и цветография со своей нелинейной логикой анализа полученных данных перешли из сферы предположений в локусы утверждений.

Система синхронной регистрации параметров полимодальных и биполярных психофизиологических и рационально-этических координат в методе эгоскопии и цветографии позволила создать технологию оценки результатов тестирования в парадигме квадраэтической логики суждений. Это и есть самое главное и новое в технологии измерения внутреннего мира человека: этическое синхронизируется с психофизиологическим.

Квадраэтика — четырехмерная этика (лат. quadrans — четверть + ethica этика) — это нелинейная этика выявления истинности — ложности высказывания как варианта одного из четырех возможных интуитивно-рационально-этических суждений по конкретной теме пиктологического исследования с помощью цветографии и/или эгоскопии. Ценность любого конкретного суждения — его экспрессивная выраженность, достоверность и вектор — определяется в локусе ортогонального синхронного взаимодействия двух бинарных полимодальных суждений: рационально-этической оценки и интуитивно-этической реакции. Каждое суждение — это определенная либо конструктивная, либо негативная стратегия индивидуального жизненного поведения, которая обладает своей величиной и полярностью, о чем полезно знать как для управления личной жизнью или судьбой, так и для эффективного развития любой бизнес-деятельности.

Квадраэтика — это полиполярная интуитивно-рациональная этика философии жизни в парадигме четырех логических суждений рационального об иррациональном: «[+|+] хорошо о хорошем», «[+|–] хорошо о плохом», «[–|+] плохо о хорошем» и «[–|–] плохо о плохом». Каждое этическое суждение имеет свое психофизиологическое обеспечение от нейтральной индифферентности до максимального аффекта. Два полярных конечных суждения относятся к естественно порожденной норме, два центральных — к социально приобретенным биоэтическим ошибкам и мутациям. Понятие «квадраэтика» в научно-практический оборот ввел Г.П.Юрьев. О других новых понятиях — практической биоэтике третьего смысла и биоэтических мутациях сообщалось ранее[1].

[1] Юрьев Г.П. Практическая биоэтика третьего смысла: диагностика гуманитарных рисков и самодостаточности субличностей с помощью эгоскопии // Известия ЮФУ. Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2009. № 9 (98) ; Юрьев Г.П. Биоэтические мутации в структуре III сигнальной системы // Рабочие тетради по биоэтике. Выпуск 9. М.: Изд-во Моск. Гуманит. ун-та, 2009.

Доказательная медицина уже стала общим местом в науке и практике. Новые методы объективной пиктологической диагностики бессознательного (цветография и эгоскопия) позволяют утверждать о появлении доказательной психологии. Например, каждый ответ испытуемого является одним из тридцати двух возможных вариантов этических суждений. В логике этого свойства достоверность эгоскопической диагностики антиподных суждений с привычной для классической психологии «50% на 50%» автоматически возрастает до принятых в науке критериев: «95,8% к 4,2%». Так, формула искренне подтверждающего ответа о негативном опыте соответствует суждению: «достоверно «плохо о плохом», а все другие варианты эгоскопических решений являются неискренними по своей сути. В эгоскопии впервые в мире предметом косвенного измерения и сравнения стала этическая компонента испытуемых, а известный этический принцип «доверяй, но проверяй» приобрел надежное эгоскопическое сопровождение: «доверяй и измеряй».

Метод УллаДа применительно к экономике судьбы включает в себя несколько программ, объединенных единым и хорошо известным алгоритмом: Знание — Понимание — Умение. Обучение начинается с первичного соприкосновения с диагностикой. Затем включаются элементы первичного понимания — диагностики **экономичности** (+) или **избыточности** (—) действий с помощью самооценки. Для этого испытуемым предлагается вникнуть в сущность утверждений и определить свое отношение к ним: согласие (+) или несогласие (—). Привожу текст для самооценки.

1. Я не могу отвечать за все то, что происходит вокруг меня, например: за погоду, за страну, за поведение других и т.д.

2. Я отвечаю за то, как я сам на это реагирую.

3. Иногда я реагирую адекватно ситуации — экономно, а иногда реагирую избыточно.

4. Если я реагирую избыточно, то затем страдаю душой и телом. От этого появляются проблемы в семье и на работе; нервозность, бессонница, усталость. За этим следуют болезни внутренних органов, мышц, суставов и позвоночника.

5. Тогда появляется стандартный вопрос: Что мне делать?

6. Первый вариант ответа соответствует метафоре: пусть все катится само собой.

7. Второй вариант соответствует традиционным в нашей культуре маршрутам

для **тела**: врач — аптека — таблетка — больница... и

для **души**: церковь — батюшка — алтарь — молитва... и?

8. Но действие таблетки и молитвы кончается, а способ или модель избыточного реагирования сохраняется.

9. Общеизвестно, что таблеток и молитв от таких проблем нет, и никогда не будет.

10. Есть третий путь, малоизвестный в нашей культуре — путь адекватного самопознания ума-разума и правильного саморазвития души и тела.

11. Когда я научусь правильно познавать и развивать себя, то я буду правильно управлять собой в разных ситуациях. Это экономный путь к успеху и здоровью.

12. Правильному самопознанию и саморазвитию надо учиться так же, как есть ложкой, вилкой, читать, писать и т.д.

13. В нашей культуре учат профессиональным делам, социальному поведению, учат познавать других и руководить другими, но редко кто учит правильно познавать себя, помогать себе и руководить собой.

14. Я хочу получить новый опыт правильного самопознания, саморазвития и экономного управления своей судьбой.

Резюме: если на все утверждения вы ответили «Да», то у вас правильная мотивация чтобы следовать дальше. Если по каким-то пунктам у вас возникли естественные сомнения, то разрешите себе попробовать правильный вариант их разрешения — следуйте дальше по методу УллаДа.

Элементы первичного умения: а) распознавание биоэтической нормы, ошибок и мутаций; б) исправление биоэтических ошибок и мутаций; в) составление правильного сценария своего будущего; г) профилактика избыточного реагирования на жизненные проблемы.

Последний пункт — профилактика неэкономного, избыточного реагирования — является ключевым. Человек, получивший дополнительное теоретическое и практическое образование по методу УллаДа приобретает постоянно действующий эффективный инструмент для достижения индивидуальных экономических и валеологических задач.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕВИАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ ВРАЧА

А.Д.Доника

Профессиональное становление представляет динамический процесс, обусловленный не только сменой стадий профессионализации и развитием компетенций, но и возможностью развития деструктивных изменений личности, эксплицированных рядом исследователей как *профессиональные деформации.* Развитие профессиональных деформаций определяется многими факторами: разнонаправленными онтогенетическими изменениями, возрастной динамикой, содержанием профессии, социальной средой, жизненно важными событиями и случайными моментами. К основным социолого-психологическим детерминантам профессиональных деструкций личности современные исследовате-

ли относят стереотипы профессиональной деятельности, механизмы психологической защиты, стагнации профессионального развития, психофизиологические изменения, пределы профессионального развития и акцентуации характера. По представлению Э.Ф.Зеера каждая профессия имеет свой ансамбль деформаций[1]. Так, многочисленные исследования профессионального становления педагогов позволили выявить следующие деформации: авторитарность, педагогический догматизм, индифферентность, консерватизм, ролевой экспансионизм, социальное лицемерие, поведенческий трансфер.

Комплексное исследование врачей на модельных группах терапевтов, хирургов, врачей нелечебного профиля и врачей-руководителей с использованием количественных (анкетирование, опрос, контент-анализ) и качественных (включенное наблюдение, кейс стади) социологических методов, а также методик психологического тестирования и социальной диагностики позволило нам эксплицировать ряд профессиональных деформаций для рассматриваемого профессионального поля:

1. Отмеченное среди терапевтов преобладание в дихотомии «коммуникативные-организаторские качества» организаторских качеств, на фоне невысокого уровня коммуникативных качеств, можно интерпретировать как **доминантность**, выражающуюся в частичном удовлетворении потребности в аффилиации (власти), самоутверждении за счет других. Специфичность врачебной деятельности, требующая от профессионала специальных знаний и умений, может рассматриваться в качестве объективного условия для развития этой деформации. Профессионализму по своей сути присуща иерархия компетенций (Т.Парсонс) в отношениях эксперт-клиент, определяющая превосходство профессионала (эксперта) над реципиентом профессиональных услуг.

2. Выявленный низкий уровень коммуникативного контроля среди врачей всех модельных групп позволяет эксплицировать **авторитарность**, проявляемую в нетерпимости к критике, снижении рефлексии, излишней прямолинейности, проявлении высокомерия. Особенно выражена эта деформация в модельных группах хирургов и врачей нелечебного профиля, в которых распространены низкие показатели коммуникативной техники «выслушать собеседника». На наш взгляд, предпосылками для развития авторитарности является также патерналистская модель взаимодействия врача и пациента. Превосходство врача особенно характерно для деятельности хирурга, когда не только здоровье, но и жизнь пациента может реально зависеть от квалификации врача.

3. Рассмотренные деформации во многом обусловлены выявленными эмоциональными проблемами в общении, такими как негибкость, неадекватное проявление эмоций, неумение управлять эмоциями (особенно выраженными в модельной группе врачей не-

[1] Зеер Э.Ф.Психология профессий: Учебное пособие для студентов вузов. 4-е изд., перераб., доп. М.: Академический Проект; Фонд «Мир». С.239—248.

лечебного профиля, у которых отмечены коммуникативные помехи 3 уровня). Нарушение техники общения на фоне эмоциональных проблем мы условно назвали **коммуникативный комплекс**.

4. Отмеченные среди врачей модельных групп в качестве коммуникативных помех такие, как нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе, эмоциональная и личностная отстраненность (симптомы синдрома эмоционального выгорания), эгоистические социальные ориентации обуславливают **профессиональную индифферентность**.

5. **Профессиональный догматизм**, выражаемый в завышенной самооценке и самоуверенности, обнаруживается в низком уровне рефлексии, особенно по отношению к блоку социально-значимых ПЗК, неоднозначном отношении врачей к здоровому образу жизни.

6. В модельных группах врачей терапевтического и нелечебного профилей отмечен низкий уровень риск-рефлексии, интерпретируемый как ориентированность личности на заданность поведения и стереотипы, позволяющих в качестве профессиональной деформации выделить **консерватизм**.

7. Отмеченная среди врачей социальная ориентация на эгоизм (особенно распространенная среди врачей нелечебного профиля, 31,5%), а также такие симптомы СПВ, как редукция профессиональных обязанностей и эмоционально-нравственная дезориентация, обуславливают утрату эмпатии, психологическую безучастность врача, профессиональные действия которого, социально экспектируемые как проявление заботы о пациенте (сбор анамнеза, жалобы), трансформируются в **социальное лицемерие**.

8. Регистрируемый в модельной группе руководителей низкий уровень коммуникативного контроля, социально-психологическая ориентация на эгоизм, позволяют предположить в качестве профессиональной деформации **ролевой экспансионизм**, который проявляется в жестком ролевом поведении, нежелании понять другого человека, безапелляционных суждениях.

Согласно современным представлениям, рассмотренные деформации могут быть представлены группами:

1. *Общепрофессиональные*: авторитарность, коммуникативный комплекс, профессиональная индифферентность, профессиональный догматизм, социальное лицемерие.

2. *Специальные*: доминантность и консерватизм — для терапевтов, ролевой экспансионизм — для врачей-руководителей.

Эксплицированные профессиональные деформации обуславливают неэффективность в ряде случае социального взаимодействия в системе врач-пациент, поскольку, как показывают, результаты социологических исследований, для России характерна патерналистская модель врачебной профессии, предусматривающая высокий уровень эмпатийности

врача, как социального актора. Как показывает практический опыт, в частности, анализируемый на страницах журнала «Биоэтика», проблемы рассматриваемого социального взаимодействия порой выходят за пределы морального поля и характеризуются юридическими категориями. Мы считаем выявленную в настоящем исследовании значительную распространенность среди врачей девиаций профессиональной роли еще одним аргументом практической значимости деятельности этических комитетов. Проведенный социологический опрос россиян показал, что наблюдается рост авторитета этических комитетов среди пациентов как социальных акторов, считающих, что работа этических комитетов может помочь обеспечить защиту интересов пациентов (22,45% ответили «да» и 25,36% — «скорее да», против 14,3%, ответивших «нет» и 22,87% — «скорее нет»)[1].

ПРОБЛЕМА КЛАССИФИКАЦИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ

И.В.Лысак

Одной из существенных проблем психиатрии, философской антропологии и философии науки является проблема классификации личностных нарушений или деструктивных (от лат. *destructio* — нарушение, разрушение) изменений личности. Среди ученых, занимающихся изучением различных личностных патологий, нет терминологического единства, не разработана и общепринятая классификация личностных нарушений. Начиная с XIX в. в науке традиционно используются такие термины, как «деперсонализация», «дереализация», «деиндивидуализация», «дегенерация» личности. Термин «деструкция» применительно к личностным патологиям стал использоваться лишь в последние годы[2]. В настоящей работе предлагается рассматривать деструктивные изменения личности в качестве одного из видов деструктивной деятельности человека, то есть специфической формы активного отношения субъекта к миру, основным содержанием которой является разрушение существующих объектов и систем. В зависимости от социокультурных и психических факторов, а также от особенностей нервной системы, деструктивность может быть направлена человеком вовне или обращена на самого себя. К аутодеструкции (от греч. *autos* — сам) следует отнести суицид — умышленное физическое уничтожение человеком самого себя и саморазрушение личности.

[1] http://www.medlinks.ru/pollBooth.php?op=results&pollID=29&mode=&order=&thold=

[2] См., напр.: Бухановский А.О. и др. Общая психопатология. Ростов-на-Дону, 2000. С. 228.

Обобщая и дополняя теоретические положения, разработанные учеными, занимающимися изучением различных личностных патологий (З.Фрейд, Ч.Кули, А.А.Меграбян, М.О.Гуревич, Р.Я.Голант, Ю.Л.Нуллер, В.В.Столин, Б.В.Зейгарник, А.О.Бухановский и др.), автор приходит к выводу, что деструктивные изменения личности — это патологический процесс разрушения структуры личности или отдельных ее элементов. Деструктивные изменения личности могут носить как обратимый, так и необратимый характер, быть как следствием аутодеструктивной деятельности человека, так и явиться результатом целенаправленного внешнего воздействия, каковому подвергаются, например, адепты деструктивных религиозных сект.

Автором предпринята следующая попытка классификации форм деструктивных изменений личности:

I. Частичная деструкция структуры личности:

1. Патологическая деформация личностных потребностей и мотивов. Отмечается хроническая фрустрация базовых потребностей: в безопасности, в защищенности, в принадлежности к социальной группе, в привязанности, внимании и любви со стороны окружающих; меняется содержание потребностей и мотивов, их структура. Например, при алкоголизме смыслообразующим мотивом поведения становится именно потребность в алкоголе, все остальные потребности отходят на задний план.

2. Деструктивные изменения характера и темперамента. В данном случае замедляется темп психических реакций, падает или возрастает эмоциональная возбудимость, усиливается интроверсия, затрудняется коммуникация, нарастает ригидность, человеку трудно переключиться на что-то новое, приспособиться к социальным условиям, он сопротивляется любым изменениям. В результате деструктивных изменений нарушается внутренняя слаженность личности, гармония психических свойств, человек начинает неадекватно реагировать на внешние факторы, отмечаются выраженная неустойчивость, ранимость, возбудимость личности и бурное проявление аффектов.

3. Нарушение волевой регуляции поведения. При этом личность полностью или частично утрачивает внутренний самоконтроль, способность к самодетерминации и саморегуляции деятельности, оказывается неспособной управлять своим поведением.

4. Нарастание аутизма — патологии личности, главным проявлением которой является отсутствие или угасание (различной степени выраженности) потребности в общении. Человек утрачивает потребность в общении, как вербальном, так и невербальном. Патологически повышенную значимость для индивида приобретает его внутренняя жизнь.

5. Формирование неадекватной самооценки и нарушение межличностных отношений. Индивид утрачивает способность адекватно оценивать себя, не стремится к самоутверждению и проявлению

способности быть личностью. Утрачивается и способность адекватно оценивать других. Признаки аутизации и обеднения эмоциональной сферы достигают значительной выраженности, человек уходит от реальности в мир собственных переживаний, у него развиваются черствость, эгоистичность, эмоциональная холодность, нередко — жестокость.

II. Глубокие деструктивные изменения личности, при которой на первый план выступает деменция — значительное интеллектуальное снижение.

1. Амнестическое расстройство — поражение предпосылок интеллекта, в первую очередь памяти. Наблюдаются сниженная работоспособность, повышенные утомляемость, истощаемость и отвлекаемость внимания.

2. Тотальное слабоумие — грубые нарушения высших и дифференцированных интеллектуальных функций: осмысления, адекватного оперирования понятиями, способности к правильным суждениям и умозаключениям, обобщению, классификации и т.д., мышление становится непродуктивным.

3. Психический маразм — наиболее тяжелый вид негативных личностных расстройств. Он отличается полным распадом психической деятельности, утратой возможности контакта с окружающими, полным исчезновением интересов и побуждений к деятельности.

К основным способам аутодеструкции следует отнести злоупотребление психоактивными веществами (наркотиками, алкоголем) и патологическую нехимическую зависимость: интернет-аддикцию, гэмблинг (патологическую страсть к азартным играм). К основным психоактивным веществам, оказывающим деструктивное воздействие на личность, относятся алкоголь и наркотики. Наркомания и алкоголизм ведут к психической, интеллектуальной, физической и нравственной деградации личности. Средняя продолжительность жизни наркомана не превышает 35 лет. По данным специалистов (Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок, Р.Карсон, Дж.Батчер, С.Минека), психоактивные вещества могут вызывать такие деструктивные личностные изменения, как делирий, деменция, амнестический синдром. В процессе злоупотребления психоактивными веществами изменяются основные ценности, потребности, мотивации, личностные взаимоотношения, мышление. Причем при прекращении их употребления полного восстановления интеллектуальных функций личности не происходит.

Деструктивные изменения личности может вызвать и патологическая нехимическая зависимость, в том числе зависимость от Интернета и страсть к азартным играм — гэмблинг. Чаще всего отмечается патологическая деформация потребностей и мотивов, смыслообразующим мотивом становится именно потребность работы в Интернете или в игре, все остальные отходят на задний план; нарушается волевая регуляция поведения; претерпевают деструктивные

изменения характер и темперамент, в частности усиливается интроверсия, затрудняется коммуникация, человек начинает неадекватно реагировать на внешние факторы; нарастает аутизм. Следствием нехимической зависимости может стать десоциализация личности, выступающая в форме пренебрежения обществом себе подобных. Следует отметить, что сама проблема интернет-зависимости и гэмблинга находится в стадии разработки, а происходящие в результате данного вида аддикции изменения, как правило, обратимы, хотя в отдельных случаях человек нуждается в помощи специалистов.

ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ[1]

Е.В.Петрова

Термин «виртуальный» прочно вошел в нашу культуру. По определению словаря: «виртуальный — значит пребывающий в скрытом состоянии и могущий проявиться, случиться, возможный». Если же говорить о компьютерной виртуальной реальности, то в этом случае сознание погружается в некий выдуманный, сконструированный компьютером возможный мир, в котором оно может видеть, двигаться, слышать и осязать — виртуально. Компьютерные средства дали возможность технически сконструировать интерактивную среду порождения и оперирования объектами, подобными реальным или воображаемым. Объекты представляют собой графические трехмерные изображения, способные создавать иллюзию самостоятельного движения и воздействия. С помощью специального компьютерного оборудования (специальный шлем, костюм, очки и т.д.) создается эффект присутствия человека в этой среде (виртуальной реальности), а также возникает чувство единения с компьютером.

Виртуальная реальность будит воображение, дает возможность преодолеть экзистенциальную ограниченность реальности, аннулировать свою заброшенность, выйти за пределы времени. Операции с виртуальными объектами идентичны операциям в реальном мире, но компьютерная реальность полностью подвластна человеку, это дает ему почувствовать свои творческие способности, даже, в некотором роде, «сверхспособности».

Но наша нервная система не всегда в состоянии отличить подлинную реальную ситуацию от воображаемой. Поэтому для невротиков зачастую виртуальная реальность компьютера — это замена настоя-

[1] Работа выполнена при поддержке Совета по грантам Президента РФ для поддержки молодых российских ученых (грант № МК-4543.2010.6).

щей реальности на новую реальность, которая лучше настоящей. Она позволяет развиваться субъективно приятным эмоциональным состояниям, искусственно меняя «настроение духа». По целому ряду причин (мода, доступность, заинтересованность) виртуальная аддикция (зависимость) распространяется в основном среди детей и подростков. Если взрослый человек сталкивается с виртуальной реальностью, будучи уже зрелой, сформировавшейся личностью, то с подрастающим поколением дело обстоит по-другому. Ребенок и подросток сегодня существует в другом мире, нежели тот, в котором выросли его родители. Собственно, его формирование как личности происходит в неразрывной связи с формированием самого информационного общества. Вместе с исследователями этой проблематики К.Керделлан и Г.Грезийон хочется задать вопрос: «что может быть в голове у этого поколения детей процессора, которые с колыбели только и знают, что видеоигры, компьютер, Интернет и SMS?»[1].

Сам термин «виртуальная реальность» был предложен в Массачусетском Технологическом Институте в конце 1970-х годов, чтобы выразить идею присутствия человека в мире, созданном компьютером. В России впервые это понятие было упомянуто в 1984 г. О.И.Генисаретским и Н.А.Носовым. Виртуальная реальность рассматривается как один из видов реальности. Пользователь начинает относиться к компьютеру, как к живому существу или же начинает отождествлять себя с компьютером. Постепенно стирается грань между живым и неживым, между личностью и компьютером, материальным и духовным, между реальностью компьютера и истинной реальностью. Компьютер становится фетишем, составной частью того или иного ритуала, заменяя собой наркотик, азартные игры и коллекционирование одновременно. Пользователь компьютера, склонный к аддикции, при использовании его находится в измененном состоянии сознания — психологическом трансе. Застывший взгляд, уставившийся на экран монитора, замедленная реакция (или ее отсутствие) на внешние раздражители — вот характерный вид некоторых пользователей, склонных к аддиктивному поведению. Реальность, как осмысленная часть мира, преломляется через особое состояние сознания.

На основании наблюдения и изучения пациентов можно выделить зависимость от виртуальной реальности персонального компьютера «изолированного» (связанную чаще всего с компьютерными играми) — «виртуальную аддикцию»[2], и зависимость от сетей Интернет — «Интернет — зависимость». Если психическая зависимость перейдет в психическую болезнь, можно будет говорить о «виртуальной

---

[1] Керделлан К, Грезийон Г. Дети процессора: как Интернет и видеоигры формируют завтрашних взрослых. Екатеринбург : У-Фактория, 2006. С. 9.

[2] Галкин К.Ю. Зависимость от виртуальной реальности компьютера – новый вид зависимого поведения. URL : http: // www.psyinst.ru /library.php?part=article&id=1564

мании». Есть мнения, что в наиболее технологическом своем воплощении виртуальную реальность можно сравнить с сильнодействующим наркотиком, поскольку конечным объектом воздействия этой системы является мозг человека. Неспособный адаптироваться и жить в реальном мире невротик уходит в мир компьютерной реальности. К социальным факторам способствующим развитию виртуальной аддикции прежде всего относится общественное одобрение. Как сказала мать одного из аддиктов: «Лучше компьютер, чем наркотики».

К психологическим факторам, способствующим развитию виртуальной аддикции следует отнести также привлекательность переживаний, выработку гедонистической установки (получение удовольствия любой ценой), реакции имитации, компенсации, группирования (например, при посещении чатов Интернета), хобби — реакция. Особенно следует отметить информативно-коммуникативное хобби — «жажда постоянного получения новой легкой информации, не требующей никакой критической интеллектуальной обработки, а также потребность во множестве поверхностных контактов, позволяющих этой информацией обмениваться»[1]. Аддиктивное поведение у виртуально-зависимых становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постоянного ухода от реальной действительности в состояние измененного сознания. Возникла и крепнет с каждым годом субкультура компьютерных пользователей со своим языком (жаргоном), непонятным для непосвященных, со своими ритуалами, символами, юмором и пр. Отношения с компьютером у аддиктов становятся все более интимными, эмоциональными, создавая иллюзию стабильности и комфорта, являясь на самом деле патологическим стереотипом. С течением времени нарастает диссоциация — суживается круг интересов, падает учебная и производственная работоспособность, в еще большей степени нарастают трудности коммуникации (реальной, а не виртуальной). Потребность в занятиях на компьютере или игровых приставках становится все сильнее, вступая в конкуренцию с голодом, жаждой, потребностью в живом общении, отдыхе и пр.

Еще пятнадцать-двадцать лет назад о таких состояниях ничего не было известно, их практически не существовало. Сейчас, обследуя учащихся школ, можно выявить не один десяток склонных к виртуальной зависимости молодых людей. Все проще и дешевле доступ в Интернет. По мере развития компьютерных технологий ситуация будет однозначно ухудшатся. Уже сейчас необходимо исследовать проблему, как с точки зрения медицинских психологов, так и психиатров для выработки методов профилактики и лечения. Можно предположить, что основным методом лечения виртуальной аддикции станет психотерапия. В любом случае с продолжающимся бурным развитием информационных технологий эта проблема получит дальнейшее развитие.

---

[1] Там же.

КВАНТОВО-СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА ПСИХОСОМАТИКИ

В.Г.Буданов, Д.А.Салогуб

Проблема лечения больных с психосоматическими расстройствами находится на уровне концептуальном и определяется доминирующей медицинской парадигмой. Опираясь на предложенную в 2009 г. одним из авторов концепцию квантово-синергетической антропологии[1], в основе которой лежит единый делокализованный в реальном и виртуальном времени феномен телесности, нами была сформулирована квантово-синергетическая парадигма психосоматики. Человек, как и любой живой объект, рассматривается как принципиально квантовая, нелинейная открытая, саморазвивающаяся система, находящаяся в сопряжении и коэволюции с социальной, культуральной и природной средой, которые также являются саморазвивающимися системами. Мы не умаляем значения структурного и функционального описания природы человека, но акцентируем внимание на роли процессуальности и конструктивных механизмов становления и метаморфоз структуры и функции, что является основным предметом синергетики. Кроме того, человек — существо мультитемпоральное, живущее одновременно во множестве онтологических времен и иерархических уровней. Загадка «сознания» и «тела» исчезает, если мы исключаем эту дихотомию, принимая понятие «организм как единое целое». Вместо понятия «сознание-тело» мы предлагаем использовать понятие «психосоматическая единица» или «психосоматическая синергия».

Наиболее полная синтетическая телесно-объектная онтология является прямым произведением (онтология состояний) × (онтоло-

[1] Буданов В.Г. Как возможна квантово-синергетическая антропология (синтетические миры телесности) // Телесность как эпистемологический феномен / Отв. ред. И.А. Бескова. М.: ИФ РАН, 2009. С.55—70.

гия темпорально-деятельностная). Подобно тому, как пространство и время в физике объединяются в четырехмерный континуум, так и внутренний мир человека неотделим от его деятельности, психика от сомы. Причем, использование синтетической онтологии аналогично игре на музыкальных инструментах, и здесь вполне уместна метафора «человек-оркестр». Действительно, онтология состояний подобны музыкальной нотации, где ноты-ступени — это тела (подтела разбивают тон). Конкретное состояние человека задает ландшафт, профиль активации его определенных тел (онтологический профиль состояний), что соответствует музыкальному аккорду, а изменение состояния со временем, эволюция ландшафта — соответствуют музыкальной партитуре, которую с нами играет жизнь. Однако нотация, состояние может быть проявлено, озвучено только посредством исполнительства, действия, поэтому темпорально-деятельностные онтологии представлены аналогами конкретных музыкальных инструментов и исполнительских стилей, со своими тембрами, темпами, ритмами, экспрессией. Обратите внимание, что игра может быть вдохновенной, либо тусклой и фальшивой, без души, без должного состояния.

Мы выделяем 4 главных постулата квантово-синергетической парадигмы психосоматики:

1. Любое заболевание с точки зрения синтетической телесно-объектной онтологии может быть описано в виде связки состояние—процесс. Т.е. имеет два типа онтологий: первый — онтологии состояний (то, что меняется), второй — онтологии процессов (то, как меняется) (онтология темпорально-деятельностная).

2. В развитие патологического процесса с точки зрения синергетических и квантовых холистических принципов вовлечена вся личность целиком, все ее тела — физические, энергетические, эмоционально-ментальные, трансперсональные-духовные.

3. Первопричина заболевания может находиться в любом из тел и проявляется в нарушении их взаимосвязи и/или доминирующем нарушении функции одного или нескольких тел.

4. Исцеление сводится к восстановлению структурно-функциональной целостности и процессуальности организма, эволюционного развития.

Кроме описанной выше теоретической модели развития психосоматической патологии, мы, опираясь на эти представления, предлагаем использовать конкретные прикладные технологии лечения, которые отличают холистический подход и принципиально нелинейный характер. Комплексная программа лечения, безусловно, может включать эриксоновский гипноз в форме Лингво-Музыкальных программ, методы квантовой психологии С.Волински и психотерапевтическую кинезиологию.

«ДУША СТРАДАЮЩЕГО ТЕЛА»: ЗАМЕТКИ НА ПОЛЯХ

М.Н.Аркадьева

Данный текст возник из заметок при чтении статьи Ф.Т.Михайлова «Душа страдающего тела»[1], в которой автор рассматривает вопросы соотношения телесного и духовного, соматического и психического в патогенезе, констатируя процесс «располюсования» идеального и материального в человеке в медицинской практике и медицинском образовании. Материализм — неотъемлемая часть мировоззрения многих врачей, и это — большая проблема медицины. Ведь часто врачи видят перед собой человека-машину, или материальное тело, состоящее из совокупности функционирующих органов. Но кроме материального в человеке присутствует и идеальное. Да, материальное легче познать и изучить, нежели, что-то высшее, запредельное, не поддающееся зубрежке — то, что превозносит идеализм. Но нужно не забывать о понятии «душа», и то, что она есть в каждом, как и любой орган. Она также может проявляться в боли. Поэтому врач должен учитывать не только анатомию, и физиологию, но и нечто высшее в каждом больном.

Под словом «больной» чаще всего понимают человека с какой-либо патологией, нарушением функций того или другого органа, и реже принимается во внимание душевное состояние и внутренний баланс жизненных сил, нарушение которого ведет к патологии: врачу и сомневаться не приходится — все причины болезней в самостоятельно протекающих соматических нарушениях (как бы до и без психики)...»[2]. Попытка расчленить тело человека не только на сегменты, но и пойти дальше, разбить его на мелкие частицы (выход на субмолекулярный и субатомный уровни) — вот тенденция современной медицины. Однако природой изначально было задумано, чтобы мы не видели друг друга как расчлененные на мельчайшие части «нечто», как молекулы и атомы. Человек — целостное создание, в котором органично сочетаются материальное и идеальное, физическое и этическое, телесное и духовное. Однако, вместо того, чтобы рассматривать человека как целое (то есть в психосоматическом единстве), его телесная часть изучается значительно больше, а болезнь воспринимается только как нарушение функций некоего механизма. И если помимо симптомов телесных проявляются еще и психические («роковые эмоциональные конфликты, невыносимая острота переживаний, неразрешимые столкновения жизненно важных смыслов»), то их пытаются связать с каким-то органом — то есть с тем, что можно прочувствовать и увидеть. Душа не принимается в расчет, так как ее нельзя пальпировать, а следовательно, она не может болеть. Но

---

[1] Михайлов Ф.Т. Душа страдающего тела (Образование врача по шкале ценностей жизни) // Жизнь как ценность. Сборник / Ин-т философии РАН. М., 2000. URL : http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000659/st004.shtml.

[2] Там же. URL : http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000659/st005.shtml.

соматические и психические функции организма не противостоят друг другу, а наоборот, во всех проявлениях доказывают свое единство. И это единство каждый раз направляет человека к саморазвитию. Жизнь души является не сверхъестественным процессом, а человеческой сущностью, способностью воспринимать этот мир и по-своему «перерабатывать» его, дабы понять и познать. Говоря о болезни, стоит привести понятие ее антонима — здоровья. По определению ВОЗ, здоровье — состояние полного телесного, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или увечья. Если здоровье воспринимается как баланс данным «благополучием», то и болезнь стоит воспринимать, как нарушение именно баланса, а не материи.

Исходя из вышеизложенного, важной составляющей образования медика должно стать осознание и понимание медицины как науки, связанной в том числе и с историей развития в человеке души, интеллекта и тела. Это развитие напрямую связано с условиями вне человека (внешняя среда) и в самом человеке (внутренний мир). Врач должен иметь дело не только с человеком «в настоящем», но и идти к истокам, «ворошить прошлое» и помнить, что психика формируется с младенчества и в дальнейшем проявляется в различных чертах характера, предрасположенности к заболеваниям, способности к саморегуляции и восстановлению. Необходимо помнить об этом, ставя диагнозы, не забывая о психике и душе, которые напрямую связаны с любым заболеванием и нарушением в организме человека.

Практика врача будет успешнее, если он будет воспринимать свою профессиональную деятельность как человековедение. Для понимания феномена человеческого, а через него — и патогенеза, врачу нужна философия. Для врача главное — вылечить. Но невозможно вылечить плоть, не вылечив душу, не восстановив изначальную энергию организма. Необходимо понимать болезнь не только как нарушение физиологических свойств, но и как нарушение покоя души, нарушение баланса между энергиями. Если бы в отношениях врач — пациент было больше духовности, фраза: «Вы выздоровели» звучала бы чаще.

ЧЕЛОВЕК: ДУША И ТЕЛО КАК ЦЕЛОСТНОСТЬ ЕГО БЫТИЯ

З. Омарова

«Самое тихое и безмятежное место, куда человек может удалиться — это его душа... Почаще же разрешай себе такое уединение и черпай в нем новые силы...» (*Марк Аврелий*)

«Душу можно врачевать, как тело» (*Лукреций*)

Что есть жизнь человека? Просто существование тела, не подкрепленное в своей основе духовной субстанцией? Или же душа,

воплотившая свою Идею в Форму? Где же грань, разделяющая две стороны одного целого, высшего — единого, название которому Человек? Эти вопросы могут свести с ума любого, кто попытается однозначно ответить на них. Для тех, кому неумолимо дано знать об их существовании, для тех, кто все-таки нашел смелость не только прошептать их про себя, но и обратиться с ними к той непостижимой неизвестности, которая определила наше бытие и в которую мы уйдем, отдавая свою телесную степень существования, ибо знаем — уходили все до нас, при нас и после нас. Для тех спасение в одном: отвлечься от материального мира, заглянуть глубоко в истоки духовного бытия, в глубину так называемого принципа единого пуруши. Результатом проникновения в суть себя, в сущность своего бытия, своего идеального начала на уровне, постижимом духом, является раскрытие смысла жизненного пути как сферы безграничного развития человеческого потенциала и духовного самосовершенствования.

Рассматривая человека как такового со своими моральными и этическими принципами, со своей степенью жизненного опыта, специфическим мировоззрением и бесконечными изображениями в своем внутреннем мире, надо понимать заложенные в нем уже в начале жизненного цикла два начала: идеальное (духовное) и материальное (телесное), взаимоисключающие и взаимопроникающие, дополняющие и исчерпывающие ядра друг друга. Единое существо человека детерминирует и оправдывает собою его частные проявления, обладающие определенной степенью материальности и духовности: нельзя сказать, что человек состоит только из тела, — абсолютизируя его материальную сторону, так же, как невозможно сказать, что человек состоит только из души, идеализируя его психическую сторону, поскольку человек обладает психосоматическим единством на всех уровнях своего бытия, начиная с субатомного, субмолекулярного и возвышая их до бесконечного стремительного целого.

Каждый по-своему толкует человеческое существо, с присущей именно ему субъективной позиции, отражающей его поле деятельности. Физиологи исследуют его как объект с протекающими в нем процессами, психологи рассматривают поведение и психическую активность, религиозные деятели видят в человеке «образ и подобие Бога», а философия же ориентирована на понимание человека, как космического универсума, как целого, обладающего телом, душой и телесностью, познающего и преобразующего мир и себя в нем, осознающего свою смертность, но активно стремящегося к вечности, к Душе Вселенной. В такой концепции человек является психосоматическим единством, оправдывающим собою свои высшие начала, идеальные образы и Идеи мира, воплотившиеся в каждой клетке организма, ибо последняя является частью целого-единого, включая в себя свои мельчайшие элементы и достигая в своем бытии высшего

уровня, который охватывает собою подуровни и представляет собою нечто большее, чем сумма своих составляющих, объединенных системообразующими связями. Такая иерархия, возможно, не имеет конца, как и не имеет обоснованного начала.

Существование двух человеческих начал можно выразить поразному в зависимости от того, как понимается их сопряженность, и понимается ли она вообще:

1. Слитная целостность идеального и материального начал, которые находятся в общей субстанции, осуществляют свое бытие совместно, являясь двумя чертами человеческого субъекта.

ДУША — ТЕЛО

2. Абсолютное доминирование души над телом, при котором за первооснову принимается начало в образе души, которое управляет телом и использует его как инструмент для выражения себя и для осуществления своего бытия. При этом тело без души существовать не может, а душа в свою очередь не нуждается в телесной форме в своей высшей Идее. Ничтожное положение тела перед душой вызывает в нем страх, страх болезней, страх потерять свое существование, страх смерти.

ДУША
ТЕЛО

3. Воссоединение двух полюсов, их взаимопроникновение и взаимоуслышанность в сфере «между», сфере телесности.

ТЕЛО — ТЕЛЕСНОСТЬ — ДУША

Именно третий подход позволяет открыть сверхреальность, в которой воссоединяются идеальное и материальное начала, душа и тело человека, определяя и детерминируя существование друг друга на разных этапах до человека, при нем и, возможно, после него.

Человек представляет собой высшую форму выражения бытия, высшее начало, которое отделилось от мира животных, внутренний мир которых представляет собой комплекс конечных изображений, способностью творчески мыслить, открывать что-то новое, воспроизводить уже имеющуюся материальную субстанцию, преобразовывая ее в нечто качественно и количественно новое, созданием творчества, коим является, например, огонь, отделивший первобытного человека от мира животных.

Неужели, взглянув на мир вокруг, увидев то, насколько преобразился мир с момента появления в нем человека, кто-то сможет сказать, что человек — чисто биологическое существо, которое потенциально живет неосознанной бессознательной жизнью, придерживаясь конечных целей и руководствуясь инстинктами? Глупо было бы отвечать положительно на этот вопрос. Изначально в основе любого явления

прослеживается концепция дуальной оппозиции, которое транслируется нам с самого детства: мы четко разграничиваем такие понятия как «горячо» и «холодно», как «хорошо» и «плохо». Возникают два полюса дуальной оппозиции: «+» и «—». Каждый индивидуум склонен по-своему смотреть на этот вопрос, кто-то абсолютизирует положительный полюс и будет стремиться поддерживать его существование и определить его дальнейшее развитие, а кто-то напротив будет сторонником медиации, рассматривая возможность переосмысления сложившейся дифференциации на «плюс» и «минус» и возможность существования сферы между ними придерживаясь позиции материалистического монизма и рассматривая в качестве первоосновы тело человека, или же напротив идеалистической позиции, можно прибегнуть к глубоким проблемам; если говорить конкретно о человеке, то однозначно абсолютизация его тела или же души может привести к серьезным нарушениям со стороны целого организма, к крайне серьезным психосоматическим расстройствам, к инверсионному взрыву. Медиация требует крайней терпимости к неопределенности, к открытию чего-то нового, к переосмыслению устоявшихся принципов. Если инверсия придерживается одного из полюсов дуальной оппозиции, то медиация находит пространство «между ними», пространство между двумя мирами, между добром и злом, между жизнью и смертью, между душой и телом, открывая возможность существования качественно и количественно нового начала, вбирающего в себя границы противоположных полюсов и представляющее собою нечто новое, обладающее эмерджентным качеством. Именно в медиативном процессе открывается срединная граница, нутро, представляющее собой начало между началами, смысл между смыслами. Связь между душой и телом в человеке, между его психической и соматической природой основана на глубоких причинно-следственных связях между ними: физическое (болезни, нарушение гомеостаза, ядовитые вещества) воздействуют на душу, индуцируя проявление в ней субъективных ощущений. Психическое воздействует на тело с целью воплощения своей формы, с целью осуществления своего бытия в материальной субстанции, осуществление преднамеренной активности или же непреднамеренных выражений соматических эффектов (сердцебиение, учащенное дыхание, повышение кровяного давления). Говоря о тесной связи внутренней и внешней природы человека, нельзя четко разделять их как два разных полюса, так же, как нельзя сказать, что душа человека локализована в какой-то структуре тела, в каком-то ограниченном участке мозга. Их объединяет третье начало, некая третья реальность, которую нельзя вписать ни в какие структуры, которая не может быть сведена ни к просто внутренним переживаниям, ни к физическим явлениям, а может только лишь содержать их в себе как свои составные части и детерминировать их существование,

взаимоотталкивание, взаимопроникновение и в какой-то степени взаимопревращение, которое воплощает сопряженность телесного и психического в той точке, где в нас возникает первичное видение и переживание душевного в телесном, осознание целостности двух концов единого начала, Единое, заложенное в существовании человека как целого субъекта можно найти лишь на границе его полюсов, лишь в пространстве «между» — в телесности. Последняя отражает нутро души и тела и оправдывает их существование собою, поддерживая их бытие, находясь в срединном пространстве между двумя полюсами, вбирая в себя каждый из них по отдельности и вместе, охватывая собою их природу и обладая качественно новой природой, природой одухотворенного тела и телесной души. Телесность обладает движением, которое является с одной стороны внешним проявлением функции тела, а с другой — воплощением внутренней энергии души.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Н.И.Беглянкин, Д.С.Иксанова, С.А.Афанасьев

Клиническое мышление во многом основывается на синтезе естественных и гуманитарных наук, которые являются составляющей частью медицинского знания.

Развитие научного метода сопровождается все более активным применением количественных подходов, сменой чисто качественно-описательных исследований количественно-объяснительными[1].

Немецкий психиатр Эмиль Крепелин говорил о том, что психиатрическая наука, оперирующая субъективными оценками, не может успешно развиваться без точных и достоверных данных, основанных на измерении.

Одна из первых объективных оценочных шкал, позволяющих представить результаты психопатологического обследования в формализованном виде, была предложена в 1906 г. основоположником американской психиатрии А.Мейером. Открытие в 50-е годы прошлого столетия психотропных средств не только способствовало прогрессу в терапии психических расстройств, но и помогло окончательно осознать необходимость количественной оценки динамических изменений различных клинических параметров в процессе лечения. Вместе с тем, создание объективизированной рациональной системы описания и оценки клинических данных оказалось возможным благодаря внедрению в клиническую психиатрию методов матема-

[1] Моисеев В.И. Философия биологии и медицины. М., 2007.

тического анализа, позволяющих определить наиболее значимые с точки зрения статистики зависимости.

Инструменты регистрации наблюдаемых признаков должны были соответствовать современным требованиям, т.е. быть максимально информативными, достоверными, воспроизводительными, а также доступными и краткими при достаточно дифференцированных количественных градациях. Такими инструментами явились диагностические психометрические шкалы.

В настоящее время для выявления психических расстройств используются оценочные шкалы, позволяющие с помощью субъективных (анкеты, листы опроса или шкалы самоотчета, заполняемые пациентом) и объективных (клинические рейтинговые шкалы, заполняемые специалистом) методов количественно оценить психопатологические проявления и определить их степень тяжести.

Оценочная шкала представляет собой фиксированный перечень утверждений (пунктов), каждый из которых соответствует определенным клиническим проявлениям. Набор входящих в шкалу пунктов подобран на основе диагностических критериев и клинических данных, полученных при обследовании репрезентативных групп больных. После заполнения шкалы информация кодируется в соответствии со стандартным ключом. Психометрическое исследование включает в себя статистическую обработку исходных данных с использованием, как простых способов подсчета, так и специальных математических методов. На заключительном этапе проводится анализ и интерпретация полученных результатов[1].

В современной психиатрии применение психометрических методик является не только неотъемлемой частью научных исследований, но и одним из эффективных подходов к решению ряда актуальных вопросов клинической практики. Применение психометрических методик позволяет дать объективную клиническую оценку различным психическим расстройствам. Применение психометрических шкал для оценки психических расстройств имеет важное значение для диагностики и лечения больных с различными психическими заболеваниями.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

П.В.Белоусов

Несмотря на то, что вопрос о влиянии соматического заболевания на течение и динамику психических расстройств, являющихся при-

[1] Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М., 2003.

чиной суицидоопасного поведения, уже ставился в психиатрической литературе (труды А.Г.Амбрумовой, В.А.Тихоненко, Н.В.Кононучук, В.А.Руженкова, Л.А.Крыжановской и др.), его нельзя считать достаточно изученным. В исследовании нуждается и корреляция соматического заболевания с суицидальной активностью. Особого внимания в этом плане заслуживают психосоматические расстройства. В настоящей работе мы попытаемся установить роль длительно протекающих соматических расстройств в формировании социально-психологической дезадаптации и суицидального поведения мужчин. К исследованию были привлечены 136 человек (39 мужчин и 97 женщин) пяти возрастных групп. Среди обследованных суицидентов с соматической патологией — 33 мужчины (37,93%) и 54 женщины (62,06%); среди суицидентов без соматических заболеваний — два мужчины (8,33%) и 22 женщины (91,67%); среди пациентов с соматической патологией — 4 мужчины (16%) и 21 женщина (84%). Из исследования исключались пациенты, страдающие хроническим алкоголизмом.

У *суицидентов с соматической патологией* (как мужчин, так и женщин) чаще обнаруживались мысли суицидального характера, чем у *суицидентов без соматических заболеваний*. Антивитальные переживания (размышления и фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти, без конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленности) у последних наблюдались чаще, чем у суицидентов с соматической патологией. Попытки самоубийства встречались в обеих группах обследуемых больных без статистически значимых различий. Иными словами, у суицидентов с соматической патологией чаще фиксировались мысли суицидального характера, а антивитальные переживания встречались реже. Однако, несмотря на бóльшую частоту суицидальных мыслей, суицидальная активность у суицидентов с соматическими и психосоматическими заболеваниями оказалась выше. Последнее нашло отражение в повторных суицидальных попытках в прошлом.

Начало психосоматического заболевания у суицидентов-мужчин с соматической патологией, как правило, пришлось на молодой возраст (до 30-ти лет). Особенно часто заболевание начиналось у них в возрасте до 18-ти лет. Эта выявленная особенность дает основание считать, что соматическое заболевание, возникшее в этот период, нарушает последовательность формирования структур личности, приводит к асинхронным формированиям, создает дисгармонию в соотношении личностных особенностей и способствует психосоматическому развитию. Полученные данные соответствуют выводам Г.К.Ушакова (1973), сделанным в его классическом труде о детской психиатрии и в ходе его исследований пограничных нервно-психических расстройств.

Обращает на себя внимание, что среди суицидентов с соматической патологией мужчин оказалось больше, чем среди суицидентов

без соматики, и больше, чем в группе больных с соматическими расстройствами (см. табл. 1). В 1 возрастной группе (18—24 лет) среди суицидентов с соматической патологией преобладали мужчины. В других сравниваемых группах (суициденты без соматики и пациенты с соматической патологией) *мужчины отсутствовали*.

Распределение больных по полу и возрасту

Возрастные группы	Суициденты с соматической патологией (I)				Суициденты без соматики (II)				Пациенты с соматической патологией (III)			
	М		Ж		М		Ж		М		Ж	
1 (18—24 лет)	13	14,94 %	10	11,49 %	0	0	8	33 %	0	0	4	16%
2 (25—30 лет)	3	3,44 %	4	4,59 %	0	0	2	8,33 %	0	0	0	0
3 (31—36 лет)	4	4,59 %	5	5,74 %	0	0	8	33 %	0	0	0	0
4 (37—42 лет)	6	6,89 %	4	4,59 %	0	0	4	16,66 %	0	0	0	0
5 (43—70 лет)	10	11,49 %	31	35,63 %	2	8,33 %	0	0	4	16%	17	68%
Итого	33	37,93 %	54	62,07 %	2	8,33 %	22	91,67 %	4	16%	21	84%

Среди суицидентов с соматической патологией женщины встретились реже, чем среди суицидентов без соматики, и реже, чем среди больных с соматической патологией. По числу женщин группы суицидентов без соматики и больных с соматической патологией существенно не различались. В 1 возрастной группе (18—24 лет) среди суицидентов без соматической патологии женщин было статистически достоверно больше, чем среди женщин-соматических больных с суицидальными проявлениями и несколько больше, чем среди женщин-соматических больных с суицидальными проявлениями. Во 2—4 возрастных группах мужчины зафиксированы лишь среди суицидентов с соматической патологией, однако число их меньше, чем в 1 возрастной группе. Во 2 возрастной группе (25—30 лет) значимых различий между категориями суицидентов-женщин не выявлено. В 3 возрастной группе (31—36 лет) среди суицидентов без соматической патологии женщин оказалось больше, чем среди соматических больных с суицидальными проявлениями. Возможно, здесь сыграл свою роль так называемый «кризис среднего возраста». В 4 возрастной группе (37—42 года) значимые отличия между мужчинами и женщинами — суицидентами с соматическими заболеваниями и без оных — не фиксировались. В 5 возрастной группе (43—70 лет) среди соматических больных доминировали женщины по

сравнению с группой суицидентов с соматической патологией, а в группе суицидентов без соматической патологии женщины отсутствовали.

Преобладание женщин среди соматических больных в 5 возрастной группе можно объяснить декомпенсацией соматического заболевания на фоне климакса. Вероятно, и доминирование женщин в 5 возрастной группе среди суицидентов с соматической патологией объясняется тем же. Заметим, что все суициденты с соматическими заболеваниями на момент обследования находились в состоянии ремиссии соматического заболевания. По данным Н.И.Косенкова (1997), у больных психосоматическими заболеваниями наблюдается психопатоподобное поведение, выраженное в период ремиссии. Эти выводы согласуются с данными психологической аутопсии, приведенными D. Shaffer et al. (1990) и показавшими, что диагноз «расстройство поведения» является специфическим предиктором самоубийства среди мужчин.

Итак, в ходе нашего исследования выявились различия суицидальной активности среди суицидентов с психосоматическими заболеваниями. Наибольшая суицидальная активность зафиксирована у молодых мужчин (18—24 лет) и у женщин старшей возрастной группы (43—70 лет). Таким образом, можно предположить, что у молодых мужчин наличие длительно протекающего психосоматического заболевания является высоким фактором риска совершения суицидальной попытки.

К ПРОБЛЕМЕ ЭВОЛЮЦИОННОГО СМЫСЛА ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

И.С.Домбровская

Целью этих тезисов является более постановка проблемы, чем детальный исторический, психиатрический или психологический ее анализ. На данный момент, на наш взгляд, для обоснования и описания эволюционного смысла психических болезней еще недостаточно накоплено теоретического и эмпирического материала. Однако сама постановка проблемы об эволюционном смысле психических болезней видится нами как «висящая в воздухе». Она возникает из комплексного изучения биологии, истории психиатрии, общей и клинической психологии и, особенно, теории эволюции вида Человек, представленной в историко-эволюционном подходе А.Г.Асмолова[1].

Проблема эволюционного смысла психических болезней дифференцируется нами на ряд следующих вопросов:

[1] См. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа М.: Смысл, 2001.

1. Правомерность самого вопроса об эволюционировании психики в истории вида Человек. Возможны два основных ответа: а) психика человека с античности, то есть с тех времен, когда Человек начал фиксировать свою историю и свою мысль, константна, и б) психика эволюционирует не только в биогенезе Человека, но и в его истории.

В теории эволюции вида Человек А.Г.Асмолова рассматриваются только закономерности эволюции социума и принципы «естественного отбора» в истории человечества, полагается роль образования в конструировании жизненных миров, но недостаточно рассматриваются механизмы эволюционирования индивидуальной психики. В психиатрии и клинической психологии рассматриваются механизмы патологизации психики, но ставится вопрос только об индивидуальном смысле психической болезни, который чаще всего полагается как дезадаптационный или инновационный-творческий (от Ломброзо). Вопрос об эволюционном смысле, сочетающем индивидуальный и социальный моменты, практически не озвучивается. Трудности интерпретации эволюционирования человеческой психики заключаются в том, что сам феномен эволюционирования выступает как достаточно самоочевидный, но не проанализированный и не доказанный.

2. В связи с прогнозируемым ростом числа психических заболеваний обостряется вопрос о том, что представляет собой психическая болезнь: тупиковую линию эволюции с обособлением «вида» психически больных или «магистральный сценарий» человечества, которого следует избежать и предотвратить. С практической точки зрения вопрос заключается в том, как из дезадаптивного индивидуального момента эволюции, каковым чаще всего полагается психическая болезнь, превратить эту психическую болезнь в адаптивную инновацию. Или в понятиях А.Г.Асмолова и А.В.Петровского, как превратить неадаптивную активность в нададаптивную, способствующую прогрессу общества и отдельного человека. Согласно концепции психического здоровья К.Домбровского само отсутствие психической болезни не является критерием психического здоровья, критерием психического здровья является спсобность к личностному развитию[1]. Согласуются с этим взгляды на психическое здоровье Б.С.Братуся, который различает психическое и психологическое здоровье. Но проблема эволюционного смысла психических отклонений такими решениями не снимается, поскольку не решается вопрос о сущности «болезни», а также о методах лечения, медикаментозного, психотерапевтического или социально-педагогического.

3. Наиболее сложен вопрос об эволюционном смысле психиатрических симптомов. Он заключается в том, какие конкретно

[1] Dabrowski K. W poszukiwaniu zdrowia psychicznego. Warszawa.1989. 216 p.

симптомы признак регрессии человеческой видовой психики, а какие — признак развития и прогрессивного эволюционирования человеческой видовой психики, вплоть до создания механизмов преадаптации. Так возможно, что резонерство — это всего лишь способность к абстрагированию и обобщению человека, который не получил должного обучения и образования. «Латенты» в мышлении — это недоразвившаяся или недоразвитая способность к инновациям. «Обрывы мыслей» — «неправильное» торможение. Повторы — закрепление не безусловных, а условных рефлексов. Эпилептические приступы — крайнее выражение стремления к измененным состояниям сознания, стремления все чаще свойственного людям. Галлюцинации — объективация, отчуждение и крайнее выражение диалогичности мышления, свойственного всякой зрелой личности. Мы здесь не ставим задачу детально проанализировать эволюционный смысл всех разнородных психиатрических симптомов, но стараемся лишь обозначить принцип интерпретации эволюционного смыла симптомов на границе индивидуального и видового смыслов, которые чаще всего не совпадают, как не совпадают и смыслы индивидуальный и социальный.

4. К пониманию эволюционного смысла психиатрических симптомов нас подвело изучение смысла смеха и юмора в истории Человечества. Так на сегодня не ясно, имеет ли смех деструктивное значение (что обозначалось, например, Б.Д.Карвасарским и А.Е.Личко) или исключительно позитивное значение[1], создающее возможности для позитивной смехотерапии. Смех и юмор, на наш взгляд несут компенсаторный (в понятиях Л.С.Выготского) смысл. Необходимость в юморе зарождается тогда, когда не хватает способностей к формальному логическому мышлению. И юмор предстает как механизм психики, создающий «обходной путь», компенсацию этого дефицита. В этом — индивидуальное приспособление. И в этом же — видовое развитие. Так и психическая болезнь выступает как индивидуальное приспособление к ситуации затрудненности или невозможности видовой или индивидуальной, но сущностно Человеческой, самореализации.

Признание смысла психической болезни как эволюционного обостряет вопрос о роли образования и психологической помощи при психической болезни, а также вопрос о фундаментальной психологической, биологической и философской подготовке врачей и консультантов, необходимой для распознания в каждом конкретном индивидуальном случае эволюционного смысла психиатрических симптомов и болезней.

---

[1] См., например: Умярова Р.С. Смехотерапия // Московский психотерапевтический журнал. 2008. № 1.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОГЕННЫХ ТРАВМ В РУСЛЕ ПСИХОСИНЕРГЕТИКИ

И.В.Ершова-Бабенко, В.П.Топор, Е.В.Медянова

Специфика настоящего фундаментального методологического, теоретического и практического трансдисциплинарного исследования психогенных травм связана, во-первых, с тем, что, пожалуй, впервые за долгие годы оно осуществлено совместно философами и методологами, травматологами, нейрохирургами, невропатологами, терапевтами и психологами-реабилитологами Украины. Во-вторых, с тем, что оно проведено в рамках Международного Российско-Украинского научно-исследовательского проекта РГНФ-НАНУ «Постнеклассические практики в изменяющемся мире», а также Международного исследовательского проекта «Постнеклассическая методология: становление, развитие, принципы, перспективы» (№ 08-03-16059д), итоги которого представлены в коллективной монографии «Постнеклассика: философия, наука, культура» (2009), изданной совместно академиями наук России и Украины. В-третьих, с тем, что оно выполнено на пике поиска и достижений современной науки и выражает особенности постнеклассической парадигмы, появление которой, по мнению специалистов, во многом обусловлено изменением статуса современного научного знания, превратившегося в своеобразную форму производства, где достижения истины неразрывно связаны с получением конкретных положительных практических результатов.

Представленный в докладе итог работы группы авторов выражен психосинергетической концепцией агрессивных факторов информационно-эмоциональной среды (ИЭС), концепцией осевого центрирования высокоскоростной травмы с диффузным повреждением: психоэмоциональной, ценностно-личностной (Медянова) и одной из форм черепно-мозговой травмы при политравме в условиях диффузно-аксонального повреждения головного мозга, а также комы второго типа; концептуальной моделью «целое в целом», в том числе и «нелинейное целое в нелинейном целом» (Ершова-Бабенко, 1992; 2005; 2008; 2009), методическими разработками, созданными на основе названных концепций для посттравматической реабилитации (метод «Создающая Сила», 2001) и практическими результатами.

Взаимно дополняя друг друга, эти уровни исследования создают объемную картину современного состояния фундаментальных методологических трансдисциплинарных исследований психогенных травм и перспективы ее развития на основе психосинергетики, вы-

свечивают методологические проблемы разработки новой теории психики и высокоскоростной травмы с диффузным повреждением.

Характерной особенностью начала XXI века и конца XX века стало увеличение информационно-эмоциональной нагрузки на человека в условиях ускорения информационных процессов и обострения социальных ситуаций, что привело к росту нагрузок на психику человека. (По нашим данным (1994) рост скорости информационных процессов в мире составляет 1 : 10000 за 2,5 тыс. лет, при том, что скорость изменения биологических процессов почти не изменилась за тот же период). Это сопровождается увеличением количества зафиксированных случаев, в т.ч. истерического невроза, при отсутствии военных действий такого масштаба, как война начала и середины XX столетия, а также ростом нейротизма и тревожности личности. Все это, по-прежнему, сохраняет актуальность вопроса поиска причин и объяснения возникновения истерических расстройств и неврозов у населения, в армии и в период обучения в медицинском вузе, как в условиях реальных травм, так и в их отсутствие.

В качестве объяснительной идеи травмы нами выдвинуто предположение, что общим моментом в разнообразии рассматриваемых травматичных ситуаций становится проявление такого явления, как критическая разность/критический порог (Пригожин; Хакен), описанная в работах постнеклассического периода. Хотя большинство специалистов склоняется к мнению, что ведущая роль в генезе, например, истерического невроза принадлежит психосоциальному стрессору, при участии поведенческих систем, способствующих развитию приспособительных реакций.

Цель исследования: выявление факторов, влияющих на информационно-эмоциональное состояние, и динамики формирующегося в этих условиях состояния истерии, нейротизма, нервной анорексии, тревожности личности и т.п.

Для реализации поставленной цели в условиях обучения в медицинском вузе (1—3 курсы) была разработана методика исследования эмоционального статуса населения и методы его оценки (при участии ст. преп. Л.В. Максименко). Методика включает модификацию группы психологических тестов: Методики многофакторного исследования личности Р.Кеттела, опросника EPI, методики Айзенка), фиксирующих уровень нейротизма и тревожности личности. Результаты исследования показали, что наблюдается повышение уровня тревожности и эмоциональной неустойчивости в среднем на 10—15% с каждым курсом, при этом на 1-м курсе у студентов отмечается уровень тревожности средний с тенденцией к высокому (Медянова, 2008).

Полученные результаты позволяют предположить, что чем старше курс, тем более усугубляются показатели тревожности. Мы предполагаем, что это связано с возрастанием информационных

и эмоциональных нагрузок на студента и свидетельствует о росте агрессивности информационного показателя среды, результатом чего может становиться, и становится проявление показателя критической разности/критического порога.

По данным научных публикаций последних лет, при агрессивном возрастании компонентов информационно-эмоциональной среды у людей могут возникать отклонения от нормальной психической деятельности, а также эмоциональное напряжение с отрицательным знаком, вплоть до невроза.

Поэтому нами были проведены дополнительные исследования, цель которых также состояла в освещении вопроса эмоционально — информационных нагрузок, но в аспекте изучения реакции человеческого организма на воздействие агрессивных факторов внешней среды. В этой части исследования задачами явились диагностика предрасположенности и ранних стадий нервной анорексии у учащихся высших учебных заведений, изучение вопроса о связи воздействия агрессивных факторов эмоционально-информационной среды на данное состояние.

Исследование было направлено на выявление у студентов внутренней тревожности, ситуационной тревожности, состояния внутреннего комфорта и индивидуальной реакции на агрессивные факторы информационно-эмоциональной среды.

Реализация поставленной цели в армейских условиях представляет собой особый интерес ввиду специфических задач, стоящих перед военнослужащими. Были предприняты попытки изучить динамику двигательных истерических расстройств в армейских коллективах. Исследование проведено на материале Одесского военного округа за период с 1970 по 1999 годы (Скоробреха, 2002). Также была предпринята попытка осуществить реализацию цели в вузах разного профиля (Медянова, 2009).

Следует отметить, что, несмотря на многообразие предлагаемых разными авторами методов и приемов лечения как двигательных истерических расстройств, так нервной анорексии, эффективность их недостаточна. У разных авторов неудачи в лечении к моменту прекращения психотерапии колеблются от 14 до 50%. Сходные данные получены и нами. Так, например эффект от проводимой традиционной терапии мы не получили в 31% случаев. Это позволило утверждать, что, несмотря на большое число опубликованных работ по истерическим расстройствам, проблема остается актуальной, так как она в полной мере не решена ни в теоретическом, ни в практическом отношениях.

Однако, имеющиеся к настоящему времени теоретические разработки в русле постнеклассики — психосинергетический подход, методология психосинергетики, с одной стороны, и положительные результаты применения психосинергетических, психокоррекционных и реабилитационных методик, позволили нам обобщить их.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕБЕНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

И.В.Ершова-Бабенко, И.А.Чуева, Н.Н.Мирошниченко

Актуальность данного исследования обусловлена сегодня следующими факторами: 1) ростом потребности в психокоррекционной помощи при заболевании детей бронхиальной астмой[1]; 2) ухудшением экологической обстановки[2]; 3) меньшей психологической адаптацией детей к ситуации болезни[3]; 4) резким увеличением заболеваемости в этой группе населения[4]; 5) снижением уровня жизни[5]; 6) низкими стартовыми данными в неонатальном периоде[6]; 7) увеличением потока информации и ее агрессивности[7]; 8) усложнением школьных программ[8].

В результате подобных изменений резко возросла роль разносторонних психоэмоциональных и психосоциальных факторов в этиологии и патогенезе БА, что требует разработки эффективных методов как психокоррекции, так и психопрофилактики, возможной только при максимально ранней диагностики бронхиальной астмы.

В основу психокоррекционной программы было положено использование неспецифических и направленных моментов психологической коррекции: принадлежность к группе, эмоциональная поддержка, помощь остальным участникам группы, эмоциональное реагирование, расширение сферы осознания своей проблематики, формирование новых приемов и способов поведения[9].

Ее основными задачами были: 1) формулировка запроса и формирование мотивов обращения за психологической помощью; 2) настрой детей на самостоятельную психологическую работу; 3) построение доверительного эмоционально насыщенного контакта

---

1 Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. СПб.: Речь, 2004. 384 с.

2 Горшков О.В., Варбанец Д.А., Поплавская Л.Л. Особенности возникновения, течения и терапии бронхиальной астмы как хронического психосоматического заболевания детского возраста // Імунологія та алергологія. 2000. №2/3. С.65.

3 Там же.

4 Горшков О.В., Старикова А.А. Психоэмоциональные и психосоциальные нарушения у детей, больных бронхиальной астмой // Український вісник психоневрології. 2002. Т.10, Вип.1. С.172-173.

5 Там же.

6 Там же.

7 Ершова-Бабенко И.В. Проблема экологии психики в условиях агрессивности информационно-эмоциональной среды. Психосинергетическая концепция. // Український вісник неврології. Т. 10, вип.1 (30), 2002, додаток: матеріали II Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України. С. 81.

8 Бадьина Н.П. Динамика показателей школьной адаптации часто болеющих учащихся начальных классов // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 53–61.

9 Групповая психотерапия: методические рекомендации / Сост.: Б.В.Михайлов, Н.А.Марута, В.В.Чугунов. Х.: ХМАПО, 2002. 20 с.

с психологом; 4) повышение веры в возможность достижения позитивного результата[1].

В результате осуществления коррекционных мероприятий у детей появлялась возможность пересмотреть свою позицию, сознательно принять или отвергнуть ее, попытаться выработать другую, т. е. осуществить сознательное жизненное самоопределение. Кроме того, у больных появлялся стимул для переоценки себя как личности и изменения привычных стереотипов поведения.

В целом данные исследования говорят о том, что дети, прошедшие психокоррекцию, склонны к проявлению большей активности в общении с окружающими, у них значительно изменилось восприятие себя как участника общения и расширились представления о возможностях выхода из конфликтных ситуаций. Ситуация болезни утратила для них свое доминирующее влияние и, появляясь в рассказах астматиков, уже не вызывает испуга и ощущения безысходности. В своих рассказах и общении друг с другом дети демонстрируют лучшие коммуникативные навыки и большее разнообразие эмоциональных проявлений.

Проведенная коррекция в значительной степени повлияла на психологические особенности ребенка с бронхиальной астмой. Под воздействием психокоррекционных мероприятий наметилась устойчивая тенденция к построению адекватной внутренней картины болезни и увеличилось ее саногенное воздействие на общее психосоматическое состояние ребенка с БА.

Также, результаты психокоррекционного воздействия отразились на некоторых аспектах социальной и психологической ситуации развития больного ребенка, в частности, на характере его взаимодействия с окружающим социумом и на особенностях восприятия себя как участника коммуникативного процесса.

Эффективность проведенной психокорррекции в плане ее влияния на соматическое состояния ребенка с БА, оценивалась с помощью медицинских показателей. По медицинским показателям результаты катамнеза (спустя 1 год) наблюдалось: исчезновение приступов у 12,50±5,85% ($p<0,05$), детей, прошедших психокоррекцию, в то время как в контрольной группе таких случаев не наблюдалось. Уменьшение частоты приступов в результате психокоррекционного воздействия отмечалось в 59,38±8,68% случаев, у детей, получивших только медицинское лечение, частота приступов снизилась в 25,00±10,83% случаев ($p<0,01$). В 28,13±7,95% состояние детей, прошедших психологическую коррекцию осталось без существенных изменений. Случаев ухудшения состояния отмечено не было.

---

[1] Ільченко О.І. Розуміння психічних особливостей соматично хворих – об'єктивний засіб поліпшення здоров'я людей у практичній діяльності лікаря // Педагогіка і психологія. 2000. № 4 (29). С. 30–37.

На основании этих показателей, можно сделать выводы, что приведенные данные указывают на положительную динамику в состоянии больных БА детей, получивших психокоррекционную помощь, в то время как показатели состояния детей с БА из контрольной группы остались в стандартных пределах, характерных для лечения без сопровождения психологической коррекцией, что подчеркивает достаточно высокую эффективность психокоррекционной помощи у этой возрастной группы.

СТРУКТУРА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е.И.Копнина, М.Ю.Копнина

Цель исследования. Изучить структуру психосоциального стресса у пациентов с I и II стадиями артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы обследования. Нами проведено обследование 159 пациентов с АГ: 98 женщин в возрасте от 31 до 60 лет (средний возраст 52±0,7 года) и 61 мужчины в возрасте от 33 до 61 года (средний возраст 48,9±1,0 года). Исследование проводилось в терапевтическом отделении КБ № 2 «ЮОМЦ ФМБА России» и терапевтическом отделении железнодорожной больницы г. Астрахани в период с 2006 по 2008 годы. Отбор больных проводился на основании верифицированного диагноза артериальной гипертензии I или II стадии. Диагноз АГ ставился по классификации ВОЗ — Международного общества гипертензии (1999 г.), дополненной Европейским обществом по гипертонии и Европейским обществом кардиологов (2003 г., 2004 г., 2007 г., 2008 г.). Оценку уровня выраженности стресса в повседневной жизни проводили с помощью «Методики диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге». Статистическая обработка данных проводилась при помощи Microsoft Excel для Windows XP и статистической программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. В ходе исследования нами был проведен анализ частоты встречаемости различных жизненных событий у больных АГ в течение последнего года до настоящей госпитализации. Выявлено, что некоторые схожие по своему характеру стрессы происходили в жизни пациентов чаще, чем другие. К такой категории стрессоров относились: изменение финансового положения, реорганизация на работе, отпуск, праздники, травма или болезнь, и другие. Каждое из указанных событий встречалось нами при обработке результатов опросника «Методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации» Т.Холмса и Р.Раге более 10 раз. Стрессоры

иного характера (беременность партнерши, смена места обучения, изменение привычек, связанных с вероисповеданием и др.) встречались в значительно меньшем числе случаев.

Анализ знака эмоциональной окраски жизненных событий (положительная оценка либо отрицательная) у женщин, страдающих АГ, показал, что вне зависимости от стадии заболевания определенные события окрашивались ими преимущественно положительно (например, отпуск и праздники). Другие события окрашивались в основном отрицательно, особенно: смерть близкого члена семьи, болезнь, нарушение сна, проблемы с начальством и конфликты на работе. В целом следует отметить, что подавляющее большинство жизненных изменений несли на себе эмоционально негативный заряд. Таким образом, в течение года до госпитализации пациентки с I и II стадиями заболевания чаще всего подвергались давлению эмоционально отрицательно окрашенных стрессорных факторов.

У пациенток с первой стадией заболевания в достоверно большем числе случаев происходили такие события, как смерть близкого члена семьи, изменение в состоянии здоровья членов семьи, а так же отпуск и праздники, чем у пациенток со второй стадией заболевания ($p<0,05$). Обследуемые со второй стадией в достоверно большем проценте случаев отмечали события из сферы здоровья — травма или болезнь, чем женщины с первой стадией болезни ($p<0,05$). Остальные события отмечались пациентками с одинаковой частотой независимо от стадии заболевания.

У пациентов-мужчин жизненные изменения личного и социального характера оказались более позитивно окрашены, нежели у женщин. Среди встречающихся событий у них, в отличие от женщин, изменения финансового состояния несли преимущественно положительную эмоциональную нагрузку. Мужчинами часто отмечались: ссуда или заем на крупную покупку (которая отсутствует у женщин), изменения в режиме питания, причем данные события оценивались, как желательные.

Пациенты мужского пола с начальной стадией заболевания в большей степени, чем с развернутой выделяли такие события, как ссуда или заем на крупную покупку, отпуск, праздники, изменение в состоянии здоровья членов семьи, изменение привычек связанных с питанием и реорганизацию на работе ($p<0,05$).

Определенная категория стрессоров, имевших место в течение года до настоящей госпитализации, оценивалась однозначно отрицательно как мужчинами, так и женщинами. Это события семейного характера и связанные с вопросами здоровья (смерть близкого члена семьи или изменения в состоянии его здоровья, нарушение привычного режима сна и бодрствования). Анализ частоты встречаемости жизненных стрессоров у пациентов-мужчин и пациенток-женщин показал достоверно большую чувствительность последних к средовым воздействиям. так, на

одну пациентку приходилось в среднем 7,6±0,8 стрессовых события, а на одного пациента — 5,8±0,7 в течение года до настоящей госпитализации ($p<0,1$). Вне зависимости от пола, пациенты с первой стадией АГ достоверно чаще, чем со второй выделяли время для отдыха, праздников и в меньшей степени испытывали на себе воздействие дополнительных травм и болезней в течение года до настоящей госпитализации ($p<0,05$). Таким образом, структура субъективно осознаваемой сферы жизненных событий имела четкие половые различия. Мужчины проявляли высокую чувствительность к изменениям социального статуса и его символам (материальное положение, дорогие вещи). Женщины демонстрировали расширение сферы сенситивности к изменениям в семье и на работе, которые к тому же, оценивались ими как нежелательные. склонные к формированию зависимости от близкого окружения, женщины негативно реагировали на любые изменения в характере этой зависимости, будь то расставание с детьми или нарушение взаимоотношений с начальством.

Однако, вне зависимости от пола, у пациентов с АГ по мере прогрессирования заболевания отмечалось сужение круга происходящих с ними жизненных событий и снижение их субъективной значимости. Количество событий, произошедших в течение года до госпитализации у больных со второй стадией АГ, было достоверно меньше (женщины — 6,6±0,7 стрессовых событий; мужчины — 5,1±0,5 стрессовых событий), чем у больных с первой стадией заболевания (женщины — 8,6±0,8 стрессовых событий; мужчины — 6,5±0,6 стрессовых событий) в течение года до госпитализации ($p<0,1$).

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА РАЗВИТИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

П.А.Плесовский

Введение. Как известно, особое место в патогенезе острого коронарного синдрома принадлежит психосоматическим нарушениям. Среди психопатологических расстройств, влияющих на прогноз острого коронарного синдрома, ведущее значение принадлежит тревожно-депрессивным расстройствам. Реализация психосоматических взаимоотношений осуществляется следующим образом: психические нарушения влекут за собой изменения в вегетативной и эндокринной системах, что приводит к соматическим расстройствам. Таким образом, наличие тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца оказывает негативное влияние на течение и прогноз заболевания. Наиболее частой при-

чиной внезапной сердечной смерти у пациентов с дестабилизацией ишемической болезни сердца является фибрилляция желудочков.

Материалы и методы. В исследование включено 165 пациентов, с острым коронарным синдромом. Средний возраст 67,5±3,5 лет; мужчин 49,5% и 50,5% женщин. Диагноз острого коронарного синдрома устанавливался на основании клинических и ЭКГ-данных, а также возможного повышения активности в динамике МВ-фракции КФК и тропонина Т.Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Бека, опросник CES-D, шкалу Гамильтона для оценки депрессии, опросник Спилбергера-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности. В дальнейшем учитывалось возникновение или отсутствие фибрилляции желудочков за время стационарного лечения пациента. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием программы Biostatistics 4.03.

Результаты. Депрессивные расстройства выявлены у 96(58,2%) пациентов. Из них, легкая депрессия диагностирована у 35(36,5%) пациентов, умеренная депрессия у 54(56,25%) пациентов, а тяжелая депрессия у 7(7,3%) пациентов. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные состояния (головокружение, головные боли, сердцебиения, слабость). Наблюдались стойкие нарушения сна: раннее пробуждение, трудность засыпания. Выявлены симптомы астенизации, проявляющиеся вялостью, разбитостью, эмоциональной лабильностью.

Тревожные расстройства выявлены у 114(68,2%) пациентов. Данные анализа результатов теста Спилбергера указали на умеренную степень ситуационной тревожности у 23(20,2%) пациентов и высокую степень ситуационной тревожности у 91(79,8%) пациентов. Личностная тревожность умеренной степени наблюдалась у 15(13,2%), высокой степени у 99(86,8%) пациентов.

Фибрилляция желудочков (ФЖ) зарегистрирована у 8 пациентов, из них, при тяжелой депрессии 2 случай ФЖ, при умеренной депрессии 6 случаев ФЖ. У пациентов с легкой депрессией случаев ФЖ не было. По наличию ФЖ, пациенты были разделены на две группы, сравнимые по полу и возрасту. Первая группа — 61 пациент, с умеренной и тяжелой депрессией, где зафиксировано 8 случаев ФЖ ($p=0,005$) и вторая группа — 104 пациентов с легкими депрессивными расстройствами и без депрессивных расстройств, где не было зафиксировано случаев ФЖ. Кроме того, все случаи фибрилляции желудочков зарегистрированы у пациентов, имеющих высокую степень ситуационной и личностной тревоги.

Выводы. Данное исследование показало, что у пожилых пациентов с острым коронарным синдромом, имеется прямая зависимость между наличием умеренных и тяжелых тревожно-депрессивных расстройств

и развитием внезапной смерти на госпитальном этапе. Таким образом, наличие выраженного тревожно-депрессивного расстройства отягощает прогноз ОКС у пожилых пациентов на стационарном этапе лечения. Представляется важным своевременное выявление и коррекция депрессивного расстройства у данной группы пациентов для оптимизации терапии ОКС и улучшения прогноза больных. Таким образом, наличие выраженного тревожно-депрессивного расстройства отягощает прогноз ОКС у пожилых пациентов на стационарном этапе лечения. Представляется важным своевременное выявление и коррекция депрессивного расстройства у данной группы пациентов для оптимизации терапии ОКС и улучшения прогноза больных. Следовательно, выявление психосоматических предикторов неблагоприятного течения острого коронарного синдрома делает целесообразным усиление проводимой антиангинальной терапии.

ПСИХОСОМАТИКА И КВАНТОВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ[1]

М.А.Плохова

Существуют ли болезни, вызванные психическими причинами? На этот вопрос большинство из нас ответит утвердительно.

Однако, каков механизм такой взаимосвязи? Можно ли описать эту зависимость на языке модели? Если да, то как? И каков генезис такого рода моделирования? Чем он обусловлен?

На наш взгляд, поиски модели, способной решить поставленную перед нами задачу, могут быть разного характера. Это может быть прямое создание подходящей модели по заданным образцам или обращение к арсеналу уже существующих, но еще не применявшихся по данному поводу. Мы обратимся к ресурсу междисциплинарных моделей, которые существуют на сегодняшний день и обсуждаются в рамках проблематики сознания-тела или сознания-телесности. Прежде всего нас будет интересовать квантовое моделирование.

Что мы можем обнаружить в квантовой области исследований? Прежде всего, это специфика самих квантовых объектов. Чем она интересна для нас? Для начала тем, что квантовая теория возникла на границе видимого и вполне ощутимого — классической механики Ньютона, и того, что мы напрямую уже не способны воспринимать с помощью своих органов чувств, но успешно достраиваем с помощью своего рода «протезов» — разного типа технических устройств-приборов, с помощью

[1] Работа подготовлена при поддержке РГНФ. Научное исследование по теме *«Проблема свободы в эпистемологических исследованиях творчества»*, грант № 08-03-00098а.

которых проводятся квантовые измерения. По таким в известном смысле косвенным данным мы получаем возможность достроить картину природных процессов. Сама ситуация очень напоминает ту, которую мы имеем при описании психосоматического заболевания. С одним значительным нюансом. Векторы движения анализа и предполагаемого развития событий здесь различны. Физика движется в своем развитии от классической области объектов к микроуровню — к квантовой области описания, что в нашем случае сопоставимо с движением исследования от телесного уровня в сторону психического. Так в принципе исторически и движется современная нам медицина. Однако при обсуждении психосоматической проблематики возникает вопрос о первичности психических проблем, которые затем перешли на уровень телесности. Эта зависимость сравнима с ситуацией в квантовых измерениях, когда в акте измерения над квантовой системой происходит редукция волновой функции.

Редукцию волновой функции возможно использовать в качестве модели для описания состояния зависимости телесных проявлений от психических. Важно отметить, что в качестве волновой функции в таком случае выступает не просто психическое состояние человека в какой-то момент времени, а доминирующее состояние человека, наиболее привычное для него. К примеру, приступ панического страха может вызвать у человека временный паралич. Но развитие такого заболевания как язва желудка — значительно более длительный процесс во времени и соответственно стойкий телесно закрепленный эффект более длительного хронического устойчивого патологического состояния. В качестве волновой функции в данном случае будет выступать весь ландшафт социобиографии человека, причем не с объективной точки зрения, а субъективной. То есть к биографически значимым обстоятельствам будет относиться не столько видное стороннему наблюдателю, но прежде всего то, что попадает в поле зрения самого человека и закрепляется в его психике как значимое. Например, смерть родственника может оказаться для него не столь травматична как, к примеру, смерть близкого сердцу деятеля культуры, или случайно увиденный ролик о умирающих в Африке от голода. И здесь важным оказывается как раз не особые обстоятельства жизни заболевшего человека — в таких обстоятельствах живут зачастую еще тысячи и тысячи совершенно здоровых людей, а его редуцирование, интерпретация, закрепленная на уровне простейших эмоциональных реакций. Приведем пример. Включил телевизор, посмотрел новости — отреагировал страхом за свое будущее и будущее своих детей. Пошел в магазин — увидел побирающихся стариков — организм выдал ту же привычную реакцию. Предложили новую работу — реакция повторилась (а вдруг будет хуже прежней?). И так далее. Важно то, что постоянно повторяющийся определенный тип реакции, тип редуцирования поля своего внимания со всей палитрой

субъективных состояний до одного простейшего и дает определенный тип объективации, закрепления такого поведения на телесном уровне. Огрубляя, можно сказать, что выздоровление для такого рода пациентов возможно при смене типа реагирования на жизненные ситуации. Или другими словами — модель поведения квантовой системы в акте измерения или в актах последовательно произведенных измерений может быть использована для выявления механизма зависимости и формирования определенных телесных состояний сознания и в принципе телесных изменений.

Квантовые измерения демонстрируют явление целостности на разных уровнях — самый простой мы рассмотрели, это квантовая редукция. В этой модели заостряется принципиальная множественность альтернатив, которая редуцируется до единичного случая. Также потенциальная множественность реакций психики на сопровождающую нас повседневность при сведении к одному типу реагирования приводит к заболеваниям психосоматического характера.

ПОДХОДЫ К ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Т.В.Рогачева

Известно, что терапия психосоматических расстройств должна учитывать основные факторы патогенеза: эндогенные и экзогенные. Недооценка психогенных факторов в развитии любой болезни, имеющей психосоматические механизмы, обусловливает неадекватную терапию подобных состояний.

Стоит обратить внимание на факт, что, несмотря на признание широкой научной общественностью значимости психокоррекционных и психотерапевтических воздействий при подобном диагнозе, практически отсутствуют обоснования психоконсультативной и психокоррекционной работы с подобными пациентами. На данный момент анализ имеющихся подходов психокоррекции психосоматических нарушений в детском и подростковом возрасте позволяет выделить приоритеты:

1. Рациональное сочетание индивидуальных и групповых форм работы; для подросткового возраста рекомендуется акцентировать деятельность на групповых формах работы.

2. Наиболее эффективными и успешными подходами в психотерапии и психокоррекции психосоматических нарушений в подростковом возрасте являются ориентированная на клиента терапия (К.Роджерс) и Гештальт-терапия.

3. Включение в психотерапевтический процесс (нередко, как обязательное условие) семьи пациента.

Говоря об этапах лечения психосоматических заболеваний и расстройств, можно выделить три этапа: 1 этап — неотложный, 2 этап — кратковременный и опосредующий, и 3 этап — длительный. Предлагаемый подход предусматривает на первом этапе симптоматическую терапию по жизненным показаниям, на втором этапе, после устранения кризисной ситуации — применение психофармакотерапии и психотерапии, а на третьем — только психотерапевтическое воздействие. По существу, в отечественной медицине помощь детям и подросткам с психосоматическими расстройствами начинается и заканчивается на первом этапе в условиях стационара. Слабая эффективность при таком подходе практически запрограммирована, т.к. при этом проводится только симптоматическая и седативная терапия, не учитываются компенсаторные возможности и ресурсы детей и подростков, их личностный потенциал.

Терапия, центрированная на клиенте, предложенная К.Роджерсом, особенно актуальна для подростков, поскольку имеет целью создание благоприятных условий для роста личности, распознавания факторов, препятствующих этому, и поощрение спонтанности и творческой активности клиента. Для осуществления данных целей К.Роджерс предложил так называемые Т-группы, или группы тренинга. Основными целями такого тренинга выступают: определение стиля общения участников группы, внутригруппового эмоционального климата, принятие решений на уровне группы в целом. В ситуациях, когда группа сосредоточена на индивидуальных интересах участников, целями являются: развитие самосознания, изменение социальных установок, повышение уровня социальной компетентности. Можно сказать, что Т-группа — это своеобразная обучающая лаборатория, следовательно, главный упор при проведении тренинговых занятий делается на развитие и отработку новых, качественно иных навыков межличностного взаимодействия, на обеспечение возможности разрешения проблем, не всегда решаемых в реальной жизни. Участие детей и подростков в Т-группах способствует получению знаний о социальных структурах (в частности, о семье), особенностях развития и взаимодействия в них, поиску и организации собственной социальной «ниши», осознанию потребностей и возможностей общения, повышению уровня коммуникативной компетентности.

Целью Гештальт-подхода выступает помощь в обретении человеком нового, удовлетворяющего его равновесия с окружающим миром уникальным для данной личности способом. Для осуществления данной цели необходимо помочь человеку ясно осознавать как свои ощущения, эмоции, чувства, потребности, так и сигналы, воспринимаемые от других; понимать, кто именно может удовлетворить потребность и каким образом это можно осуществить. Поэтому

Гештальт-подход занимается прежде всего ростом способности осознавать и формированием ответственности за свой выбор.

Базовыми принципами Гештальт-подхода выступают: ответственность, осознанность, актуальность.

Ответственность как основная категория Гештальт-подхода, несет в себе выбор. С данной методологической позиции Я — это то, за что я несу ответственность. Другими словами, человек есть то, что он сам из себя создал. Он, с точки зрения Гештальт-подхода, является собственным замыслом и живет, самореализуясь.

Стоит обратить внимание на этимологию термина «ответственность». В русском языке традиционно под ответственностью понимается вклад человека в определенную ситуацию. Другое значение — как способность к ответу на сигналы окружающей среды — естественно для англоговорящих, поскольку словосочетание response + ability переводится дословно как способность отвечать. В русском языке такого соответствия нет. Поэтому русскоговорящие с большим трудом понимают, в чем ответственность человека при включенности в диалог со средой.

На уровне научных дискуссий это может звучать достаточно схоластически, но когда в реальной психокоррекционной работе возникает необходимость вернуть клиента к ответственности за его состояние и переживания, выясняется, что для него любая ответственность синонимична чувству вины. Диалог со средой, совершаемый клиентом в достаточно безопасной ситуации психокоррекционной сессии, позволяет рационализировать чувство вины. С другой стороны, Гештальт-подход с большим вниманием и сочувствием встречает попытки человека избежать чрезмерного для него бремени ответственности, взять необходимое время для выстраивания и осознавания новых отношений с окружением.

Осознанность в Гештальт-подходе есть постоянная внимательность к непрерывному потоку телесных и физических ощущений, чувств, мыслей, к смене «фигур», возникающих на переднем плане на «фоне», образованном множеством переживаемых человеком фактов его жизни одновременно на телесном, эмоциональном и рациональном уровнях, в его воображении и поведении.

Речь здесь идет не о понимании, анализе или интерпретации событий, поступков и чувств, а скорее о осознавании того, как функционирует человек, как протекают процессы его приспособления к окружающей среде, интегрирования актуального опыта, как проявляются механизмы избегания и механизмы защиты. Наша реальная практика говорит о том, что большинство людей не осознают свои ощущения, переживания, модели поведения, рассматривая их как «естественные». Процесс восстановления готовности к осознаванию может быть сравнен с поведением тяжело больного человека. Когда человек надолго прикован к постели и не может ходить, он, начиная

выздоравливать и вставая с постели, будет более осмотрительным и постарается осознавать каждый свой шаг. Вернувшись к привычному образу жизни, он станет ходить как обычно, перестав обращать внимание на свои движения. То же происходит с человеком, который хотел бы восстановить свою способность к осознаванию.

Актуальность как третий принцип Гештальт-подхода означает «здесь и теперь» и подчеркивает специфическую направленность, опирающуюся на описание явлений, а не на их объяснение. В описании проявлений личности обращается внимание на важность непосредственного сиюминутного жизненного опыта вместе с сопутствующими ему телесными ощущениями, уникальными для каждого человека. Работа в режиме «теперь» никоим образом не мешает клиенту воскрешать в памяти события, тревоги, конфликты.

Психолог не побуждает клиента к внимательному исследованию воспоминаний, а предлагает как бы восстановить проблему прошлого в реальном «здесь и теперь» состоянии.

Таким образом, используя основные принципы Гештальт-подхода можно получить ясное представление о происходящем с клиентом, что позволяет развернуться контакту клиента с его переживаниями, тем самым давая возможность продвинуться от ограничивающих представлений к ценному опыту существования «здесь и теперь», что наполняет его новым смыслом.

ПЕСНОПЕНИЯ ИЕРОМОНАХА РОМАНА КАК ИСТОЧНИК ДУХОВНО- ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ И БОЛЕЗНИ

Е.Б.Фанталова

В развитии истории и культуры человечества, уже начиная с Древности, стало известным, что наиболее мощным источником воздействия на душу человека, его внутренний мир и эмоции, оказывает музыка в ее вокальном или инструментальном жанре. Особо близкой и проникновенной для понимания и принятия является жанр духовных песнопений, где непосредственно идет гармоничное слияние музыкального, поэтического и духовного начал. В наше нелегкое, насыщенное социально-психологическим стрессом и общим психическим напряжением время, как «палочка-выручалочка» появилась одна, ныне уже известная священнослужителям и мирянам, душевно-духовная песнопевческая заводь. Речь идет о поэзии и песнопениях Иеромонаха

Романа (в миру Александра Матюшина)[1]. Его имя на сегодняшний день уже достаточно хорошо известно как в православных кругах, так и в далеких от церкви светских сообществах. Диски его песнопений и книги стихов сегодня можно достать в православных магазинах Москвы и Питера, разошлись они и по всей России, стали известны за рубежом, попали теперь в Интернет. При всей разности толкования его творчества современниками, от людей гуманитарного склада и различных творческих и сложных профессий до рабочих и медсестер, и даже детей, мало кто не заметит присутствие редкого, необычного поэтического и духовного дара, который своей силой, неискусной прямотой и пронзительностью столь быстро притягивает к себе любого, кто услышит его песнопения, откроет книгу стихов. Это известно по тем многочисленным откликам и письмам, которые были опубликованы в разных отечественных православных и светских журналах, и, в частности, в приводимом ниже сборнике статей и писем, адресованных Отцу Роману[2]. В духовном православном мире известен случай с одной женщиной, когда она решила покончить жизнь самоубийством, но неожиданно включенная кем-то кассета с песнопениями Отца Романа остановила в ней это намерение. Почему остановила? Видимо потому, что она получила эмоциональную и не всегда внятно осознаваемую поддержку с другой стороны, а именно, поддержку *Свыше*, которую не поимела в миру и потому не находила выхода своим переживаниям.

Напрашивается один вопрос: «За счет каких психологических реалий песнопения Отца Романа воспринимаются нами тоже как посланный *Свыше* духовный источник? Из чего состоит этот источник?» Частично ответ на этот вопрос уже был дан — духовная искренность, прозрачность при непосредственном обращении к Богу. Возможность внутреннего вхождения в песнопения и обретение с их помощью духовной устойчивости, целостности помогают укрепиться «духовному Я», не ломая при этом суетное «наличное Я». Возникает новое ощущение спокойствия и неожиданной внутренней силы и красоты, соединяющее человека с Богом, благодаря удивительно редкому художественному «сплаву» духовной поэзии и музыки.

Даже если не ставить отдельной психологической задачи профессионального объяснения того, как песнопения Иеромонаха Романа помогают психотерапевтически, достаточно было бы сказать: «Они входят в душу, очищая, просветляя, утверждая и успокаивая ее». Какие именно песнопения? Их много и они разные по содержанию и настроению, но перечислим лишь те, которые многим представляются

---

[1] Иеромонах Роман (Матюшин). Песни русского воскресенья. http://pesni.voskres.ru/music/roman.htm

[2] Совесть России. Иеромонах Роман (Матюшин) // Приложение № 6 к Журналу «Православный летописец Санкт-Петербурга» / Сб.статей к 50-летию Иеромонаха Романа. Сост. Л.А. Ильюнина. СПб, 2005. 236 с.

наиболее близкими и потому наиболее запомнились: «В келии лампаду затеплю», «Канон преподобного Андрея Критского» («Пост с молитвой сердце отогреет»), «Пел соловей, ах как он пел», «Птах» («Исполнился мой дом нечистоты и мрака»), «Придет зима (она всегда приходит)», «Страх Господень — Авва воздержания», «Пожалей дорогой, пожалей», «Отойди, отойди, грусть-печаль», «В эту ночь, в эту ночь не уснуть, не уснуть», «Ах как я долго плыл...», «Белый храм над рекою», «Заночую в стогу», «Радость моя, наступает пора покаяния», «Белая ночь приготовила ложе на Псковщине», «Мой старый друг, когда на склоне дня...», «Родник», «Уже вечер друзья, уже вечер...»[1].

Особым по силе, глубине и удивительной внутренней согласованности, отлаженности представляется «Канон преподобного Андрея Критского», созданный Отцом Романом еще в марте 1987 года в Печорах под впечатлением прочтения текста этого канона в первые дни Великого поста. Тихо идущая откуда-то издали и постепенно наполняющая душу своей выстраданностью струя песнопения, негромкий, ровный голос Отца Романа на какое-то время так захватывает сознание, что хочется только слышать эту саму по себе духовную мелодию и голос и не вникать поначалу в содержание песнопения, в его текст... Последнее происходит спустя несколько мгновений и вызывает самые покаянные чувства[2]...

Заканчивая эту статью, приведем конкретный пример оказания психологической помощи на душевно-духовном уровне с помощью песнопения Отца Романа.

Ольга К, референт-редактор:

Искусство, искусственность, искус, искушение... — слова однокоренные. Искусство, как одно из понятий этого ряда, душа страдающая, душа, истекающая болью, не приемлет. Мне открылась эта истина в минуты горя, казалось бы, безутешного, граничащего с отчаянием. Горя, в котором личность растворена без остатка, утратила все и всяческие опоры, собственно, личностью-то перестала быть. Горя, в котором душа каменным изваянием застыла в безысходности, в шаге от самоуничтожения.

Смерть сына, тринадцатилетнего мальчика, талантливого художника... Земля буквально ушла из-под ног. Чувствовала себя, как рыба, выброшенная на берег: хватала ртом воздух, а он, вместо насыщения, только усугублял удушье. Ни классическая музыка, ни признанные шедевры поэзии не приносили облегчения: все это не про то, все это неуместно, не нужно, напрасно, не для меня и не про меня...

---

[1] Иеромонах Роман. Внимая Божьему веленью. Стихи. Духовные песнопения. Минск: Белорусский Экзархат, 2008. 544 с.

[2] Фанталова Е.Б. Психологические этюды о творчестве Иеромонаха Романа // Совесть России. Иеромонах Роман (Матюшин) / Сб.статей к 50-летию Иеромонаха Романа. Сост.Л.А.Ильюнина. СПб, 2005. С.187—196.

Но вдруг, о чудо! Звучат песнопения иеромонаха Романа. И жесточайшая боль стала утихать. Отступила, отпустила судорога души, этот внутренний спазм. Ослабило хватку отчаянное желание умереть («Ведь что мне теперь на этой земле делать?!») Возвращалось чувство жизни и, если не осознание ее смысла, как дара Божьего, то, по крайней мере, императив: необходимость, долг, крест...

Нет, этому невозможно дать словесное определение, оно в любом случае будет неточным. Но болеутоляющим может быть только подлинное слово, то, что Свыше. То, что было в начале начал... То, что не от человека и не от искусства. А потом слезы, слезы, слезы... и тихая надежда на то, что я не покинута в земной жизни, не оставлена, не забыта Богом...

Душа, подстреленною птицей,
Как жизнь, впивает словеса,
И воском от свечи струится
В ладонь горячая слеза.

КОГНИТИВНЫЙ И ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В БИОМЕДИЦИНЕ

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ИММУНОЛОГИЯ И ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА ВОСТОКА. ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

М.В.Головизнин

Растущий интерес к «восточным» аналогам знаний в современной «западной» медицине обусловлен на наш взгляд двумя факторами. Во-первых, поиском «лечебного оптимума». Бурный прогресс науки привел к тому, что мы имеем дело с возникновением все большего числа лекарственных препаратов с более широким спектром действия, направленным на достижение не столько оптимального, сколько все более сильного воздействия. Одновременно развиваются и непредсказуемые последствия лечения: аллергия, лекарственная зависимость, лекарственная непереносимость etc. Во-вторых, в последние десятилетия в мире происходило интенсивное развитие наук о регуляторных процессах в организме как в макросистеме. При этом ученые обратили внимание, что в «западной» медицине со времен естественнонаучной революции XVII—XVIII столетий во главу угла ставился индуктивный «анатомо-физиологический» подход, изучавший норму и патологию специализированных систем организма (дыхательной, пищеварительной и др.). В восточной медицине исследовательский подход к норме и патологии всегда на протяжении истории был направлен на изучение «целого» раньше его частей, то есть, понятие болезни основывалось на нарушении равновесия между частями организма, а лечение представлялось как комплекс мероприятий, направленных на восстановление баланса. Одним из примеров такого лечения является терапия «чжень-цзю», меридианы которой были изначально сугубо умопостроительными категориями китайской философии, не имевшими никакого отношения к европейской нейрофизиологии. Отождествление меридианов и точек

«чжень-цзю» — терапии с элементами нервной системы человека явилось первой попыткой интеграции «западного» и «восточного» подходов к болезни и привело к созданию «гибридного» метода иглорефлексотерапии. Бурное развитие науки о биоритмах заставляет пересмотреть некогда пренебрежительное отношение к принятым на Востоке принципам назначения медикаментов в определенные фазы астрономического состояния небесных тел.

Если анализировать соприкосновение традиционной медицины с современной наукой начала XXI века, то обращают на себя внимание два принципиальных аспекта. Первый аспект это то, что принято называть «evidence based traditional medicine», а именно, доказательство биологических эффектов «традиционных» фармакологических средств с помощью системы доказательств, принятых в современной науке, в том числе тех, которые используются при клинических испытаниях «западных» лекарств (двойной слепой контроль etc). Второй аспект связан с поиском точек соприкосновения между фундаментальными понятиями современной науки и фундаментальными понятиями традиционной медицины, а именно синтезу «западного» и «восточного» представлений о системах регуляции в человеческом организме. Так, в Монголии под руководством профессоров Б.Дагвацерена и Н.Тумурбатора разрабатываются перспективные подходы к поиску параллелей между традиционными системами регуляции тибето-монгольской медицины «rLung», «mKhris» и «Bad Kan» («ветер», «желчь» и «слизь») и нейроэндокринной регуляцией органов и систем. При этом нервная регуляция организма представляется близкой к системе «ветра», а эндокринная — к системе «желчи».

Иммунная система является третьей регулирующей и «интегральной» системой организма. Ее действие также основано на принципе равновесия. Факт наличия клеток с функцией хелперов и клеток с функцией супрессоров является иллюстрацией такого равновесия. Даже поверхностное сравнение синдромов обусловленных нарушениями «ветра, желчи и слизи», позволяет провести такие параллели. Например, «возбуждение ветра» ассоциируется с гиперреакцией иммунной системы и аутоагрессией, тогда как возбуждение «слизи» более связано с системой торможения, активацией супрессорных механизмов и большей ролью местного иммунитета кожи и слизистых оболочек. Ниже приведены рисунки, иллюстрирующие аналогию систем взаимной регуляции пяти элементов восточной медицины и системы Т-клеточных цитокинов. И в том, и в другом случае принцип регуляции заключается в прямой и обратной связи, когда один из элементов системы стимулирует активность другого, но подавляет функцию последующего. (Cehngrong Zhou и соавт. 2005 г.).

Современная иммунология на наш взгляд может явиться «мостом» между «западным» и «восточным» подходами в медицине. С одной сто-

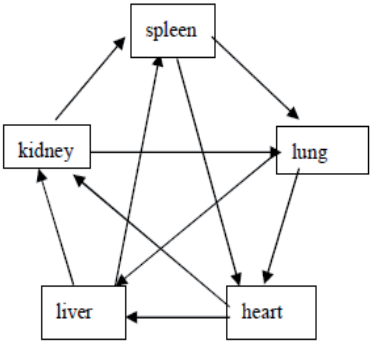


Рис 1. Пять элементов китайской медицины (Селезенка, легкие, сердце, печень, почки) Стрелки по периметру пятиугольника — стимуляция. Стрелки по периметру звезды — подавление

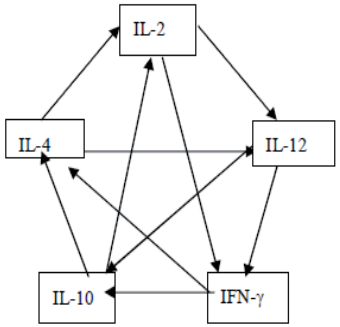


Рис. 2. Пять элементов системы цитокинов: Интерлейкины 2, 4, 10, 12. Стрелки по периметру пятиугольника — стимуляция. Стрелки по периметру звезды — подавление

роны, объектом ее изучения являются конкретные органы иммунитета, клетки и продукты их синтеза. В то же время, принцип баланса иммунологических показателей у конкретного индивида как основа нормы и принцип дисбаланса как основа иммунопатологии близок к «восточному» подходу к болезни. На этом принципе была основана теория «иммунологических мобилей», которая оказалась не вполне сопоставимой с существующей «морфо-функциональной» классификацией болезней, в частности потому, что, показатели иммунной системы человека имели высокий размах индивидуальных колебаний даже в условиях принятой «анатомо-физиологической» нормы. В связи с этим сопоставление «регуляторного» подхода к компонентам иммунной системы, принятого в современной иммунологии с «регуляторным» подходом к болезни, принятым в медицине Востока, представляется рациональным и перспективным. Гипотетически эффекты «rLung» («ветра») могут быть сопоставимы с эффектами хемокинов, «mKhris» («желчи») с эффектами «хелперных», а «Bad Kan» («слизи») — «супрессорных» цитокинов.

ЧЕЛОВЕК, ТЕХНОЛОГИИ ЕГО ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИИ И РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВО

С.Н.Гринченко

В рамках биологической и медицинской науки человека естественно рассматривать во всей совокупности его анатомо-физиологических

и психологических характеристик. В более же широком плане к последним необходимо добавить характеристики *интеллектуальные* (когнитивные). Как представляется, подобный расширенный взгляд позволяет не только получить более гармоничную и сбалансированную картину личности, но и лучше понять причины возможных дисбалансов в ее характеристиках (в частности, болезней). И если справедливо, что целью когнитивной науки должно стать создание *интегративной* картины языка, мышления и поведения человеческих существ, то выяснение вопроса, каким образом усложнялись технологии интеллектуализации человека в ходе развития Человечества, является достаточно актуальным. Типичным методологическим приемом исследования поведения некоторого объекта является рассмотрение его как элемента вмещающей его более широкой системы. В рассматриваемом случае (объект = человек) такой системой (кибернетической, самоуправляющейся, оптимизационной) является метаэволюционирующее Человечество (*метаэволюция* — процедура наращивания числа уровней/ярусов в иерархической системе в ходе ее формирования[1]). Это означает, что в ходе развития Человечества последовательно образуются иерархические подсистемы со все большей иерархической «высотой», демонстрирующие все более сложные и более оптимальные (энергетически) формы своего поведения как целого. Последнее естественным образом распространяется и на основной элемент Человечества — человека. Более того, в рамках предлагаемой концепции базисный элемент Человечества представляет собой не собственно «человека» как такового (обладающего сознанием, подсознанием и т.п.), а так называемую *человеко-аппаратурную интеллектуальную единицу* в составе человека и *средств интеллектуализации*, которыми он теоретически может овладеть, находясь в рамках соответствующей иерархической подсистемы Человечества. Здесь следует отметить, что при возникновении каждой новой подсистемы все ранее сформировавшиеся не элиминируются, а продолжают свое существование, коэволюционируя друг с другом и с Биосферой (см. табл. 1 и рис. 1).

Под «технологией интеллектуализации» базисных элементов Человечества, относящихся к некоторой его подсистеме, понимаются приемы, способы, методы, режимы, порядок, средства и т.п. формирования и функционирования этих базисных элементов, или «человеко-аппаратурных интеллектуальных единиц», в рамках данной подсистемы. При этом *аппаратурная составляющая* интеллектуальной единицы в общем случае (начиная с КОМП-подсистемы) представляет собой комбинацию «софтвера» (software), «хардвера»

[1] Гринченко С.Н. Метаэволюция (систем неживой, живой и социально-технологической природы). М.: ИПИРАН, 2007. 456 с.; см. также http://www.ipiran.ru/publications/publications/grinchenko/book_2/

(hardware) и «брэйнвера» (brainware), иначе говоря: *памяти (баз данных) + аппаратной основы + алгоритмов преобразования информации*. Аналогично в ее *«человеческой» составляющей* (по крайней мере, для человека, находящегося в *сознании*) целесообразно выделить подобную же комбинацию, а именно: *продуктивную личностную память+работоспособную психику+приемлемый уровень мыслительной деятельности*.

Таблица 1. Основные характеристики подсистем Человечества

№	**Базисный элемент (человеко-аппаратурная интеллектуальная единица)**	**Доминирующий носитель информации**	**Доминирующая форма памяти/ антропогенной памяти**	**Расчетное время начала [лет назад, г.]**
1	ПСЕВДО-гоминиды (Hominoidea) + ПСЕВДО-сигнальные позы	ПСЕВДО-позы	ПСЕВДО-память ПСЕВДО-гоминид	~28,2 млн.
2	КВАЗИ-люди (Homo erectus/ ergaster) + КВАЗИ-мимика/жесты	КВАЗИ-жесты	КВАЗИ-память КВАЗИ-людей	~1,86 млн.
3	ЭВРИ-люди (Homo sapiens) + ЭВРИ-речь/язык	речь/язык	память ЭВРИ-людей	~123 тыс.
4	АГРО-люди + АГРО-письменность	письменность (рукописный текст)	память рукописей	~8,1 тыс.
5	ПРОМ-люди + ПРОМ-средства тиражирования информации	книги и т.п.	память клона тиражированных текстов	~1446 г.
6	КОМП-люди + КОМПьютеры	компьютерная аппаратура	локальная электронная память	=1946 г.
7	КОСМ1-люди + КОСМ1-сети	сетевая аппаратура	распределенная электронная память	~1979 г.
8	КОСМ2-люди + КОСМ2-нано-аппаратура	КОСМ2-нано-аппаратура	КОСМ2-нанопамять	~1981 г.
...	...	...	...	~1981 г.

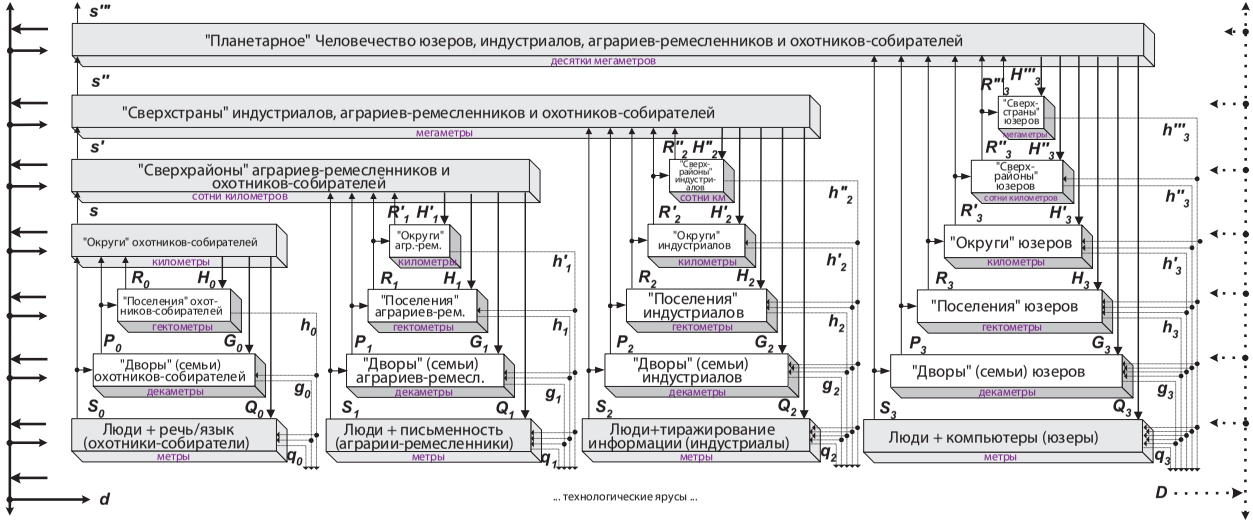


Рис. 1. Схема системы Человечества, характерная для периода с 1946 г. по 1979 г.

Важно подчеркнуть, что технологии интеллектуализации развиваются не обособленно, а в триединстве с инфраструктурно-коммуникационными и рабочими технологиями, образуя *информатико-управленческие технологии* развития Человечества (под коммуникацией здесь понимается передача информации не только между людьми, осуществляемая при помощи различных средств — речи, символьных систем, систем связи, — но и внутри человеко-аппаратурных интеллектуальных единиц). При этом характерный размер разрешения (достигаемая точность) рабочих технологий в ходе личностно-социально-технологической метаэволюции Человечества последовательно измеряется все меньшими и меньшими линейными размерами, а протяженность инфраструктурно-коммуникационных — соответственно все большими и большими. Таким образом, в последние десятилетия человек (в потенции) является уже не только продуктом (реализацией) своей биолого-психической и «социально-технологической» составляющих, но более сложной комбинацией всего перечисленного плюс интеллектуально-аппаратурного его окружения (антропогенного характера). Чего нельзя сказать о людях, живших в более ранний период развития Человечества. Поскольку очевидно, что подобная интеллектуализация аппаратурного окружения человека оказывает весьма значительное влияние на его «биолого-психико-социально-технологическую» составляющую (три последние компоненты которой также претерпевают в последние годы существенные изменения и расширения), отсюда следует, что при изучении современного человека этот факт не следует недооценивать. В рамках предлагаемой концепции удается также сформулировать требования к интеллектуальному (образовательному) уровню человеческого компонента человеко-аппаратурных интеллектуальных единиц, которые и должны реализовывать соответствующие подсистемы Человечества[1]. Так, для начала формирования ПРОМ-подсистемы достаточно начального (с *сегодняшней* точки зрения) образования, КОМП-подсистемы — среднего. Выход в Околоземной Космос для формирования КОСМ1-подсистемы требует уже уровня современного кандидата наук или PhD, следующий шаг (в Ближайший Космос) для формирования КОСМ2-наноподсистемы — доктора наук, дальнейший шаг (в Ближний Космос — сферу планет земной группы) — гипотетического «сверхдоктора» наук, и т.д. Итак, рассмотрение Человечества как кибернетической оптимизирующейся системы дает возможность взглянуть на него в новом ракурсе и получить тем самым некоторую новую информацию (не только качественную, но и количественную) о ходе его исторического развития и основных характеристиках. При-

[1] Гринченко С.Н. Homo eruditus (человек образованный) как элемент системы Человечества // Открытое образование. 2009. № 2. С. 48-55.

чем информацию и о собственно Человечестве в целом, и о *людях*, его слагающих на каждом этапе развития — не только исторического характера, но и прогноз на будущую перспективу.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОДХОДА ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

А.А.Ильин

Современный врач получает диплом в 23—25 лет. Работает 30—35 лет, обычно пройдя за эти годы 5—7 циклов усовершенствования. При существующей системе усовершенствование врача касается только его профессиональной специализации и чаще всего совсем не затрагивает фундаментальной переподготовки специалиста. Профессиональная подготовка, которую дает врачу высшая школа, должна быть фундаментальной, а не специализирующей. Ни одно высшее медицинское учреждение не выпускало готового к практике терапевта или хирурга, стоматолога или педиатра — они станут специалистами через 10—15 лет работы и усовершенствования по специальности. Но оно должно (просто обязано) дать фундаментальную медицинскую подготовку, способную быть основой для специализации и переподготовки врача, включающую знание современных методов лечения. С нашей точки зрения, наиболее эффективно с этой задачей справится Интегральная модель Кена Уилбера.

Основой в данной модели является система AQAL (произносится: «аквал») — основа интегрального подхода Кена Уилбера. AQAL обозначает «all quadrants all levels» («все квадранты все уровни»). Модель описывает четыре категории, которые, по мнению Уилбера, необходимо учитывать в любой интегральной модели. Первый сектор (верхний левый) — индивидуальный внутренний (субъективное исследование предмета), индивидуальный внешний (верхний правый) — объективное исследование предмета, коллективный внутренний (нижний левый) субъективное исследование культурных отношений, и коллективный внешний (нижний правый) — объективное исследование социальных групп, например, теория систем. В каждом секторе существуют линии развития, которые присутствуют в этих секторах (например, в психологии развития это линия когнитивного развития, эмоционального, физического) и уровни развития, которые касаются данного предмета.

Верхний правый модуль. Это уровень традиционной медицины. Человек и болезнь рассматривается как физический объект. Данный подход хорош в лечении неотложных состояний (острая хирургическая патология, травмы). Не будем забывать, что это всего лишь

один сектор, и даже физическая модель в интегральном подходе рассматривается с точки зрения всех секторов.

Верхний левый. Мы хорошо понимаем, что внутренний настрой пациента — один из путей к выздоровлению пациента. В рамках данного уровня врач может научить основам визуализации больного органа (созидающая или созидательная визуализация является таким способом использования человеческого воображения, который позволяет путем мысленной визуализации не только создавать (программировать) мыслеобразы — мыслеформы всего, что только можно пожелать, но и получать желаемое). Данные техники больной сможет использовать как вспомогательные при лечении в дальнейшем.

Нижний левый сектор. Каждый человек не замыкается личностными рамками, а находится в социуме. Врачу приходится сталкиваться с представителями различных культур, что, в свою очередь, требует высокого культурного уровня для врача и знания культурных традиций. Поскольку часто однотипное лечение действует по-разному на представителей разных культур, то следует стараться располагать совместно представителей схожих культур. Следует проводить совместные занятия для людей, имеющих схожие особенности организма. Так, в настоящее время уже существуют школы для больных диабетом, гипертонической болезни. Необходимо расширить список существующих при больницах школ.

Нижний правый сектор. Он затрагивает все материальные, экономические и социальные факторы, которые почти никогда не рассматриваются как часть причины болезни, но они играют причинную роль и в отношении расстройства, и в его исцелении. Это является одним из центральных вопросов, поскольку все события рассматриваются с точки зрения четырех секторов. Современная экономическая ситуация, лишь провоцирует развитие болезни, так например, вспомним скученность, темные стены в палатах. С точки зрения интегрального подхода необходимо использования альтернативных методов лечения — таких, как: цвето-, хромо- или звукотерапии, обязательное наличие у каждого больного своего личного пространства для выполнения данных методик. Это в свою очередь позволит уменьшить пребывание пациента в больнице, а значит, даст определенный положительный экономический эффект.

Полноценное медицинское лечение будет эффективным лишь при всесекторном и всеуровневом подходе: каждый сектор или измерение — я, мы и оно — имеет физические, эмоциональные, ментальные и духовные уровни, или волны, и поистине интегральное лечение будет учитывать все эти реальности. Данный тип интегрального лечения не только более эффективен, он по этой причине еще и более экономичен — и именно поэтому даже организационная медицина более пристально его сейчас рассматривает.

ЭНАКТИВИЗМ КАК СПОСОБ САМОКОНСТРУИРОВАНИЯ И САМОИЗЛЕЧЕНИЯ[1]

Е.Н.Князева

В современной эпистемологии набирает силу концепция энактивизма (enactive cognition). С позиции энактивизма субъект познания, или когнитивный агент, будь то человек, или живое существо, рассматривается как активный и интерактивный: он активно встраивается в среду, его когнитивная активность совершается посредством вдействования в среду. Познание, и восприятие, и мышление, сопряжено с действием.

Концепция энактивизма имеет важные следствия для медицины и медицинской этики. Почему? Во-первых, потому что в медицине, как и во многих других сферах научной, гуманитарной и социальной деятельности, приобретает все большее значение *когнитивный подход.* Человек действует, познавая окружающий мир, а сами способности человека познавать мир, когнитивные и креативные способности, изучаются эпистемологией, а в более широком смысле когнитивной наукой, философской составляющей которой является эпистемология. Изучаются не только рациональные, но и внерациональные факторы поведения человека, не только логика, но и интуиция, догадка, внутреннее чутье. Реально действующий человек — это субъект с ограниченной рациональностью (bounded rationality). Древняя философская мудрость «Познай самого себя!» на протяжении всей человеческой истории была сопряжена с медицинской мудростью «Врач, исцели самого себя и ты исцелишь тогда своего больного!».

Во-вторых, потому что в медицине приобретает первостепенную значимость системный, целостный, интегральный подход. Сегодня все чаще говорят о холистической медицине. Холистическим можно назвать такой подход к лечению пациента, когда рассматривается а) целостность органов и функциональных систем организма — внутренняя соматическая целостность, б) взаимозависимая синергийная связь сознания и тела (психосоматика), а также в) связь человека с природной и социальной средой (микро- и макросоциумом). Энактивизм также строит целостную картину когнитивных процессов, в которой мозг как часть тела, само тело как инструмент познания, ищущий и познающий отелесненный разум и познаваемая им окружающая среда, когнитивное усилие как активное действие рассматриваются во взаимно обусловливающей, синергийной связке.

В-третьих, потому что новые биомедицинские технологии направлены не столько на поддержание здоровья человека, сколько на его активное конструирование, на борьбу со старением и усиление деятельности человеческого тела и мозга, улучшение психического и душевного самочувствия, на добавление активных и плодотворных

[1] Исследование проводится при поддержке РГНФ (10-03-00686а).

лет к долгой человеческой жизни. Энактивизм близок конструктивистскому направлению в эпистемологии. По сути дела, он является воплощением конструктивизма в его новой и активной форме. Недаром энактивизм часто выступает как радикальный конструктивизм по аналогии с радикальным конструктивизмом Э. фон Глазерсфельда.

Энактивизм опирается на междисциплинарные или трансдисциплинарные области знания, такие, как эволюционная эпистемология как форма натурализованной эпистемологии, которую в обозначенном нами аспекте продолжает развивать Ф.Вукетич, кибернетика второго порядка (Х. фон Ферстер), теория автопоэтических систем (У.Матурана, Ф.Варела, Н.Луман), теория сложных адаптивных систем (С.Кауфман) и теория самоорганизованной критичности (П.Бак), синергетика (Г.Хакен) и т.п. Энактивизм вбирает в себя ряд концептуальных новшеств, которые возникли в этих областях, в частности понятие автопоэзиса как самопроизводства и самотворчества сложной организации, понятие операциональной замкнутости и понятие структурного сопряжения систем. У истоков энактивизма как нового направления в эпистемологии и когнитивной науке стоял, прежде всего, Ф.Варела. Новое представление об энактивности познания (enacted cognition) развивалось им наряду с представлениями о телесности и ситуационности познания (embodied and situated cognition)[1]. Сейчас эти представления продолжают развиваться его коллегами и соавторами У.Матураной, Э.Рош, Э.Томпсоном, а концентрированно в плане энактивизма — американским философом А.Ноем.

Энактивизм развивается в русле натурализованных версий эпистемологии, т.е. с опорой на достижения естественных наук. В рамках парадигмы энактивизма открывается возможность перекрыть брешь между науками о жизни (life sciences), такими, как теория биологической эволюции, нейрофизиология, теория психомоторного действия, и философской теорией познания, и понять жизнь, познание и работу ума в их гармоничном содружестве и в их отношении к феноменологическим исследованиями личного опыта и субъективности человека (такого рода попытку предпринимает в своих недавних исследованиях Э.Томпсон).

Основные идеи энактивизма таковы.

1) Знания не пассивно приобретаются организмами как когнитивными агентами, но активно строятся ими. Познание направлено на организацию мира опыта, а не на открытие онтологии мира, объективной реальности.

2) Системы как целостности взаимодействуют с элементами среды, которые возникают вместе с ней, и пребывают в процессе

[1] См.: Varela F.J., Thompson E., Rosch E. The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience. Cambridge (MA): The MIT Press, 1991 Cambridge: MIT Press, 1991. (7th printing 1999).

становления и трансформируются в отщеплении фрагментов среды и превращении их в свою среду.

3) Среда, в которой существует живая система, возникает вместе с системой, и все, что применимо к системе, применимо и к более широкому ее окружению (сродство системы и ее среды, их структурное сопряжение).

4) Основное свойство целостной системы — сохранение ее идентичности. Последнее есть результат ее спонтанной организации как структурно-детерминированной сущности, а не результат внешнего диктата или поставленной для нее извне цели. Поддержание идентичности системы является результатом ее рекурсивного взаимодействия со средой. «Поведение — это не то, что делает живой организм, а то, что возникает в столкновении организма и среды»[1].

5) Не только опыт определяется внешним миром, но познаваемый нами мир нашим опытом. Энактивизм требует включения наблюдателя в наблюдаемый мир и рассмотрение мира с позиции внутреннего наблюдателя, возможности познания мира которым определяются, в том числе, его телесной организацией и его мезокосмической определенностью. По словам Матураны, «все биологические процессы протекают как циклическая рекурсивная динамика, через которую живые системы возникают как исторические сингулярности»[2].

6) Восприятие понимается в его синкретичной связи с действием, концептуализацией, моторной активностью (активностью тела) и активностью ума. Познавательная активность связана с «тонкой настройкой» познающей системы, с непрекращающейся модификацией адаптивных когнитивных стратегий в коэволюционных ландшафтах. Концептуализация есть динамический процесс конструирования и реконструирования понятий. Персептивная активность сознания зависит от характера действия и движения мысли. Восприятие есть некий вид мыслительной активности. Модель восприятия — это касание, а не видение или слушание. Восприятие — это не процесс, происходящий в мозге, а некий вид умелой активности тела, встраивающегося и вдействующегося в осваиваемую им среду. Восприятие — это не то, что случается с нами или в нас, а то, что мы делаем.

Таким образом, энактивизм фокусирует свое внимание не на внешней реальности, которая может лежать за пределами нашего когнитивного горизонта, а на самих когнитивных системах как самореферентных, операционально замкнутых, автопоэтичных, организующих внешнюю среду как продолжение самих себя. Энактивистская парадигма строит принципиально целостный, недуальный

---

[1] Maturana H.R. The Biological Foundations of Virtual Realities and Their Implications for Human Existence. // Constructivist Foundations. 2008. Vol. 3.2. P. 111.

[2] Maturana H.R. Self-consciousness: How? When? Where? // Constructivist Foundations. 2006. Vol. 1.3. P.92.

и динамичный, процессуальный взгляд на познание и действие, тело и сознание, подвижку в психике и моторное действие, познающего организма и познаваемую им среду, субъекта и объекта познания.

Здоровье с точки зрения современных представлений 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 энактивными 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.

В качестве примера приведу результаты недавних исследований в интересной области — психонейроиммунологии рака, полученные американскими учеными[2]. Исследовалось влияние факторов стресса и нарушения регуляции иммунной системы на лечение рака кожи, такого агрессивного, как меланома, и рака груди. Иммунитет — это сложнейшая саморегулирующаяся система организма. За возникновение болезней и возможность их излечения ответственны сложные комплексы причин, внутренних (генетическая предрасположенность, нарушения

---

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

[2] См.: Kiecolt-Glaser J.K., Robles T.F., Heffner K.L., Loving T.J. & Glaser R. Psycho-oncology and Cancer: Psychoneuroimmunology and Cancer URL :http://annonc.oxfordjournals.org/content/13/suppl_4/165.full.pdf

иммунитета и т.д.) и внешних (стресс как эустресс и дистресс и т.д.). Заболевание и способность исцелиться обусловлены вероятностно, тем не менее здесь можно выявить некоторые закономерности.

Авторы исследования приходят к выводу, что психосоциальные и психосоматические факторы могут влиять на регенерацию ДНК в поврежденных клетках. Стресс может оказывать прямое воздействие на канцерогенез через изменения в процессе восстановления ДНК и влиять на способность дать специфический или врожденный ответ на уничтожение растущих измененных клеток или полностью злокачественных клеток. Определенная группа пациентов, проходившая лечение после хирургического иссечения злокачественной меланомы I и II степени, получила дополнительную психологическую поддержку. С ними были проведены по поводу их здоровья определенные образовательные мероприятия, повышена их способность эффективно решать жизненные проблемы, полноценно отдыхать, расслабляться, позитивно относиться к жизни. В контрольной группе пациентов таких мероприятий не проводилось. В итоге в группе, получившей психологическую поддержку, наблюдалось лучшее выздоровление, а в контрольной группе, напротив, более высокая смертность. У пациентов первой группы были подстегнуты собственные процессы регенерации, у них существенно увеличился процент клеток естественных киллеров (natural killers).

Итак, мобилизация своих внутренних сил, энактивизм в познании самого себя, в организации своей деятельности и своей социальной среды является способом самоконструирования и самоисцеления. Так манифестирует себя автопоэтичность сложного человеческого организма.

КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ «ПОЛЕНЕЗАВИСИМОСТЬ-ПОЛЕЗАВИСИМОСТЬ» И СВЕТОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ИНДИВИДОВ С НОРМАЛЬНЫМ ЗРЕНИЕМ И С МИОПИЕЙ

Р.А.Мухамадеев

Любые исследования сенсорных функций сопряжены с человеческим фактором, оказывающим влияние на конечный результат исследования. Для того чтобы свести к минимуму влияние квалификации исследователя на конечные результаты используются общепринятые методики и стандарты, благодаря которым сохраняется воспроизводимость исследований различными научными группами. Однако, со стороны испытуемого, в любых психофизических исследованиях существенную роль играют индивидуальные особенности восприятия испытуемым сенсорной информации, особенно близкой к пороговой.

С середины XX века, принято рассматривать стратегии обработки сенсорной информации, формы работы с ней, взаимодействие человека с его сенсорным окружением, как варианты различных индивидуальных подходов, названных когнитивными стилями.

Целью представленной работы было изучение особенностей пространственного распределения световой чувствительности (СЧ) и различий между индивидами по когнитивному стилю «поленезависимость-полезависимость» («ПнЗ-ПЗ») у людей с нормальным зрением и с миопией. Согласно общепринятому подходу к этому когнитивному стилю, поленезависимые люди больше ориентированы на внутренние ощущения, они руководствуются собственными критериями оценки сенсорной информации, опираются на свой собственный опыт. Полезависимые индивиды имеют противоположные качества: для них определяющим является внешнее окружение, они более чувствительны к внешним условиям (Холодная, 2004).

Не менее важной проблемой современной физиологии зрения и офтальмологии является все увеличивающееся количество близоруких людей. Близорукость (миопия) приводит к социальным, профессиональным ограничениям для конкретных индивидов, считается одной из причин инвалидизации по зрению.

В исследовании приняли участие 64 добровольца с нормальным зрением без каких-либо офтальмологических проблем, средний возраст выборки составил 20.7±1.7 лет (средняя±стандартное отклонение, здесь и далее). А также 36 человек с миопией слабой и средней степени, средний возраст 20.7±0.9 лет.

Комплекс офтальмологических исследований включал процедуры по стандартным методикам (Волков с соавт., 1976; Шамшинова, Волков, 1999; Johnson, 1996). Исследовали клиническую рефракцию, остроту зрения, измеряли передне-задний размер глазного яблока. Исследование СЧ осуществляли с помощью автоматического периметра HFA II-750i (Carl Zeiss Meditec, Inc.; США). Пороговые значения СЧ оценивались в пределах от 51 до 0 дБ: 0 дБ соответствует яркости порогового стимула 10000 асб, сдвиг яркости на 1 дБ соответствует изменению яркости на 0.1 лог. ед. При анализе полученных данных рассматривали средние величины СЧ в различных концентрических областях поля зрения: макулярная — до 5° от точки фиксации (5 тестовых точек), перимакулярная — 5—15° (12 точек), парамакулярная — 15—25° (36 точек), парацентральная — 25—30° (24 точки), средняя периферия поля зрения — 30—50° (36 точек), дальняя периферия — 50—65° (24 точки). Для определения поленезависимости-полезависимости использовали методику Г.Уиткина, основную на так называемых «включенных» фигурах Готтшальдта (Козловский, 2005). По результатам обнаружения в 30-ти замаскированных фигурах одной из 5-ти эталонных рассчитывали индекс поленезависимости-полезависимости.

Распределение большинства полученных данных не соответствовало нормальному (согласно критерию согласия Колмогорова-Смирнова), вследствие чего при статистическом анализе результатов мы использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Все исследования были проведены в соответствии с требованиями Хельсинкской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации по этическим принципам проведения научных медицинских исследований с участием человека (2000 г.).

Средняя острота зрения у нормальных индивидов оставила 1.78±0.24 и 1.71±0.27 для ПнЗ и ПЗ испытуемых (p=0.26). При миопии острота зрения с коррекцией аметропии соответствовала 1.48±0.23 и 1.45±0.20 (ПнЗ и ПЗ, p=0.77). При сравнении остроты зрения для ПнЗ-нормы и ПнЗ-миопии и для ПЗ-норма и ПЗ-миопии наблюдали статистически достоверные различия (p=0.0003 и p=0.001).

По клинической рефракции ПнЗ и ПЗ-индивиды с нормальным зрением укладывались в пределы физиологического астигматизма (—0.17±0.34 и 0.04±0.38 дптр). Среди миопов ПнЗ-испытуемые имели меньшую степень близорукости, чем ПЗ-миопы (—2.13±0.71 и —3.44±1.22 дптр, p=0.0005). Размеры глазного яблока у ПнЗ-индивидов с миопией были меньше, чем у ПЗ-миопов: 23.73±0.83 и 24.44±0.56 мм (p=0.02).

При анализе распределения СЧ по полю зрения наблюдали снижение СЧ от центра поля зрения (5°) к периферии (50-65°). При этом у ПнЗ-индивидов с нормальным зрением суммарное значение СЧ во всех концентрических областях было выше, чем у нормальных ПЗ-индивидов: 34.22±1.47 и 34.00±0.91 дБ — 5°, 19.04±2.60 и 18.90±1.72 дБ — 50—65°. Тоже самое наблюдали у индивидов с миопией — у ПнЗ-испытуемых СЧ была выше во всех концентрических областях, за исключением крайней периферии: 34.22±1.89 и 33.93±2.00 дБ — 5°, 25.18±2.00 и 24.91±1.88 дБ — 30-50°, 17.66±2.84 и 18.28±2.29 дБ — 50—65°. Однако, не смотря на явную тенденцию более высокого уровня распределения СЧ по полю зрения у ПнЗ-индивидов относительно ПЗ-индивидов и с нормальным зрением и с миопией, все различия были статистически не достоверны (p>0.05). Можно предполагать, что отсутствие достоверных различий по средним величинам СЧ в отдельно взятых областях поля зрения не отражает реальной картины особенностей распределения СЧ по полю зрения у ПнЗ и ПЗ индивидов, как с нормальным зрением, так и с миопией. Определяемое по средним показателям СЧ превосходство ПнЗ-индивидов над ПЗ-индивидами возможно скрывает выраженные различия по локальной СЧ. В дополнение к этому, возможно, для выявления этих скрытых различий необходимо изучить более наполненную выборку.

На основании результатов нашего исследования мы пришли к следующему заключению. Безусловно, одним из факторов, оказывающих

влияние на конечный результат исследования СЧ по стандартной клинической методике, является то, чем руководствуется испытуемый при восприятии порогового стимула. Обращенность индивида к внешней установке на восприятие сенсорной информации, т.е. проявление полезависимости, приводит к некоторой потере чувствительности. Это свойство является универсальным, характерным как для нормальных людей, так и для индивидов с миопией, и проявляется не только для такой базовой функциональной характеристики зрительной системы, как световая чувствительность, но и для более интегральной, такой как острота зрения. Если у нормальных ПЗ-испытуемых характерно лишь некоторое снижение величин определенных зрительных функций, то для миопов полезависимость также может быть связана с прогрессированием близорукости. Можно предполагать, что поленезависимый стиль восприятия сенсорной информации удерживает развитие близорукости, вызванной какими-либо другими причинами, на уровне миопии слабой степени. Несомненно, влияние психофизиологических особенностей на восприятие сенсорной информации намного шире, чем мы попытались рассмотреть в своей работе, и заслуживает дальнейших, более подробных исследований.

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО РЕСУРСА МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ НБИК

Т.В.Новикова

Аббревиатура НБИК обозначает область научных исследований, основанных на объединении нано-, био-, инфо-, когнитивных наук и технологий[1]. Информационный ресурс медицины складывается из четырех компонент: официально оформленное знание практической медицины; сведения, рекомендуемые для обоснования решений и заключений; архивы историй болезни; теоретические знания. К первому типу относятся классификации болезней, справочники, руководства, инструкции и стандарты. Второй образует библиотека доказательной медицины: обобщенные результаты клинических испытаний, научно обоснованные руководства по использованию лекарственных средств и соответствующие клинические рекомендации. В теоретической части представлены знания о системных механизмах жизнедеятельности и узкоспециализированные медикобиологические знания.

[1] Ковальчук М.В. Российский научный центр «Курчатовский институт». Конвергенция технологий и наук — основа нового технологического уклада. URL: http://www.festivalnauki.ru/node/94/ (дата обращения 29.03.2010).

В настоящее время дисбаланс между объемом информации и возможностями ее анализа клиницистом резко усилился[1]. Среди множества проблем, образующих данную ситуацию, обозначим следующую. Предположим, что все из перечисленных выше ресурсов представлены в виде отсканированных текстов и доступны для просмотра с персонального компьютера. Однако предлагаемые сегодня информационные системы позволяют делать это путем отбора по ключевым словам, что вносит в получившуюся выборку много «мусора» и часто не включает нужные материалы[2]. Такой способ извлечения информации неприемлем для принятия медицинских решений в реальном масштабе времени особенно, когда требуется индивидуальный подбор терапии. Причина — слабая структурированность медицинского знания с точки зрения поиска релевантной информации. Это относится к архивам историй болезни, где можно найти разнообразные случаи с тончайшими различиями состояний и соответствующих лечебных вмешательств с успешными или отрицательными исходами. Другой подобный источник — доказательная медицина, призванная обеспечивать врача количественными данными о преимуществах той или иной терапии. Однако извлечь такую информацию из имеющихся справочников чрезвычайно трудно[3]. По сути, мы имеем проблему Data Mining[4] (DM) или, точнее, Text Mining[5] (TM) в сфере принятия медицинских решений. Термины DM и TM дословно означают «добыча, раскопки, извлечение данных». Предполагается, что добываются данные из различных информационных ресурсов, где они находятся как в месторождении полезных ископаемых, и требуется специальная технология, чтобы извлечь из этих данных информацию. В медицине ситуация усложняется еще и тем, что накопленный за многие годы в архивах историй болезней ресурс представлен на естественном языке и, как правило, в рукописном виде. Тем не менее, реальные возможности решения проблемы существуют. Сосредоточены они в современных информационных технологиях, инструментальные средства которых все более приближаются к способностям интеллекта: распознавание и

[1] IV Международная научная конференция «Системный анализ в медицине» (САМ 2010): Приглашение. URL: http://people.amursu.ru/cfpd/win/info.html (дата обращения 07.05.2010).

[2] Cognitive Technologies. «Связь-Экспокомм 2009»: Технология автоматического понимания содержания документов. URL: http://www.mskit.ru/news/n60867/ (дата обращения 29.03.2010).

[3] Доказательная медицина. Ежегодный справочник. М.: Медиа Сфера, 2002. С. 1400.

[4] Дюк В. СПИИРАН. Data Mining – состояние проблемы, новые решения. URL: http://inftech.webservis.ru/it/database/datamining/ar1.html/ и др. (дата обращения 13.05.2010).

[5] Линючев П. Text Mining: современные технологии на информационных рудниках. PC Week/RE. 2007. № 6. URL: http://www.pcweek.ru/themes/detail.php?ID=82081 (дата обращения 13.05.2010).

преобразование рукописного текста в цифровой формат[1], выделение смысловых элементов и ключевых слов, классификация и сопоставление текстовых документов.

Представим себе работу врача с медицинскими информационными ресурсами. Основной ресурс — архив историй болезней (ИБ). Архив может быть подготовлен путем сканирования бумажных рукописных ИБ в электронный формат и обработан программой распознавания текстов так, чтобы средствами Text Mining из ИБ можно было извлекать требуемые элементы. Состояние пациента фиксируется в формате ИБ, симптомы ранжируются и полученная форма используется как запрос.

Цель запроса — отобрать из архива ИБ наиболее близкие к рассматриваемому случаю, с тем, чтобы выбрать тот из них, который в наибольшей степени удовлетворяет условиям вывода по аналогии[2]. Соответствующее описание лечебно диагностического процесса рассматривается как первое приближение плана ведения пациента. Для уточнения плана врач может обратиться к теоретическим знаниям, используя свои когнитивные возможности и системное мышление[3] так, чтобы максимизировать уверенность в благоприятном исходе[4]. Количественно оценить риски он может с помощью доказательной медицины, которая накапливает сведения о статистически значимых преимуществах и недостатках медицинских вмешательств, полученные в результате клинических испытаний. Заметим, что использование разнотипных информационных ресурсов требует от врача разных способов рассуждений. В работе со справочниками и руководствами объект классифицируется по совокупности признаков. Доказательная медицина требует размышлений в категориях статистики. В работе с архивом ИБ основным мыслительным действием является узнавание по аналогии. Узкоспециализированные медицинские знания используются в режиме логического вывода. Знания о системных механизмах жизнедеятельности эффективны для формирования целостного взгляда на состояние пациента. Врач мысленно выстраивает скрытый за клиническими проявлениями паттерн патологического процесса и сопоставляет его с системными представлениями об организме. Здесь

---

1 ABBYY FineReader. Интеллектуальное распознавание текстов! URL: http://www.abbyy.ru/finereader (дата обращения 17.05.2010).

2 Дун Е.М. Выводы по аналогии и их место в диагностике // Бюллетень сибирской медицины. 2003. № 2. С. 53 55.

3 Новикова Т.В. Системная когнитология в медицине : Материалы IV научной конференции «Системный анализ в медицине» // Информатика и системы управления. 2010. №2. С. 10-13. URL: http://www.khstu.ru/rus/ics/ics_sod/N24_sod.htm (дата обращения 19.05.2010).

4 Орлинский Д., Борейко А. МИС и минимизация врачебной ошибки // PC Week Doctor. 2009. №1 (5). URL: http://www.pcweek.ru/themes/detail.php?ID=118392 (дата обращения 13.05.2010).

мыслительная деятельность осуществляется методом системного подхода. В результате всевозможных информационно-аналитических действий можно достичь максимально точного приближения плана лечения к особенностям конкретного больного.

Таким образом, имеются предпосылки для реализации ресурсоэффективных технологий в задачах индивидуального подбора терапии с учетом бесконечного разнообразия проявлений жизнедеятельности в норме и патологии. Информационные технологии обеспечивают эффективное использование информационных ресурсов, когнитивные технологии — интеллектуальных. В целом просматривается ассоциация с задачей различения клинических ситуаций на уровне «Нано». В контексте НБИК получаем следующие интерпретации. Проблема сосредоточена в биологическом объекте (Б). Для ее решения используются информационные ресурсы и технологии (И). Когнитивные технологии обеспечивают интерфейс между врачом и компьютерной системой[1], который усиливает возможности интеллекта в работе с большими объемами неструктурированной информации.

КОГНИТИВНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ СОЗНАНИЯ

В.П.Седякин

В своем докладе[2] Д.И.Дубровский рассмотрел актуальную проблему конвергенции NBIC — нанотехнологий, биотехнологий, информационных и когнитивных технологий. Актуальность подтверждается на примере информационных систем, в которых используются когнитивные технологии[3]. В докладе рассмотрены возможности формирования единой концептуальной структуры информационно-когнитивных понятий на основе расширенной компьютерной метафоры. На основе модели памяти Аткинсоном и Шифриным[4] показано влияние «компьютерной метафоры». Т.е. в ней воспроизводится черты архитектуры современных компьютеров с точки зрения организации памяти, которая в компьютере включает в

---

1 Величковский Б. Наука: технологии-когнитивные-развитие. URL: http://www.cogsci.ru/docs/BMV_191207.doc (дата обращения 19.05.2010).

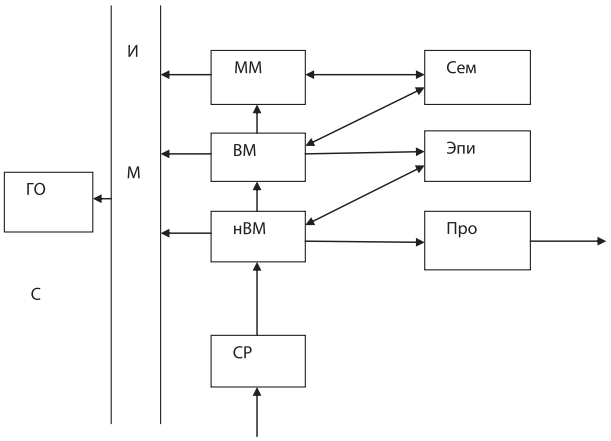
2 Дубровский Д.И. Междисциплинарные проблемы конвергенции нанотехнологий, биотехнологий, информационных и когнитивных технологий // Материалы V Российского философского конгресса «Наука. Философия. Общество». Новосибирск.

3 Тихонов А.Н.,. Иванников А.Д, Соловьев И.В., Цветков В.Я. Основы управления сложной организационной системой. Информационный аспект. МАКС Пресс, 2010; Башмаков А.И., Башмаков И.И. Компьютерные обучающие системы. М.: Высшая школа, 2004.

4 Солсо Р. Когнитивная психология. М. 2006.

себя оперативную и долговременную. Зрительные и слуховые паттерны после обработки преобразовываются в различную информацию, которая в долговременном хранилище хранится в определенных типах памяти. В эпизодической — хранится автобиографическая информация, в семантической — знания об окружающем мире и информация, необходимая для использования речи, в декларативной (эксплицитной) — факты и события, а в процедурной (имплицитной) — навыки и умения. В последних моделях эпизодическая память объединяется с декларативной. Обозначим С — сенсорные стимулы, **П** — паттерны. Кроме того в силу «слитного» хранения в памяти информации и знаний введем «слитное» когнитивное понятие «информация-знания» и обозначим как **И-З**. Тогда отношения когнитивных понятий можно выразить в виде верхней строки на рис. 1 ниже, на котором также расположим и отношения информационных понятий данные-информация — знания (**Д-И-З**):

Из схемы рис. 1 очевидна затруднительность формального соотнесения когнитивных и информационных понятий: нейронные стимулы (возбуждения) трудно назвать формой представления паттернов, а паттерны — информацией и, наконец, информация, в когнитологии, в некоторых моделях — слитна со знаниями. Следуя Г.Гельмгольцу, зрительные паттерны можно отождествить с информацией. Для зрительных паттернов стимулы можно отождествить с данными, а паттерны (зрительные образы) — с информацией. Необходимо выдвижение концепции структуры информационно-когнитивных понятий, которая позволяет «содержательное» соотнесение когнитивных и информационных понятий. В концепции должны учитываться: рассмотрение предназначенности информации на основе понятия информационных потребностей, рассмотрение несводи-



С → П → И-З

Д → И → З

Рис. 1

Рис. 2

мости паттернов к данным, рассмотрение возможности опредмечивания когнитивных процессов в сознании. Мышление человека классифицируется в эпистемологии и психологии по-разному, оно включает в себя довербальные формы, вербально-логическое, интуитивное и метафорическое мышление. Связь выделенных форм мышления односторонняя, что обусловлено биологической эволюцией, вербально-логическое мышления основывается на довербальных формах, а метафорическое — на вербально-логическом. В выделенных четырех хранилищах памяти запоминаются разные виды информации, которые обрабатываются (осмысляются) с помощью разных видов мышления. Метафорическому осмыслению подлежат только знания, хранящиеся в семантической памяти, вербально-логическому осмыслению подлежит только прочитанные, услышанные или извлеченные из памяти слова, которые запоминаются после обработки в эпизодической, декларативной и семантической памяти. В эпизодической же памяти, по-видимому, хранятся те зрительно-пространственные образы из зрительно-пространственного блокнота в оперативной памяти по модели Баддели-Хитча, которые обрабатываются довербальными формами мышления. В эпизодической памяти используется вербальное и зрительное кодирование, в семантической — семантическое кодирование, а в процедурной — невербальные формы кодирования (моторные умения, речевые навыки и др.). Если обозначить **Сем** — семантическое хранилище, **Эпи** — эпизодическое хранилище, **Про** — процедурное хранилище, **нВМ** — невербальное мышление, **ВМ** — вербальное мышление, **ММ** — метафорическое вербальное, **СР** — сенсорный регистр для кратковременного хранения воспринимаемых стимулов в оперативной памяти, то можно предложить схему обработки информации в сознании человека с помощью механизма параллельно — последовательно осмысления. На рис. 2 ниже представлен фрагмент информационной модели сознания, который схематично описывает обработку разнообразных нейронных стимулов, которые из внешних зрительно-слуховых и других рецепторов, переносят акустические и зрительные сигналы с вербальной, вербализуемой и невербализуемой информацией. Представленная схема отвечает выдвинутым концептуальным требованиям об опредмечивании когнитивных процессов в той мере, в какой это позволяют достижения современной когнитологии. Опредмеченность — на уровне различения известных видов данных и информации — перенесена на уровень когнитивных понятий с помощью различения механизмов мышления и соотнесенных им хранилищ в долговременной памяти.

Важнейший методологический вопрос правомерности использования компьютерной метафоры возникает в связи с тем, что структурно- функциональная структура компьютеров и современных информационных систем основаны на принципе рациональности.

Расширенная компьютерная метафора позволяет развитие новых информационно-когнитивных моделей сознания.

ИДЕИ КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ И ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

В.И.Харитонова

Биомедицина в современной ситуации не может игнорировать распространение и развитие в нашей стране множества различных медицинских систем, даже если она не признает их таковыми. Интегративный подход (предпочитаю, сообразно этимологическим нормам русского языка, этот термин, в отличие от «интегрального»), на который нацеливается современная биомедицина, достаточно давно декларируется и стремится к своему воплощению в более широком варианте. Об интеграции с конца 1980-х годов упорно говорят и пишут те медики и представители иных научных (академических и прикладных) направлений, которые ратуют за внедрение в систему сохранения здоровья альтернативных медицинских (лекарских) практик. Именно об этом аспекте возможной (или невозможной?) интеграции мне хочется сказать несколько слов с позиции медицинской антропологии[1].

Согласно концепции ВОЗ, национальные медицинские системы могут быть *эксклюзивными* (1), *толерантными* (2), *интегративными* (3). Нам досталась в наследство не просто эксклюзивная медицинская система советского периода, где медики были госслужащими, нанятыми на работу, но система, в которой с 1920-х годов де-юре не было места никакой альтернативной практике лечения (запрещены в 1923 г.). Однако де-факто в многонациональной, поликонфессиональной и поликультурной стране существовали многочисленные народные медицины (этномедицины), варианты духовного целительства и даже восточные (традиционные) медицины, а интеллигенция с завидным упорством стремилась к подпольному освоению того, что в наши дни именуется «новыми религиозными движениями», которые базируются на магико-мистических практиках разного рода. За последнюю же четверть века мы, пожалуй, не просто отошли от эксклюзивной

[1] Важнейшими темами медицинской антропологии являются те, на основе которых это научное направление сформировалось в конце 1960-х годов на Западе: бытование народных медицин (этномедицин) и их особенности, распространение традиционных (восточных) медицин и их специфика, своеобразие методов духовного целительства (в т.ч. шаманского) и их эволюция, возрождение и распространение в современных условиях. В России, где медантропология в её социальном и культурном вариантах оформляется как целостное научное направление только в последнее десятилетие, те же темы стали предтечей и основной базой для его формирования. Процесс формирования медицинской антропологии в нашей стране на шаг отстает от процессов возрождения и масштабного распространения народных и традиционных медицин, народного целительства, что позволяет антропологам/этнологам, продолжающим свои исследования различных медицинских систем или недавно к ним обратившимся, изучать и обобщать происходящее в этой сфере.

системы, но попали, минуя толерантную, в интегративную. Впрочем, наша система, в отличие, например, от индийской или китайской, оказалась на деле не столько интегративной, сколько «сосуществующей». К сожалению, она кое в чем очень похожа на «интегративные системы» «стран третьего мира».

С началом перемен альтернативные медицинские системы (точнее: магико-мистические и магико-медицинские практики) прошли, как минимум, три этапа развития, Эти этапы можно датировать приблизительно десятилетиями: (I) от середины 1980-х до 1993/95 года, (II) далее — до начала 2000-х и — (III) первое десятилетие нынешнего века. Датировка вполне прозрачна.

Первый этап, начавшийся в послебрежневские годы, привел к активизации магико-мистических практик и взрыву магико-медицинской деятельности как традиционной, так и обновленной парапсихологическими, да и собственно эзотерическими идеями. Уже тогда, в условиях эзотерического бума, основные векторы развития этого движения направлялись представителями медицины, интегрировавшимися в своей деятельности с учеными иных областей знания, в большинстве своем — естественнонаучных. Завершился этот период принятием Основ Законодательства о здравоохранении в 1993 году: включением в него знаменитой 57-й статьи о народном целительстве, узаконившей его существование и, на самом деле, давшей жизнь новой медицинской (точнее — *помогающей*) профессии — *народный целитель.*

Замечу, что уже первый период характеризовался не только активизацией альтернативных медицинских практик, но и созданием образовательной и профессиональной систем в этой сфере: возникли крупные центры народной медицины, появились их дочерние предприятия, начали работать курсы биоэнерготерапии и иных вариантов обучения целительству.

Второй период отличался формированием различных целительских школ, причем создавали их те, кто до 1993 г. были учениками и постепенно превращались в учителей. В это же время возникали различные «академии». Образовательная система в данной сфере чем дальше, тем больше превращалась в альтернативную: в России появились альтернативные кандидаты и доктора наук (сначала «энергоинформационных», а чуть позже — уже психологических и медицинских), вслед за ними — профессора (кажется, обошлись без доцентов). Протесты ВАК по этому поводу не нашли поддержки в судебных инстанциях.

Значимыми в этом развитии оказались, как ни странно, новые Законы о свободе совести и республиканские конституции, по которым в 3-х республиках Сибири (Саха/Якутии, Бурятии, Тыве) шаманизм был узаконен как традиционная религия. Шаманские организации, формировавшиеся изначально по образу и подобию целительских

центров, вынуждены были написать уставы, подписавшись в них под религиозной деятельностью. Впрочем, это не означало для них отхода от целительства.

Интересно, что на первом этапе целительского движения его лидеры характеризовали свою деятельность по отношению к биомедицине как *альтернативную*, но на втором все больше говорилось о *комплементарной* медицине и даже *интегративной*[1].

Третий период характеризуется активной работой фактически хорошо отлаженной системы, по-прежнему активно стремящейся к *интегрированию* с биомедициной. В 2000-е годы все чаще появляется словосочетание *интегративная медицина*, определяющее деятельность различных организаций. Надо заметить, что и сами организации обретают более строгий вид. Следуя основной законодательной линии, они концентрируются вокруг медиков, возглавляющих их деятельность, и включают в свой состав представителей различных направлений *альтернативной/комплементарной* медицины — рефлексотерапевтов, мануальных терапевтов, остеопатов, фитотерапевтов, гомеопатов, аромотерапевтов, гирудотерапевтов и т.д., вплоть до целителей-биоэнерготерапевтов и специалистов традиционной (восточной) медицины, народной (этнической) медицины, даже шаманов. Все это выстраивается в четкие вертикали подчинения профессиональным медикам или целителям, получившим медицинское образование. Отмечу, что подобное не является абсолютной новостью. Центр, с которого началось в России оформление целительства — ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» Я.Г.Гальперина — был организован именно так: там был представлен медицинский контроль и велась (особенно в 1990-е годы) активная научная деятельность.

Для последнего периода отмечу еще одну значимую вещь. Целители, сформировавшиеся как лица помогающих профессий, стали осознавать условность полученных «ученых» степеней и званий, равно как и некоторых дипломов, имеющих значение только в собственно целительской среде; для многих из них — по разным причинам — оказались привлекательными профессии психолога и психотерапевта, также из разряда *помогающих*, но в глазах общественности более легализованных. Отчасти это тоже попытка интеграции с биомедициной.

Наиболее четко на практике интеграция различных медицинских систем прослеживается в сфере восстановительной медицины. Идею интеграции пытаются отстаивать Ассоциации народных целителей совместно с различными учреждениями — обратим внимание, на-

---

[1] В отношении того, как понималась интегративная медицина, показательно, например, такое издание: Интегративная медицина XXI века. Аннотация докладов III Международного конгресса «Народная медицина России – прошлое, настоящее, будущее», Москва, 1997; II Международной научной конференции «Ноология. Экология ноосферы. Здоровье. Гуманизм», Санкт-Петербург, 1998 год. М.: ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», 1998. 232 с.

пример, на ежегодные форумы «Интегративная медицина» (июнь 2010 и ранее), проводящиеся ФНКДЦТМДиЛ Минздравсоцразвития совместно с РАНМ на ВВЦ. Вопрос об успешности их деятельности остается открытым. Однако, судя по всему, если не интегративная медицина, то вариант интегративной системы для нашего здравоохранения на данном этапе становится естественным и неизбежным.

КОНВЕРГЕНТНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И РАЗУМНАЯ СРЕДА В КОНТЕКСТЕ ПРОЕКТИРОВАНИЯ БИОЭКОПОЛИСОВ

В.В.Чеклецов

Какие современные тренды, онтологические, гносеологические, социальные и антропологические основания необходимо закладывать, проектируя действительно инновационную коммуникативно-деятельностную среду биоэкополиса? Ниже будет показано значение для проектирования биоэкополисов следующих оснований:

1. *Современных трендов*, являющихся приоритными в государственных программах научно-технического развития ЕС и США: сопряжение концепций NBIC-конвергенции (положительное, ускоряющее взаимовлияние нано- (N), био- (B), информационных (I) и когнитивных (C) технологий) и Разумной Среды (Smart Environment, SmE[1]), включающей проекты Интернета Вещей (Internet of Things, IoT), Распределенного Интеллекта (Ambient Intelligence, AmI) и др.

2. *Гносеологического основания* «человеко-мерного» подхода постнеклассической науки.

3. *Онтологического основания* теоретико-игрового подхода, виртуалистики, полионтичной природы Универсума.

4. *Социального основания* сетей репрезентации: а) само-репрезентации (Ю.Хабермас) в свете новых коммуникационных технологий (социальные сети типа «facebook», «в контакте», блоги типа ЖЖ и т.п.), и построенных на их основе специализированных киберсред[2] в т.ч. сопряженных с реальными ландшафтами, профессиональными сообществами и проектами. б) интер-репрезентации в контексте представления Синергетических Интер-Репрезентативных Сетей SIRN Ю.Португали[3],

---

[1] Diane J. Cook, Sajal K. Das Smart environments: technologies, protocols, and applications // Wiley 2005.

[2] Yong Liu, Robert E. McGrath, James D. Myers, Joe Futrelle Towards A Rich-Context Participatory Cyberenvironment // National Center for Supercomputing Applications Urbana, Illinois, 2007.

[3] Juval Portugali. The Seven Basic Propositions of SIRN (Synergetic Inter-Representation Networks) // Nonlinear Phenomena in Complex Systems. 2002. C. 428-444.

как актуализации паттернов сознания субъектов коммуникации в реальных ландшафтах (радикальный конструктивизм).

5. *Антропологического основания* антропотехнологической эволюции Человека, расширения человеческих возможностей технологическими средствами — Human Enhancement Technologies, стадии — два (Г.Хюфш).

Далеее мы попытаемся частично расшифровать вышеперечисленные пункты и показать их сильную взаимосвязь в интегральном подходе авторской концепции Разумных Ландшафтов, учитывая российскую историко-культурологическую специфику (включение в процесс социогуманитарной и технологической Конвергенции трансцендентного измерения — парадигмой Всеединства русской православной философии).

Проблема наноконвергенции и расширения возможностей человека неразрывно связана с важнейшим трендом современного технологического развития: концепцией Разумной Среды (Smart Environment, SmI), включающей проекты Интернета Вещей (Internet of Things, IoT), Рассредоточенного Интеллекта (Ambient Intelligence, AmI) и т.п.

Технологии и в прошлом расширяли Личность *вовне* (вспомним экстракорпоральные органы Э.Каппа и органопроекцию о. П.Флоренского). Встраиваимые чипы-импланты, нанороботы, генная инженерия, биотехнологии, компьютерно-мозговые интерфейсы перенесли границу взаимодействия техне и человека внутрь тела. Однако, эта техноволна изменения антропологии, выражаясь визульно, откатывается, изменяя биологическую основу человека, назад во внешнюю среду, делая ландшафты все более разумными: сетевые технологии, современные коммуникации, «разумный дом»... Наносенсорами, датчиками и микрочипами (RFID) наделяют все что угодно, даже деревья: интерактивные стены, программируемая материя (проект Claytronics), умные вещи, технологии дополненной (гипер-) реальности — все это обозначается сейчас термином Разумная Среда (SmI).

Глубокая онтологическая основа концепции Разумной среды кроется в сопряжении классического Web, где наблюдается как репрезентация образов сознания ныне живущих людей и социальных групп, так и актуализация памяти об ушедших, с т.н. Интернетом Вещей на RFID и пр. технологиях. Грубо говоря, материальная среда посредством проникающего компьютинга, RFID-датчиков, сенсоров, специфических ГРИД-сетей и т.п. все более виртуализуется, и, обратно, символы, паттерны и мемы Всемирной Сети обретают способность «раствориться» в реальных ландшафтах, делая *овеществление* образов сознания все более *непосредственным*.

Эти мощные течения (NBIC-конвергенция для Расширения Возможностей Человека и Разумная Среда), инспирированные нанотехнонаукой, вплетаясь в общеконвергентную канву, дают почву для философской интуиции некой интегральной онтологически-антропологической пер-

спективы. Действительно, какими мы станем, каким будет окружающий нас Мир? Эти вопросы, может статься, связаны нетривиально, гораздо более прямым образом. Человеком не рождаются — становятся; среда обитания и условия формирования личности — городские ландшафты, социальное пространство и время — также постоянно эволюционируют. Для адекватного современности проектирования биоэкополисов будет не лишней попытка рассмотреть в антропотехнологической и социокультурной коэволюции Человека Разумного инвариант — некую точку конвергентного схождения: когда отдельная Личность становится способной стать полноценной персонализированной социальной средой и строит *буквально* свое тело в виде живого Мира — интерактивного автопоэтического ландшафта для Другого. И сборка субъекта коммуникации биоэкополиса будущего здесь — пропедевтика, введение в конструирование образа «тех, кто придет нам на смену»: Ландшафтов Разумных — Geo Sapiens, как метаформы постчеловеческого тела, саморепрезентации постантропологического субъекта в онтической Игре для Другого. Ключевая идея здесь в том, что впервые в Истории социальные пространства приобретают свойства субъекта, более того — *тела* Другого; и обратно: границы телесности теперь обладают беспрецедентными возможностями саморепрезентации в гибридных виртуально-материальных ландшафтах в сторону углубления и увеличения культурного и экологического разнообразия полионтичной действительности.

Учитывая вышеизложенное, еще раз упомянем о. Павла Флоренского и его органопроекцию. Что, по Флоренскому, является проекцией в среду не отдельно взятых органов, а тела, как Целостности? — Это Храм. Отсюда недалеко до переосмысления понятия Всеединства, точнее *Неовсеединства* (В.И.Моисеев). Ниже, мы попытаемся показать возможность актуализации того самого заветного синтеза Науки, Религии, Искусства, рационального, этического, эстетического, Истины, Добра и Красоты, как именно на практике проект Разумных Ландшафтов может помочь собрать эти до сих пор во многом «отвлеченные начала» в свете создания интегрального образа биоэкополиса Будущего.

Внимание к средствам познания в неклассической и далее — к самому субъекту познания в постнеклассической науке ведет к так называемой человекомерности научных исследований. Преодоление отчуждения личности от НТР, превращения человека в еденицу потребления осуществляется за счет того, что Творец Разумного Ландшафта (субъект Постчеловеческого Мира), с одной стороны, *изначально* поставлен перед задачей рационального постижения Космоса, не ради отвлеченных целей прогресса неких внешних абстракций по типу «экономика», «общество», а во имя собственной саморепрезентации, так как он *здесь* и *сейчас* постигает бесконечность Вселенной, автопоэтически конструируя свое *тело*, эксплицируя еще не выявленные возможности Бытия для Другого. С другой стороны, *номадическая* часть субъекта

в качестве Путешественника *играет*, погружаясь в Мир Разумного Ландшафта Другого, его техне (в хайдеггеровском смысле), и в этой Игре (допустим, для начала, выполняя задания предложенного Квеста на Разумной Местности) в качестве побочного продукта рождаются элементы научного-технического знания. А промышленность трансформируется в некое биопроизводство экосистем 2.0.

Не секрет, что расцвет древней Греции во многом был обусловлен культивируемой Периклом системе *агонов*. Городские и полевые Ролевые Игры, фирмы, практикующие все более сложные, экстремальные и концептуализируемые формы тимбилдинга, стимуляции креативности топ-менеджмента, общая *игрализация* масс-медиа, социальных взаимодействий и т.п. — это первые ласточки, неотрефлексированная тенденция к созданию противостоящих необходимости Миров Свободы — онтических Игр. Альтернативой обществу потребления может стать общество креативности. Креативные Игры автопоэзиса Разумных Ландшафтов могут стать краеугольным камнем перехода к адекватной, онтологически обоснованной версии *постинформационного общества*. Идеалом и прототипом данного вида креативных игр может стать феномен Храма, Собора, в котором Искусство соединяется со знанием фундаментальных физических законов Универсума (П.Валери) и с движением Духа к Трансцендентному. Обозначим такой специфичный ракурс, для различения с классической Соборностью русской православной философии, как Неособорность. Подобная Неособорность может стать основой новейшего ренессанса Искусства, Науки и Техники в Играх Разумных Ландшафтов.

Таким образом, концепция Разумных Ландшафтов представляет собой интегральный подход к современной ситуации развития конвергентных и эмерджентных технологий с глубокими онтологическими, социальными и антропологическими основаниями, что может быть использовано для проектирования биоэкополисов и форсайт-решений Устойчивого Развития в целом.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О ЖИЗНЕСБЕРЕЖЕНИИ (По мотивам учения Н.Н.Моисеева)

Ю.М.Хрусталев

Кто сказал, что жизнь умерла? —
Нет, она затаилась на время.
В.Высоцкий

«Преодолеть самих себя» так назвал одну из статей Никита Николаевич Моисеев (1917—2000) — выдающийся ученый и оригинальный мыслитель нашего времени. В этих словах выражена суть и смысл жизненного и научного подвига этого уникального человека, одним из первых осознавшего трагизм нашей эпохи. Он лучше других понял, что в своем развитии человечество заходит в тупик. Более того, в мире возникла опасность для земной жизни и угроза для существования человечества, исходящие, как это не покажется странным, от современной культуры и научно-созидательного творчества людей, но при отсутствии у них нравственной ответственности за все инновационное. Ныне человечество воистину переживает глубочайший за всю свою историю бытия и экологический, и социально-экономический, и духовный кризис. Этот кризис может закончиться катастрофой, в результате которой род человеческий может вообще исчезнуть как биологический вид. В связи с этим Н.Н.Моисеев страстно взывал к разуму и совести людей: «Народы должны же, наконец, понять реальность происходящего, отрешиться от существующих иллюзий и разработать определенную стратегию своего саморазвития»[1]. И, будучи особо прозорливым ученым, он поневоле стал и социальным философом, и политологом. И в этих сферах преуспел не меньше, чем в естествознании.

И вот уже прошло десять лет с тех пор, как ушел от нас Н.Н.Моисеев. Он принадлежал к плеяде ученых, обеспечивших передовые позиции советской науки в середине XX века. Именно в то время были получе-

[1] Моисеев Н.Н. Россия в системе государств XXI века. М., 2002. С. 227.

ны мощные достижения в теоретической физике, квантовой механике, математике, развитии космонавтики, ракетостроении, ядерной технике, электронике и др. И чем быстрее меняется мир, тем сложнее человеку адаптироваться к жизни. В связи с этим лучшие умы человечества озаботились будущей его судьбой из-за неразумного использования достижений науки и техники. Н.Н.Моисеев тогда обнародовал математические расчеты о возможных последствиях ядерной войны для всей планеты и разработал концепцию о коэволюции биосферы и человека. Она позволяла людям учиться жить по-новому, чтобы выжить. По мнению ученого, надо всем людям знать, как устроена природа и как она взаимосвязана с человеком. Поэтому вникнуть в суть и смысл учения великого мыслителя жизненно необходимо, ибо оно позволяет оценить эпоху, в которой мы живем и себя в ней.

Эту эпоху называют и технотронно-потребительской, и информационной. Но чаще всего ее считают эпохой экологического кризиса. И это не случайно, ибо человечество подошло к пределу возможностей в использовании естественно-природных ресурсов. Забота о природе становится заботой и о себе. Все преграды между «я» и природой рушатся. Человек теперь начинает мыслить как бы изнутри природы. Общепринятая нормативная мораль оказывается излишней. Человек как бы говорит от имени природы, особенно живой. В связи с этим по-новому воспринимается и учение об экологии (греч. oikos — дом, жилище и logos — учение, наука), и биоэтике как философии и науке выживания человечества на нашей Земле. Сегодня наш дом не просто окружающая среда и не просто часть географического пространства, занятая живым веществом, а уникальная планета, населенная человечеством, которое является естественной частью ее биосферы. Сегодня, говоря об экологии, как нашем доме (вне нас и в нас самих), надо глубже изучать этот дом и поведение в нем. Не стремление к материальному богатству, а достойная жизнь на чистом воздухе с культурными людьми должна стать ее смыслом и самоцелью.

Может ли считать себя нормальным, культурным общество, закрывающее глаза на возможность ядерного самоубийства, демографического удушения, экологической катастрофы, алкогольной горячки, наркотической ломки, взрыва преступности, нравственной деградации, наконец, деморализации власти? Нет, конечно. Но все названное ведь есть в современном обществе, и продолжает усугубляться. А это свидетельствует о том, что в самих людях, их сознании пролегла глубинная пропасть между средой обитания, в которой они живут и действуют, и культурой народа, которую он сам создает и которой же сам пользуется. Речь идет не только об эрзацах масс-культуры, а о культуре как таковой — универсальной форме человеческих коммуникаций. Культура не стерильна, конечно, она несет на себе все отпечатки человеческого величия и человеческой низости. Поэтому современный человек, запутанный и замученный ка-

таклизмами, встречает кризис культуры и цивилизации со смешанными чувствами страха и надежды, веры и отчаяния.

Пока современный противоречивый научно-технический прогресс и острая социальная несправедливость при распределении и использовании достигнутых благ толкают людей на край пропасти. Сегодня никто уже и не сомневается, что нужны обновленные культурные, нравственные и правовые ограничители в действиях людей, особенно научных. Как подчеркивал Н.Н.Моисеев, без экологии духа, без культурного и нравственного воспитания человека, мыслящего широко и предельно ответственно, человечество ныне не можем избежать печального прогноза своей судьбы. Культурное развитие человека должно осуществляться по законам любви, красоты и гармонии. В связи с этим Н.Н.Моисеев разработал и ввел в научный оборот понятие «экологический императив», которое означает «ту границу допустимой активности человека, которую он не имеет права переступать ни при каких обстоятельствах»[1].

Говоря о путях и средствах сохранения человечества на Земле, ученый говорил, что самое ужасное в жизни людей — это не столько грязь в городе, на стройке и на заводе, а сколько *грязь в душах людей*. Эта та грязь, по мнению Н.Н.Моисеев, которая порождает небрежность к себе и Природе, непонимание и неуважение законов ее развития, а главное — *сеет агрессивность и недоброжелательность* к ближним своим. А «преодолеть современные, а тем более, грядущие экологические трудности, выжить в современных условиях, решить проблемы «sustanable development» (устойчивое развитие) сможет только по-настоящему интеллигентное общество»[2]. Чтобы человечеству выжить, надо овладеть новой жизненной мудростью, т.е. культурой мышления и самоорганизации людей. Эта мудрость позволит осознать, что для достижения безопасности в современном мире и улучшения жизни людей необходимы и гуманная философия, и новая наука о жизни и деятельности, которые вобрали бы в себя современные научные знания и этические проблемы. Н.Н.Моисеев принцип организации жизнедеятельности людей во взаимосвязи с природой назвал экологическим императивом. Широкое использование его, по мнению ученого, аналогичного кантовскому императиву как всеобщего обязательного нравственного закона.

Сегодня экология, как наука, и биоэтика как философия сохранения жизни на Земле призваны формировать принципиально новое — гуманное сознание не только у ученых и медиков, а у всех специалистов, которые так или иначе связаны с проблемами изучения естественной природы, жизни с человеческой научно-творческой деятельностью. Возникшая ситуация в мире, породившая экологию природы и человека, потребовала

---

[1] Моисеев Н.Н. Современный антропогенез и цивилизационные разломы. Эколого-политологический анализ. М., 1994. С. 8.

[2] Моисеев Н.Н. С мыслями о будущем России. М., 1997. С. 181—182.

создания нового мировоззрения и мышления у людей. И затем на этой интеллектуальной базе — нового образа жизни, причем такого, чтобы наши потомки не упрекали нас и наш прагматизм из-за отсутствия необходимой гуманной культуры и экологических целей для дальнейшего совместного развития природы, общества и человека. Все это со временем и сформировало иную экологическую политику всех государств, строящих «мост в будущее» (В.Поттер). А таким «мостом» стала биоэтика как философия и наука сохранения земной жизни и выживания человечества. Это, согласно Н.Н.Моисееву, требует на государственном уровне готовить людей экологически образованных и нравственно ответственных.

Гуманные постулаты традиционной этики, на которых ранее во многом и держались все ее исходные морально-нравственные принципы совместной жизни и деятельности людей, сегодня оказались мало востребованными. Ответ на вопрос: что же произошло и, что надо делать в сложившейся ситуации при продолжающем усугубляться экологическом кризисе, лежит в плоскости проблем модификации сознания и межличностных отношений. Это и сделало востребованной биоэтику, указывающую на необходимость увеличения прав и одновременно ответственности специалистов. Само собой разумеется, что их внимание привлекается к выработке путей и средств как сделать жизнь людей более счастливой, помочь им преодолевать постоянно возрастающие сложности, с которыми они сталкиваются в творческо-созидательной жизнедеятельности. Осознание этих жизненных проблем позволило отразить дух современного экологического гуманизма при создании новых этических идей и принципов, направленных, прежде всего, на консолидацию разных людей, преодоление ими социально-культурной самоизоляции.

Да, мы действительно живем в эпоху радикальных перемен, когда идет глубокая переоценка духовных ценностей, утрачиваются старые и обретаются качественно иные интеллектуально-нравственные характеристики сознания. И мы не можем безучастно взирать на эти перемены. Ведь, среди всего прочего — это время всеобщей приватизации и взаимоизоляции граждан, идущих под знаком взаимного неуважения и возрастания эгоизма — индивидуального, корпоративного, группового и всякого иного. Это особенно проявляется в последнее время, когда так называемая современная российская элита собирается сохранять в стране все худшее из социализма и соединять его со всем худшим, что было и есть у капитализма. На фоне этих негативных тенденций в современной России только разум и совесть могут быть духовным средством противостояния этому новому злу. Поэтому надо всем философам позаботиться, чтобы каждой, уважающей себя человек и как личность, и как гражданин, и как специалист осознал свою роль в укреплении интеллектуально-нравственного иммунитета как способности сохранения своего человеческого начала в жизни, своего физического, психического и ментального здоровья.

Главная задача современного человека — овладение принципами биоэтики, которая позволяет раскрыть у себя способности компетентно и ответственно выполнять все профессиональные и гражданские обязанности, опирающиеся на морально-правовые нормы регулирования общественного и личного деяния. И этот процесс начинается им с организации правильного образа и стиля жизни, строгого соблюдения гигиенических и санитарно-профилактических норм и т.д. Вспомним еще раз наставление мудрого ученого и философа Н.Н.Моисеева, который предупреждал, что человечество по собственной вине безответственно идет к глобальной катастрофе. Антропогенная нагрузка на биосферу все более возрастает и близка к критической. «Человек подошел к пределу, — писал он, — который нельзя переступать ни при каких обстоятельствах. Еще один неосторожный шаг и человечество сорвется в пропасть. Одно необдуманное решение — и биологический вид Homo sapiens может исчезнуть с лица Земли»[1]. Ученый предложил идею конструктивного решения острой экологической проблемы, а именно бережное отношение к естественной природе, разумная научно-творческая деятельность человечества, гуманизация всех социальных и геополитических процессов.

Таким образом, экологическое образование народных масс и биоэтическое воспитание их дает нравственные ориентиры для преодоления своей природной ограниченности посредством научно-творческого созидания разумного образа жизни — ноосферы, в которой каждый будет ощущать свое собственное «Я», как субъекта и пользователя своих же собственных духовно-культурных сил. Такой человек не пойдет по жизни, слепо подчиняясь стихийным обстоятельствам. В нем целостная система культурной жизненной ориентации и лично осознанной приверженности к нравственной ответственности за все им сотворенное не сможет существовать без ощущения личной гордости за все достижения и вины за все разрушения, сложившиеся в природной или общественной реальности. Такой человек, как учил Н.Н.Моисеев, обладая разумом, укрепив силу собственного духа и подчинив их своей совести, получает биоэтическое право на уважение себя как гуманной личности и всех других людей на Земле, озабоченных судьбой человечества.

БИОЭТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

И.В.Силуянова

Биоэтическая экспертиза медицинского права — это современная форма определения качества и моральности медицинского законодательства. Особенную актуальность биоэтическая экспертиза приобретает

[1] Моисеев Н.Н. Новая планета. М., 1996. С. 5.

в ситуациях прямого несоответствия норм права и морали, так как вопрос о взаимоотношении морали и права — не только фундаментальная проблема теоретического знания, но и вопрос практического управления поведением человека. Еще в XIX веке Святитель Филарет Московский предостерегал, что «надо иметь осторожность, чтобы буквой закона не вооружиться против правды». Особенностью современного медицинского права является стремление выйти на уровень детальной регламентации всех видов медицинской деятельности, при этом, к сожалению, не всегда соответствуя традиционным моральным нормам и принципам. В силу этого практикующий врач все чаще оказывается в ситуации выбора: исполнить формальные требования закона либо совершить нравственный поступок.

На тенденцию «несоответствия» норм обращал внимание и немецкий психиатр и философ К.Ясперс. Он утверждал, что в XX веке человечество впервые столкнулось с «феноменом преступной государственности». К.Ясперс определил этот феномен как юридическое воплощение морального зла. Он имел в виду конкретный закон фашистской Германии «Программа эвтаназии» (1939 г.) о массовом уничтожении психически неполноценных больных людей. В этом законе было легализовано убийство и попрана моральная заповедь «не убий».

В Кодексе профессиональной этики Американской медицинской ассоциации в Статье 1 «Соотношение закона и этики» (1994 г.) четко определяется, что «в некоторых позициях законом утверждается неэтичное поведение. Когда врачи сталкиваются с неэтичным законом, они должны действовать для того, чтобы изменить закон».

Именно о проблеме несоответствия морали и права говорил и В.В.Путин в Послании Федеральному собранию 2006 года: «Закон не может быть не моральным. Закон всегда морален. Иначе это плохой закон». Феномен «плохого закона», опасность формирования «преступной государственности», легализация «неэтичного поведения» определяет необходимость проведения морально-этической экспертизы действующего законодательства в целом, и медицинского права, в частности. Биоэтическая экспертиза — это морально-этическая выверка современного медицинского права. Ее основные задачи: определить степень профессиональной безупречности действующего законодательного акта и законопроектов, меру их социальной значимости и возможного уровня социального доверия к ним.

Базовым основанием биоэтической экспертизы является ex opera operatum («действительно из действия» (лат.)), т.е. существование, «действие» в современной культуре двух основных форм социального регулирования медицинской деятельности — биомедицинской этики и медицинского права. Профессиональная этика — традиционная составляющая врачевания. Понятие же «медицинское право» начинает

формироваться в России с 1993 года, после принятия Федерального закона РФ «Основы законодательства об охране здоровья граждан».

К сожалению, в рамках этого закона в статьях, регламентирующих искусственное прерывание беременности, находит место легализация «неэтичного поведения» не только врача, но и потенциальных матерей. За последние два века российское законодательство по этому вопросу неоднократно изменялось. В Уголовном Уложении России с 1832 г. до революции 1917 г. «изгнание плода» классифицируется как вид смертоубийства. С 1918 года аборт разрешен. С 1937 г. по 1955 г. аборт вновь был признан уголовно наказуемым действием. Затем опять следует легализация, действующая и в настоящее время. Моральная же оценка «умерщвления плода», включая Клятву Гиппократа, остается традиционно отрицательной. Чем должен руководствоваться врач? Статья 36 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» 1993 года называется «Искусственное прерывание беременности» и начинается с утверждения «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве». В контексте данной статьи искусственное прерывание беременности рассматривается как право каждой женщины. Но на языке общественного морально-этического сознания этот принцип равнозначен суждению: «Каждая женщина имеет право на детоубийство». Для традиционного морального сознания данный принцип является предельным выражением аморализма. Не только безнравственность аборта, который веками имел юридический статус преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности», но и морально-этическая некорректность провозглашения подобного действия «правом» настоятельно требует пересмотра ныне действующего закона, приведения в соответствие норм права и морали[1].

Биоэтическая экспертиза принятого 29 марта 2010 г. Федерального закона № 30-ФЗ «О внесении изменения в статью 1 Федерального закона “О временном запрете на клонирование человека”» свидетельствует о продолжении запрета на репродуктивное клонирование человека, но допускает терапевтическое клонирование, т.е. создание человеческих организмов для извлечения тканей и клеток для «иных» в терминологии закона, целей. Такая легализация прямо противоречит морально-этической оценке терапевтического клонирования, изложенной в Заявлении Церковно-общественного Совета по биомедицинской этике Московского Патриархата Русской Православной Церкви «О необходимости запрета всех видов клонирования человека».

В Государственной Думе РФ неоднократно рассматривались законопроекты, легализующие эвтаназию. К зафиксированному «Всеобщей

[1] С конкретными предложениями можно познакомиться в статье: И.В. Силуянова, В.В.Яковлев. Правовые аспекты демографической проблемы в России // Федеральный научно-практический журнал «Медицинское право». 2010. № 3(31). С. 3—5.

декларации прав человека» ООН 1948 г. «праву на жизнь» российские законодатели пытаются добавить положение о «праве распоряжения своей жизнью». Цель подобных «добавок» создать новый понятийный аппарат и с его помощью легализовать право на эвтаназию, новые репродуктивные и сексуальные права, что с неизбежностью повлечет за собой распространение «новых» стандартов сознания и поведения. Медицинская деятельность — максимально удобный канал формирования новых правил, прежде всего потому, что она охватывает большое число людей и освящена благородными целями обеспечения благополучия человека. История общества, в частности история России XX века, свидетельствует, что новые понятия и нормы права через определенное время приводят к формированию в обществе новых обычаев, норм поведения, «новизна» которых не всегда сопряжена с благополучием человека и положительными последствиями для общества. Именно поэтому соотношение норм права и морали в структуре социальной регуляции медицинской деятельности должно существовать в непротиворечивом взаимодействии.

Связь и единство норм права и морали по содержанию очень значимы. Примером такого единства является связь морального принципа — «не лжесвидетельствуй» с нормами «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» о праве пациента на информацию о состоянии своего здоровья, «включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения» (статья 31). Для современной российской медицины — это новая позиция. В советский период существовал административный норматив не говорить больному о его безнадежном диагнозе. За врачом было закреплено право на лжесвидетельство. Данные рекомендации были непосредственно связаны с материалистическим взглядом на сущность человека. Действительно, если человек не верит в вечную жизнь, не понимает смысла страданий человеческих, то его страдания и умирание бессмысленны. Поэтому, если неверующий человек узнает о своем безнадежном состоянии, то логическим выбором для него может стать самоубийство. От этого и должен был ложью защитить пациента советский врач. Но от этого должен защитить пациента (атеиста) и современный врач. С традиционной моральной религиозной точки зрения и именно последние месяцы, дни, часы умирания в значительной степени определяют судьбу человека в вечности. Информируя больного о его диагнозе, врач должен учитывать мировоззрение, религиозность человека, его характер, быть тактичным, вселить в него веру, надежду, а не привести в состояние отчаяния. Нормы морали и нормы права — важнейшие регуляторы поведения и деятельности человека в обществе. При этом моральные нормы максимально устойчивы во

времени своего существования, так например, заповедям Библейского Декалога — свыше 3000 лет. Эта устойчивость свидетельствует прежде всего о социальном признании моральных норм, их правильности, практической эффективности и социальном доверии к ним. Смена же правовых норм даже на противоположные, может происходить в течение одного-двух десятилетий, даже нескольких лет, соответствуя смене идеологий политических партий и ценностных приоритетов государственных администраций. Все это свидетельствует о том, что биоэтическая экспертиза на основе традиционных ценностей должна быть одним из обязательных условий разработки новых законопроектов и принятия законов, регулирующих медицинскую деятельность.

ФИЛОСОФСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

И.З.Шишков

Провозглашенная в свое время Фр. Бэконом сила и мощь знания, прежде всего, знания научного, из-за которой собственно и начались все социальные беды человечества, нашла свое воплощение в *технике*, в конструировании человеком особой природы, особого мира — *техномира* как свидетельство триумфа инструментального (технического) разума. В этой идеологии господства над природой человек возомнил себя «техническим Богом», которому под силу все технически возможное. Но эта безудержная техническая гонка может иметь трагические последствия для самого человека, который со временем может оказаться заложником собственного технического разума, ставящего под угрозу его личную свободу и самое его существование. В этой ситуации ни один аспект науки и техники не может быть «нейтральным» с моральной точки зрения. Прежде всего, со всей остротой встает вопрос о социальной и профессиональной ответственности ученых, инженеров, технологов за то, что они делают в своей сфере, за злоупотребление наукой и техникой, за ее применение. Характерным в этом плане является пример с созданием атомной и водородной бомб. С катастрофой в Хиросиме и Нагасаки физики утратили свою невиновность. Общее чувство, которое охватило физическое сообщество в те дни, лучше всех выразил «отец» атомной бомбы Роберт Оппенгеймер: «Мы сделали работу за дьявола...Теперь физики знают, что такое грех, и от этого знания им уже никогда не избавиться»[1]. В этом плане пошел еще дальше Эйнштейн, который заострил внимание научного сообщества

[1] Цит.по: Й.Виккерт. Альберт Эйнштейн сам о себе. Челябинск: Изд-во «Урал LTD», 1999. С. 171.

на охватившее физиков после японской трагедии чувство вины. Оно внушило ему отстаивать в дальнейшем не голую техническую рациональность, а *моральный разум*. Так он неоднократно подчеркивал, что проблема нашего времени — не атомная бомба, а человеческое сердце. И если во времена Галилея говорили «Физика! Бойся метафизики», то теперь страх стала внушать сама физика, в частности, наука и техника в целом. Второй мировой войне, принесшей физике истинный научный триумф, как образно выразился Н.Бор, «удалось ...оставить ФИЗИКОВ в дураках»[1], ибо то, что они создавали с таким самоотречением во имя благородной цели, вышло из-под их власти.

В целом можно сказать, что трагедия Хиросимы и Нагасаки пробудила ученых от «нравственного сна», в котором до сих пор они пребывали, полагая, что наука и техника «никогда не смогут обернуться злом, поскольку поиск истины есть добро само по себе»[2]. Японская трагедия заставила многих ученых, инженеров и технологов осознать новую социальную и моральную ситуацию, в которой они оказались. Стало ясно, что наука и техника не могут развиваться в «социальном вакууме», что нравственная, этическая проблематика укоренена в самом «теле» науки и техники, а не является чем-то внешним для них. Именно трагическое назначение науки и техники обнажило целиком нравственную компоненту современного знания и поставило со всей остротой перед научным и технологическим сообществом вопрос о его социальной и профессиональной ответственности.

Трагедия Хиросимы и Нагасаки остро поставила перед учеными вопрос о связи нравственности с техническим развитием человечества и его дальнейшей судьбой. Тему нравственности с темой техники связывает один исключительно важный вопрос, который в формулировке К.Ясперса звучит так: «К чему может прийти человек?»[3], т.е. что может статься с человеком, с человечеством в целом?

В связи с угрожающей для жизни человечества катастрофой, вызванной неразумным развитием и применением науки и техники, на передний план в этике науки выдвинулась проблема моральной ответственности ученых и инженеров. В условиях информационного и технического прогресса, когда наблюдается несогласованность технической и этической компетенции, человечество уже никак не может удовлетворять традиционная этика. Для преодоления этой несогласованности нужна новая этика, которая, по словам немецкого философа, «должна научить людей, понимающих прекрасно, что они не должны делать все, что могут, тому, что они должны...»[4].

---

1 Цит. по: Д.Данин, Бор Нильс. М. : Молодая гвардия, 1978. С. 514.

2 М.Борн. Моя жизнь и взгляды. М., 1973. С.130.

3 К.Ясперс. Смысл и назначение истории. М.: Политиздат, 1991. С. 116.

4 H.Lenk. Einführung: Technik zwischen Können und Sollen. // Lenk H., Ropohl G. (hrsg.) Technik und Ethik.- Stuttgart, 1987. S. 20.

Наша современная цивилизация, пронизанная миром техники, технокультурой, все более ощущающая на себе бремя технологического могущества, живет в совершенно новой, уникальной этической ситуации, ибо никогда прежде человек не обладал такой властью над другими людьми, его окружающим и жизненным мирами, превратившимися в мир артефактов, не обладал такой мощной силой, способной уничтожить все живое на Земле. Во многих отношениях человек стал сегодня объектом многих технических, био-технических и социотехнических манипуляций. В этих условиях со всей остротой встала проблема человеческой ответственности за техническое и информационное развитие. В условиях обострения социальных проблем в силу технократического развития современного общества, когда будущее его, его судьба зависит напрямую от разумного применения высоких технологий, ключевую роль приобретают *компетентность, специалисты своего дела.*

Такого рода компетентными людьми выступают сегодня эксперты разного уровня и профиля, которые в век информационного общества образуют особую прослойку людей, которых, можно было бы назвать, говоря языком Ницше, «избранными». Их избранность заключается в их компетентности, уровне образования, интеллектуальных способностях. Именно ими сегодня обеспечивается прочность и устойчивость современного общества.

Экспертиза стала неотъемлемой частью современного социума, приобрела статус социально-культурного феномена. Связь экспертизы с культурой прослеживается, прежде всего, в том, что она есть элемент культуры, являясь ее специфической формой.

Как форма культуры, экспертиза неразрывно связана с другим культурным феноменом как культурно-исторический тип рациональности, через призму которого собственно и преломляется ее сущность и содержание. А потому далее необходимо обратиться к реконструкции сущности и содержания современного культурно-исторического типа рациональности.

Суть и содержание современного типа рациональности определяется во многом особенностью современной социальной и культурной реальности, которая носит фрагментарный и разрушительный для разума характер, прагматизируя, технизируя, формализуя и квантифицируя его. Онаучивание и технизация человеческого разума подорвала духовные основы современной культуры, в которой все больше прослеживается *цивилизаторская* тенденция. А это значит, что в ней обнаруживается чисто *утилитарный* характер, что делает современную культуру не только прагматичной, но и *техничной.*

Современная культура — это мир науки и техники, мир технокультуры, техномир, который все больше воздействует на среду обитания человека, радикально преобразуя стиль его жизни и в целом мир его бытия. В этом смысле, как образно заметил Б.Г.Юдин, «происходит...

все более плотное «обволакивание» человека наукой, его погружение в мир, проектируемый и обустраиваемый для него наукой и техникой»[1]. Вокруг человека, обреченного существовать внутри этого техномира, формируется новый тип культуры — *технологическая культура*, которая постепенно разрушает традиционный ценностный мир человека. В этих условиях перед научным сообществом встает первоочередная и насущная задача — необходимость научного осмысления возможных деструктивных воздействий современных высоких технологий на ценностный и жизненный мир человека.

Для решения этой задачи в сфере современных технологических исследований возникла новая социальная практика, направленная именно на то, чтобы по возможности предвидеть и минимизировать риски и тяготы, которым подвергается человек в технологической культуре. Эта практика получила название *экспертизы*.

Среди такого рода социальных практик наиболее значимой и фундаментальной является *гуманитарная экспертиза*, поскольку именно она включает в себя *моральную нагруженность* современных технологий и необходимость рационального учета отдаленных действий человека.

Как известно, мерилом нашего поведения в мире в целом и техномире в частности является, в конечном счете, жизнь, сообразная природе человека, сохранение гуманности. А потому основное предназначение человека техномира быть «служителем гуманности». В свете этого можно было бы сформулировать основной категорический императив этики будущего словами Ханса Йонаса, поставившего первым проблему ответственности: *«Поступай так, чтобы последствия твоих действий были совместимы с постоянностью подлинно человеческого бытия на Земле»*[2].

С этой точки зрения на каждого человека и в первую очередь на научное и технологическое сообщества возлагается большая ответственность за результаты их исследовательской, изобретательской, инженерной деятельности. Для субъекта же гуманитарной экспертизы, призванного предвидеть потенциальные угрозы для человеческого потенциала и по возможности минимизировать их, важно учитывать то обстоятельство, что тотальная пронизанность человеческого бытия научным и техническим духом принципиально изменила статус и ценность современного знания в системе современной культуры, в том числе и культуры технологической. Она придала ему социальное измерение: его и содержание, и форма от начала и до конца социальны.

Социализация современного знания в целом и технологического в частности свидетельствовала о сущностном преобразовании его

---

[1] Юдин Б.Г. Необходимость и возможность гуманитарной экспертизы. // Знание. Понимание. Умение. Научный журнал Московского гуманитарного университета. 2006. № 4. С. 188.

[2] Цит. по: Философия техники в ФРГ. М. : Прогресс, 1989. С. 406.

природы, выразившимся, прежде всего, в трансформации его философских предпосылок и оснований, всей традиционной нормативной базы. Применительно к гуманитарной экспертизе это означает, что осуществляемая субъектами этой экспертизы рефлексия над научно-техническими и социальными новациями должна осуществляться лишь на пути единой, целостной рациональности, конституируемой многообразием сторон бытия технологического знания, а именно социальной, культурной, экологической, экономической, эстетической, психологической, нравственной и т.п. Иными словами, даваемая гуманитарным экспертом оценка технологических и социальных новаций должна вестись через призму не просто традиционных требований нормативного характера, предъявляемых к этим новациям, но в первую очередь и преимущественно критериев идеалов эстетичности, нравственности, психологичности, прагматичности, экологичности и т.п.

Любая специальная экспертиза в конечном итоге с необходимостью дополняется ее гуманитарной составляющей, поскольку о какой бы экспертизе не шла речь, ее объект имеет общественную и культурную значимость. Этим объясняется ключевое место гуманитарной экспертизы среди всех специальных экспертиз, которые производны от нее и носят по отношению к ней подчиненный характер.

Гуманитарная экспертиза самодостаточна, ее основание образует принцип гуманизма, не стареющую суть которого лаконично выразил глава древнегреческой школы софистов Протагор: *«Человек есть мера всех вещей»*. А это значит, что гуманитарная экспертиза является гуманитарной в смысле «ее отнесенности к человеку как таковому, который выступает в этом случае как своего рода «точка отсчета»[1]. Эту «отнесенность к человеку как таковому», следует, видимо, понимать как то, что человек берется во всей полноте своего бытия, т.е. экзистенциально. Именно *экзистенциальное* измерение гуманитарной экспертизы, которое можется рассматриваться как своего рода *онтологию*, образует ее фундаментальное, философское основание.

Онтологическое измерение гуманитарной экспертизы обусловливается тем обстоятельством, что основная интенция человеческой жизни, которая, казалось бы, устремлена, говоря экзистенциалистским языком, к *«бытию»*, к полноте существования, на самом деле технологическая культура разрушает его и ведет к *«ничто»*, к бедственности существования. Иными словами, подлинное человеческое бытие должно способствовать осуществлению, раскрытию, реализации человеком своей сущности, в действительности же современный человек, обреченный жить в технологической культуре, подвержен тотальной отчужденности, разрушающей его природу и сущность, личностное начало, превращая его в «одномерного человека» (Г.Маркузе).

---

[1] Юдин Б.Г. Необходимость и возможность гуманитарной экспертизы. С. 192.

Рассматриваемая в своем онтологическом (экзистенциальном) измерении, гуманитарная экспертиза должна стать своеобразной экзистенциальной аналитикой, вскрывающей онтологические основания перехода от «бытия» к «ничто».

В содержательном плане онтологическое основание гуманитарной экспертизы образует то, что М.Хайдеггер обозначил как «экзистенциальную настроенность» (переживания жизненного мира), которая вербализуется посредством соответствующих нормативных и ценностных суждений. Основополагающими экзистенциальными ситуациями, в которых оказывается по преимуществу человек технологической культуры, это — угроза и спасение, «страх и трепет», отчаяние и надежда. Эти экзистенциальные очевидности и переживания парадоксальным образом сходятся в жизненном мире человека, представляя собой экзистенциальный вызов разным способам концептуализации и рационализации современного мира, прежде всего, обыденно-практической и научно-технической рациональности. Такого рода вызов требует поиска ответов во всеобщем ценностном знании, которое используется субъектом гуманитарной экспертизы в качестве основного средства для корректировки, а возможно даже и «терапии» включенного в различные жизненные миры сознания агентов тех или иных экзистенциальных событий.

Что касается методологических оснований гуманитарной экспертизы, то они являются частным выражением сформировавшейся внутри современного культурного исторического типа рациональности методологической парадигмы, именуемой в самом широком смысле слова *методологией критицизма*. Возрождение в современной культуре этой методологии, истоки которой в европейской традиции восходят к античности, обусловлено открытием новых совершенно необычных, удивительных, причудливых для традиционного классического мышления миров — миры микрообъектов: элементарных частиц, микробиологии, генетики и т.п.

Современный тип рациональности в отношении гуманитарной сферы наилучше всего представлен в постмодернистском философском и методологическом мышлении, характеризующимся открытостью, неопределенностью, критичностью, плюральностью. Этим определяется и культура субъекта в гуманитарной экспертизе, которая предполагает вариативность оценки, ситуацию выбора.

Отправной точкой методологии критицизма, как известно, является идея открытого, погрешимого по своей природе знания. Более того, в свете этой методологии открытыми, критикабельными оказываются как самое содержание знания, так и вся его нормативная база, а именно: основания, критерии, принципы, идеалы, нормы, ценности. В современном мышлении мир в целом и техномир в частности предстали во всем своем величии и многообразии, в своей

нестабильности и случайности. В век высокоразвитых технологий с его ускоренными социальными изменениями наиболее характерными состояниями оказываются разупорядоченность, неустойчивость, неравновесность, нелинейность что, безусловно, «смазало» общую картину представлений о техномире, сделав ее «смутной» и непонятной. Соответственно таким же «смутным», нечетким, неопределенным стало и современное технологическое знание, идеалом которого стали открытость, альтернативность, недостоверность, неочевидность, парадоксальность, гипотетичность и т.п.

Современные технологии, научно-технические и социальные новации, которые составляют объект гуманитарной экспертизы, являются важнейшей составляющей современного жизненного и культурного миров, что, безусловно, дает основание распространить общее для этих миров методологическое мышление и на технологическую культуру.

Характерные для технологического знания черты, преломляясь через призму гуманитарного мышления эксперта, находят свое выражение в преобразованных формах. Так, альтернативность, гипотетичность, открытость современного технологического знания ставят гуманитарных экспертов, как правило, в ситуации выбора из множества возможных решений одного — единственного решения, которое и должно быть правильным для разрешения соответствующей технологической ситуации. Поиск и принятие такого решения становится возможным лишь на пути широкой публичной дискуссии. В теоретическом смысле это означает, по словам норвежского философа Г.Скирбекка, «переход от узкотехнической экспертизы к дискурсивной рациональности»[1], т.е. к рефлексивному диалогу, совместному обсуждению, предполагающему критический анализ исходных представлений и предпосылок, как своих, так и оппонентов.

Для гуманитарной экспертизы диалог имеет принципиальное значение еще и потому, что интересы и ценности, с которым она имеет дело, совершенно различны. Диалог в данном случае и строится как коммуникация индивидов и групп, обладающих совершенно разными интересами и ценностными установками. Для принятия одного-единственного правильного решения гуманитарным экспертам следует в ходе широкой публичной дискуссии привести все это многообразие интересов и ценностей к одному общему знаменателю.

Необходимость диалога в гуманитарной экспертизе обусловливается и тем обстоятельством, что современный мир, который оказывается все менее детерминированным, привнес в научное и обыденное сознание взамен классической континуальной детерминированности («демона Лапласа») вероятностную, неопределенную

[1] Цит. по: Ашмарин М.И., Юдин Б.Г. Основы гуманитарной экспертизы // По материалам интернет-сайта.

детерминированность, порождающую разветвляющееся разнообразие вариантов развития технологических и социальных ситуаций. Это еще более усложняет задачу поиска и принятия однозначного правильного решения. В подобных случаях предваряющая оценка уровня рисков негативных последствий технологических и социальных новаций становится необходимой процедурой, которая должна осуществляться не только на основе профессионального опыта и интуиции экспертов, но и с учетом шкалы ценностей, среди которых наиболее значимыми являются благополучие человека и общества, экологическое и социальное равновесие и т.п.

Подобно всем объектам современного мира, освоение которых требует вторжения исследователя в «тело» знания об этих объектах и предполагает их рассмотрение в качестве открытых, динамически действующих систем, объект гуманитарной экспертизы предстает как сложная система взаимодействий человека с миром технологических и социальных новаций. Последние представляют интерес для гуманитарного эксперта с точки зрения определенных способов, практики их применения, оперирования ими и т.п. Эта сторона взаимодействия с ними представляется наиболее существенной, поскольку «последствия для человека и общества порождает не сам предмет, а сопряженные способы взаимодействия с ним, те результаты, к которым ведут эти наши взаимодействия, и наконец, те изменения в нас самих, которые вызываются этими взаимодействиями»[1].

Что касается субъекта гуманитарной экспертизы, то по роду своей деятельности он принципиально отличается о экспертов иных форм экспертиз. В специальных, профессиональных экспертизах, субъект экспертизы чисто внешним образом относится к оценочным явлениям, в данном случае к оценке тех воздействий, которые оказывают новые технологии на человека. Как правило, он имеет дело с формализованными критериями и характеристиками, схемами и алгоритмами. В отличие от них гуманитарная экспертиза ориентирована на качественный анализ оценок, на внутреннюю, духовную погруженность субъекта экспертизы в оценочные явления, она ориентирована не столько на нормы, сколько на ценности. С этой точки зрения деятельность субъекта специальных экспертиз представляет собой, по сути, *нормативный* характер, деятельность же субъекта гуманитарной экспертизы имеет *ценностный* характер. В этом, пожалуй, одно из основных отличий гуманитарной экспертизы от специальных, профессиональных экспертиз.

Гуманитарная экспертиза, как и всякие другие типы экспертиз, направлена на защиту человека. Ее можно представить в качестве социальной практики, суть которой сводится к защите человека в той мере и в тех ситуациях, когда он подвергается воздействию новых

[1] Б.Г.Юдин. Необходимость и возможность гуманитарной экспертизы. С. 193.

технологий. С этой точки зрения теоретическое осмысление проблем гуманитарной экспертизы состоит в том, что распространение новых технологий порождает опасные для человека и человечества риски, которые необходимо упредить до того, как они выйдут из-под контроля и приведут к необратимым последствиям.

Как справедливо отмечают отечественные исследователи М.И.Ашмарин и Б.Г.Юдин, чтобы предвидеть потенциальные угрозы со стороны новых высоких технологий и социальных новаций, необходимо исходить как минимум из двух посылок:

1) *«презумпция виновности»*: любое социально или научно-техническое новшество можно считать источником негативных последствий, рисков, угроз для человека, пока в отношении него не доказано обратное; 2) *«презумпция бдительности»*: нередко угрозы, риски и негативные последствия оказывались непредвиденными не потому, что их принципиально невозможно было спрогнозировать, а просто из-за того, что никто не предпринимал необходимых для этого специальных мер[1].

Исходя из данных предпосылок, цель гуманитарной экспертизы можно определить как упреждающая оценка факторов риска, которые потенциально или актуально несет в себе та или иная технология или социальная новация, и выявление возможностей корректирующих воздействий. Такого рода опережающий анализ становится сегодня «планетарной» необходимостью.

В свете такого понимания гуманитарной экспертизы ее основным объектом оказываются факторы риска, которые порождены такими реалиями современного мира, как новые научно-технические, социальные, информационные и т.п. технологии. В отличие от традиционных опасностей прошлого, которые были очевидны и часто предсказуемы даже для обывателя, современные факторы риска в большинстве своем неощутимы и диагностируются, как правило, только специалистами.

Для предотвращения негативных последствий применения высоких технологий насущной задачей становится необходимость формирования массовой технологической культуры, которая значима не только для производителей, но и пользователей всякого рода технологий (социальных, информационных, научно-технических, образовательных и т.п.). С этой точки зрения на гуманитарную экспертизу возлагается такая важнейшая задача, как *просветительская*, заключающаяся в том, чтобы осуществить междисциплинарный анализ разных типов новых технологий с целью выявления факторов риска и тех возможностей, которые они предоставляют для развития и самореализации человека.

---

[1] Ашмарин И.И., Юдин Б.Г. Основы гуманитарной экспертизы // Человек, 1997. № 3. С. 76—85.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И МНЕНИЕ ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.Ю.Абросимова, А.С.Созинов, Б.Д.Менделевич

В первую очередь обязанность по защите прав и интересов детей действующее законодательство возлагает на родителей, а при их отсутствии на законных представителей, которые выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами.

Методом анонимного анкетирования было опрошено 318 законных представителей ребенка-пациента, обратившихся за медицинской помощью к районному детскому психиатру в поликлиники г. Казани: 77,7% матерей, 22,3% отцов, 13,8% других родственников. Выборка контролировалась такими характеристиками как возраст и образование. В результате в опросе приняли участие респонденты: по возрасту: 20,1% — до 30 лет, 47,2% — от 30 до 40 лет, 32,7% — старше 40 лет; по образованию: 33,8% — с высшим или незаконченным высшим образованием, 66,2% — со средним или средним специальным.

Для осуществления функций по защите прав и интересов детей родители или законные представители должны сами хорошо ориентироваться в данных вопросах. Однако наше исследование показало, что только 26,4% респондентов считают достаточными свои знания нормативно-правовых документов, защищающих права ребенка. Недостаточными чаще других считают свои знания респонденты младшей возрастной группы: 53,1%±6,24 — до 30 лет, 41,9%±3,89 — от 30 до 40 лет, 34,3%±4,89 — старше 40 лет ($p<0,01$).

Уровень информированности о правах пациентов среди всех участников исследования не превысил 44,8%. Причем, по нашим данным, он не зависел от уровня образования респондентов, но достоверно повышался с возрастом. Чаще всего респонденты отмечали, что они знают о праве на сохранение врачебной тайны (44,8%), реже всего — о праве на облегчение боли (19%). В порядке убывания назывались такие права пациента, как: право на получение полной и достоверной информации о здоровье ребенка, на согласие и отказ родителей от медицинского вмешательства (по 38,7%); на обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и на выбор врача (по 32,4%); на возмещение вреда, нанесенного вследствие медицинского вмешательства и право находится с ребенком в стационаре (по 31,7%); на консультацию другого врача (30,8%) и на выбор лечебного учреждения (29,8%).

По-видимому, низкий уровень информированности большинства родителей о правах пациента является одной из причин того, что 81,5% всех участников исследования отрицают случаи их нарушения при оказании медицинской помощи ребенку, а каждый десятый респондент не

может определенно высказаться по данному вопросу. Остальные чаще всего отмечали, что они сталкивались с отказом им в праве на выбор врача (25,3%), находиться с ребенком в стационаре (16%), на выбор лечебного учреждения (14,7%). Вместе с тем, это можно объяснить спецификой психиатрической специальности, когда не всегда есть возможность помещения родителей в стационар с ребенком.

Преимущественно информацию о правах пациента родители получают от врача (51,3%). На втором месте находятся средства массовой информации (38,5%), на третьем — медицинская сестра (25,5%). При этом лица с более высоким уровнем образования достоверно чаще интересуются материалами, представленными на информационных стендах в лечебно-профилактических учреждениях и специальной медицинской и юридической литературой.

Большинство участников нашего исследования утвердительно ответили на вопросы анкеты: «Хотели бы вы знать о правах пациента?» и «Хотели бы вы знать об ответственности медицинского работника в случае нарушения прав пациента и причинении вреда его здоровью?» и поддерживают свое участие в принятии решения о медицинском вмешательстве ребенку. При этом 64,9% считают, что оно должно приниматься совместно врачом и родителями, а 10,8% — только родителями. Последних больше среди родителей до 30 лет.

Несмотря на то, что каждый пятый респондент в качестве предпочтительной выбрал подавторитарную (патерналистическую) модель взаимоотношений с врачом, предпочитая, чтобы решение о необходимом объеме обследования и лечения всецело принимал врач, 94,8% родителей хотели бы, чтобы врач представлял им информацию о состоянии здоровья ребенка, методах его обследования и лечения (79,6% — полную информацию, 15,2% — только основную). Однако потребность в полной информации заметно снижается с возрастом (84,1% — до 30 лет, 83,6% — от 30 до 40 лет, 71% — старше 40 лет). Это, по-видимому, объясняется длительностью заболевания ребенка, и, в связи с этим, накопленными знаниями о болезни, о ее диагностике и лечении.

Знают о праве родителей отказаться от медицинского вмешательства ребенку 37,8% опрошенных независимо от возраста и уровня образования. Воспользовались этим правом 39,4%: отказывались от обследования 38,3%, от лечения — 40,5%. Среди причин отказа от обследования ребенка, прежде всего, назывались: его резко негативная реакция (38,8%), болезненность процедуры (24,8%) и вред, который может нанести процедура (19%); от лечения — резко негативная реакция ребенка (32,5%), высокая стоимость (24,4%) и неблагоприятные последствия лечения (19%). Более четверти родителей (28%) причину отказа от медицинского вмешательства связывают с тем, что они не всегда могут приобрести лекарства, назначенные ребенку из-за их дороговизны и отсутствия средств.

Согласно статье 29 Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическая помощь может быть оказана в добровольном (по просьбе или с согласия лица, страдающего психическим расстройством или его законного представителя) и недобровольном (принудительном порядке). Без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя психиатрическая помощь может осуществляться только в особых, оговоренных законом случаях.

Большинство респондентов (78,9%) отрицают применение принудительных мер медицинского вмешательства к их ребенку. Однако тот факт, что 13,4% респондентов не знают, применялись ли они к их ребенку свидетельствует о их недостаточной информированности и, возможно, нарушении права на информированное согласие. Обращает на себя внимание, что 3 респондента (1%) отметили, что необходимость осуществленной принудительной медицинской помощи не была оправдана.

Со слов родителей, врачи не всегда информируют их о различных аспектах медицинского вмешательства. Чаще всего такая информация касается диагноза и методов лечения ребенка. Ее, в том или ином объеме, получают, соответственно, 96,1% и 89,2% респондентов. Вместе с тем, более детальное изучение данного вопроса показало, что 61,1% из них испытывали трудности при получении информации у персонала учреждения, сама предоставляемая информация не всегда была понятна им.

Право родителей на медицинское вмешательство только после их согласия в большинстве случаев (94,3%) соблюдается. При этом подавляющее число респондентов (79,3%) утверждают, что давали его в письменной форме. В то же время, просьба высказать мнение о том, имеют ли родители право на полную информацию о состоянии здоровья ребенка, у 15,1% респондентов вызвала затруднения.

Таким образом, опрос родителей пациентов, обратившихся за амбулаторной психиатрической помощью для ребенка, показал, что они:

- плохо знакомы с правами ребенка, с правами пациента и нормативно-правовым документам, защищающими их;
- отмечают случаи нарушения таких прав пациента, как право на выбор врача и лечебного учреждения, находиться с ребенком в стационаре;
- недостаточно информируются врачом и медицинской сестрой о правах пациента, и вынуждены искать такую информацию в средствах массовой информации и специальной медицинской и юридической литературе;
- хотят получать информацию о состоянии здоровья ребенка, предстоящем медицинском вмешательстве и участвовать в принятии решения о нем, но, вместе с тем, не всегда удовлетворены объемом предоставляемой информации;

- отказывались от обследования и лечения ребенка из-за его резко негативной реакции, болезненности процедуры, возможных неблагоприятных последствий и высокой стоимости.

КЛОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА И БИОЭТИКА

С.О.Абросимова

Клонирование овечки Долли стало шоком для общественности. Стало очевидно, что клонирование человека так же возможно. Ученые разделились на две неравные части. Большинство выступало за запрет на репродуктивное клонирование; меньшая часть загорелась идеей создать клона. Большой энциклопедический словарь определяет клонирование как «получение генетически идентичных организмов в результате замены ядра яйцеклетки на ядро соматической клетки»[1], а клон понимается как «популяция клеток или организмов, происшедших от общего предка путем бесполого размножения»[2].

Исследование этого феномена затрагивает широкий круг проблем. В первую очередь, проблемы, связанные с несовершенством технологии и ответственностью создателей перед творением. Опыты на животных показали наличие большого количества мутаций, патологий, и смертей на разных стадиях[3]. Клонирование человека технически сложнее и ответственнее. Необходимо до фактического применения либо улучшить саму технологию, либо отказаться от ее применения вообще.

Применение технологии затрагивает проблемы, связанные с существованием человечества как вида. Многие исследователи считают, что массовое распространение технологии приведет к сокращению и ухудшению генетического разнообразия людей, снижению адаптивности человечества как вида[4]. Другие ученые считают, что клонирование и другие биотехнологии помогут отсрочить вырождение человечества[5].

Широкое использование биотехнологии поднимает социальную проблематику. Самая важная из них — проблема вписывания нового социального явления в уже существующие институты. Пока не выработана общая позиция по отношению к клонированию человека в религии, культуре, праве, что затрудняет его этическую оценку и контроль над его

---

1 Клонирование // Большой энциклопедический словарь. М. : АСТ, 2005. С. 496.

2 Клон // Большой энциклопедический словарь. М. : АСТ, 2005. С. 496.

3 Клонирование человека противоречит этическим нормам [Электрон. ресурс] 27 дек. 2007. URL : http://www.agnuz.info/read.php?th=article&file=0072.txt

4 Конюхов Б.В. Долли – случайность или закономерность [Электрон. ресурс] 18 янв. 2008. URL : http://vivovoco.astronet.ru/VV/PAPERS/MEN/CLONE_1.HTM

5 Буровский А.М. После человека // Пост-человек. От неандертальца до киборга: сб. ст. М., 2008. С. 175—224; Инге-Вечтомов С.Г. Генетические модификации и невеселая реальность // Пост-человек ... С. 333—343 ; Столяров А.В. Розовое и голубое // Пост-человек... С. 8—52.

использованием. Многие видят в развитии биотехнологий ту же самую евгенику, только происходящую на уровне семьи[1]. Вмешательство в природу человека имеет, по мнению Ф. Фукуямы, политические последствия. Будет ли это создание новой элиты, либо касты неприкасаемых, либо выстраивание структуры общества с помощью биотехнологий, как в романе О.Хаксли[2], все это предполагает отход от идеалов демократии с ее принципом всеобщего равенства. В связи с этим возникает необходимость определения социального и правового статуса клона.

Несмотря на то, что одно лишь генетическое вмешательство не обуславливает проявление тех или иных качеств (нет линейной последовательности между модификацией и жизненным путем человека), знание о нем может повлечь за собой изменения в самовосприятии человека. У него может сформироваться взгляд на себя не как на естественно сформировавшееся существо, а как на искусственно сотворенное. Все это может привести к отчуждению его от самого себя[3].

Весь этот комплекс социальных, правовых, этических и психологических проблем, связанных только с одним научным открытием, показывает, что достижения науки имеют глубокие социальные, психологические и этические последствия и поэтому не могут развиваться вне контроля со стороны общества. Особенно это касается исследований на человеке. В оценке таких спорных научных открытий как клонирование трудно прийти к консенсусу, но это необходимо. Существует поле, в котором возможен междисциплинарный дискурс, в ходе которого можно выработать единую позицию по отношению к научным открытиям. Это биоэтика. Она выступает как метауровень, саморефлексия науки, позволяющая осуществлять прогресс знания без потери связи с обществом. На передний план теперь выходит не прогресс как самоцель, а ответственность ученого перед пациентом и социумом. Биоэтика становится необходимым компонентом прогресса биологических наук.

ЭТИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОБНАРОДОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А.В.Басов

Рациональное использование лекарств в условиях постоянно расширяющейся номенклатуры возможно только при наличии у по-

---

[1] Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции. М. : АСТ: АСТ МОСКВА, 2008. 349, [3] с. : Юдин Б.Г. Мораль, биология, право [Электрон. ресурс] 27 февр. 2008. URL : http://vivovoco.astronet.ru/VV/PAPERS/ECCE/ETHICS.HTM

[2] Хаксли О. О дивный новый мир. М., 2002.

[3] Хабермас Ю. Будущее человеческой природы [Электрон. ресурс] 29 апр. 2009. URL: http://www.antropolog.ru/doc/library/Habermas/Habermas4

требителей и врачей достаточного объема объективной информации о клинико-фармакологических свойствах используемых препаратов. Освещение результатов биомедицинских исследований является частью единого процесса их организации и проведения. Уклонение от публикации результатов исследования классифицируется как ненадлежащее проведение исследовательской работы. Есть основания полагать, что фармацевтические компании могут скрывать неблагоприятные для них данные[1]. Обвинения в адрес индустрии все чаще попадают в зону внимания медицинской общественности. Особую остроту проблема отсутствия открытого доступа к результатам клинических исследований приобрела в связи с широким обсуждением аспектов безопасности селективных ингибиторов ЦОГ-2[2].

Способом решения многих проблем, связанных с доступностью данных о результатах клинических исследований, может стать предварительная регистрация проводимых исследований. В последние годы наиболее дальновидные лидеры фарминдустрии приходят к выводу, что подобная практика будет способствовать восстановлению пошатнувшегося доверия со стороны общества к фармацевтической отрасли и медицине в целом. Некоторые фармацевтические компании объявили свою поддержку инициативам по обязательной регистрации клинических испытаний и даже создали свои собственные регистрационные базы данных. В большинстве своем они рассчитаны на использование пациентами, хотя содержат достаточно подробную информацию о клинических испытаниях.

Важнейшим шагом на пути регламентирования представления результатов клинических исследований стало обнародование крупнейшими ассоциациями производителей лекарственных средств разных стран[3] в начале 2005 г. документа под названием «Совместное заявление о раскрытии информации о клинических исследованиях посредством регистров клинических исследований и баз данных» (Joint position of the disclosure of clinical trial information via clinical trial registries and databases.). Часть фармацевтической отрасли, деятельность которой связана с инновациями, представленная во всем мире перечисленными ассоциациями, берет на себя обязательства повысить прозрачность информации об исследованиях, спонсорами которых являются члены этих ассоциаций. С этой целью информация обо всех клинических

---

1 Melander H., Ahlqvist-Rastad J., Meijer G., Beermann B. Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. BMJ, 2003. 326:1171-3.

2 Стороженко О.Н. Ингибиторы ЦОГ-2: истинное преимущество или активная реклама? // Международный журнал медицинской практики. 2005. № 2. С. 25—29.

3 Европейской федерацией ассоциаций фармацевтических производителей (EFPIA), Международной федерацией ассоциаций фармацевтических производителей (IFPMA), Японской ассоциацией фармацевтических производителей (JPMA) и Ассоциацией фармацевтических производителей и исследователей США (PhRMA).

исследованиях должна быть представлена для размещения в общедоступном регистре в течение 21 дня от начала включения пациентов в испытание, если не существует альтернативных национальных требований. Суть обязательной регистрации исследований заключается в получении уникального международного идентификационного кода, регистрации оригинального протокола и в последующем — дополнений к нему, регистрации результатов исследования. Регистр должен содержать основную информацию для заинтересованных лиц о том, как можно стать участником исследования. Он уже доступен в сети Интернет и будет поддерживаться Национальной медицинской библиотекой США. База данных о результатах клинических исследований является сводом результатов завершенных клинических исследований, изложенных в сжатой форме. Результаты исследований должны поступать в базу данных в течение одного года после первой регистрации препарата в какой-либо стране. В случае, когда исследование проводилось уже после разрешения на маркетинг, результаты помещаются в базу данных в срок до одного года после завершения исследования, если это не препятствует публикации в рецензируемых журналах и не противоречит национальным законам. Результаты клинических исследований освещаются в любой из многочисленных Интернет-баз данных, включая базу данных Ассоциации фармацевтических производителей и исследователей США и европейскую базу данных EudraCT.

Инициативу, направленную на увеличение прозрачности в сфере клинических испытаний, активно развивает Всемирная организация здравоохранения. Сегодня она призывает исследовательские институты и компании регистрировать все медицинские исследования, в которых тестируются лекарственные средства и медицинские приборы на людях, в том числе и самые ранние исследования, независимо от того, принимают ли в них участие пациенты или здоровые добровольцы. Составной частью Международной платформы для регистрации клинических испытаний (International clinical trials registry platform — ICTRP) является масштабная инициатива, цель которой — стандартизация способов обеспечения общедоступности данных о медицинских исследованиях. ВОЗ также рекомендует ко времени начала исследований раскрывать информацию по 20-ти основным пунктам, которые были согласованы на международной встрече в апреле 2004 года. По сути, они представляют собой минимальную информацию, которую необходимо раскрыть (то есть сделать общедоступной) при регистрации каждого клинического испытания. Разработанная ВОЗ Платформа для регистрации сама по себе не будет новым реестром, создаваемым в дополнение к предыдущим. Ее функция будет состоять в том, чтобы установить систему необходимых норм и критериев для всех существующих в настоящее время реестров. Она не только стандартизирует те сведения, которые необходимо сообщать для регистрации испытания,

но и позволит создать глобальную систему идентификации испытаний, которая будет присваивать единый регистрационный номер каждому квалифицированному испытанию.

В сентябре 2004 года международный комитет редакторов медицинских журналов (International Committee of Medical Journal Editors — ICMJE) — группа, представляющая 11 престижных медицинских журналов, согласовал условия опубликования результатов клинических испытаний и выступил с совместной передовой статьей, посвященной этой проблеме. Предполагается, что научный документ о результатах клинического испытания может быть опубликован только при условии, что это испытание было зарегистрировано к началу его проведения в общественно доступном реестре. Подобная практика уже стала этической нормой для исследований в области генетики и биохимии. На сегодня большинство профильных журналов одним из условий опубликования новых данных об открытых нуклеотидных последовательностях ДНК и последовательностях аминокислот выдвигают предварительное размещение этой информации в международной базе данных GenBank®.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ФЕНОМЕНА СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В РАМКАХ БИОЭТИКИ

Р.Н.Башилов, С.М.Репина

Биоэтика сегодня — междисциплинарная исследовательская парадигма, которая задает новый ракурс интерпретации проблемы социальной ответственности.

Ответственность имманентна феномену биоэтики. Если под ответственностью можно понимать способность социального субъекта селективно, осознанно, рефлексивно реагировать (положительно или отрицательно), воздействовать, контролировать, управлять, генерировать свою активность в заданной ситуации или контексте, то статус биоэтики как позиции утверждения жизни, «бытия — к — здоровью» предполагает формирование ответственности за свои действия в условиях медицинской помощи у всех участников процесса — у врача, исполняющего свой врачебный долг и у индивидуального субъекта (пациента), рефлексирующего свое «наличное бытие», свои экзистенциальные установки, способного принимать осмысленное решение относительно своих желаний.

Многовековая практика существования патерналистской модели врачевания, когда врач единолично определял содержание того блага, которое нужно пациенту, на современном этапе развития медицины видоизменяется в контрактную (договорную) модель.

Данная модель взаимодействия медика и пациента фундирована в принцип уважения автономии личности.

В фокусе принципа уважения автономии пациента — право каждой личности на самоопределение и действие без внешнего контроля, препятствующего реализации разумного выбора. Но вместе с таким нравственным правом субъект должен нести личную моральную ответственность за самостоятельное решение фундаментальных проблем относительно вопросов своей жизни. Взаимное уважение коррелирует с соблюдением свободы для себя и другого. Свобода — универсалия культуры субъективного ряда, которая фиксирует внутреннее самополагание и осмысление, дает право определяться и реализовываться в условиях отсутствия внешнего целеполагания. Как считает известный американский специалист в области биоэтики Рональд Дворкин: «Самое главное отличие западной политической культуры — признание человеческого достоинства каждого индивидуума: люди обладают нравственным правом и несут личную нравственную ответственность за то, чтобы самостоятельно решать фундаментальные вопросы значения и ценности своей жизни». «В основе свободы лежит право человека дать собственное определение категориям смысла и целей существования, найти свое понимание вселенной и тайны человеческой жизни». О взаимном уважении можно говорить только тогда, когда мы охраняем свободу друг друга. «Свобода — это главное и абсолютное условие для самоуважения: никто не может считать, будто его жизнь имеет внутреннее объективное значение, пока он не отвоюет право жить самостоятельно, а не быть ведомым»[1].

Дворкин соглашается, что государство может преследовать свои интересы, защищая неприкосновенность и нерушимость человеческой жизни, но при этом оговаривается, что есть два способа достижения этой неприкосновенности и нерушимости. Государство может либо подчинить людей (заставить их соблюдать нравственные правила), либо научить их нести ответственность (помочь людям действовать, исходя из своих внутренних нравственных обязательств). «Если мы целим на чувство ответственности, то нужно предоставить людям свободу, в конце концов, им решать, что они хотят называть правильным, потому что именно это и подразумевает понятие ответственности».

Другой известный специалист по биоэтике — австралийский профессор Макс Чарлзуэрт — в своей книге «Биоэтика в либеральном обществе» предлагает еще более радикальную концепцию. Он стал продолжателем идей, которые впервые были озвучены философом эпохи просвещения Джоном Стюартом Миллем. В либеральном обществе личные свободы и нравственная автономия имеют большое значение. По возможности, людям должна быть предоставлена максимальная свобода выбора в вопросах своей жизни[2].

---

[1] R. Dworkin, Life's Dominion (paperback edition). London: HarperCollins, 1995. P. 166.

[2] M. Charlesworth, Bioethics in a Liberal Society. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

Автономия — по Канту — «есть основание достоинства человека и всякого разумного естества. Уважение автономии проистекает из признания того, что каждый человек есть безусловная ценность и, следовательно, он в состоянии сам определить собственную судьбу. Каждая личность — самоцель и не должна рассматриваться как средство для осуществления, каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага»[1]. Особо нужно подчеркнуть, что данное соображение легло в основу практически всех международных этических документов регулирующих моральную и юридическую сторону медицинской деятельности. В медицине уважение автономии пациента предполагает то, что выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие врачебные действия.

Реализовать право на свободный выбор пациент может с помощью закрепленных юридически биоэтических правил.

Так уважение неприкосновенности частной жизни предполагает невмешательство в частную жизнь субъекта, т.е. в стороны личной жизни человека, которые он в силу своей свободы не желает делать достоянием других. Чаще всего это жизнедеятельность человека в особой сфере семейных, бытовых, личных, интимных отношений, не подлежащих контролю со стороны государства, общественных организаций, граждан. Как часть неприкосновенности частной жизни является и врачебная (профессиональная) тайна. Субъекты профессиональных тайн несут юридическую или иную ответственность за их разглашение.

Моральная норма конфиденциальности является залогом социальной эффективности для многих социальных групп и является условием защиты социального статуса пациента, его экономических интересов, обеспечивает откровенное и доверительное отношение с пациентом и, наконец, подтверждает его права на автономию. Человек сознает себя ответственной и свободной личностью только тогда, когда он контролирует события, происходящие с ним, и находится в минимальной зависимости от внешних сил, влияющих на результат его действий.

Правило правдивости обязывает медицинского работника сообщать правдивую информацию своим пациентам. При реализации данного правила врач сталкивается с проблемами гносеологического и психологического порядка. Особенно это касается сообщения неблагоприятной правдивой информации, которая причиняет вред не только физического и морального плана, но влияет на социальный статус человека. И медик, сообщающий данную информацию, берет на себя ответственность за изъятия человека из процесса социальной жизни.

Согласно правилу добровольного информированного согласия, любое медицинское вмешательство (в том числе и привлечение человека в качестве испытуемого в биомедицинское исследование) должно как обязательное условие включать специальную процедуру получения до-

[1] Кант И. Основы метафизики нравственности // Соч.: В 6 т. М., 1965. Т.4. Ч.1. С.278.

бровольного согласия пациента или испытуемого на основе адекватного информирования (целях предполагаемого вмешательства, риске для жизни, физического, психического, социального благополучия и др.). Существенным элементом информирования должна быть информация о правах пациентов и испытуемых в данном лечебно-профилактическом или научно-исследовательском учреждении и способах их защиты в тех случая, когда они так или иначе, ущемлены[1].

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИЦИНЫ И ПРОБЛЕМА БЕССМЕРТИЯ ЧЕЛОВЕКА: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

Е.В.Введенская

Наука в настоящее время достигла таких высот, которые дают уверенность в значительном продлении в ближайшем будущем индивидуальной жизни человека и позволяют говорить о конкретных научных подходах к проблеме бессмертия. Наука подходит к этим проблемам с точными методами их исследования. Учитывая современные темпы роста научного понимания человека как объекта точного знания биологических наук и принимая в расчет прогнозы специалистов, работающих над расшифровкой генетических кодов человека, можно ожидать, что уже в конце XXI века будут определены все теоретические основы бессмертия. Можно предположить, что через несколько поколений после определения теоретических основ бессмертия человечество добьется реального бессмертия. «Можно сказать, что бессмертие уже сегодня становится вполне отчетливым “реальным идеалом”, от достижения которого современное общество отделяет всего полтора столетия»[2].

В последние годы в медицине большое внимание уделяется так называемому «инженерному подходу». Суть его состоит в прямом и радикальном вмешательстве в биологические механизмы. Такое вмешательство может осуществляться на любом уровне, что позволяет говорить о:

1) молекулярной инженерии (генной инженерии, инженерии белков),

2) клеточной инженерии (переносе ядра, управление дифференциацией и пролиферацией) и

3) инженерии тканей и органов.

Последовательное применение «инженерных» подходов в перспективе позволит заменять любые части организма — поврежденные,

---

[1] Введение в биоэтику / Под ред. Б.Л.Юдина, П.Д.Тищенко. М.,1998. С. 386.

[2] Олейников Ю.В, Оносов А.А. Ноосферный проект социоприродной эволюции. М, 1999. С. 170.

пораженные заболеваниями, состарившиеся — на обновленные. Первые применения «инженерных подходов» — применение искусственно выращенных органов — уже перешагнули грань между экспериментальной наукой и практической медициной.

В русской философии проблема бессмертия была поднята в философии русского космизма. Родоначальник философии русского космизма Н.Ф.Федоров (1829—1903) продумал как с физической точки зрения, так и с нравственной, принципиальные возможности бессмертия, что способствовало практическим разработкам в данном направлении. Так, И.И.Мечников обосновывал возможность разработки методов антистарения и является одним из основателей геронтологии, П.И.Бахметьев одним из первых исследовал возможность применения анабиоза для продления жизни. Биокосмисты в 10—20-е годы XX века объединили все подходы для достижения бессмертия — в их работах упоминаются и попытки омоложения, и анабиоз, и физическое воскрешение.

В настоящее время образовалось целое научно-философское течение трансгуманизма, заявляющее о необходимости при помощи новых технологий: нанотехнологий, биотехнологий, робототехники, информационных и когнитивных технологий, — увеличить продолжительность жизни, здоровье и человеческие способности. В первую очередь имеются в виду медицинские биотехнологии, позволяющие осознанно трансформировать параметры человеческой природы, целенаправленно изменять их. Трансгуманисты считают, что информационно-культурные проекции человека, а точнее, его полный мемокомплекс (т.е. мемотип, по аналогии с генотипом) — потенциально вечны. Необходимо лишь научиться загружать эту культурную информацию в компьютеры и их сети, и человек, а в религиозной терминологии — его душа (т.е. его полный мемокомплекс), становится бессмертным. «Его можно копировать, он может трансформироваться и размножаться сам, жить по своему усмотрению в симулированных мирах, где законы физики могут быть произвольно изменены по мере надобности и по желанию, полностью контролировать себя и свою судьбу,— т.е. пользоваться всеми возможностями, которые уже предоставляются современными кибернетическими и телекоммуникационными технологиями, и которые будут возможны в обозримой перспективе. Таким образом, сознание человека может продолжать жить своей жизнью, неограниченно долго, в независимости от судьбы его исходной биологической основы, его оболочки — тела»[1].

Такой подход таит в себе опасность и одновременно соблазн, состоящий в снятии биологического техническим. Бессмертный человек будущего представляет собой скорее биоробота, чем человека. В перспективе человеческие свойства и качества будут с человека окончательно сняты, что исказит его сущность до неузнаваемости. Об этой опасности предупреждает

[1] http://anthropos.narod.ru/transhumanism.html

Владислав Зарайский (сотрудник Департамента молекулярной медицины медицинского центра): «Нынешние средства идут куда дальше очков, протезов или лекарств. Они способны путем генетических манипуляций изменять свойства организма конкретного индивида... Грядущие технологии будут способны в ближайшие десятилетия не только преобразить нормальное течение человеческих поколений, но и исказить самого человека, контролируя его здоровье через вживленные чипы, придавая ему новые, невиданные раньше свойства (дышать под водой или на Марсе, летать или впадать в спячку), отделяя его сознание от тела механическим путем, и, в итоге, лишая его "образа и подобия" Божьего»[1].

Также вызывает сомнение и сама необходимость бессмертия человека. Смерть вплетена в сам природный процесс бытия. Смерть важнейший фактор человеческого существования, формирующий границы жизни, придающий ей ценность и смысл. Смерть предполагает высший уровень ответственности. Лишить человека его конечности означает устранить эту ответственность. В древнегреческой мифологии, недаром, самым страшным наказанием, к которому боги могли приговорить человека, было бессмертие. «Смерть (или память о смерти) наполняет людей возвышенными чувствами и делает жизнь ценной. Ощущая себя существами недолговечными, люди и ведут себя, соответственно; каждое совершаемое деяние может оказаться последним; нет лица, чьи черты не сотрутся, подобно лицам, являющимся во сне. Все у смертных имеет ценность — невозвратимую и роковую. У бессмертных же, напротив, всякий поступок (и всякая мысль) — лишь отголосок других, которые уже случались в затерявшемся далеке прошлого, или, точное предвестие тех, что в будущем станут повторяться и повторяться до умопомрачения. Нет ничего, что бы не казалось отражением, блуждающим меж никогда не устающих зеркал. Ничто не случается однажды, ничто не ценно своей невозвратностью»[2], — писал Л.Х.Борхес в своем рассказе «Бессмертный».

К чему же приведет отмена смерти человека? Стоит глубоко задуматься над этим вопросом и просчитать все возможные варианты перед проведением практических работ в этом направлении.

МЕДИЦИНСКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ О ЛЕКАРСТВАХ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

О.А.Гацура

Ежегодно Всемирная организация здравоохранения присваивает международные непатентованные наименования в среднем ста дей-

[1] http://www.pravmir.ru/article_1148.html

[2] Борхес Х.Л. Бессмертный. URL : http://www.serann.ru/t/t239.html

ствующим веществам, около двадцати из них суждено выйти на рынок лекарственных средств (ЛС) и только единицы пополнят арсенал практического врача. Таким образом, в настоящий момент Государственным реестром Российской Федерации разрешено к медицинскому применению с учетом различных лекарственных форм и дозировок более 28000 лекарственных препаратов (ЛП). Как показывает международная практика, регулирование оборота ЛС берет на себя государство и осуществляет его посредством комплекса законов и подзаконных актов. Под юрисдикцию государственного регулирования попадают все субъекты, вовлеченные в лекарственные взаимоотношения: фармацевтическая индустрия, дистрибьюторские и страховые компании, аптечные и лечебно-профилактические учреждения.

При этом основные усилия по контролю над оборотом ЛС государство концентрирует на двух направлениях: управлении качеством ЛС и обеспечении доступности лекарственной помощи населению. Качество ЛС в широком смысле предполагает соблюдение процедур, регламентирующих весь жизненный путь ЛП от разработки и исследований через производство и реализацию вплоть до квалифицированного применения и потребления. Ярким примером реализации усилий государства на этом направлении в нашей стране можно считать внедрение стандартов GMP (надлежащей производственной практики) Второе направление — обеспечение доступности ЛС — относится к социальной сфере деятельности государства. Гуманное и демократическое общество не может допустить, чтобы его членам было отказано в лекарственной помощи, оно не может существовать, если всем его членам не гарантирован известный уровень помощи в случае болезни. Не будет преувеличением сказать, что современная медицина без такого регулирования фармацевтического рынка существовать не может.

Ключевой фигурой оборота ЛС является пациент и, с необходимостью, его лечащий врач, который обязан в полной мере понимать свою ответственность за выбор оптимального ЛП для конкретного пациента в реальных условиях по оказанию качественной медицинской помощи. Не только профессиональная, но также и моральная ответственность диктует современному клиницисту необходимость комплексной оценки информации о ЛП, получаемой им из различных источников.

В последнее время все чаще и чаще предметом специального исследования во многих странах становится проблема взаимодействия практического здравоохранения с фармацевтическими компаниями (ФК). В «горячей зоне» такого взаимодействия оказывается врач первичного звена с одной стороны и торговый представитель ФК — с другой стороны (в РФ это медицинский представитель, далее — МП).

Анализ данных более 300 исследований, проводившихся в США, Австралии, Новой Зеландии, Португалии, Турции, Дании, Бразилии, Финляндии, Индии, Норвегии, Великобритании, Ирландии, Канаде,

Эстонии, Пакистане, Греции и других странах, позволяет сделать вывод о том, что взгляды врачей на место и роль МП совпадают. Именно МП врачи склонны рассматривать в качестве одного из основных источников фармацевтической информации, отдавая ему предпочтение по части оперативности, адекватности, персонифицированности представления данных о лекарственных препаратах (ЛП).

К сожалению, в отечественной профессиональной литературе не удалось найти научно обоснованных данных, касающихся отношений врача и МП. Тем не менее, справедливости ради надо заметить, что мониторинг мнения практического врача в РФ проводится исследовательскими маркетинговыми центрами (руководитель О.П.Фельдман) с достаточной регулярностью.

Отмечается, что российские врачи, также как и их зарубежные коллеги, положительно или скорее положительно относятся к деятельности МП в части предоставления информации о ЛП. Солидарность врачей заметна не только в положительных оценках деятельности МП, но и в негативных тоже. Так, к возможным негативным для своей работы последствиям контактов с МП врачи среди прочих относят:

- дезорганизацию текущей работы по приему больных;
- снижение доверия пациентов к врачу в связи с подозрением в его сговоре с ФК;
- воздействие МП на выбор врачом оптимального ЛП в ущерб интересам больного;
- предоставление неполной или тенденциозной информации о продвигаемых ЛП. При проведении фокус-групп врачи отмечали, что МП бывают неприятно настойчивы в продвижении своих ЛП, не ориентируются на потребности пациентов и врачей, отнимают служебное время, приходя без договоренности, унижают достоинство врача приглашением к участию в конкурсах с ценными призами.

В целом отмечается, что существует некий диссонанс между сведениями, предоставляемыми МП, и информацией, которая действительно необходима врачу для качественной и эффективной работы.

По мнению ведущих исследователей российского фармацевтического рынка (А.Ю.Юданова, Е.А.Вольской и др.) и фармацевтическому бизнесу, и практическому здравоохранению приходится отвечать на четыре центральных вопроса: 1. Какая информация необходима для принятия правильного решения? 2. Из каких источников она может быть почерпнута? 3. В какой мере этой информации можно доверять? 4. Какие выводы можно сделать на основании полученной информации?

Не вызывает сомнения тот факт, что государственная и федеральная регуляция маркетинговых приемов ФК может способствовать повышению информированности врачей о новинках фарминдустрии. Такой

надзор может дать врачам возможность оценивать ЛП на основе сбалансированного представления о преимуществах и недостатках и противодействовать маркетинговой политике ФК, которая нацелена больше на увеличение продаж, чем на представление объективных данных.

Опираясь на международные исследования, учитывая собственный опыт и следуя рекомендациям ведущих отечественных специалистов, представляется уместным напомнить врачам в своей повседневной практике общения с МП о необходимости руководствоваться исключительно интересами пациентов. Этому призваны помочь нехитрые правила такового общения: (1) встречайтесь с МП только в оговоренное время; (2) проанализируйте полезность предыдущих контактов с МП; (3) просите информацию по существу сразу, не вступайте с МП в беседу на отвлеченные темы; (2) попросите предоставить независимые сведения, опубликованные в известных рецензируемых журналах; (4) строго оценивайте научные сведения, обращая внимание на методологические приемы проведенных исследований; (5) требуйте обоснованной информации по безопасности, переносимости, эффективности, стоимости ЛП; (6) крайне критично подходите к чтению рекламных брошюр, т.к. они нередко содержат не опубликованные в научной литературе данные, а также вводящие в заблуждение схемы и выборочные цитаты; (7) выбирайте ту ФК, ЛП которой действительно представляют профессиональный интерес; (8) новизна ЛП не является дополнительным преимуществом или доводом к его использованию; (9) отказывайтесь от образцов ЛП или участия в неконтролируемых исследованиях; (10) игнорируйте как доказательство использование этого ЛП другим врачом.

ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ С ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ ГЕНОМОМ

И.В.Гордеева

О том, что человек разумный не является последним звеном в цепи эволюции живых существ, писал еще В.В. Вернадский, рассматривая потенциальную возможность прогресса ноосферы в будущем. Дискуссии о следующем биологическом виде — Homo sapientissimus, с периодическим снижением и возрастанием популярности продолжаются с середины XX в. Однако, если в 1950-х гг. «человек будущего» рассматривался исключительно как результат длительной биологической эволюции, независимо от его конкретных морфологических и физиологических характеристик, то конец минувшего тысячелетия перевел тему дискуссии в совершенно иную плоскость. В связи с развитием биотехнологий на базе новых открытий в области генной инженерии потенциальная

возможность усовершенствования нашего биологического вида становится как никогда актуальной, хотя, по словам С.В.Инге-Вечтомова, «если техническая возможность манипуляций с геномом возможна уже в настоящее время, то существует ряд ограничений гносеологического, финансового и юридического плана».

Гносеологические ограничения связаны с недостаточным уровнем информации о функционировании человеческого генома. В научно-популярной литературе и публикациях на данную тему в современных СМИ можно нередко встретить высказывания о выявлении генов, контролирующих агрессивное поведение, способность к предпринимательской деятельности и даже склонность к моно- или полигамии. Таким образом, делается вывод о некоем генетическом детерминизме не только морфологических признаков или особенностей биохимических процессов в организме конкретного человека, но и наследственном контроле всех особенностей поведения и психики. Человек уподобляется сложноорганизованной машине, функционирующей по определенной программе. Таким образом, механицизм, благополучно устраненный из современной физики, вновь воскресает, но уже на более прогрессивном уровне. Кроме того, мы наблюдаем явную тенденцию к симплификации — стремлению свести чрезвычайно сложные процессы, происходящие в живом организме, исключительно к проявлению действия конкретных генов.

Подобный редукционистский подход имел право на существование в 1920—1930-х гг., но с тех пор ситуация в популяционной и молекулярной генетике существенно изменилась. Человеческий геном не рассматривается более как механическое сочетание отдельных генов, если и связанных между собой, то только принадлежностью к одной хромосоме, но известно, что он функционирует как единая целостная система, состоящая из тесно взаимосвязанных, взаимно комплементарных элементов. Практически любой фенотипический признак имеет полигенную природу, в то же время конкретный ген может влиять на несколько признаков. Все это определенным образом канализирует направление биологической эволюции в природе. Пренебрежение холистическим подходом при оценке наследственности может иметь непредсказуемые последствия при попытках «генетически улучшить» современного человека. Ф.Фукуяма говорит по этому поводу: «Когда ген меняется в результате мутации или заменяется другим, очень вероятно возникновение побочных и, быть может, неприятных эффектов». В то же время автор отмечает, что существуют «три сильных тренда» в сторону использования методов генетической коррекции человеческого организма: «Желание обыкновенных людей как можно больше вывести поведение в область медицины и тем самым снять с себя ответственность за свои действия... Второй — давление экономических интересов», когда «биологический путь воздействия на поведение» предпочитается

сложным методам коррекционной педагогики и «третий тренд — тенденция расширить область применения медицинских технологий на все большее число состояний».

Таким образом, можно констатировать, что стремление «улучшить человеческую природу» не может быть остановлено сугубо гносеологическими препятствиями. «Путь к младенцам на заказ», о котором говорит Фукуяма, в первую очередь стимулируется стремлением избавить человеческие популяции от избыточного «генетического груза» методами терапии наследственного материала, поскольку мутации — практически единственный фактор биологической эволюции, который не прекращает свое влияние на вид Homo sapiens вплоть до настоящего времени, а количество и масштаб действия физических, химических и биологических мутагенов возрастает буквально в геометрической прогрессии. Решение проблемы борьбы с серьезными наследственными заболеваниями, многие из которых контролируются рецессивными генами, невозможно без пренатального скрининга. Современные технологии медицинской генетики позволяют осуществлять мониторинг наследственного материала на ранних стадиях эмбрионального развития и принимать соответствующие решения, исходя из рекомендаций врачей и желания родителей. Религиозно-этические соображения, в данном случае, диктуют необходимость сохранения человеческой жизни, так как, например, по представлениям Римской католической церкви, душа присутствует уже на стадии оплодотворенной яйцеклетки, однако утилитарные соображения нередко берут верх, и предпочтение научных данных религиозным традициям наблюдается даже в тех странах, где авторитет церкви традиционно высок.

Поскольку медицинский аборт — далеко не идеальный способ борьбы с наследственными заболеваниями, в качестве альтернативы предлагается экстракорпоральное оплодотворение, сопровождающееся преимплантационной диагностикой. Таким образом, предоставляется возможность выбора наиболее оптимального из нескольких вариантов генотипов, а в перспективе и коррекция in vitro нежелательного наследственного материала. Безусловный технологический прогресс налицо, но наряду с потенциальной перспективой избавить человечество от воздействия последнего фактора биологической эволюции, он содержит в себе немало серьезных опасностей, о которых предостерегал в свое время И.Т.Фролов: «реализация неоевгенических проектов означала бы генетическую катастрофу для человечества, гораздо более опасную, чем та, которую рисует неоевгеника, и от которой она обещает нас спасти». Речь идет, во-первых, о снижении генетического разнообразия человеческого генофонда, что чревато потерей устойчивости этой сложной системы. Во-вторых, как уже отмечалось выше, воздействие на одни гены неизбежно влечет нарушения в работе других, что может привести к рассогласованию функционирования целостной системы. Кроме

того, поскольку существует плейотропный эффект в действии генов, то избавление человека от определенных наследственно обусловленных недугов может коррелировать с утратой социально и биологически приемлемых и даже важных признаков. В-третьих, возникает соблазн конструирования «идеального ребенка», что порождает уже не только религиозные, но и морально-этические проблемы, так как родителям предоставляется право решать вопрос не только о существовании (или несуществовании) будущей личности, но и определять, какой будет эта личность (внешние данные, способности и пр.), что открывает путь для манипуляций и фактического программирования человека по своему желанию. В качестве примера можно привести сведения по изменению соотношения полов новорожденных детей в Китае и Индии в 1990-е гг., когда при развитии технологий УЗИ и доступности абортов стало возможным сохранять лишь детей желаемого для родителей пола. Это привело к дефициту девочек (по разным данным, до 100 млн. человек), что в будущем породит сложные проблемы уже демографического плана.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что оценка возможных последствий применения биотехнологических подходов к генетике человека должна проводиться с учетом всестороннего осмысления всех возможных последствий в данной сфере и привлечением специалистов не только естественнонаучных, но и гуманитарных направлений современной науки, так как любые исследования, связанные с потенциальным улучшением человеческой природы, должны находиться под строгим общественным контролем.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РИСКА: ДОВЕРИЕ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ[1]

Е.Г.Гребенщикова

Проблематизация рисков в биоэтике, отражая трансдисциплинарную специфику биоэтического дискурса связана, с одной стороны, с проблемами оценки индивидуальных и коллективных рисков в системе оказания медицинской помощи, а с другой, с этическими и гуманитарными измерениями перспектив развития современных биомедицинских наук и технологий.

Становление биоэтической доктрины в обществе, которое диагностируется как «общество риска», релевантно его новым «профилям» и трудно прогнозируемым ситуациям. Став ключевым словом современной эпохи, риск, несомненно, существовал и прежде, особенно в области оказания медицинской помощи. В контексте

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности».*

современных биоэтических дискуссий речь в первую очередь идет о новых этических координатах его оценки. Осознание ограниченности патерналистических отношений и утверждение автономии пациента в медицине позволило обосновать новый формат взаимоотношений, в которых экспертное заключение с необходимостью дополняется мнением и предпочтениями субъекта оказания помощи. Более того, пациент имеет право на консультацию у любого специалиста, что существенно расширяет возможности принятия наиболее адекватного решения. Однако, оценка риска в медицине тесно связана с доверием, которому традиционно отводится существенное значение в медицинской этике. Э.Гидденс, констатируя тесную взаимосвязь риска и доверия, отмечает, что последнее является необходим условием минимализации риска. Британская исследовательница О`Нил указывает, что современная биоэтика ориентируется на «обоснованное доверие», в котором учитывается ограниченность патернализма в медицине и в полной мере реализуется принцип автономии пациента, выступающий в качестве «предварительного условия реального доверия». В то же время О`Нил отмечает, что с точки зрения пациентов, наиболее очевидные изменения в практике последних десятилетий касаются скорее уменьшения доверия, чем увеличения автономии[1].

В прямой зависимости от специфики взаимоотношений находится проблема отбора пациентом факторов риска: какие-то факторы принимаются во внимание, а какие-то — нет. Однако с точки зрения Э.Гидденса проблема оказывается намного сложнее. Согласно мировой статистике, сердечно-сосудистые заболевания лидируют среди причин смертности населения индустриально-развитых стран и России. Констатируя снижение показателей по уровню смертности в нескольких странах, в том числе и США, исследователь отмечает в качестве общепризнанного факта, что «...те или иные параметры стиля жизни сильно влияют на риск заработать сердечное заболевание. По этому вопросу достаточно сравнительных данных. Так, в Японии самый низкий из всех индустриально развитых стран уровень заболеваемости сердечно-сосудистой системы. Однако уровень заболеваемости у детей и внуков японских иммигрантов в Америке близок к американским, а не японским показателям. И все же еще не совсем ясно, какое значение имеет питание, по сравнению с другими аспектами образа жизни, для этиологии сердечных заболеваний. Франция, например, отличается низким уровнем смертности от этих заболеваний, хотя для французской диеты характерно высокое содержание вызывающих сердечно-сосудистые болезни веществ»[2]. Профили риска, которые составляются на основе экспертного мнения

[1] O`Neill, O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge Univ. Press, 2002. C. 25.

[2] Гидденс Э. Судьба, риск и безопасность // THESIS. 1994. №5. Режим доступа: http://igiti.hse.ru/data/417/313/1234/5_2_1Gidd.pdf

медиков, несомненно, оказывают влияние на стиль жизни населения. Можно утверждать, что саногенные образцы поведения различных групп населения, являясь результатом акцептации профилей риска, демонстрируют «прекрасный пример не просто обыденного осознания внешнего риска, но взаимодействия между экспертными системами и непрофессиональным поведением в отношении риска»[1].

Однако пересмотр теории иногда ведет к утверждениям прямо противоположным уже существующим, более того, в отношении многих болезней не только не существует единого подхода в науке, но и нередко мнения радикально расходятся. В качестве примера можно вслед за Э.Гидденсом сослаться на И.Рабиновича, писавшего еще в середине пошлого века: «в один день мы слышим об опасности ртути и бежим выбрасывать с полок банки тунца; на другой день продуктом, которого следует избегать, может стать масло, считавшееся нашими дедами воплощением здоровой пищи; потом мы соскребаем свинцовую краску со стен. Сегодня опасность кроется в фосфатах, содержащихся в нашем любимом стиральном порошке; завтра вам указывают на опасность инсектицидов, которые еще несколько лет назад превозносились как средство, спасающее миллионы людей от голода и болезней. Опасность смерти, помешательства и — что страшнее всего — рака кроется во всем, что мы едим и к чему притрагиваемся»[2]. Таким образом, лишний раз подтверждается узость подхода М.Дуглас и А.Вильдавски, согласно которому оценка и определение риска является только прерогативой экспертов[3], что определяет необходимость интеграции в делиберативном пространстве риска различных подходов. Дополнительным аргументом в данном случае может быть позиция У.Бека относительно проблемы распределения риска. Несомненно, уровень жизни и качество медицинской помощи оказывают значительное влияние на трактовку рискогенных факторов, однако параметры социальной стратификации в условиях все увеличивающегося количества латентных рисков, как утверждает У.Бек определяют необходимость «реинтерпретации» рисков в рамках теории «рефлексивного модерна». «Нужда иерархична, смог демократичен», — утверждает немецкий социолог, указывая, что «классовая логика» в раскрытии проблематики риска позволяет проанализировать только поверхностную сторону. В то же время более глубокий взгляд фиксирует, что «... различия и границы становятся относительными». В этом контексте особое значение при-

---

1 Там же.

2 Rabinowitch E. Living Dangerously in the Age of Science // Bulletin of the Atomic Scientist, 1972. V.28. Цит. по: Гидденс Э. Судьба, риск и безопасность // THESIS. 1994. №5. Режим доступа: http://igiti.hse.ru/data/417/313/1234/5_2_1Gidd.pdf.

3 Douglas M., Wildavsky A. Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers. Bereley: Univ. of California press, 1982.

обретает проблема ответственности, а именно: насколько индивиды готовы принять ответственность за риск совершаемых ими действий?

В индивидуальном плане, идентифицируясь с моральными обязательствами, ответственность предполагает принятие субъектом своего выбора по отношению к ситуации, в которой он находится, а также готовность учитывать все последствия своих действий или бездействия. Проблема ответственности медицинских работников достаточно часто оказывается в зоне повышенного внимания, однако, не меньшего внимания заслуживает проблема ответственности пациента за собственное здоровье. Сложность принятия такой ответственности, по мнению И.В.Журавлевой, объясняется тем, что «забота о здоровье населения всегда традиционно связывалась с системой здравоохранения, которое было ориентировано исключительно на больных людей, адресуя им все социальные и медицинские ресурсы. Этого было достаточно до тех пор, пока на первые места в структуре смертности и заболеваемости не вышли неинфекционные заболевания, которые в значительной степени зависят от образа жизни человека, его поведения, отношения к собственному здоровью и ответственности за него. Но для 70—80% населения «здоровье» — это синоним перечня заболеваний, для устранения которых предназначены лекарства, а не состояние тела и духа, которое достигается в результате определенного образа жизни»[1]. В результате такой постановки проблемы ответственности возникает комплекс вопросов, в которых особое место занимают биоэтические аспекты коммуникации в системе врач-пациент. Этико-аксиологическое осмысление категории здоровья, таким образом, важно не только для формирования здравоохранительных установок, но и для редукции рисков.

Ответственность коллективного субъекта в условиях расширения масштабов и необратимости изменений технологического воздействия на мир связывается многими мыслителями с тотальной ответственностью перед будущими поколениями. В таком контексте ответственность становится одним из способов проектирования будущего на основе высоких моральных императивов.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛЕТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

М.Э.Гурылева

Появление биоэтики как науки во второй половине прошлого столетия было не случайным: бурное развитие технических возможностей все чаще входило в конфликт с гуманистическими ценностями и пред-

[1] Журавлева И.В. Ответственность за свое здоровье // Интернет-конференция «Здоровье граждан как общественная проблема (ответственность государства, личности, медицинских работников и гражданских организаций)» 30 января – 19 февраля 2009 // Режим доступа: http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/9970/9998/9999/document10027.shtml?10099

ставляло угрозу для будущего человечества. В первую очередь это последствия революции в информационных технологиях, существенного прогресса в области хранения информации, роста междисциплинарных и проблемно-ориентированных исследований, развития нанотехнологий в области медицины и биологии, способных оказать влияние на все человечество через изменение среды обитания, вмешательств в геном человека, влияние на частную жизнь индивида из-за несанкционированного распространения информации о его состоянии здоровья. Тревога за будущее человечества сконцентрирована в словах академика РАМН Ю.М.Лопухина: «Одним из важнейших итогов прошедшего XX столетия является осознание мировым сообществом потенциальной опасности необоснованного внедрения новых достижений биологии в практическую медицину. В конце века в силу ряда причин страх перед атомной бомбой сменился страхом перед «бомбой» медико-биологической. Новый XXI век только усилил эти тенденции.

Сегодня одним из активно развиваемых научных направлений биологической науки является клеточная медицина. Концепция, предложенная русским ученым А.Максимовым в 1908 г., в конце 90-х пережила второе рождение, когда американским ученым Д.Томсону и Д.Беккеру удалось выделить человеческие эмбриональные стволовые клетки и получить их первые линии, после чего журнал «Science» признал результаты их экспериментов третьим по важности событием в биологической науке XX века наряду с открытием двойной спирали ДНК и расшифровкой генома человека. Плюрипотентность стволовых клеток — способность давать начало более чем 350 различным типам клеток — открывает широкие перспективы практического их использования. Потенциально любое заболевание, связанное с «клеточной поломкой», может быть коррегировано с помощью данной методики. Схематично суть методики заключается в доставке к месту гибели дифференцированных клеток новых — молодых мультипотентных клеток, которые под влиянием микроокружения дифференцируются в зрелые соответствующие клетки. Схема лечения проста: мобилизация аутологичных стволовых клеток из пунктата костного мозга или периферической крови, возможно — экспансия — увеличение их числа in vitro и применение у больного.

Под термином «стволовая клетка» принято понимать клетку или группу клеток-предшественников, обладающих способностью к самообновлению и дифференцировке в специализированные ткани. По происхождению они могут быть:

- тотипотентные — клетки эмбрионов и внезародышевых оболочек до 11 дня после оплодотворения — они способны дифференцироваться в полноценный организм;
- полипотентные клетки эмбриона с постимплантационного периода (2—8-ая недели включительно) — они способны дифференцироваться в целостный орган или ткань;

- ультипотентные — клетки из пуповинной крови, плаценты — они способны трансформироваться в различные типы клеток;
- клетки взрослого организма — способные к ограниченной трансформации;
- отдельно стоят эмбриональные стволовые клетки, получаемые путем терапевтического клонирования.

В первую очередь методика стволовых клеток может войти в практику лечения дегенеративных инкурабельных заболеваний. По признанию директора НИИ физико-химической медицины МЗ РФ, председателя Комитета по биоэтике при президиуме РАН Ю.М.Лопухина и заведующего лабораторией морфологии НИИ ФХМ МЗ РФ С.А.Гусева стволовыми клетками можно лечить: болезни центральной нервной системы, инсульты, травматические заболевания спинного мозга, болезни сердца, печени, почек, костей и суставов, крови и иммунитета, травматические болезни и ожоги, болезни глаз. Ведутся работы по разработке механизмов доставки стволовых клеток к месту их непосредственного применения: созданы биосовместимые с тканями человека матрицы с фиксированными на них клетками, что дает возможность вживлять такой комплекс в спинной мозг, кости, другие органы.

Юридическая составляющая возможности развития клеточной медицины не является единой для разных стран. Так, в США исследования в этой области разрешены, все запреты были сняты Б. Обамой. Бельгия, Швеция, Великобритания законодательно разрешают проводить терапевтическое клонирование клеток больного человека, создавать и клонировать предимплантационных зародышей для изолирования линий стволовых клеток, создавать банки стволовых клеток. Франция разрешает работать с уже созданными линиями стволовых клеток и терапевтически клонировать ткани и органы больного человека. В Германии и Швейцарии запрещено получать эмбриональные стволовые клетки, но разрешено работать с импортированными линиями, а также стволовыми клетками взрослого человеческого организма или любыми клетками животных. В Канаде запрещено получение эмбриональных стволовых клеток из ранних зародышей человека, в Японии эксперименты разрешены в случае, если зародыш остался после процедуры искусственной фертилизации, можно клонировать предимплантационные зародыши и создавать банки клеток-дериватов эмбриональных стволовых клеток. Индия и Китай работают в направлении как получения линий эмбриональных стволовых клеток человека, так и выделения эмбриональных стволовых клеток из других биоисточников, в том числе и межвидовых клеточных гибридов. Везде запрещено репродуктивное клонирование. В России нет правовых ограничений на работу с эмбриональными стволовыми клетками с целью терапевтического клонирования, нет норм, определяющих статус предимплантационных зародышей.

Научные проблемы трансплантации стволовых клеток многочисленны. Так:

- неизвестны процессы, влияющие на дифференцировку клеток и трудно предсказуемы последствия — все зависит от механического напряжения, электрических полей, микроокружения;
- не меньшая проблема связана с риском появления генетических мутаций при генно-инженерных манипуляциях, если клетки получают методом терапевтического клонирования;
- трансплантация эмбриональных стволовых клеток осложняется их высоким туморогенным потенциалом;
- имеет место иммунологическая несовместимость клеток донора и реципиента даже в случае тщательного подбора пары по антигенам главного комплекса гистосовместимости успехи иммуносупрессивной терапии не решают полностью эту проблему.

Многих проблем удается избежать при применении собственных аутологичных стволовых клеток, основной недостаток которых — меньшая потентность, трудности выделения и хранения.

Этические проблемы применения стволовых клеток столь же велики. Среди них:

- трудность адекватной оценки соотношение риска и пользы для участника исследования;
- отсутствие доказательств эффективности и безопасности их применения, поскольку не накоплена доказательная база корректно организованных исследований с позиции доказательной медицины.
- различия между результатами опытов in vitro и in vivo, на животных и на человеке. Столь же серьезны проблемы, связанные с получением стволовых клеток из пуповинной крови, из ткани зародыша или плода. Не последнее место занимает проблема анонимности доноров и реципиентов, охраны и безопасности банков стволовых клеток.

Борьба стран за лидерство в области биотехнологий — еще одна серьезная проблема биоэтики. Хочется верить, что в гонке за приоритетами не будет попрана главная идея медицины — «приноси пользу, охрани от вреда».

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА. БИОЭТИКА

С.И.Ивентьев

В конце XX века в России было открыто четвертое поколение прав — «духовно-нравственные права и свободы человека и гражданина», которые провозгласили и провозглашают духовные и моральные

ценности личности[1]. К ним относят право на жизнь, уважение духовного и нравственного достоинства человека, запрет пыток и бесчеловечного обращения, права на творчество, право выбора, свобода совести и вероисповедания, право на духовное образование и воспитание и пр.

Духовно-нравственные права и свободы человека и гражданина несут в себе ценности автономии человеческого духа, души и тела, которые являются естественными правами, принадлежащие человеку в силу его рождения, а также в силу позитивного права.

Провозглашенные духовно-нравственные права и свободы человека и гражданина не умоляют религиозные учения о достоинстве, свободе и правах человека, а наоборот дополняют их. Основу духовно-нравственных прав и свобод человека и гражданина составляют фундаментальные ценности основных религиозных учений. Рассматриваемые права систематизируют по своей важности духовные и моральные ценности человека и устраняют конфликт прав человека с религиозными учениями о человеке.

Анализируя духовно-нравственные права, мы видим, что базовые религиозно-нравственные категории (Любовь, вера в Бога, достоинство, свобода выбора и воли, право на духовное развитие и творчество, справедливость и др.) составляют фундамент указанных прав, а также поставлены на порядок выше традиционных прав (политических, гражданских, экономических и пр.). Следует отметить, что ценности духовного мира — фундаментальная основа всех существующих прав человека, которые были даны человеческой душе и человеку с момента их сотворения и рождения.

Открытие духовно-нравственных прав и свобод человека и гражданина позволило, наконец, выстроить единую и стройную систему прав и свобод, включающую в себя все Заповеди Божии, Любовь и Веру, тонкий и грубый миры, науку и религию, право и мораль.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что фундаментом духовно-нравственных прав и свобод человека и гражданина являются религия и мораль. Необходимо особо подчеркнуть особую роль духовно-нравственных прав и свобод человека и гражданина в формировании духовности и нравственности личности. Кроме того, эти права и свободы призваны к формированию у человека правильного мировоззрения и эмоций.

К духовно-нравственным правам и свободам человека и гражданина не относятся «личностные (соматические) права», о которых говорит В.И.Крусс[2], т.к. они, в основном, противоречат и противостоят духовно-нравственным ценностям.

---

[1] Ивентьев С.И. Духовно-нравственные права и свободы человека и гражданина. Казань : ТИСБИ, 1999. http://iventev.narod.ru/

[2] Крусс В.И. Личностные («соматические») права человека в конституционном и философско-правовом измерении: к постановке проблемы // Государство и право. 2000. № 10. С. 43.

В начале XXI века в России было открыто пятое поколение прав[1], названное автором настоящей статьи «Божественными правами и свободами». Основу пятого поколения прав составляют такие ценности, как Любовь, информация и энергия.

В данном случае под информацией понимается творящая информация (Божественная информация, «чистая энергия»)[2]. Академик Г.И.Шипов указанную информацию включает в один из уровней модели мира[3].

К пятому поколению прав не относятся информационные права гражданина, о которых говорят Ю.А.Дмитриев и С.И.Глушкова[4].

К пятому поколению прав относятся такие права, как право на Любовь, Вера и любовь к Богу, единство с Творцом, право на рождение в Любви, право на информацию и управление энергией, право на Сотворчество и другие права, которые вытекают из Любви и Божественной энергии.

Божественные и духовно-нравственные права и свободы человека и гражданина должны защищать человека, его душу и дух, от разрушительной силы непредсказуемого и порой неконтролируемого научно-технического прогресса в области биологии и медицины.

По мнению Ф.М.Рудинского, права четвертого поколения должны защищать человека от угроз, связанных с экспериментами в сфере генетической наследственности личности и другими открытиями в области биологии[5].

Предметом изучения биоэтики являются философские, правовые и этические проблемы, которые возникают с реализацией и защитой четвертого и пятого поколений прав человека. К ним относятся актуальные вопросы нравственного порядка, касающиеся, например, абортов и контрацепции, репродуктивных технологий, клонирования, суицида и эвтаназии и др.

---

1 Ивентьев С.И. Генезис прав человека // Современность и юриспруденция. Материалы I Всероссийской научно-практической интернет-конференции 1 марта 2010г. – 30 апреля 2010г. Новосибирск. 2010. Апрель [Электронный ресурс] – режим доступа: http://cprsob.clan.su/load/konferencija ; Ивентьев С.И. Четвёртое и пятое поколение прав человека // Современность и юриспруденция. Материалы I Всероссийской научно-практической интернет-конференции 1 марта 2010г. – 30 апреля 2010г. Новосибирск. 2010. март. [Электронный ресурс] – режим доступа: http://cprsob.clan.su/load/konferencija

2 Тихоплав В.Ю., Тихоплав Т.С. Физика веры. СПб.: ИД «Весь», 2003. С. 113.

3 Волченко В.Н.Духовная экоэтика в мире сознания и в Интернете // Сознание и Физическая реальность. Т. 2. № 4. С. 4.

4 Головистикова А.Н., Грудцына Л.Ю. Права человека. М., 2006. С. 60; Глушкова С.И. Права человека и гражданина в контексте глобализации // Правовая система России в условиях глобализации: Сборник материалов «круглого стола». М., 2005. С. 46.

5 Рудинский Ф.М.Гражданские права человека: общетеоретические вопросы // Право и жизнь. 2000. № 31.

Из вышеизложенного видно, что новшества биомедицинской науки непосредственно затрагивают четвертое и пятое поколение прав человека. В связи с чем, возникает правомерный и актуальный вопрос о необходимости пересмотра существующих морально-нравственных аспектов взаимоотношений людей в процессе исследований и практического применения достижений в области медицины, биологии и генетической инженерии.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ)

В.А.Копытин, С.А.Афанасьев, Ю.С.Тимофеев

Введение. Психопатии (или расстройства личности по МКБ-10) — стойкие, врожденные или приобретенные характерологические расстройства, проявляющиеся дисгармоничностью психического склада личности при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям межличностных отношений и социальной адаптации[1]. Согласно П.Б.Ганнушкину для психопатий характерны три критерия: (а) относительная стабильность, (б) тотальность особенностей личности, (в) нарушение социальной, семейной и профессиональной адаптации[2]. К психопатиям относят такие нозологии, как параной-яльная, шизоидная, диссоциальная, неустойчивая, истероидная, тревожная, ананкастная, зависимая и другие психопатии. Данные нозологии рассматриваются чаще всего как пограничные состояния, т.е. находящиеся на границе нормы и патологии. Ввиду сложности обобщенного определения понятия нормы и патологии в психиатрии, для расстройств личности можно применять критерии Ганнушкина. Если состояние удовлетворяет всем критериям, то можно говорить о психопатии, если нет, то можно думать либо о психическом расстройстве с течением, либо о варианте нормы — акцентуации. Например, шизоидной психопатии близок вариант нормы — шизоидная (интровертированная) акцентуация[3]. Однако на практике вопрос более сложен и «пограничность» этого класса проявляется весьма часто.

Этическая неоднозначность. Вместе с диагностическими сложностями проявляются моменты «пограничности» этических вопросов при расстройствах личности. Здесь весьма выражена антиномичность,

---

1 Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия: Учебник. М. : Медицина, 2000. С. 431—456.

2 Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.,1933. С. 5.

3 Волков П. В. Разнообразие человеческих миров. М. : Аграф, 2000.

которая, как мы указывали ранее[1], является характерной особенностью психиатрической этики. Среди этических проблем психопатий можно выделить следующие группы (а) диагностические проблемы, (б) лечебные проблемы, (в) социально-профилактические проблемы.

Диагностические проблемы. Как указано выше, диагностика психопатий весьма сложна, что приводит к большому количеству ошибок, как в сторону гипердиагностики, так и в обратную сторону. При гипердиагностике, психически здоровому человеку, но, например, с какими-либо акцентуированными чертами, будет поставлен диагноз, который может нарушить его социальный статус (например, проблемы с приемом на работу), привести к психическому дискомфорту и усугублению личностных особенностей (ятрогения). При гиподиагностике, возникает еще более опасная ситуация — некоторые невыявленные психопаты (например, диссоциальные) могут быть опасны для общества, или же их состояние при отсутствии наблюдения и коррекции может приводить к тяжелым декомпенсациям (например, невроз навязчивостей у психопатов психастенического и шизоидного круга). Таким образом, получается, что на психиатра при диагностике психопатий ложиться крайне большая ответственность. Разумеется, диагностика других психиатрических и соматических заболеваний также требует высоких профессиональных качеств врача, но случай психопатий крайне показателен, ввиду особой сложности диагностики, пограничного клинического и этического статуса.

Лечебно-профилактические проблемы. Хоть психопатии и не имеют течения свойственного другим нозологиям, некоторая динамика присутствует. Состояние психопатов может ухудшаться в результате патологических реакций и периодов ухудшения состояния — фаз. Лечение психопатий вне декомпенсаций малоэффективно в принципе, а в ряде случаев и не требуется. Поэтому основной момент лечения направлен на купирование декомпенсаций.

При этом стоит отметить, что в арсенале психиатров нет специфических средств для лечения подобных ухудшений, а используются симптоматические средства, например нейролептики для купирования навязчивых идей, антидепрессанты — для снятия гипотимии и т.д. Применение психотерапии при расстройствах личности описано множеством авторов, однако отсутствуют достоверные данные об общей эффективности метода. Также серьезной проблемой является отказ пациентов от терапии, т.к. многие психопаты считают себя здоровыми (анозогнозия). С точки зрения биомедицинской этики возникает ряд проблем, связанных как с лечением психопатий в настоящем, так и с

---

[1] Копытин В.А., Афанасьев С. А., Тимофеев Ю.С. Этические проблемы психиатрии с позиции антиномического подхода. // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 2: Междисциплинарные аспекты биомедицины: Сборник. М. : Изд-во «Принтберри», 2008. С.296—309.

перспективами их коррекции. В настоящее время особо остро встает вопрос врачебной тайны (особенно если учесть возможную опасность неустойчивых и диссоциальных психопатов), а в перспективе с возникновением средств постоянной коррекции личностных особенностей психопатов, встает вопрос о вмешательстве в структуру личности, вопрос свободы личности и т.д. Также стоит отметить о том, что при всех минусах, пациентам с расстройствами личности свойствен ряд положительных черт — самобытность мышления шизоидов, аккуратность ананкастов и т.д. Этично ли будет изменять человека в пользу некоторой усредненной нормы? Не все этические системы дадут положительный ответ. Видимо психиатрии надо будет вырабатывать такие методы лечения психопатий, при которых будут устранены минусы, но сохранены плюсы, или же психопатия будет сводиться в сторону акцентуации. Но возможно ли будет это, если положительные черты связаны с отрицательными едиными механизмами?

Социально-профилактические проблемы. Для профилактики психопатий необходимо создание благоприятных материальных и духовных условий для гармоничного развития личности. Для формирования этих условий нужно материально и духовно здоровое общество. Как бы ни старались психиатры, психотерапевты, психологи, без гармонизации общества, проблема психопатий не будет решена. Если говорить более обобщенно, то наше общество это макрокосм, а человек — это микрокосм. Между микрокосмом и макрокосмом имеется определенный параллелизм. Макрокосм синтезируется из микрокосмов, приобретая качества составляющих его микрокосмов, а также ряд эмерджентных, т.е. присущих только целому свойств. Макрокосм в свою очередь влияет на отдельные микрокосмы, посредством проявления в части принципов целого, подобно структуре голограммы. Общество состоит из отдельных людей, каждый из которых обладает рядом особенностей. При этом общество — не просто сумма человеческих характеров, а система с эмерджентными качествами. И это общество влияет на развитие отдельных индивидов, и у ряда людей с генетической предрасположенностью возникает нарушение становления личности, затрагивающее все ее слои — психопатия. Даже если мы будем корректировать эту нозологию, то общество и его законы сформируют новых «пациентов». Патологии макрокосма перейдут на ряд микрокосмов, что замкнет порочный круг. Современное общество, и в нашей стране в особенности, является весьма патологичной структурой. Крайне неравномерное распределение благ от нищеты до избыточного богатства, приводит к психопатизации и невротизации населения на обоих полюсах этой неравномерности. Экологические проблемы, отдаление человека от природы, конфронтация с ней — приводит к росту количества психических заболеваний, в т.ч. и расстройств личности. Высокий уровень преступности, угрозы терроризма, войн и т.д. дополняет психопатологическую картину

общества. Но в свою очередь и утопическое общество, лишенное всех проблем, с точки зрения психиатрии не было бы идеальным.

Выводы. Изучая этику психопатий, мы видим, что эта проблема более сложна, чем кажется на первый взгляд. Наполненная антиномиями, с большим количеством открытых вопросов, этика расстройств личности — это сложный комплекс задач для психиатров, философов, психологов, социологов, экологов, носящий трансдисциплинарный характер. Решение этих проблем должно улучшить качество жизни пациентов (прикладной аспект), а также обогатить биомедицинскую этику (фундаментальный аспект).

ЭКОЛОГИЯ КАК СУБСТАНЦИЯ БИОЭТИКИ

З.А.Кулиев

Понятие «экология» (греч. oikos — дом, жилище и logos — учение) было введено в научный оборот в середине XIX века немецким биологом и зоологом Э.Геккелем (1834—1919) как наука, изучающая внешние условия существования организмов, их отношения друг с другом, а также взаимосвязи организма и среды. Она указывала на равновесие системы живой природы — биосферы. В дальнейшем экологии вменялась обязанность изучения реакций всех живых организмов в различных условиях их пребывания в окружающей среде, но особенно в ее экстремальных ситуациях. В настоящее же время, не отторгая изначальные тезисы и параметры экологического учения, добавляются новые, рассматривающие взаимодействие живых организмов со средой, измененной человеческой жизнедеятельностью. В связи с этим роль и функции экологии значительно расширились: появилась социальная составляющая. Главное в ней — взаимодействие человека с окружающей средой в самых различных аспектах. Более того, сам человек стал предметом экологии, ибо его разум, воля, совесть и т.д. оказывают огромное воздействие, как на внешний мир, так и на свой собственный духовный мир. Вопрос стал о том, как человеку жить в этом мире, чтобы не только получать от него удовлетворение, а и выжить. И эти новые экологические проблемы подвигли человечество к выработке новой философии и науки выживания — биоэтике. По отношению к ней экология стала служить своего рода философской субстанцией.

Когда наш мир перешагнул рубеж XXI века, в нем обнаружилось столько радикальных изменений, которые произошли в прошлом веке, что еще много поколений ученых и философов будут изучать и осмысливать этот уникальный феномен в человеческом бытии. Возникшую новую цивилизацию называют по-разному: и техно-

тронной, и информационной эпохой, но в любом случае — сообществом большого риска в условиях неопределенности, когда средства, обеспечивающие жизнедеятельность людей, трансформируются в средства разрушения. Широко известный в мире культуры немецкий ученый и философ О.Шпенглер (1880—1936) в своей знаменитой книге «Закат Европы» утверждал, что «каждая культура проходит возрастные ступени отдельного человека. У каждой есть свое детство, своя юность, своя возмужалость и старость»[1]. Он уверен, что «как только...вся полнота внутренних возможностей завершена и осуществлена вовне, культура внезапно коченеет, она отмирает, ее кровь свертывается, силы надламываются она становится **цивилизацией**»[2]. В связи с этим О.Шпенглер предупреждал человечество об опасности, которую несет новая цивилизация как бездушная культура, искренне опасаясь, что она может вытеснить подлинную культуру, а вместе с ней и самого человека.

Это самобытное и оригинальное по своей сути трагическое мироощущение О.Шпенглера блестяще охарактеризовал его современник и наш русский философ Н.Бердяев (1874—1948): «Своеобразие Шпенглера в том, — писал он, — что еще не было человека цивилизации... с таким сознанием, как Шпенглер, печальным сознанием неотвратимого заката старой культуры, который обладал бы такой чуткостью и таким даром проникновения в культуры прошлого. Цивилизаторское самочувствие и самосознание Шпенглера в корне противоречиво и раздвоено... Он не новый человек цивилизации, он — человек старой европейской культуры»[3]. Эта оценка Н.А.Бердяева актуальна потому, что она может быть отнесена к позиции современных ученых и философов, понимающих суть и смысл надвигающейся трагедии в жизни человечества. Она связывается с неразумным использованием достижений научно-технического прогресса в условиях глобальной социальной несправедливости в мире. Так, реставрация капитализма в нашей стране утвердила в сознании подзабытые индивидуалистические отношения. Люди оказались погруженными в чуждую культуру и враждебную атмосферу, где деньги превращены из средства в цель существования человека. А это небезопасно для будущих судеб людей.

Сейчас, как никогда, современный мир нуждается в защите от глобальных катастроф и социальных проблем, которые угрожают существованию самой жизни на Земле. Особую опасность для нее представляют потеря стабильности биосферы в результате негативных воздействий человека на окружающую среду и переход ее в такое состояние, при котором сохранение жизни на Земле станет проблематичным. В связи с

---

[1] Шпенглер О. Закат Европы. Т. 1. М., 1993. С. 265.

[2] Там же. С. 264.

[3] Бердяев Н. Предсмертные мысли Фауста // Лит. Газета. 1989. № 12. 22 марта. С. 15.

этим необходима мобилизация интеллектуально-нравственного потенциала философов, ученых, гуманитариев, медиков, всех специалистов для пробуждения в них чувства личной ответственности с опорой на разум и совесть. Но для этого необходимо сформировать новую систему нравственных ценностей, новое мышление, ориентирующее на культурное развитие человеческой идентичности. Надо развивать новый тип общественного сознания и поведения людей ради сохранения жизни, как биологической, так и социально-культурной. Такое новое видение единения естественной природной среды и социально-культурной сферы общества получило название «ноосфера».

В.И.Вернадский (1863—1945) подчеркивал, что ноосфера формируется людьми как продолжение организованности биосферы и как доразвитие ее основных процессов, обеспечивающих общественное благополучие в мире. Включение в деятельность землян интеллектуально-нравственного ресурса ноосферы, созданного современным человеком, а также исчерпанием старого, перестройкой социально-духовной структуры общества, позволяет им быстрее адаптироваться к новым условиям жизни и деятельности. Для этого надо осознать смысл экологии как учения о сбережении человеческого дома, который по известным причинам все больше становится непригодным для нормального проживания людей. Стало понятно, что жизненно необходимо осуществлять разумную экологизацию всех форм общественного сознания у всех людей и всех народов планеты. В связи с этим, актуальной становится задача усвоения новой философии — философии сохранения жизни и усвоения принципов нового общественного сознания землян — биоэтического, которое опиралось бы на экологическую науку изучения и построения собственного дома на разумных началах. Это — осознание людьми на Земле своего места и роли в биосфере и обществе — едином природном и социально-культурном бытии. Это осознание ими личной ответственности за выживание человечества.

Как известно, жизнь человека всегда волновала философов и ученых во все исторические времена. Так, уже И.Кант (1724—1804), озабоченный судьбой человечества, разработал и ввел в оборот понятие «категорический императив». Он рассматривался им как повеление человеку действовать только в интересах человечества. «Поступай так, чтобы максима твоей воли в любое время могла бы вместе с тем стать принципом всеобщего законодательства». Это нравственное наставление Канта всегда было актуально, а сегодня оно служит для современного человека идеей его выживания. Научно-технический прогресс и социальная несправедливость при распределении достигнутых благ ведут людей на край пропасти. Сегодня никто уже и не сомневается, что нужны нравственные и правовые ограничители в действиях людей, особенно научных. Как подчеркивал Н.Н.Моисеев (1917—2000), без экологии духа, без воспитания человека, мыслящего широко и

предельно ответственно, человечество не может избежать печального прогноза. Нравственное развитие человека должно осуществляться по законам любви, красоты и гармонии. Н.Н.Моисеев разработал и ввел в научный оборот понятие «экологический императив», которое означает «ту границу допустимой активности человека, которую он не имеет права переступать ни при каких обстоятельствах»[1].

А новой философией сохранения жизни людей фактически стала биоэтика. Кстати, термин «биоэтика» в научное и философско-этическое употребление ввел американский ученый-биохимик, врач-онколог, гуманист, оригинальный мыслитель Поттер Ван Ренсслер (1911—2001). Он, обращаясь к мировой общественности, писал, чтобы биоэтику воспринимали как новое этическое учение об ответственности людей за сохранение жизни, как науку, которая объединяет культуры и расширяет смысл и значение гуманности. Сегодня биоэтика, как наука и философия жизни призвана формировать принципиально новое — гуманное сознание не только у ученых, медиков, а у всех специалистов, которые так или иначе связаны с проблемами изучения жизни и человеческой научно-творческой деятельностью. Возникшая биоэтика потребовала создание нового мировоззрения и мышления у людей, в том числе нового образа жизни, причем такого, чтобы наши потомки не упрекали нас и наш эгоизм из-за отсутствия необходимой гуманной культуры и экологических целей для дальнейшего развития. Все это должно формировать иную экологическую политику всех государств, строящих «мост в будущее» (В.Поттер). А это значит, что надо готовить людей экологически грамотных и морально ответственных. Речь может идти об экологической учебе студентов во всех вузах, но, прежде всего, в системе здравоохранения. Экологические знания погружают студентов в мир гуманной морали и нравственности, предлагая принципиально иную модель в их жизни и деятельности.

Гуманные постулаты традиционной этики, на которых ранее во многом держались все ее исходные морально-нравственные принципы совместной жизни и деятельности людей, сегодня оказались мало востребованными. Ответ на вопрос: что же произошло и, что надо делать в сложившейся ситуации и продолжающемся усугубляться экологическом кризисе, лежит ответ на вопрос: как надо модифицировать сознание и межличностные отношения. Это и сделало востребованной биоэтику, указывающую на возрастание прав и одновременно ответственности специалистов. Само собой разумеется, что их внимание привлекается к осознанию путей и средств как сделать жизнь людей более счастливой, помочь им преодолевать постоянно возрастающие сложности, с которыми они сталкиваются в научно-творческой деятельности. Осознание этих жизненных проблем позволило отразить дух современ-

[1] Моисеев Н.Н. Современный антропогенез и цивилизационные разломы. Эколого-политологический анализ. М., 1994. С. 8.

ного экологического гуманизма при создании новых этических идей и принципов, направленных на консолидацию людей, преодоление ими социально-культурной самоизоляции. Так, за последние годы многие страны мира, а сегодня и Россия переживает системный кризис социально-культурного развития: финансово-экономический, эколого-энергетический, политико-правовой, морально-нравственный и т.д.

В связи с этим в центре научного и философского осмысления серьезных жизненных перемен, происходящих в судьбе людей, становятся науки о жизни, биосфере, здоровье человека. В современной системе здравоохранения эта интеллектуально-нравственная интенция формируется новыми — биоэтическими идеалами и принципами в деятельности не только врачей, других медицинских работников, а и широкой научной общественности в связи с революционными преобразованиями в мире природы и общества. Главная и основная задача современного человека — это его овладение принципами биоэтики, которая позволит раскрыть способности компетентно и ответственно выполнять все профессиональные и гражданские обязанности, опирающиеся на морально-правовые нормы регулирования общественного и медицинского деяния. Это, прежде всего, пропаганда правильного образа жизни людей, гигиенические и санитарно-профилактические мероприятия с населением и т.д. Человек каждый ведь, несмотря ни на что, ориентируется на высшие гуманные идеалы в человеческом поведении. А в крутые переломные моменты истории общества у него повышается еще и интерес к интеллектуально-нравственным ценностям.

Создавая новые алгоритмы морального поведения людей, важно развивать у них истинно человеческие качества: разумность и совестливость. Речь идет о развитии чувств долга и совести, чести и достоинства, осознания роли личной свободы и ответственности, и других личностных характеристик, которые образуют некий культурно-нравственный *механизм* духовно-интеллектуального самоконтроля человека, связанного с осмысленной творческой, созидательной деятельностью как гражданина страны, личности и специалиста. С помощью этого механизма самоконтроля за научно-творческой деятельностью личности изменяются и многие ее жизненные принципы совершения общественных дел и поступков. С философско-этической точки зрения совесть не может быть ничем иным, как свободным и независимым актом позитивного действия, что говорит о внутреннем освобождении личности от каких-либо предрассудков, а свобода — деятельностью в целях сопряжения разума и совести. Выражения «спокойная совесть», «чистая совесть» в обыденной жизни обозначает не что иное, как осознание человеком исполненности общественных обязательств и реализации всех своих возможностей в конкретной ситуации.

Совесть проявляется и в рациональном осознании общественно полезной роли совершаемых личностью практических действий. Она порой проявляется в глубоком рационально-эмоциональном пере-

живании — угрызения совести, ощущении душевной тревоги. Как и в традиционной этике, так и в биоэтике совесть представляется голосом «внутреннего Я», проявлением прирожденного человеку имманентного нравственного состояния. Активная гуманная реакция человека на требования общественности соблюдать собственные нравственные позиции в целях гуманного развития общества, совесть у личности проявляется не только в виде внутреннего суда, но и как механизм действия культурно-нравственного иммунитета. Хорошей иллюстрацией могут быть рассуждения советского философа М.К.Мамардашвили (1930—1990). Добро или совесть есть, по его мнению, не ценность и даже не идеал, а культурное явление, т.е. нечто такое, что содержит в себе свойства особого философского состояния сознания личности. Он называл такое состояние «философским сознанием». «Оно потом может разрастись у кого-то в религию или теологию, а у кого-то вообще может ни во что не разрастись, но этот философский элемент, если он был и есть, будет пронизывать собой реальные акты самой жизни»[1].

Таким образом, экология как субстанция биоэтики дает и философам, и ученым новые нравственные ориентиры для преодоления своей природной ограниченности биологической жизни посредством научного творчества и созидания разумного образа жизни — ноосферы, в которой каждый ощущает свое собственное «Я», восприятием себя как субъекта и пользователя своих же собственных духовно-культурных сил. Такой человек не пойдет по жизни, слепо подчиняясь природным стихийным обстоятельствам. В нем целостная система биоэтической ориентации и осознанной приверженности к восприятию нравственной ответственности за все им творчески сотворенное не может существовать без ощущения личной гордости за все достижения и вины за все разрушения, сложившиеся в природной или общественной реальности и тем более — к слепому поклонению придуманным людьми идолам. Такой человек, обладая спокойной силой собственного духа, имеет право на уважение себя как человека и все человеческое в других людях.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В РОССИИ В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА[2]

О.Г.Ларина, И.А.Асеева

Последние 15—20 лет в истории России достаточно отчетливо прослеживается органичная взаимосвязь между биомедицинской этикой

[1] Мамардашвили М.К. Вопросы философии. 2000. № 12. С. 69.

[2] Статья выполнена в рамках реализации федеральной целевой программы «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009—2013 годы.

и медико-правовой этикой в законотворческом процессе. Биомедицинская этика определяет границы, в рамках которых осуществляется законотворческий процесс, призванный защитить основополагающие права человека и гражданина. Медико-правовая этика наполняет законопроект, во-первых, нравственными ориентирами, во-вторых, способствует выработке оптимальных формулировок положений создаваемого нормативно-правового акта, с учетом социальных, культурных, этических и медицинских национальных традиций.

Главными задачами врачебно-правовой этики являются:

- создание морально-этического базиса законопроектов в сфере здравоохранения;
- повышение профессионализма медицинских работников, включающее в себя должный уровень знаний морально-этических принципов, нашедших свое отражение в нормативно-правовой базе, регламентирующей медицинскую деятельность.

С одной стороны, знание основных положений медико-правовой этики позволит повысить правовую культуру, правовую грамотность медицинских работников, с другой, медико-правовая этика является одним из средств общественного контроля за соблюдением прав и легитимности защиты законных интересов граждан при оказании им медицинской помощи.

Тем не менее, законодательное оформление динамичных отношений в области медицины минимально, имеет массу пробелов, недостатков и не всегда отвечает требованиям времени. Единственным специальным актом, который может считаться «кодексом» взаимодействия врача и пациента стали Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. Анализ основ позволяет выделить наиболее актуальные в рамках исследования общей концепции юридического обеспечения медицинской деятельности проблемы регулирования общественных отношений в сфере охраны здоровья. К ним можно отнести:

- проблемы требований, предъявляемых обществом к деятельности медицинских работников, в контексте морально-этических принципов;
- вопросы коммерциализации медицины;
- аспекты использования в медицине новых биомедицинских и других технологий;
- недостаточная правовая регламентация отношений «врач-пациент».

Необходимость отдельного рассмотрения последнего названного вопроса о взаимоотношениях врача и пациента в ракурсе биомедицинской этики и права связана с тем обстоятельством, что как ни одно другое направление исследований, проблема этих взаимоотношений характеризуется особой актуальностью, особенно в контексте

рассмотрения принципов права и биомедицинской этики в качестве уровней социального регулирования медицинской деятельности.

Ряд авторов научных исследований, посвященных защите прав пациентов и регламентации профессиональной деятельности медицинских работников, справедливо полагает, что взаимоотношения медицинских работников и пациентов представляют собой одну из самых «скрытых тем». Актуальность рассмотрения этой проблемы объясняется следующими обстоятельствами: широкое распространение общественного движения в защиту прав пациентов; необходимость выработки адекватных механизмов защиты прав и законных интересов медицинских работников; изменения традиционных патерналистских взаимоотношений в системе «медицинский работник — пациент»; развитие научно-технического прогресса и его влиянием на сферу медицинской деятельности.

Для достижения стабильно высокого уровня реализации морально-правовых взаимодействий в медицине необходимо формирование целостной системы медицинской помощи, включая усиление правовой, деонтологической, психологической подготовки врачей, внедрение организационных технологий, планового контроля за реализацией прав и правового просвещения пациентов.

Изучение государственно-правовых мер защиты интересов пациентов и врачей, в числе которых основной мерой является гражданско-правовое законодательство, позволило установить, что в России весьма распространенным является недостаточное соблюдение прав пациентов. Впрочем, следует отметить, что защита интересов врачей от незаконных требований или «потребительского экстремизма» недобросовестных пациентов также не имеет детальной и системной регламентации. Порой, врач не имеет возможности эффективно защитить свои интересы и возместить ущерб деловой репутации. Практика показывает, что в условиях недостатка законодательного регулирования врач как участник правоотношений в сфере оказания медицинских услуг оказывается незащищенным. Не установлен и механизм привлечения его к гражданско-правовой ответственности.

Общие гражданско-правовые способы защиты, предусмотренные ст. 12 ГК РФ не всегда эффективны в медицинских отношениях, поэтому возникает необходимость в разработке специальных способов защиты прав пациентов и врачей.

Хотя Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, декларирующего права пациента существуют уже пятнадцать лет, врачебный персонал не всегда считает обязательным или зачастую относится чисто формально к юридическому оформлению одного из важнейших прав пациента — права на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, что является достаточно убедительным критерием низкого уровня общего состояния

правовой грамотности. Однако применение медиком эффективного лекарственного средства, не предусмотренного в официальной схеме лечения конкретного заболевания, не спасет его от ответственности, несмотря на получение информированного согласия пациента.

К недостаткам существующих классификаций защиты интересов врачей и пациентов можно отнести: односторонний подход; отсутствие оснований классификации для разграничения способов защиты интересов врачей; смешение административных и гражданско-правовых способов защиты; в науке отсутствует классификация гражданско-правовых способов защиты врачей.

Обязательным условием повышения качества и бесконфликтности медицинской помощи населению является организация работы по повышению юридической грамотности как персонала ЛПУ, так и граждан страны. Решение многих из этих вопросов, а именно: разработка методических рекомендаций по актуальным вопросам юридического обеспечения отрасли для руководителей учреждений здравоохранения, проведение правовых семинаров для врачей всех специальностей на циклах общего усовершенствования, повышение правовой грамотности населения путем широкого привлечения средств массовой информации возможно осуществить на уровне субъекта Российской Федерации путем совместной деятельности законодательной власти, территориального органа управления здравоохранения и образовательных учреждений региона.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛЕТОЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Л.Б.Ляуш

Способность стволовых клеток человека развиваться в клетки различных органов, заменяя гибнущие клетки и обеспечивать тем самым восстановление целостности органа, стала основанием нового направления в медицине — клеточной трансплантации или регенеративной медицины, задачами которого являются получение методов лечения для самых разных заболеваний (атеросклероз, болезни крови, болезнь Паркинсона, сахарный диабет и др.).

Основная этическая проблема использования стволовых клеток связанна с вопросом об *источнике* их получения. Источники стволовых клеток можно разделить на этически приемлемые и этически неприемлемые. Получение стволовых клеток из органов и тканей взрослого организма, пуповинной крови и плацентарной ткани не вызывает никаких возражений. Однако, использование «лишних», «невостребованных» эмбрионов человека, полученных при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО), абортированных эмбрионов и эмбрионов, созданных с помощью тера-

певтического клонирования, оценивается как морально неприемлемое. Использование эмбриона человека в качестве сырья для получения стволовых клеток является нарушением первого принципа Декларации «О медицинских абортах», принятой ВМА в 1983 г.: «Основополагающий моральный принцип врача — уважение к человеческой жизни с момента зачатия»[1]. Ассамблея Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) 1970 года также выражает свою позицию к статусу эмбриона человека в резолюции, подтверждающей Женевскую Декларацию 1948 г.: «Буду, безусловно, уважать чужую жизнь с момента зачатия»[2]. Позиция, максимально защищающая человека и учитывающая его достоинство, это позиция, признающая началом жизни человека момент слияния мужской и женской половых клеток. Использование в качестве источника стволовых клеток эмбрионов человека, полученных методами искусственного оплодотворения и терапевтического клонирования, — это уничтожение эмбрионов. Возникает вопрос, зачем уничтожать эмбрионы, если существуют альтернативные источники стволовых клеток, не требующие использования и уничтожения эмбрионов?

Этически некорректным является и использование тканей абортированного эмбриона. Основанием некорректности является то, что согласие на прерывание беременности не равно согласию на использование абортированного плода в исследовании.

Предполагается, что родители дающее согласие на исследование или вмешательство над своими детьми (эмбрионами, плодами), озабочены благополучием своих детей и надеются, что такое исследование (вмешательство) принесет им (детям) благо. Родители, дающие свое согласие на убийство своего ребенка в утробе (а равно и отдавая эмбрионы для получения ЭСК), очевидно, не испытывают такой любви и заинтересованности. Законодательная традиция всегда запрещала наносить вред своему ребенку или позволять другим наносить такой вред. Если исследование или вмешательство проводится не в целях сохранения здоровья или жизни ребенка (эмбриона, плода), у родителей не должно быть права давать такое согласие[3]. Использование же плода в исследовании без санкции родителей может рассматриваться как нарушения принципа информированного согласия.

Кроме того, использование абортированных плодов, может спровоцировать рост числа абортов, при этом покрыть потребности в стволовых клетках не удастся. Так, например, подсчитано, что для лечения, например, одного больного сахарным диабетом понадобятся стволовые

---

[1] Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М., 1995. С. 23.

[2] Женевская декларация 1948 г. [Электронный ресурс]. URL: http://savelifes.narod.ru/aboutab8.htm

[3] Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы / Джон и Барбара Уиллке. М., 2003. С. 98.

клетки 3—5 абортированных эмбрионов. Если умножить это число на число больных этим заболеванием в стране (в России 8 млн. человек[1], в США на 2000 г. — 12 млн.[2]), то количество эмбрионов, необходимых только для лечения одного сахарного диабета превысит число совершаемых абортов в стране за год (в 2006 году в России было сделано 1582 тыс.[3], в США в 2003 году было сделано 1287 тысяч абортов[4]). Но предполагается использовать трансплантацию стволовых клеток для лечения множества других заболеваний. Ситуация несоответствия «спроса—предложения» неизбежно может обернуться тем, что клиники будут платить за аборт («заказное убийство»).

Другая серьезная проблема регенеративной медицины — сохраняющийся риск перехода эмбриональных стволовых клеток в опухолевые клетки, вместо, например, необходимых кардиомиоцитов, нейронов или клеток поджелудочной железы. Так на круглом столе «Стволовые клетки — насколько это законно?», проходившем в ММА им. И.М.Сеченова, академик РАМН, директор Института экспериментальной кардиологии Российского Кардиологического НПК Минздравсоцразвития РФ В.Смирнов, подчеркнул, что в практике должны использоваться только стволовые клетки пуповинной крови. Они уже испытаны для лечения примерно 45 видов заболеваний, их будущее — громадно. А вот использование эмбриональных стволовых клеток — как правило, сомнительно. И когда они попадают во взрослый организм — эти клетки в лучшем случае отторгнуться иммунной системой, в худшем — дадут опухоль (тератому). Частота возникновений опухолей доходит до 30 %. «Нет ни одного доказательства на сегодняшний день эффективности лечения эмбриональными клетками, опубликованного в рецензируемых научных журналах», — пояснил В.Смирнов[5]. При использовании абортивного материала следует учитывать, что на стадии развития до 14 недель эмбрион не имеет механизмов отторжения тканей. Ткань может прижиться в организме, если она приживется то, в этом случае — это опухолевая ткань. Знаков распознавания «свое-чужое», у эмбриональных тканей нет, и это весьма опасно. До тех пор пока этот риск полностью не исключен, этически неверно рекомендовать данный метод пациентам.

---

1 Осложнения сахарного диабета / ЭНЦ РАМН, Под ред.: акад. И.И.Дедова. М., 1995. URL: http://medi.ru/doc/0516.htm

2 Что такое сахарный диабет и какой он бывает? / US Govt. Center for Disease Control. Написано: 22.11.2008. [Электронный ресурс]. URL:http://www.happydoctor.ru/info/227

3 Число абортов в России сокращается… но по-прежнему очень велико // «Новые хроники». 22.04.2008 [Электронный ресурс]. URL: http://novchronic.ru/1255.htm

4 Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance – United States, 2003. Surveillance Summaries. MMWR November 24, 2006; 55 (No. SS-11).

5 Водовозов А. В Москве прошел круглый стол «Стволовые клетки — насколько это законно?» // Mednovosti [Электронный ресурс]. URL: http://www.genoterra.ru/news/view/21/827

ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ, ТРАНСЛИРУЕМЫЕ С ПОМОЩЬЮ СЕРИАЛА «ДОКТОР ХАУС»

Ф.Г.Майленова

Чрезвычайно популярный сериал «Доктор Хаус», который смотрят миллионы зрителей во всем мире, не укладывается в рамки ни одного жанра. Будучи заявлен как врачебная драма, он не только удовлетворяет потребность зрителей в качественном, добротном и динамичном интеллектуальном кино, но и поднимает огромные пласты разнообразных философско-этических вопросов. Большинство этих вопросов касаются практики врачевания и их можно анализировать с позиции принципов биоэтики, хотя не менее важны и вопросы общечеловеческие, выходящие за рамки «производственных отношений» внутри клиники, а также проблемы личного порядка, способные порой лишить душевного покоя и даже профессиональной пригодности. Герои сериала постоянно попадают в ситуации морального выбора, и их терзания по поводу любви, дружбы, предательства, лжи и истины, приемлемости тех или иных компромиссов не могут не волновать зрителя и заставляют снова и снова задумываться о сложном мире нравственных ценностей, пронизывающих всю жизнь человека — как частную, так и производственную.

Абсолютизация патернализма

Хаус постоянно практикует *патернализм*, без согласия пациентов решая, что для них лучше, так как он убежден: он знает, что лучше для пациентов, причем не зависимо от того, что говорят они сами. Общепринятые нормы медицинской этики, в том числе *принцип информированного согласия*, зачастую для него лишь помеха для совершения необходимых действий, среди которых множество весьма сомнительного свойства. Это и явное и неявное манипулирование, и утаивание информации, давление, обман и даже проникновение в жилище со взломом!

Создатели сериала показывают нам Хауса как гениального врача-диагноста, который, несмотря на немыслимое порой поведение и кошмарное обращение с окружающими его людьми, практически в каждом случае оказывается прав, решая интеллектуальные задачи, непосильные другим специалистам.

При этом он по-своему предельно честен — он фанатично предан своему делу, спасая жизни, и ради этой задачи готов практически на все. Однако при принятии решений Хаус, будучи сторонником абсолютного патернализма, способен откровенно нарушать не только этический кодекс, но даже законы, и, если в конце каждой серии мы убеждаемся, что наш гений вновь оказался прав, в реальной

жизни все обстоит значительно сложнее. К нашему сожалению, в действительности диагнозы и смертельные болезни встречаются гораздо чаще, и когда врачи выбирают диагностические методы и терапию в реальном мире, результаты всегда неизвестны.

Может ли эксцентричный человек быть добродетельным?

На первый взгляд Хаус предстает грубым, черствым и несносным человеком, постоянно оскорбляющим всех, кто оказывается с ним рядом. Те немногие люди, которые его хорошо знают и уважают его гениальный ум, вынуждены терпеть его выходки, порой остроумные, а порой попросту злобные; и невольно возникает вопрос о природе его обаяния. Неужели это обаяние зла? Или есть еще что-то, за что его уважают его близкие и практически все зрители сериала?

Джон Фицпатрик в своем эссе «Хаус и добродетель эксцентричности» предлагает поставить Хауса в один ряд с такими великими мыслителями-эксцентриками, как Сократ, Диоген Синопский, которые презирали лицемерие и призывали жить сообразно своим убеждениям. «Хотя Хаус и плюет на авторитеты, нарушает профессиональную этику и даже закон, его поступки часто поражают нас благородством», — говорит Фицпатрик[1]. Смелость Хауса состоит также в том, что он не жалеет не только других, но и самого себя, и это касается не только его пренебрежения карьерой и деньгами. Фактически он, как все оригинальные люди, превратил собственную жизнь в лабораторию, способствуя созданию новых образцов для подражания, оригинальных идей и мнений. Его команда учится не только решать сложные интеллектуальные задачи, но еще и отстаивать свое мнение, не бояться ошибаться и ценить превыше всего истину.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

И.Л.Максимов

Биология и медицина начала XXI века шагнули далеко за традиционные узкопрофессиональные границы. Результаты исследований в области генетики, молекулярной биологии, иммунологии, медицинской инженерии приковывают к себе внимание юристов, философов, деятелей церкви и государства. Бесспорно, что результаты медико-биологических знаний зашли слишком далеко, и их регулирование уже

[1] Хаус и добродетель эксцентричности. Джон Фицпатрик // Хаус и философия: Все врут! Г.Джейуоби, Дж.МакМахон, Д.Голдбратт и др.; пер. с англ.М.Вторниковой. М.: ООО «Юнайтед Пресс», 2010. С. 190.

не может оставаться прерогативой медиков, генетиков или биологов. Причем, учитывая характер исследований в области генно-инженерной деятельности, их огромную значимость как для отдельно взятого человека, так и для человечества в целом, не вызывает сомнения тот факт, что регламентация такой деятельности и биомедицинских технологий это вопрос, выходящий за пределы национальных границ и требующий международно-правового, универсального регулирования.

Специфическим проявлением несправедливости в биомедицинских исследованиях является то обстоятельство, что в качестве испытуемых чаще всего выступают представители наименее защищенных социальных групп. В период зарождения института клиники (институционализации биомедицинских исследований) доступность медицинской помощи не рассматривалась в качестве права человека. Поэтому привлечение бедняка в качестве испытуемого трактовалось как справедливая компенсация за предоставляемую ему медицинскую помощь. В условиях декларированного универсального права на получение медицинской помощи подобного рода практика, а она широко распространена во многих странах мира, считается проявлением несправедливости.

В наше время медицина проникает все глубже и глубже в человеческое тело в попытке понять и извлечь причины болезней. От переливания крови до генетической терапии и пересадки органов, человеческое тело и его части, таким образом, являются источником новой жизни. Что касается биомедицинских экспериментов и генной инженерии, то они также являются источниками знаний. Однако на этом пути научная и медицинская практика опирается на форму социальной солидарности либо в пользу определенных больных, получающих кровь или органы от доноров, либо в пользу общества в целом, которое извлекает выгоду из прогресса исследований или развития новых лекарств. Может ли этот подход уживаться с правами человека, которые всегда рассматривали защиту человека в качестве наиболее важной задачи? Этот вопрос возникает исключительно в связи с использованием органов или тканей человеческого происхождения и биомедицинскими экспериментами. Важность этого усиливается в тех случаях, когда вмешательство в неприкосновенность человека может сказаться на его потомстве.

В этой связи, возникают два важных вопроса, касающихся прав человека: во-первых, законность такого вмешательства, во-вторых, условия, при которых оно выполняется, включая главным образом согласие.

Например, трансплантация органов затрагивает два противоречащих друг другу частных права, права донора и права реципиента; биомедицинские эксперименты противостоят как частным правам, так и коллективным правам. Более того, прежде всего, следует отметить те из них, которые затрагивают права человека в отношении признания или не признания законности данной практики.

Следует обратить особое внимание на то, что при проведении тех или иных биомедицинских исследований, например, трансплантация органов или тканей человека, так или иначе необходимо соблюдать определенные правовые и этические принципы. Наиболее уязвимые из их числа, это принцип независимости человека, который предполагает, что каждый индивид имеет право свободно принимать решения, связанные с его телом и который, к сожалению, в течение долгого времени рассматривался в качестве относительной ценности и принцип неприкосновенности личности, который имеет этические, религиозные и правовые корни, и также является предметом постоянных исключений во имя высоких общественных интересов. Соответственно, ни большая власть над самим собой, ни более широкие взгляды на идеи общественного здравоохранения, включая необходимость научного прогресса, не могут не отразиться на понимании законности пересадки органов и экспериментов на человеке.

Сегодня биоэтика выступает в качестве дополнительного к праву механизма социального контроля над осуществлением медико-биологических исследований и внедрением их результатов в практику, определяет моральные правила проведения исследований на человеке.

Рассматривая сущность биоэтики, можно выделить четыре основных Принципа и Правила биоэтики, релевантных в качестве этического основания биомедицинских исследований: *принцип уважения человеческого достоинства, принцип благодеяния и невреждения, принцип признания автономии личности и принцип справедливости.* Выделяют также *Правила* биоэтики. Это *правила правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни и добровольного информированного согласия.* В совокупности они образуют этические «координаты», в которых описывается отношение к испытуемому субъекту как личности.

До XX века этические вопросы медицинской и исследовательской деятельности оставались лишь на совести врачей, и при недобросовестности ряда из них имели место факты глобальных нарушений этики.

Историей накоплен достаточно большой опыт неблагоприятных последствий преступного или легкомысленного отношения к медицинским экспериментам и назрела необходимость в регулировании этой сферы деятельности. Чтобы избежать прошлых ошибок, или хотя бы минимизировать риски, следует помнить, что открытия в области генной инженерии происходят каждый день и уже сегодня можно определять намного более точно, чем когда-либо ранее, тех, кто несет в себе особые гены, вызывающие серьезные моногенные нарушения (например, фиброзно-кистозную дегенерацию, гемофилию, болезнь Гентингтона, пигментозный ретинит и т.д.), а так же тех, кто несет в себе гены, которые повышают опасность развития серьезных нарушений на более поздних стадиях жизни (например, сердечные заболевания, рак и болезнь Альцгеймера).

Генная инженерия напрямую связана с правами человека, с его жизнью и здоровьем. Халатное отношение к генно-инженерной деятельности может привести к нарушению основных прав человека, права на здоровье и права на жизнь, если же данный вид деятельности будет надлежащим образом регулироваться как на международном, так и на национальном уровнях, то ничего, кроме как блага, открытия в генетике не сулят. Можно уверенно утверждать, что перед мировым сообществом встала задача создания всеобъемлющих гарантий обеспечения безопасности людей в условиях медико-биологического воздействия на природу и человека. Международное сотрудничество государств в этой области увязывается с вопросами защиты прав человека — приоритет в решении любых вопросов должен постоянно находиться в связи с «человеческим измерением».

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА — ОШИБКА ТЕОРИИ ИЛИ РОКОВАЯ НЕИЗБЕЖНОСТЬ?

О.Н.Моисеева

Если посмотреть на попытку современного человечества справиться с инфекциями, сделать их «управляемыми», то сегодня на первый план в мире выходит вакцинопрофилактика. Именно ее позиционируют как единственный надежный метод в период эпидемий. Но с каждым годом накапливается все больше контраргументов к данному методу профилактики инфекционных заболеваний. В былые годы смертность от инфекций была высока, и человечество было напугано эпидемиями, «поветриями», от которых пыталось защититься любыми способами. История вакцинопрофилактики в Европе начинается в XVIII веке с Э.Дженнера, предложившего вакцинацию в качестве защиты от оспы. К сожалению, школьникам в школах, студентам в медицинских ВУЗах, да и простому населению преподносят только часть информации о великом ученом, героически спасшем человечество от опасной инфекции и проложившем путь новой науке. И замалчиваются факты высокой смертности в результате прививочных кампаний как от оспы, так и от осложнений, связанных с прививкой, о массовых заражениях привитых венерическими и другими инфекциями, о насильственной иммунизации под угрозой тюремного заключения, об оспенных бунтах, прокатившихся по Европе и Америке[1]. Даже врачи не знают об этих фактах истории, их нет в учебниках по инфекционным болезням и истории медицины. Но практические

[1] Коток А. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках. 2-е изд., испр. и доп. Новосибирск : Гомеопатическая книга, 2008. 592 с.

врачи знают другие факты, о которых также не принято говорить даже в медицинских кругах — об огромном количестве осложнений после прививок, от кратковременного повышения температуры до инвалидизирующих заболеваний (постпрививочные энцефалиты, тромбоцитопеническая пурпура, парезы и параличи и пр.), вплоть до смерти привитого[1]. На сегодняшний момент в поликлиниках уже стала нормой весьма странная ситуация, когда медики советуют после прививки принять жаропонижающее средство. Но ведь уже давно известно, что данный вид средств подавляет иммунитет. И еще недавно врачей учили не снижать пациенту температуру до 38,5°С, дабы не помешать защитным силам организма справиться с инфекцией. Сегодня же практически каждой маме в поликлинике советуют дать ребенку жаропонижающее «на всякий случай». На какой?

Теоретически смысл вакцинопрофилактики сводится к следующему: мы хотим заранее сделать здоровый организм еще более здоровым, чтобы он, встречаясь с любой инфекцией, не заболевал. Идея хорошая. Но посмотрим на пути ее воплощения. Нас уверяют, что если внести в организм малую дозу возбудителя, то иммунная система среагирует, выработает «иммунный ответ» — защитные антитела, которые останутся в крови и защитят от данного вида инфекционного заболевания впоследствии. Причем, в результате прививки человек «переболевает» инфекционной болезнью в легкой, практически незаметной форме. И когда у нас спрашивают: «как вы хотите — переболеть в легкой форме сейчас или в тяжелой, смертельно опасной — в будущем?», — мы дружно отвечаем: «сейчас и легко». Мы все хотим защититься от неведомого опасного врага, который хотя и не напал на нас сейчас, но вполне может напасть в неведомом будущем. Но не странная ли складывается ситуация, когда метод, который используется для данной благородной цели, уже сейчас может здоровое сделать больным, да и попросту убить? Встретится ли нам этот неведомый враг — неизвестно, но риск умереть или заболеть тяжелой болезнью при попытке защититься от него сегодня уже существует. Нам говорят: «ну а как же великий Дженнер? Оспу ведь и впрямь победили в Европе». Но мы не знаем исторических фактов, которые говорят о параллельном развитии в Европе наук гигиены и санитарии, методов асептики и антисептики, ранней изоляции инфекционных больных, улучшении качества жизни большинства населения. До нас не доводят сведений о снижениях заболеваний, не связанных с прививочными кампаниями, эти снижения начинались задолго до массовой иммунизации населения, а прививки лишь усугубляли ситуацию, распространяя инфекции. Но даже если это так, в учебниках мы найдем последний главный аргумент — прививки использовались еще в глубокой древности и

[1] Там же.

египтянами, и китайцами. И если бы было все так плохо, идея не дожила бы до наших дней! Вот здесь у настоящего исследователя и возникают вопросы, ответить на которые он далеко не в силах. Так в чем же причина подобного явления? Почему вакцинопрофилактика может как защитить от болезни, так и вызвать ее в тяжелой форме или сказаться массой осложнений, вплоть до смерти? А ответ кроется в мировоззрении современной научной медицинской школы. Как мы знаем, мировоззренческой базой современной науки является материализм. Применительно к медицинской школе — редукционизм, пытающийся свести живое к более сложным законам классической физики в лице, например, механики Ньютона. С этой точки зрения, человек — это всего лишь смертное материальное тело, сложно устроенный механизм. Болезнь — поломка механизма, возникающая в результате воздействия внешних причин, а врач — механик, моющий, чинящий и смазывающий чудесную машину. Делаются попытки психологов заявить о внутреннем мире, оживляющем тело; о причинах болезней, лежащих в области этого внутреннего и прорывающихся в материальное внешнее; но реального влияния на сегодняшнюю западную научную медицинскую школу они не оказывают. Над всем довлеет образ внешнего материального врага, которого надо уничтожить и изгнать материальными же средствами. Да, на определенном этапе это было прогрессом в медицинской науке: были открыты бактерии, вирусы, факторы питания, различные виды физических, химических и механических воздействий, являющихся материальными носителями болезни. И это привело к массовым кампаниям по очищению общества от заразы, преследовавшей его многие века. Но люди меньше болеть не стали. На первый план уже выходят аллергические и аутоиммунные заболевания, онкология, сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, психические расстройства, бесплодие, приобретают больший масштаб стертые и атипические формы инфекций, омоложение патологии. Уже медики говорят о «перетекании» патологии из одной формы в другую. А почему? Это тоже вопрос без ответа для современной научной медицины. Но если мы обратимся к мировой медицинской школе, представленной народной медициной, традиционной медициной Востока, религиозными, альтернативными и психосоматической школами Запада, то увидим, что материалистическое редукционистское мировоззрение не является единственной базой для медицинской науки. Вышеуказанные направления базируются на идеях витализма и холизма. Здесь в большей степени подчеркивается роль информационных структур, нежели материальных носителей. Превыше материального тела ставится нематериальный внутренний мир и «полуматериальный» посредник — энергия. Поэтому, причины болезней в данных школах видятся не столько внешними, сколько

внутренними. Понятие Закона Кармы в индийской школе, гармонии Инь и Ян — в китайской, греха как нарушения воли Бога — в любом религиозном направлении, обиды нематериальных духов в народной медицине, — все это информационные понятия. Они говорят о болезни как о нарушении гармонии в отношениях с Высшим Законом, и пути к исцелению видят в восстановлении целостности нарушенных отношений.

В западной медицине существует гомеопатическая школа, основанная Самуилом Ганнеманом в XVIII веке. Эта школа базируется на понятии «внутренней жизненной силы» и ее гармоничной циркуляции и развитии в организме. Она является жизненной основой живых существ, способна защищать их от любых проникновений внешних патогенных факторов. Болезнь возникает вследствие ослабления этой силы в результате внутренних причин. Поэтому средство исцеления — восстановление гармонии этой «жизненной силы», которая сама вытолкнет болезнетворный фактор наружу. Так как «сила» имеет информационную природу, то и методы воздействия на нее предлагаются информационные — сверхмалые разведения материальных субстанций, не содержащие молекул вещества, а только «информационное поле». Причем, предлагается лечить «подобное подобным», т.е. веществом, которое в токсических дозах вызывает симптомы отравления, схожие с клиническими симптомами данного заболевания. На первый взгляд, это абсурд. Но многовековая гомеопатическая практика уже доказала свою эффективность. Так в чем же смысл?

Если мы примем за рабочую гипотезу многоуровневость структуры живого существа, признавая в нем наличие не только материального тела, но и нематериального внутреннего мира, а также — посредника между ними — морфогенетических информационных полей; если мы примем в качестве гипотезы утверждение, что болезнь — нарушение Законов Бытия, зарождающееся во внутреннем мире, «спускающееся» в информационные структуры и проявляющееся на материальном носителе — теле; если мы решим, что главное в процессе исцеления — понять, каким образом был нарушен Закон и как его нужно восстановить; то мы придем к идее того, что Бытие говорит с нами посредством языка болезни о нашем правильном или неправильном пути развития. А раз так, то отдельные нозологические формы — это слова данного языка, это Имя. Когда слово произнесено, облечено в материальную форму, оно становится видимым и с ним можно работать. Мы можем манипулировать тем, что ясно выражаем материально. Поэтому гомеопатический метод лечения — это попытка усилить информационную составляющую нарушения закона, не доводя до его материального проявления в виде перитонита, гангрены и пр. Чем раньше мы осознаем проблему, тем меньший вред она принесет, тем легче от нее избавиться. Поэтому гомеопатические

лекарства, действуя на уровне информации, который является контролирующим по отношению к материальным телесным носителям, и производят лечебный эффект. И если мы обратимся к истории, то удачные опыты «прививания» были связаны в большей степени с методом приготовления прививаемой субстанции: положительный эффект наблюдался там, где субстрат приготовлялся по гомеопатическому методу, и отрицательный — в случае аллопатического способа приготовления[1]. И сегодня в гомеопатии существует класс веществ — нозоды, которые являются моделями болезней и используются при лечении различных заболеваний.

Таким образом, на сегодня главной биоэтической проблемой в области профилактики инфекционных болезней является мировоззрение западной медицинской школы, которая в попытке защитить материальные структуры посредством игнорирования информационных и нематериальных составляющих живого приводит к разрушению самой материальности. Так не лучше ли изменить мировоззрение, нежели придерживаться гегелевской позиции «если факты противоречат теории — тем хуже для фактов», дабы избежать даже теоретически неоправданных жертв прививочных кампаний, если посмотреть на эту теорию с другой стороны?

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ МАНИПУЛИРОВАНИЕ И ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ МОРАЛЬ

А.С.Мольков

Взгляды отдельных представителей современного общества на рассматриваемую нами тему довольно разнообразны. В контексте данного рассуждения понятие «общечеловеческая мораль» будет синонимом «светской» этики. Другими словами, здесь мы рассмотрим некоторые основные стороны деятельности науки генетики и отношение к ним общества, «простого» народа с позиций его этических воззрений.

Евгеника и этика

Евгеника призвана различными методами исправлять или улучшать физические и интеллектуальные расовые качества будущих поколений и остановить генетическое вырождение населения Земли. Иными словами, евгеника ставит своей целью избавление различными методами социального и генетического контроля будущего на-

[1] Коток А. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках. 2-е изд., испр. и доп. Новосибирск : Гомеопатическая книга, 2008. 592 с.

селения планеты от «субнормальных» представителей (алкоголиков, психически больных людей, половых извращенцев и т.п.).

В этом случае налицо не только нарушение морально-нравственно-этических, но и правовых норм. Во-первых, здесь имеет место манипуляция выбором человека, лишение его по сути свободы воли, выбора (в случае явного поощрения браков одаренных молодоженов властями), во-вторых — дискриминация (расовая, социальная), в-третьих — нарушение прав человека (в случае насильственной стерилизации)[1]. Неизвестно, к чему могут привести в итоге такие действия — к «раю на Земле» или концу света. Если мы представим себе на минуту, что в неопределенном будущем Землю будут населять лишь гении и физически идеальные люди, то разве не логичным предстает предположение, что эти беспрерывно стремящиеся к самосовершенствованию и лидерству индивиды начнут войну, последнюю для всей планеты и жизни на ней?

Не случайно евгеника потерпела поражение — в ее крахе огромную роль сыграла именно этика. Однако отдельные ее идеи, идущие только на пользу человечеству (как, скажем, исправление «ошибок» родителей, отразившихся на детях, на генетическом уровне) и по сей день живы в обществе. Высказывались предложения, согласно которым евгенические идеи должны соответствовать христианским заповедям и не «выходить за их пределы». Такой подход кажется правильным и не идущим в разрез с принципами морали.

Генная инженерия, генная терапия и этика

Продуктами генной инженерии являются гибриды и помеси. В данном контексте главной этической проблемой предстает отношение человека к другим формам жизни Земли. Особенно серьезное внимание этому вопросу уделяет биоэтика, ставящая одной из главных своих задач выработку у человека справедливого отношения ко всем формам жизни на нашей планете. В случае методов генной инженерии от этой справедливости не остается и следа — здесь животные и растения стоят на службе у человека. Пользуясь их неспособностью противостоять «венцам природы», мы свободно ставим эксперименты на живых существах ради собственных эгоистических целей, не заботясь о том, хотят этого они или нет.

Кроме этической, в данном случае встает и проблема угрозы здоровью самого человека, пользующегося гибридными пищевыми продуктами.

Основным постулатом, от которого отталкиваются противники генной терапии, то есть генетических операций с человеком, является следующий: есть рубеж, перейдя который мы не сможем

[1] См. Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику. М. : изд-во «Прогресс-Традиция», 1998. Гл. 9, п. 4. Pdf-версия книги

контролировать дальнейший ход событий. Им противостоит постулат «последователей» этих методов: есть люди, которые страдают наследственными заболеваниями и которые возлагают большие надежды на генную терапию[1].

Приходится признать, что и те, и другие по-своему правы. Действительно, перспективна разработка методов генной терапии злокачественных образований, СПИДа, сердечно-сосудистых заболеваний. Но вместе с тем «с перспективой» растут и этические проблемы таких методов.

Одной из главных проблем генной терапии предстает влияние ее методов на наследственность.

Первый вид генетической терапии называется соматической терапией. Она заключается в том, что в клетке больного дефектный ген заменяется здоровым, способным выполнять нужную функцию. Генетики полагают, что манипулирование соматическими клетками абсолютно этично, ибо последствия касаются только данного индивида, и не имеют воздействия на наследственность. Эта констатация вызывает сомнение в связи с развитием такого вида клеточной терапии, как фетальная, использующая при лечении зародышевые ткани человека.

Фетальный материал — это человеческие эмбрионы поздних сроков беременности (16—21 недели). По данным директора Международного института биологической медицины, профессора Г.Т.Сухих, в его институте «собран самый крупный в мире банк фетальных тканей». Это самый крупный в мире сбор — результат опережающего все мировые показатели количества абортов, в том числе и поздних сроков беременности, производимых в России. Новые «возможности» и методики новы, прежде всего, тем, что работают вне границ традиционной морали и этики. Это подтверждает и второй вид генной терапии — зародышевая терапия, предполагающая вторжение в мужские и женские репродуктивные клетки. В этом случае любые изменения передаются по наследству из поколения в поколение. Поэтому зародышевая терапия строго запрещена. С этим тесно связаны этические ограничения, основанные на недопустимости вмешиваться в потенциальную жизнь еще не родившегося человека. К этому присоединяется и религия — мы не вправе распоряжаться жизнью еще практически бессознательного, но уже живого (!) организма, поскольку не имеем права претендовать на роль Всевышнего.

На данный момент человечество пришло к следующему выводу: генетическая терапия оправдана, если она не касается наследственности, бездумных экспериментов на человеке и других живых существах и вмешательства в развитие эмбрионов без цели изменения его дефективных генов.

---

[1] Там же, п. 5.

Клонирование и этика

Клонирование — самая актуальная и острая тема для обсуждения с точки зрения этики. Ее ядро — вопрос о «генетичности души». Сторонники клонирования говорят о том, что клонов не стоит бояться, поскольку душа человека, если она существует, никак не связана с понятием гена. Противники же утверждают, что если клоны все же смогут «наследовать» и душу, то в скором времени нас ожидает нашествие клонов гениев преступности, что приведет к гибели планеты. Даже если не верить в существование души, не может не вызывать сомнений неопределенность морального облика человека-клона. В конце концов, пугает сам тот факт, что человек ставит себя на одну позицию с Творцом, что может иметь необратимые и гибельные процессы для всего человечества в целом. Именно к этому вопросу старается привлечь генетиков религия.

Кроме того, со стороны религиозных воззрений, не будет ли аморальным производство клонов, если они, не имея души, которую может дать только Бог, будут подобны роботам или безжизненным сомнамбулам, зомби.

Особой темой, положившей начало целого столкновения генетики и религии, является дерзкое заявление отдельных представителей-генетиков о возможном клонировании Иисуса Христа. Христианская церковь рассматривает это заявление как посягательство генетики на религию. А между тем, действительно неизвестно, что сейчас происходит с пробами, взятыми с Туринской Плащаницы генетиками и бактериологами. Иногда в СМИ даже проскальзывает информация о том, что клонирование того, кто был завернут в Плащаницу, давно началось и уже подходит к своему завершению. Церковь называет такие сообщения лживыми. Представители христианства говорят о том, что, если клонирование Христа действительно произойдет, генетиков можно будет поздравить с сотворением Антихриста.

С началом производства клонов встанет и угроза полного обесценивания жизни отдельного индивида и размытие границ между клонами и неклонами, потери личностной уникальности и индивидуальности. К этому добавляется и не менее серьезная проблема: «извращение естественных основ деторождения, кровного родства. Ребенок может стать сыном деда, сестрой матери и т.п. Так появившийся на свет человек может не ощутить себя полноценной личностью, а всего лишь “копией” кого-то другого»[1]. Что же касается клонирования изолированных клеток и тканей живых организмов, то против этих технологий не может быть возражений, поскольку они не нарушают суверенитета человеческой личности и полезны в научно-исследовательских работах, медицинской и сельскохозяйственной практике.

Клонирование человека на данный момент запрещено законом.

[1] Матвеев П.Е. Этика. Основы общей теории морали: Курс лекций. Ч.1. Владимир : изд-во ВлГУ, 2002 URL : www.bobych.ru

МОРАЛЬ В ГЕНАХ ЧЕЛОВЕКА. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА И ГЕНЕТИКА

А.С.Мольков

Биологическая этика является разновидностью натуралистической этики, которая в свою очередь предстает видом этики гетерономной. Гетерономная этика считает, что мораль, ее возникновение, развитие определяются неморальными факторами: экономическими, биологическими, политическими, религиозными. В натуралистической этике мораль в целом «выводится» из природы человека. Биологическая же этика более частно выводит этические понятия, присущие человеку, из биологии и психики самого человека[1]. Другими словами, представители биологической этики считают, что мораль и нравственность изначально заложены в человеке на биоуровнях, в том числе и генетическом.

Известнейшими представителями этой концепции являются К.Лоренц, Р.Ардри, Ф.Ницше, З.Фрейд, К.Юнг, Э.Фромм, Г.Селье, В.П.Эфроимсон. Так, К.Лоренц писал, что мораль присуща и животному миру, и если мы принимаем гипотезу Дарвина о происхождении человека разумного от обезьяноподобного предка, то должны принять и ту мысль, что мораль присутствует в человеке в самых его основах[2]. По мнению Э.О.Уилсона, автора известной книги «Социобиология», такое человеческое качество как альтруизм следует рассматривать с точки зрения вида. «На вопрос, как мог возникнуть и развиваться альтруизм, который по самому своему понятию противоречит личной приспособленности, Уилсон дает следующий ответ: родство. Если гены, вызывающие склонность к альтруизму, свойственны двум организмам вследствие их общего происхождения и если акт альтруизма увеличивает совместный вклад этих генов в следующее поколение, то склонность к альтруизму будет распространяться на весь генетический фонд популяции. «Альтруизм», то есть способность жертвовать собственными интересами ради других, часто встречается у животных, образующих социальные группы. Происхождение его путем естественного отбора было трудно объяснить. Сегодня для этого используют теорию «отбора родичей», или «кин-отбор», согласно которой животное проявляет альтруизм в большей мере к родственникам, чем к чужакам, и тем самым способствуют репродукции генов, сходных с его собственными. Современным аналогом биологического «отбора родичей» у человека является лояльное отношение индивидуума к другим членам своей социальной или политической группы. Основы такого подхода к проблеме

---

[1] Матвеев П.Е. Этика. Основы общей теории морали: Курс лекций. Ч.1. Владимир : изд-во ВлГУ, 2002 URL : www.bobych.ru

[2] Там же.

альтруизма и его возникновения сформулировал в 1964 году английский биолог Ч.Гамильтон, рассматривавший его как формирующееся в биологической эволюции качество, которое помогает индивиду в распространении его генов. Американский биолог Р.Триверс развил эти идеи, выдвинув концепцию взаимного альтруизма у всех организмов, и бессмысленно считать, что человеческие существа — единственный вид, у которого альтруизм не имеет генетического основания. Концепция взаимного альтруизма стала основой основ социобиологии, Уилсон распространяет ее не только на альтруизм, но и на другие этические явления. Как естествоиспытатели, так и ученые гуманитарии, считает он, могут уже теперь совместно рассматривать возможность того, что «наступило время изъять этику из рук философов и биологизировать ее». Сходные идеи, относящиеся, в частности, к генетическим основам происхождения альтруизма, высказаны в книге Р.Докинза «Эгоистичный ген». По его словам, люди, подобно другим животным, представляют собой машины, созданные их генами. В мире, где царит конкуренция, этим генам удалось выжить лишь благодаря безжалостному эгоизму. Поскольку гены эгоистичны, следует ожидать, что и наше индивидуальное поведение окажется в равной мере эгоистичным. Следовательно, типы поведения, кажущиеся на первый взгляд альтруистическими, возникают лишь потому, что в определенных условиях альтруизм служит эгоистичным целям гена»[1].

В.П.Эфроимсон в своей книге «Генетика этики и эстетики» писал: «Вероятно, никто не станет оспаривать, что готовность матери или отца рисковать жизнью, защищая свой помет или детеныша, вызвана не воспитанием, не благоприобретена, а естественна, заложена в природе матери и отца... В человеке заложено много «звериного». Но в зверях заложено много «человеческого»[2]. Свои слова Эфроимсон подкрепляет многочисленными фактами из области генетики.

Некоторые ученые особое внимание уделяют фактору врожденности преступности и даже идеологии. Об этом говорит, в частности, известный биолог и философ А.А.Любищев[3]. А в начале мая 2007 года Нанфилдский Совет по биоэтике заявил, что «как только будут получены твердые доказательства того, что некоторые гены толкают людей на агрессию и насилие, этот факт придется учитывать при рассмотрении дел — точно также, как можно учитывать условия, в которых рос преступник. Генетическая предрасположенность к антиобщественному поведению не должна считаться оправданием, но подобную информацию необходимо учитывать при определении тяжести вины.

---

[1] Логинова В.В. Этика науки. Н. Новгород : изд-во НГУ, 1998. Выдержка из диссертации в pdf-версии.

[2] Эфроимсон В.П. Генетика этики и эстетики. СПб. : изд-во «Талисман», 1995. С. 41—43.

[3] Любищев А.А. Генетика и этика // Химия и Жизнь. 1991. № 6. С. 16—22.

Например, некоторым преступникам можно прописать специальный курс терапии, а не отправлять их в тюрьму, если будет доказано, что в их организме есть гены, толкающие их к насилию. Однако данный факт вызвал резкий резонанс общественности. «Они зашли слишком далеко, — сказал Норманн Бреннан, директор одной из организаций США, защищающих жертв преступлений. — Мы должны прекратить придумывать оправдания для тех, кто совершает чудовищные поступки»[1].

Действительно, концепция, выдвинутая биологической этикой, не лишена логики и имеет полное право на существование — основы морали находятся у животных, а у человека, следуя многочисленным аргументам представителей биологической этики, ее принципы передаются из поколения в поколение на генетическом уровне. Расхождения же в моральном облике индивидов объясняются особенностями вида вносимой ими информации в общую структуру организма человека.

Однако у этой концепции есть и свои минусы. Главным из ее недостатков является абсолютизация роли биологического фактора в формировании этики человека и игнорирование влияния на ее оформление других причин (общество, религия, политика и т.п.). Автор считает, что, принимая в расчет аргументы в доказательство приведенных выше идей, мы не можем и не должны использовать их и в качестве оправдания «генетическим» преступникам.

ПРЕТЕНЗИИ НА УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ ИЛИ ИНТЕРКУЛЬТУРАЛЬНОЕ СБЛИЖЕНИЕ В РАЗВИТИИ ИСЛАМСКОЙ БИОЭТИКИ?

З.М.Мухамедова

Исламская биоэтика развивается динамично, мобильно. Она не замыкается исключительно аспектом вероучения, но интегрирует, трансформирует важнейшие международные документы (Нюрнбергский кодекс, Хельсинская декларация, Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека и др.).

Несмотря на существующие проблемы культурного разнообразия, философии, религиозных традиций, можно говорить о возможностях связующей роли исламской биоэтики между Востоком и Западом в решении сложных проблем биоэтики[2]. Здесь важна степень религиоз-

[1] http://www.genoterra.ru/news/print/226

[2] Mukhamedova Z.M.Issues and contradictions in bioethics of 21st century: Islamic prospects. Abstract book First Sub-Regional Expert Meeting on Ethics Education in Science and Technology.Iran,Tehran. 28-29 October 2006. P. 27.

ной образованности. Актуальность положения о культурном разнообразии нашла свое отражение в преамбуле и ст. 12, принятой на 33 сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека. За последние десять лет на повестку дня были поставлены и рассмотрены такие вопросы биоэтики в исламе как: пересадка органов и/ или тканей, критерии смерти мозга, принципы помощи и технологии в отделении интенсивной терапии, проблемы репродуктивных технологий, клонирования, генно-инженерных биотехнологий, СПИДа, оказания психиатрической помощи и т.д.

В целом теория медицинской этики в исламе охватывает пять основных положений Шариата (maqasid al shari'at):

1. сохранение религии и морали (hifdh al ddiin),
2. сохранение жизни и здоровья (hifdh al nafs),
3. сохранение потомства (hifdh al nasl),
4. сохранение интеллекта (hifdh al aql) и
5. сохранение собственности (hifdh al maal).

Любое медицинское действие должно быть выверено в контексте вышеуказанных положений. Медицинская процедура, которая нарушает, любое из 5 указанных положений считается неэтичной. Основные этические принципы ислама в медицинской практике являются производными от пяти положений Закона (Шариат — qawaid al shari' at), это:

1. намерение(qasd),
2. уверенность (yaqeen),
3. повреждение (dharar),
4. трудность (mashaqqat) и
5. обычай или прецедент (aadat maqasid и qawaid), используемые во взаимодействии.

Основная цель qawaid в том, чтобы обеспечить прочные правила для разрешения ситуаций конфликта внутри или среди других ситуаций maqasid.

Современная исламская медицина и биоэтика развиваются в рамках просвещенного ислама и медицинской этики. Тем не менее, несмотря на действующую практику исламской биоэтики, существуют проблемы и противоречия, начиная с признания или не признания ее статуса[1].

Позиция консервативно настроенной части мусульманских ученых (например, Omar Hasan Kasule из международного Исламского Университета Kuantan в Малайзии) заключается в том, что появление биоэтики на Западе, ее понятия, теории, принципы обосновываются не стремительным развитием биомедицинских технологий, а исключительно секуляризацией. Поэтому, считают они, биоэтика не является ни законом, который бы представлял силу для правитель-

[1] Мухамедова З.М. Статус исламской биоэтики // Развитие биоэтики в Узбекистане: правовые и философские аспекты. 2007. С. 230—238.

ства, ни моральную силу — совесть, она не имеет статуса науки[1]. Профессор указывает, многие неэтичные опыты проводились в США вскоре после принятия Нюрнбергского кодекса. Основная ошибка этих кодексов в том, что в них отсутствует четкая идентичность, они являются отражением секуляризации западного общества, в котором нравственность оказалась в отрыве от права и общественных дел. Omar Hasan Kasule убежден, что вызов, который стоит перед мусульманскими врачами, заключается в высвобождении от влияния «противоречивых Европейских этических теорий и принципов», в разработке своих собственных специфических норм для различного медицинского вмешательства (dhawaabit al tibaabat), восстановлением ijtihad, который будет основан на источниках Закона (Quran и sunnat). В целом, Omar Hasan Kasule считает актуальным осуществление процесса исламизации знаний в области медицины (islamiyyat Аль тибб). Конечным результатом процесса исламизации, по мысли Omar Hasan Kasule, будет получена медицинская система не только для мусульман, но для всего человечества, потому что ислам представляет собой набор универсальных и объективных ценностей[2].

Позиция Omar Hasan Kasule относительно диалога цивилизаций, попытки обосновать претензии на исключительность и «универсальность» ислама в науке, его ценностей не является характерной чертой в исламском научном и культурном мире. В международной практике все более получает признание актуальность диалога цивилизаций. В этом направлении продолжаются активные биоэтические исследования в Иране. В 2000 г. в Иране был принят национальный кодекс этики биомедицинских исследований (26 статей), который был подготовлен МОНМЕ[3]. Эти статьи проработаны в соответствии с такими международными декларациями, как Хельсинская и модифицированы согласно ислама, исламских культурных традиций, обоснованы в соответствии с основными принципами биоэтики: информированного согласия, автономности личности, великодушия, не навреди, справедливости и др. Сегодня в Иране разработаны руководящие национальные этические принципы исследования биомедицины в области клинических испытаний, генетических исследований, в области трансплантаций органов и тканей, исследования на животных и др.

В статье Президента Совета IBE Aziz Hasbi «Техническое образование в Арабо-Европейском диалоге», автор призывает к диалогу цивилизаций[4]. Он может быть реализован не в направлении ксено-

---

1 Omar Hasan Kasule. Medical ethics from maqasid al shari'at. // Jimasa volume 12, #3. 2005. P. 2—4.

2 Omar Hasan Kasule.

3 Министерство здравоохранения и медицинского образования (МОНМЕ).

4 Aziz Hasbi. Technical education in an Arab-European dialogue Prospects, vol. XXXIII, no. 4, December 2003, p. 376.

фобии, этноцентризма или претензиях на ложную универсальность исламской или европейской культуры и образования, а в уважении к «истинной универсальности», которая генерирует «интеркультуральное сближение», поскольку это «объединяет, допускает принятие существования мирной конкуренции, основанной на идеях общечеловеческих ценностей», против «ложной универсальности»[1].

Сегодня речь идет о физическом выживании человечества, о предотвращении нравственной деградации, поэтому мировую политику начинают определять гуманитарные традиции диалога культур, духовно-религиозных взаимодействий, а не рациональные практики инструментального согласования прагматических политических интересов, за которыми всегда стоят права сильных и преуспевающих. Идет процесс становления новой гуманитарной парадигмы глобального развития.

АГРОБИОЭТИКА КАК ВИД ГЛОБАЛЬНОЙ БИОЭТИКИ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ПОСТБИОЛОГИИ И ПОЯВЛЕНИЯ НОВЫХ ВИДОВ «МАТЕРИАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ»

Ф. Т. Нежметдинова

В настоящее время фактически происходит тотальная биотехнологизация всех стран. В ближайшее десятилетие развитые страны перейдут к формированию новой технологической базы экономических систем, основанной на использовании новейших достижений в области биотехнологий, информатики и нанотехнологий, в том числе в сельском хозяйстве, медицине, ветеринарии, экологии и других сферах. Применение биотехнологий дает человечеству возможности для решения четырех главных проблем, с которыми в настоящее время оно сталкивается, — продовольственного обеспечения, качества здравоохранения, деградации окружающей среды и проблемы, связанные с истощением, исчерпанием энергетических, сырьевых и иных ресурсов.

Став творцом нано-био-гено-инфо технологий, человек приобретет реальную возможность перестраивать биокосмос, социокосмос, свою собственную биогенетическую природу и создавать новую культурную среду. Масштабное внедрение биотехнологий в XXI веке, трансгенизация живых организмов преобразует флору и фауну земного шара в планетарную сеть биофабрик, биоферм, биореакторов и т.д. Принципиально иным может стать повсеместное использование органических форм жизни для разных видов трудовой деятельности, охватывающей

[1] Там же.

пространство от экологически чистых производств до сферы проведения досуга. Последнее уже можно видеть в science art — новом направлении современного искусства, представители которого опираются в своем творчестве на постбиологию: робототехнику, искусственную жизнь, био- и генную инженерию. Все эти, фантастические на первый взгляд, возможности, порождают достаточно много опасений по поводу вероятностного перехода биологических исследований в неуправляемую фазу «джина из бутылки» и соответственно возникает потребность в особом механизме контроля и регуляции.

Широкое внедрение современных биомедицинских технологий во второй половине XX века в медицинскую практику в условиях, развивающихся демократических процессов привело к появлению такого социального феномена как биоэтика. В настоящий момент биоэтика, с одной стороны, это признанная научная область междисциплинарного знания, с другой, социальная практика этического регулирования клинических исследований и медицинской деятельности. Накопив серьезный и полезный опыт в виде сформировавшихся этических принципов, решения вопросов применения новых биомедицинских технологий и законодательного закрепления статуса биоэтической экспертизы клинических исследований биоэтика призвана продолжить миссию, которую ей предписывал В.Р.Поттер в книге «Глобальная биоэтика»[1].

Автор в свое время говорил о расширяющемся дискурсивном поле биоэтики[2]. Совершенно очевидно, что по мере развития современной архитектуры науки — нано-био-гено-инфо, масштабного внедрения постбиологических технологий будет возрастать необходимость механизмов социального контроля. Как следствие, будет увеличиваться востребованность биоэтики, усиливаться ее социальное значение и появятся новые формы. Одним их таких направлений ее развития может стать **агробиоэтика**, понимаемая автором как механизм социального контроля и регуляции новой «материальной жизнеспособности» в биоэкономике. В 2005 г., в рамках Международной программы развития будущего Организациии экономического сотрудничества и развития стартовал проект: *«Перспективы развития биоэкономики к 2030 г.»*. Биоэкономика рассматривается, во-первых, как одна из сторон экономической деятельности, которая учитывает скрытое позитивное воздействие биологических процессов и возобновляемых биоресурсов на здоровье населения, на процесс экономического роста и развития; и, во-вторых, как экономика, которая использует возобновляемые биоресурсы, конечные результаты биопроцессов и потенциал эко-

---

1 Potter V.R. Global bioethics. Michigan State University Press. 1988. P. 74—77.

2 Нежметдинова Ф.Т. Интегральный характер биоэтики или расширение поля биоэтического дискурса // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации: сборник материалов ежегодной Всерос. науч.-практ. конф. М.: Изд-во «Принтберри», 2009. С.170—173.

промышленных кластеров (eco-industrial clusters) для производства новейших биопродуктов, получения прибыли от их реализации и создания дополнительных рабочих мест. Развитие биотехнологии, тесно связано с решением проблемы продовольственной безопасности в мире. Население планеты увеличивается с каждым годом, а продукты питания становятся дороже. Поэтому проблема продовольствия становится одной из главных. Цены на продукты питания увеличиваются и за счет того, что некоторые продовольственные товары сегодня начали играть роль альтернативного вида топлива — биотоплива. К таким можно отнести зерно, а цены на зерно определяют стоимость продуктов питания первой необходимости. Поэтому получение генетически модифицированных организмов (ГМО), увеличение за счет этого урожаев культурных растений и продуктивности сельскохозяйственных животных стало возможным решением проблемы продовольствия в мире и способом снижения цен на продукты питания. Вместе с тем использование ГМО, не смотря на широкое и стремительное распространение, вызывает закономерное беспокойство. Сегодня трудно даже приблизительно оценить те последствия, которые повлечет за собой размножение живой материи, созданной искусственно. Никогда ранее вопрос не ставился подобным образом — как возможное изменение фундаментальных оснований природы и человека. С этой точки зрения, дело даже не в этических принципах при проведении генетических исследований на людях или создания ГМО-продуктов; дело не в «уподоблении богу» или получении неограниченной «био-власти» — все дело в том, что мы «прорубили окно» к совершенно новому виду «материальной жизнеспособности»[1]. Сегодня, когда биотехнологии нацелены на организацию нового типа материальности или «материальной жизнеспособности», как никогда актуальной выглядит задача выбора системы отсчета для конструирования новой системы ценностей. Автор доклада предполагает, что агробиоэтика, могла бы стать одной из дополнительных ее основ.

КОНСЕНСУАЛЬНЫЙ ИМПЕРАТИВ, АРХЕОЛОГИЯ КЛИНИКИ И ПРОБЛЕМА ЭТИКИ

С.В.Панов

В современном философском дискурсе проблема этического императива и морального самоопределения человека формулируется в перспективе поисков предельных оснований постпросвещенческого экспериментирования человеческой природы (Ж.Пулэн) и

[1] Bulatov, D. (ed.) BioMediale: Contemporary Society and Genomic Culture (In English and Russian). Kaliningrad : NCCA, 2004. P.5—12.

эпистемологических оснований европейской медицины, клиники и психиатрического контроля (М.Фуко).

Технологическое «желание» прагматического человека, являющееся условием возможности «всеобщего экспериментирования» как повсеместного и ежемоментного самоиспытания воли-к-истине, определено консенсуальной волей — стремлением каждый раз — в каждом опытном движении — обеспечить «согласительные» коммуникационные условия мыслимости мыслимого, воспринимаемости воспринимаемого, ценности созданного, которые кроются в изначальной речевой идентификации слышимого и произносимого, звуков услышанных и звуков произнесенных, служащей основой развертывания любой мысли и речи. Подчинение видимого произносимому как основа технологического дискурса прагматического человека в его «всеобщем экспериментировании» — обналичивании опытного в «картину мира» или «концепцию» — необходимым образом отсылает к модели аудитивной рецепции звуков речи, к чувственному «немыслимому» языка, который «секретирует невидимое сочленение с феноменальной чувственной явленностью речи»[1], т.е. априорное связывание, которое и является условием невидимого продуцирования согласованности видимого и ожидаемого, а также согласия с другим посредством звуков в том «отношении, которое до опыта освобождает нас от необходимости судить наше собственное суждение»[2]. Именно поэтому языковое моделирование коммуникационной структуры прагматического разума обнажает его «апраксию» как диагноз неспособности соотнести собственное продуцирование с суждением об исходных условиях истинности своего проекта в идентификации самой мысли с саморегулируемым автоматом как «перводвигателем» и первозаконом «всеобщего экспериментирования». Коммуникационный этос прагматической эпохи как времени «всеобщего экспериментирования», всякий раз устанавливающего горизонт неопределенности для осуществления собственного, создающего сами условия опыта самоудостоверения, связан для Пулэна прежде всего с тем обстоятельством, что коммуникация сама по себе создает гармонию человека с самим собой, другим и миром только в том случае, если она «проецирует во внутреннюю и внешнюю природу коммуникационную структуру, присущую идентификации человека с произнесенными и услышанными звуками»[3]. Вещи, желания и успех приобретают вид «вербальной прозопопеи» (prosopopee verbale), которая раз и навсегда заранее дает положительный ответ нашему призыву, нашим потребностям и стремлениям, как и согласие с другим уже исходно предполагается в

---

1 Poulain J. L'age pragmatique, ou l'experimentation totale. P., Harmattan, 1991. C. 215.

2 Ibid.,C. 215—216.

3 Poulain J. Le jugement de verite dans les actes de paroles // Semiotiques. № 10. P., 1996. C. 84.

возможности «сказать ему то, что мы ему говорим и говоря ему это»[1]. Объективация человека и мира, представленная в речевом акте снимает любую возможность несогласия другого с нашим желанием и ожиданием желаемого ответа, отчуждая во внеположную силу энергию консенсуса, который заранее удовлетворяет нашу потребность в согласии, что снимает раз и навсегда все другие потребности. Боги политеизма уже были «гипостазированными и отраженными в мире желаниями, посредством которых обретал дар речи и сам мир, необходимо обнаруживая себя расположенным к осуществлению этих желаний»[2]. Таким образом, человек отождествляется с прозопопеей согласия, всякий раз удовлетворяющей его желание в достоверности, в истине собственного бытия предсуществующим заранее соответствием этой истине исходя из единственного факта события этого соответствия[3]. Так рождается исходный бытийный акт (Фихте) как «магическое» перформативное высказывание, в самом произнесении осуществляющее необходимое единение видимого, мыслимого и волимого: вербальная прозопопея как результат усвоения «религиозного схематизма» явилась тем конечным пределом осуществления человеческой сущности во «всеобщем экспериментировании», который закрыл возможность познания истинных условий внутренней и внешней природы, все еще не подчиняющейся единству произносимого и слышимого, а всякий раз оставляющей зазор того, что мы могли бы назвать реальностью.

Для Фуко в курсе лекций[4], прочитанных к Коллеж де Франс в конце 1970 гг., реальность консенсуса мыслиться как эпистемологическая конфигурация знания и производства культурных отношений и смыслов. М.Фуко ставит вопрос об археологических границах европейской клиники и клинического контроля в логике развития европейской культуры. Эпистемологический разрыв, основавший всю конфигурацию современного клинического знания и контроля, произошел, по Фуко, на исходе XVIII в. Именно тогда статусная семья претерпела трансформацию в клеточную семью буржуазного и пролетарского типов, католическая церковь, обесценившая все «формы доверия», делегировала полномочия контроля частной и семейной жизни медицинским институциям как функциональным органам государства. Глубинной причиной этих культурно-институциональных перемен стала эпистемологическая складка в структуре европейского знания: в середине XIX в. человеческая природа, характеризовавшаяся онтологическим недостатком, несовершенством тварного мира, перестала быть возможностью воплощения божественного замысла или идеала, она стала «нормой патологии», бесконечным лепетом бессознательных инстинктов,

---

1 Ibid., C. 84.
2 Ibid., C. 84.
3 Ibid., C. 84.
4 Фуко М. Ненормальные. Курс лекций в 2 т. СПб. : Амфора, 2004.

неуправляемой стихией, безграничным непрограммируемым насилием. Если еще в начале XIX в. все девиантные отклонения человеческой психики и поведения врачи и диагносты относили к действию «патологического бреда», нарушавшего извне порядок совершенствования тварного бытия, то в середине XIX в. патологическое влечение стало определять человеческую природу как таковую: абсолютное зло стало банальной повседневностью, болезнь — представимой формой всей множественности социальных отклонений и душевных расстройств, право на диагностику которых присваивает себе клиническая медицина и психиатрия. Психиатрия отныне не выявляет сущность отклонений от нормы и лечит по установленным правилам, как это было в XVIII в., она диагностирует, изолирует носителей девиаций и не лечит, поскольку онтологический и онтический изъян вписан в саму человеческую природу, в его психосоматическую структуру, в пульсацию жизненного желания. В перспективе кризиса консенсуальной этики прагматического человека и клинического аутизма, замкнувшего процедуры выявления и оценивания опасности патологий мы можем поставить вопрос об этических основаниях медицинских институций и клинического контроля, поскольку этическое определение человеческого бытия не может и не должно быть сведено к прагматической истине как результату соглашения специалистов: этика медицинского знания, познания и контроля должна быть сообразна императиву абсолютной ответственности за себя и других.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БИОЭТИКИ

О.Е.Перова

Современная биоэтика может рассматриваться как совокупность ценностно-познавательных подходов к познанию живого. Свое содержание биоэтика проявляет как совокупность теоретических и методологических принципов. Такие принципы определяют специфику биоэтики как познавательного похода к живому. Кристаллизация теоретико-познавательных принципов биоэтики становится возможной на основе анализа проявления специфики самого знания в границах научно-биологических парадигм и познавательных форм в биологической науке.

Например, философ и методолог В.М.Розин анализирует формы знания, среди которых он выделяет форму античного знания, естественнонаучного знания и гуманитарного. В трактовке методолога античный идеал науки предусматривает отсутствие противоречий в организации знания, обоснования знания и различные теоретические основы объяснения явлений и процессов происходящих в природе.

Естественнонаучный идеал предусматривает экспериментальный подход в обосновании теории, «выявление» законов природы, на основании которых можно создавать «вторую природу».

Гуманитарный идеал научного познания требует учета позиции того, кто познает. Кроме того, требуется понимание и учет рефлексивной природы гуманитарного знания.

Вместе с тем, методолог и философ В.М.Розин предлагает свои подходы к пониманию организации биологического знания. Исследователь выделяет особенные ракурсы и уровни организации, которые можно описать с точки зрения естественнонаучного похода. К ним можно отнести такие, где ученый-биолог предусматривает действие существующих условий как константных вообще, или как таковых для определенных промежутков времени[1].

В современной науке возникают ситуации, где требуется соединить в познании естественнонаучные и гуманитарные подходы.

Кроме того, по мнению методологов (В.М.Розин) может существовать и специфический — «биологический» поход, либо идеал научного познания. В данном подходе «корнем» могла бы выступать интерпретация К.Поппером теории естественного отбора Ч.Дарвина. Основатель эволюционной эпистемологии К.Поппер определяет такую теорию как «метафизическую программу» или «не строго универсально верную» теорию, при этом — пытается оправдать и «улучшить» именно теорию такого типа.

Таким образом, в научно-познавательных подходах уже присутствует вариативное теоретическое содержание, которое можно выявить и в современной биоэтике. Такая «нелинейность мышления»[2] проявляется в определенных познавательных подходах как в регулярной смене параметров самоорганизации. Это можно подтвердить следующим: равновесие в мире «живого» возможно как устойчивое только в определенном функциональном алгоритме (способность к самообновлению, самовосстановлению, саморегуляции и др.). Именно в таком смысле знание в контексте биоэтики можно рассматривать как вариант знания постнеклассического[3].

В исследовании человека в его «биологическом» предметность «человек» рассматривается на основании такого понятия «человек», которому нет реального аналога. В таком исследовании могут быть использованы следующие мыслительные способы и подходы — мыс-

---

[1] Розин В.М. Типы и дискурсы научного мышления. 2-е изд. М. : Эдиториал УРСС, 2004. 248 с.

[2] Добронравова І.С. Ідеали і типи наукової раціональності // Київський університет як осередок національної духовності, науки, культури. Матеріали науково-теоретичної конференції, присвяченої 165-річчю університету. Гуманітарні науки. Ч.1. К., 1999. С. 24—28.

[3] Перова О.Є. Філософські аспекти біоетики: навч.посіб. [для студ. вищ. навч.закл.] / О.Є.Перова. К. : Центр учбової літератури, 2009. С. 8.

ленные эксперименты. Такой метод используется давно, его можно отнести к теоретическому уровню познавательной деятельности.

Первым примером мысленного эксперимента философы и методологи считают апории Зенона. (С.В.Илларионов). Например, «Ахиллес» и «черепаха» — абстрактные понятия, к которым апеллировал Зенон. Использование определений, образов, по содержанию которым нет аналогов в реальности существует, как в философии, так и в науке (например, нереальная личность, которая может вводить в обман всю Вселенную в рассуждениях Р.Декарта, или демон Максвелла в физике).

Мысленный эксперимент играет важную роль в развитии науки, начиная с XVII в. С.В.Илларионов выделяет методологическое осмысление мысленного эксперимента в контексте второго позитивизма, в роботах Е.Маха и П.Дюгема. Именно в их размышлениях формировались два основных понимания такого метода. Первый, «экспериментистский», берет свое начало от Маха и рассматривается как размышление над реальным экспериментом, или — замена реального эксперимента. (С.В.Илларионов) Дальше следуют такие рассуждения методолога. Исходя из общефилософской позиции Маха, а именно — единственная реальность та, что содержится в нашем сознании, С.В.Илларионов делает вывод, что в подходах Маха фиксировано сближение мысленного и реального эксперимента. Однако мысленный эксперимент отдаленно связан с реальным. Потому, более обоснованной считается позиция П.Дюгема, где оправдана теоретическая природа мысленного эксперимента. В его толковании, «правильность» вывода мысленного эксперимента зависит от «правильности» принципа, а последний должен быть проверен в реальном эксперименте. Такой подход назван «теоретистским».

Сторонники «экспериментализтской» позиции утверждают: мысленный эксперимент есть замена реального. Обоснование такой позиции — получение нового знания. Анализируя получение нового знания на теоретическом уровне в XİX и XX столетии исследователи заключают: мысленный эксперимент есть метод теоретического уровня научного познания. Показатель теоретической природы мысленного эксперимента — оперирование идеализированными объектами. Однако «...и так везде — метод мысленного эксперимента вытесняется формализованным выводом»[1]. Его анализ не выходит за пределы эвристического мышления представителей естественных наук.

Мысленный эксперимент играл важную роль в развитии физики (начиная с античности: мысленные эксперименты Архимеда, направленные на установления законов равновесия тел, когда Архимед прибегал к приему мысленного взвешивания частей тела; демон Максвелла, поезд Эйнштейна, лифт Эйнштейна, микроскоп Гейзенберга, эксперимент

[1] Илларионов С.В. Из лекций по теории познания и философии науки // Методология науки: статус и программы. М., 2005. С. 262

с «мухами» Г.Галилея и др.). А что относительно исследований жизни и живого в современной, (по В.С.Степину — постнеклассической) науке? Можно ли рассматривать мысленные эксперименты в биологии двигателем научного знания о живом? Современная биоэтика, которая связана со специальным исследованием теоретических и методологических проблем в познании живого, в которой используются абстракции в научно-познавательных подходах к живому, становится достойным ответом на сложные вызовы цивилизационного развития.

ВОПРОСЫ БИОЭТИКИ В НАНОМЕДИЦИНЕ

В.И.Сабурова

Нанобиотехнологии — это новое направление в науке и технологиях, которое играет ключевую роль в создании наноустройств для анализа живых систем на молекулярном уровне. Наномедицина — это область медицины, занимающаяся внедрением нанотехнологий в клинику, целью которой является сохранение и улучшение жизни человека, используя знания о человеческом организме на молекулярном уровне. Использование нанотехнологических подходов и новых наноматериалов открывает перспективы в создании лекарств и систем для их направленного транспорта[1]. Лекарства в виде наночастиц обладают целым рядом преимуществ: высокой скоростью растворения, повышенной биодоступностью, быстрым терапевтическим эффектом, снижаются риски развития побочного действия[2]. В то же время есть потенциальные риски, они могут быть связаны с тем, что одни наноматериалы благодаря своей физической природе способны индуцировать активные формы кислорода, другие — способны проникать через тканевые барьеры внутрь клеток и взаимодействовать с внутриклеточными компонентами. Третьи — дендримеры различной степени генерации, некоторые другие типы наноматериалов, могут нарушать мембранные структуры, делая их проницаемыми. Рассматривая накопленный экспериментальный материал, можно обнаружить, что не всегда и не везде есть согласие относительно токсического или иного повреждающего действия наноматериалов. Так, одни исследователи однозначно обнаружили цитотоксический эффект магнитных частиц на основе оксида железа, другие же напротив, показали, что они безвредны. И таких примеров достаточно. Это показывает, насколько уникальны и разнообразны по своим свойствам наноматериалы, даже если они состоят из одного и того же химического вещества. Один из ведущих экспертов в области

[1] Медведева Н.В. , Ипатова О.М., Иванов Ю.Д., Дрожжин А.И., Арчаков А.И. (2007) Биомед. хим., 52, С. 529.

[2] Арчаков А.И.(2010) Биомед. хим., 56, С. 17.

здоровья и окружающей среды профессор Э.Ситон (Эдинбургский университет, Великобритания) считает, что наночастицы фармпродуктов могут вызвать у человека проблемы с органами дыхания, сердцем, иммунной системой и пр., но испытания таких товаров не проводились. Профессор Г.Обердерстер (Рочестерский университет, США) показал, что наночастицы углерода диаметром 35 нм способны проникать в мозг непосредственно по чувствительным нервным волокнам. Специалисты Национального аэрокосмического агентства США сообщают, что нанотрубки при вдыхании в большом количестве, приводят к воспалению легких. Выявлено, что нанотрубка, представляющая собой соединение сверхтонких игл, имеет структуру, схожую с асбестом, а этот материал при вдыхании вызывает повреждение легких. Вдыхание наночастиц полистирола также вызывает воспаление легочной ткани и, к тому же, провоцирует тромбоз кровеносных сосудов. Есть сведения о том, что углеродные наночастицы могут вызывать расстройства сердечной деятельности и подавлять активность иммунной системы. Детальное изучение всех аспектов действия нанолекарств на живые системы является необходимым. Подобный этап пришлось пройти и фармацевтической индустрии «классических» лекарств в пору ее создания и становления, и этот путь стоил человечеству немалых потерь. Постепенно были разработаны правила выведения новых лекарственных средств на рынок, включающие строго соблюдаемые безопасные нормы производства, длительные и всеобъемлющие клинические испытания и т.д. Аналогично изучение нанопроцессов и их механизмов, разработка норм, требований, методологий, стандартов, и последующее, на их основе, изучение химических, фармацевтических свойств нанолекарств-кандидатов, их токсикологии, экологии и иных свойств. Это позволит создать новые правила, совокупность которых ученые сегодня условно называют GNP (good nanotechnological practice). Есть точка зрения, что с этого момента, несомненно, и начнется отсчет времени новой эры в мировом здравоохранении[1]. Однако существует общее мнение экспертов — исследователи еще не создали инструментарий, необходимый для 100% оценки рисков, связанных с нанотехнологиями в здравоохранении. Такие разработки на 3—5 лет, а по некоторых оценкам — и больше, отстают по срокам от собственно создания важнейших медицинских наноматериалов. Наноматериалы относятся к абсолютно новому классу продукции, и характеристика их потенциальной опасности для здоровья человека и состояния среды обитания во всех случаях является обязательной. В передовых странах Запада деятельность, связанная с определением уровня безопасности нанотехнологий и наноматериалов для животных, человека и окружающей среды, интенсивно развивается. Так, в 2000 году в США сформирована структура «Национальная нанотехнологическая инициатива» (The National Nanotechnology Initiative — NNI), коорди-

[1] http://www.strf.ru/science.aspx?CatalogId=222&d_no=24280

нирующая работу 26 федеральных агентств. Это — межведомственная программа для оценки опасности для здоровья людей химических агентов по результатам современных токсикологических тестов. В 2006 году образована комиссия FDA (Food and Drug Administration) по нанотехнологиям (FDA Nanotechnology Task Force). Пока FDA не предъявляет дополнительных требований по безопасности нанотехнологических продуктов, поскольку не установлен их статус и отсутствует перечень данных, предоставляемых производителями, то есть оценка новинок происходит аналогично обычным препаратам. FDA заявило, что с учетом скорости развития и огромных потенциальных возможностей нанотехнологий в фармацевтической сфере, законодательная база их регулирования должна быть создана в максимально сжатые сроки[1]. Наномедицина поднимет целый пласт этических, правовых и социальных вопросов. Центральным этическим вопросом, связанным с развитием нанотехнологии, является вопрос о том, что составляет собственно человеческий способ бытия и каковы те границы, выйдя за которые технологически мы перестанем быть тем, чем являемся с физиологической и морально-этической точек зрения. Поиск границ человечности и человеческого является важной социально-философской проблемой. Пытаясь дать ответ на вопрос о собственно человеческом в человеке, Хайдеггер называет человека «пастухом» Бытия, а значит и пастырем-хранителем. Идея модификации человеческой телесности и интеллекта в процессе Nano-, Bio-, Info-, Cogno- технологий (NBIC) и создания постчеловеческих существ активно обсуждается в литературе[2].

Можно ли применять нанотехнологии для улучшения человека? По сути, это те же этические проблемы, связанные с допустимыми границами вторжения в человеческую сущность, которые обсуждаются в связи с биотехнологиями, клонированием, искусственным зачатием, трансплантацией органов, стимуляцией мозга и многим другим в рамках биоэтики. Помимо этических проблем произойдет трансформация тех ценностей, которые многие люди исповедуют ныне. Нанотехнологии приведут к усилению позиций одних ценностей и девальвации других. Нанотехнология девальвирует такую ценность как трепетное отношение к жизни вообще. Жизнь более не божественный и неизменный дар.

Нанотехнология усилит положение, что научные исследования — более надежный путь к истине, чем религиозная вера[3].

Обозначим главные проблемные позиции:

---

1 Там же.

2 Аршинов В.И. Конвергирующие технологии и расширение возможностей человека // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации: Сборник материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. М. : изд-во «Принтберри», 2009. С. 12—19.

3 Путилин А.И. Нанотехнологии и социум.Учебно-информационный материал. 2007. URL: http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000992/st000.shtml

1) По мнению экспертов группы по этике в науке и новых технологиях Европейской комиссии при использовании наномедицины, вопрос получения согласия пациента (врача) на основе полной информации очень сложен. «Согласие на основе полной информации требует, чтобы информация была понята. Реально ли дать информацию о последствиях и провести оценку рисков в быстро развивающейся области исследований, на фоне многих неизвестных факторов и уровня сложности?», — ответы на эти вопросы не могут быть даны сегодня, и возможно, в обозримом будущем.

2) Есть ли у нас право клонировать нас самих и вмешиваться в генетическую информацию? Есть ли у нас право менять наши генетически определенные зародышевые характеристики, чтобы будущие поколения не могли унаследовать потенциальные возможности появления генетически связанных болезней или нарушений в организме?

3) Имеем ли мы право на генетическое вмешательство в новорожденных или эмбрионы, если их генетический код показывает высокую вероятность насильственного поведения в будущем?

4) Этично ли увеличивать продолжительность жизни, чтобы это ни стоило?

5) Должны ли ученые персонально отвечать за последствия своих исследований?

6) Не станут ли нанороботы инструментом тотальной слежки, не будут ли при помощи нанопрепаратов управлять людьми, воздействуя на мозг и сознание человека помимо его воли? Не окажется ли человек полигоном для самых разнообразных манипуляций и модификаций?

Научные исследования в России идут полным ходом и переходят на стадию промышленного производства лекарств. Проект производства лекарственных средств — противовоспалительных, диуретиков и статинов — в фосфолипидной оболочке с предельно малым размером частиц (не более 30 нм) одобрен наблюдательным советом «РОСНАНО». Это позволит в кратчайшие сроки (1—2 года), при минимальных рисках и бюджете медицинских испытаний, выпустить на рынок инновационные и высокоэффективные формы препаратов. Научным соисполнителем проекта, отвечающим за проведение опытных работ и медицинских испытаний, выступает НИИ биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича РАМН. Его руководитель, академик РАМН Александр Арчаков отметил, что технологии, которыми располагает научная группа проекта, позволяют встраивать в фосфолипидные мицеллы любые водонерастворимые субстанции — а это почти 75% всех лекарственных средств. Первая серия лекарств, начало производства и продаж которой планируется в период 2011—2012 гг., включает инновационные наноформы индометацина, преднизолона и хлорина-Е6 (действующее вещество в фотосенсибилизаторах — препаратах, применяемых для лечения целого ряда заболеваний в области онкологии, отоларинголо-

гии, хирургии, дерматологии и стоматологии инновационным методом фотодинамической терапии). Во второй серии лекарственных средств (2012—2015 г.) планируется выпуск наноформы верошпирона, а также инновационного статина нанофосфолип, снижающего уровень холестерина в крови и помогающего в борьбе с широко распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Общая стоимость проекта, реализовать который планируют в 2010—2015 гг., составит 831 млн. руб.

Умеренная цена нанолекарств, заметно превосходящих по эффективности традиционные аналоги, сделает их доступными самым широким слоям населения, поэтому проект имеет исключительно большое социальное значение»[1]. Планируемый в стране интенсивный рост производства нанопродукции, внедрение нанотехнологий требует создание системы оценки риска для здоровья. Тем не менее, несмотря на огромный потенциал наномедицины и значительное финансирование, исследования этических, юридических и социальных значений применений наномедицины недостаточны. Это характерно как для России, так и для других стран. Борис Юдин обращает внимание на то, что Европейское научное сообщество — European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE) — разрабатывает документы, которые называются «Мнение», где даются рекомендации, которые не обязательны к исполнению, но к которым европейские политики и ученые весьма внимательно прислушиваются. Документ, связанный с наномедициной, назван «Мнение № 21». Мы полагаем, что необходимо поддержать идею создания этического кодекса для исследователей, которые работают в области нанотехнологий, чтобы ученые осознанно следовали определенным нормам, осуществляли постоянный мониторинг, суммировали и анализировали негативную информацию и доводили ее до общественности и политических кругов[2].

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СООТНОШЕНИЯ ИСТИН И НОРМ В БИОЭТИКЕ

Н.Н.Седова, Н.В.Сергеева

История развития мировой биоэтики уже позволяет применять к ней стандарты сформированной науки, поэтому целесообразно выделять в ней качественные блоки, устанавливая причинно-следственную или хронотипическую зависимость между ними. И в этом смысле биоэтика — уникальное явление. С одной стороны,

[1] http://www.apteka.ua/article/27821

[2] Эхо планеты. Магия малого. 4 мая 2010. URL : http://www.ekhoplanet.ru/society_print_1956_5778

одна базируется на достоверном объективном знании (науки о живом), а с другой стороны — она является нормативным регулятором, то есть практической установкой, во многом субъективизирующей это самое достоверное знание. Так, например, естественнонаучная составляющая биоэтических представлений о генной инженерии включает новое знание, полученное в результате расшифровки генома человека. Но это знание может быть использовано как во благо, так и во зло. Следовательно, прогностическая модель применения данного знания, представленная в биоэтике, должна охватывать все возможные последствия. Затем начинается собственно нормативная стадия развития этих представлений — что нужно сделать, чтобы не причинить вред человеку при помощи этих новых знаний. Современный ответ биоэтики — запретить опыты по клонированию человека.

Здесь очевидно противоречие между теоретической и практической составляющими конкретной биоэтической модели. Развитие знания запретить нельзя. Это закон. Теоретическое знание не может развиваться без эмпирического подтверждения/опровержения своих выводов. Это тоже закон. Следовательно, нормативная часть, которая, собственно, и служит основанием для юридических, политических и всяких прочих социальных вариантов использования данного знания, на практике соблюдаться не будет.

Ключ к решению данного противоречия, как нам представляется, дал К.Поппер в своей работе «Логика и рост научного знания» (М., 1983). Он полагает, что в ситуации дуализма фактов и норм и предложения, фиксирующие факты, и предположения, предлагающие линии поведения, включая принципы и нормы, могут быть открыты для рациональной дискуссии. «Можно сказать, — пишет К.Поппер, — что нормативное предположение о некоторой линии поведения или норме с целью принятия ее после последующей дискуссии и решение о принятии этой нормы или линии поведения, *создают* эту норму или линию поведения»[1].

Таким образом, биоэтику можно трактовать как дискурс, в результате которого вырабатываются установки на определенное поведение в отношении живого (вообще и живых объектов в частности), отклоняющиеся как от научной истины, так и от нравственной нормы, если истина и норма находятся в противоречии. Схематично это можно выразить, основываясь на модели соотношения знаний и оценок, известной из курса философии человека, следующим образом.

Знания	**Нормы**	**Поведение**	**Примеры, интерпретации**
И	П	Последовательное добро	Проведение клинических испытаний нового препарата с соблюдением всех правил GCP, с разрешением этического комитета

[1] Поппер К. Логика и рост научного знания. М. 1983. С. 399.

Знания	Нормы	Поведение	Примеры, интерпретации
И	Н	Непоследовательное зло	Проведение терапевтических испытаний нового метода лечения без информированного согласия пациента
Л	П	Непоследовательное добро	Оказание первой помощи пострадавшему некомпетентным лицом (не медиком)
Л	Н	Последовательное зло	Отказ представителей некомпетентного пациента от его лечения по религиозным мотивам.

Условные обозначения: И — истина, Л — ложь, П — правильные, Н — неправильные

Таким образом, можно выделить три уровня в том интегративном единстве знаний и норм (оценок), которое называют биоэтикой. Первый уровень — теоретический. Он связан с фактами и истинами. При их осмыслении часто прибегают к методам философской рефлексии, поскольку междисциплинарный характер биоэтики требует присутствия не просто истинных знаний, но целостного образа науки. На теоретическом уровне осуществляется анализ новейших научных достижений и возможных рисков, решаются принципиальные вопросы соотношения истин и ценностей, свободы и ответственности, добра и зла. Субъект теоретизирования в данном случае не определен — это могут быть как индивиды, так и научные сообщества, как специалисты-медики, так и представители других наук, прежде всего, философии, социологии, психологии, юриспруденции и этики.

Второй уровень связан с установлением определенных норм и правил поведения, с контролем за их выполнением и оценкой результатов выполнения/невыполнения норм. Соответственно, на этом уровне субъект оценки и контроля должен иметь институализированный статус, поскольку речь идет непосредственно о социальных последствиях принимаемых решений. Таким специально организованным субъектом практической биоэтики выступают, по нашему мнению, этические комитеты.

Третий уровень связан с индивидуальным поведением, сформированным на основе соответствующих знаний (или их отсутствия, как это видно из таблицы), и регулирующих их применение норм. Здесь, как мы видели, возможны как типовые модификации (указанные четыре варианта), так и варьирующие их индивидуальные поступки. Этот уровень мы называем прикладным, поскольку любая попытка его описания будет выглядеть как интерпретация конкретного случая. Кстати, этот метод широко применяется в современных западных пособиях по биоэтике — законы и принципы не формулируются, приводятся конкретные случаи и дается комментарий к ним.

Можно дать дефиницию каждого из предложенных понятий.

Теоретическая биоэтика — совокупность знаний об отношении человека к живому, представленная в виде аксиологического дискурса. Предмет Т.Б. — отношение к живому. Метод — открытое рациональное обсуждение. Язык — этические категории и понятия. Субъект четко не определен.

Практическая биоэтика — институционально оформленная нормативная регуляция и ценностная экспертиза отношения человека к живому. Предписания оформляются в виде кодексов, клятв, хартий, деклараций и других подобных документов, не являющихся юридическими. Субъекты П.Б. — этические комитеты, комиссии, консультанты. Способ оценки — соотнесение поступков и намерений с указанными предписаниями. Санкции — неформальные.

Прикладная биоэтика — описание конкретных ситуаций поведения человека по отношению к живому. Индивидуализированная оценка. Частные рекомендации. Апеллирует к моральному сознанию конкретной личности.

Поскольку большинство подходов связывают биоэтику преимущественно с медициной и, более того, первоначальное поттеровское определение подвергается ревизии и берется лишь прагматическое его суждение о границах биоэтической активности, все три уровня биоэтики наиболее ярко представлены в медицине. Причем здесь предмет теоретической биоэтики дефрагментируется и представлен более отчетливо, чем в общем определении.

О ГРАЖДАНСКОМ И НРАВСТВЕННОМ СТАНОВЛЕНИИ МИРОВОЗЗРЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Е.Н.Семыкина

Готово ли школьное и вузовское российское образование к тем этическим трансформациям, которые происходят в современном мире. Что происходит с учениками старших классов школы и выпускниками школ при выборе ими дальнейшего профессионального пути. Какое место занимают вопросы нравственного выбора и насколько именно этими вопросами руководствуются будущие медики. Насколько логика мышления взаимосвязана с рефлексией о достоинстве человека и его праве на здоровье, жизнь и ответственности врача за эту жизнь. Хорошо известен случай из медицинской практики А.П.Чехова, когда опасаясь за неверно поставленный знак в рецепте, он в непогоду и дождь бросился к пациенту исправлять свою ошибку. Это пример одного земского врача. Русское земство как сообщество воспитывало определенный тип установок, поведения, вырабатывало жизненный уклад как служение ближнему.

Пример из истории Великой Отечественной войны: создание пенициллина З.В.Ермольевой — это и научный и гражданский поступок. При том, что государство было заинтересовано в этом открытии, это пример самоотверженного служения гуманистической идее — помощи слабому и нуждающемуся.

Из школьного образования в 90-е годы XX в. выхолащивалось материалистическое мировоззрение, в то же время не было привнесено полноценное духовное. Формально оставаясь в школьной программе, законы диалектики не стали мировоззрением, как не стали мировоззрением и библейские заповеди. Современные школьники и абитуриенты не владеют в подавляющем большинстве хотя бы пропедевтическим научным инструментарием в его цельности. Из разрозненных не интегрированных знаний по отдельным предметам у многих выпускников не складывается цельный взгляд на человека и его проблемы. Это на уровне образовательном. А на уровне этическом современные реалии поступления в ВУЗ отодвигают вопросы гражданские и нравственные на далеко не первое место.

Понимание того, что человек целен, совершенен, свободен — вот, что лежит в основе гуманистической идеи, и эту позицию всегда отстаивали представители русской интеллигенции, основу которой составляли врачи и учителя. Если человек целен, то и лечить его нужно соответственно. Но очевидно, что в подобных условиях пациент должен располагать полной информацией о состоянии своего здоровья и принять решение: что же делать дальше. Приведем результаты исследования 2008 года[1] на базе городских больниц г. Курска. Гуманизм как ценность выделили только 5,4% врачей со стажем более 10 лет, ответственность только 1,8%. По результатам этого исследования только 18 % докторов склонны прислушаться к персональному выбору пациента и лишь 12% врачей дают пациенту полную информацию. Вот рамки того медицинского сообщества, в котором формируются установки современных молодых врачей. Понятно, что специфика разных городов и населенных пунктов Российской Федерации разнится, но тенденции — общие.

Эмпирически мы постоянно убеждаемся, как чиновничий произвол выхолащивает здравый смысл и этические нормы из практики современного врача. Последний нашумевший телевизионный сюжет о смерти четырехмесячного ребенка, родители которого в течение двух часов прождали в очереди с задыхающимся малышом, а педиатр отказался его посмотреть. Этот врач продолжает медицинскую практику, т.к. он действовал на основании предписаний инструкции.

Обычный среднестатистический человек, попадая в сложную ситуацию, связанную со своим здоровьем или здоровьем близких потерял

[1] Асеева И.А., Гребенщикова Е.Г., Ригина Ю.И. Конфликт нравственно-ценностных парадигм в современной российской медицине // Облики современной морали: Материалы международной научной конференции. М., 2009. С. 195—199.

возможность быть уверенным, что врач сделает все от него зависящее, чтобы оказать посильную помощь. Россия с начала 90-х годов XX столетия вступила в рыночные отношения с непонятым и недооцененным багажом бесплатной медицины. Конечно же, она не была бесплатной, т.к. в ней аккумулировались деньги налогоплательщиков, но любой человек, обратившийся к врачу в любом конце Советского Союза, получал медицинскую помощь. Не будем идеализировать ту ситуацию, но и не будем забывать, что это было большим благом. В такой ситуации формировалось сознание будущих врачей.

Возможны ли в постиндустриальном обществе потребления этические основания для медицины и медицинских исследований? Возможен ли отбор в медицинские учебные учреждения по принципу доброты, милосердия, гуманности претендентов при учете, несомненно, их когнитивных способностей?

Определенный стиль поведения и взаимоотношений внутри медицинского сообщества будет формировать отношение студентов к этическим проблемам. Теория «малых дел», возникшая в 60-е годы XIX века актуальна, на наш взгляд, и сегодня. Примеры гражданского и нравственного поступка «делай, что должно, и будь что будет» необходимо прививать школьникам и студенчеству на собственных примерах и в целостных учебно-тематических курсах. Кроме того, для развития интегрированного целостного взгляда на человека необходима в годы становления ребенка и подростка цельная система жизнедеятельности, включающая детский фестиваль не только с эстетической, но и естественнонаучной программой. Это позволит в единой деятельности детей и взрослых, значимых взрослых-специалистов, сформировать целостное мировоззрение у школьников, которое позволит даже в сложной ситуации сделать верный этический и профессиональный выбор. Такая школьная практика существует в рамках сообщества школ Москвы, которые занимаются специально программой гражданско-нравственного становления в рамках экспериментальной площадки Российской академии образования. И к этим школам присоединяются образовательные учреждения регионов. Эта практика дает определенные положительные результаты[1].

AIDSHELPER В ИНТЕРНЕТЕ ПЕРМСКОГО КРАЯ

И.А.Серова, А.Ю.Ягодина

В Перми в год молодежи социальный проект «Электронный помощник для пациентов с ВИЧ и их близких» победил в номинации

[1] Гражданско-нравственное становление и развитие школьников в семье и образовательном учреждении. Современные проблемы: Материалы научно-практической конференции (Москва, март-апрель 2008 г.) / Под науч. ред. Е.Н. Семыкиной. М.: Издательство «Спутник+», 2009. 190 с.

«В контакте» в XI городском конкурсе социально значимых проектов «Молодежная лаборатория». Цель проекта — просвещение по вопросам инфекционной безопасности молодого поколения пермяков.

В Пермском Рунете был создан живой журнал http://aidshelper.livejournal.com, на его страницах размещено рекламное объявление о возможности конфиденциального обращения к врачу-инфекционисту. Дано рекламное объявление в поисковик «Яндекс», напечатано и распространено 300 рекламных листовок. Журнал активно пропагандировался в выступлениях перед молодежью в учебных аудиториях Пермских вузов. Поэтому с вопросами к нам обратились люди разных профессий, всех возрастов, различных социальных слоев: студенты, врачи, медицинские сестры, юристы, учителя, наркопотребители, домохозяйки и т.д. Соответственно, спектр проблем, затронутых в ходе реализации проекта, оказался весьма широк.

Это вопросы просвещения. Например: «Существуют ли тесты для диагностики ВИЧ в домашних условиях? Как убедить мужа в том, что его неверность может нанести серьезный ущерб здоровью не только ему, но и мне?».

Это вопросы к ученым. Например: «Что вы думаете о СПИД-диссидентах, которые утверждают, что ВИЧ не существует?».

Это вопросы права. Например: «Если человек ВИЧ-положителен, то дадут ли ему российское гражданство? В каких случаях ВИЧ-инфицированные могут утаить информацию о своей болезни, а в каких случаях обязаны предоставить ее?».

Это вопросы психологии. Например: «Какие существуют правила проживания на одной жилплощади с ВИЧ-инфицированными родственниками? Как сказать своей половине и своим близким о своем диагнозе? Как уберечь ВИЧ-инфицированного человека от суицида при получении положительных анализов?».

Особенно остро звучат социальные проблемы: «Не следует ли изолировать всех зараженных ВИЧ в тюрьмы или специальные лагеря? Нужны ли специализированные детские дошкольные учреждения для ВИЧ-инфицированных детей? Как сохранить рабочее место с диагнозом ВИЧ-инфекция? Где найти няню для ВИЧ-инфицированного ребенка?»

Читатели журнала обращают внимание на необходимость развития лечебной базы г. Перми для пациентов с ВИЧ:

- в специализированных отделениях для этой группы пациентов нужна палата интенсивной терапии;
- для выявления больных с открытой формой туберкулеза необходимы рентген-аппарат, фотолаборатория, негатоскоп;
- необходима малая операционная, так как на фоне употребления опийных наркотиков развиваются язвы, абсцессы и прочие гнойные процессы, также малая операционная нужна для проведения различных пункций;

- в отделениях для ВИЧ-инфицированных должна быть своя медицинская сестра функциональной диагностики, правильную постановку диагноза затрудняет недостаточное использование метода ПЦР для диагностики таких инфекций, как токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, герпес;
- следует укрупнять хосписные отделения в связи с тем, что ежегодно увеличивается количество ВИЧ-инфицированных и количество больных, имеющих стадии 4А-4Б;
- необходимы Центр планирования семьи для ВИЧ-инфицированных пар, Центр комплексной помощи ВИЧ-положительным матерям с детьми, Дом ребенка для брошенных ВИЧ-инфицированных малышей и реабилитационное отделение для наркоманов с ВИЧ, где бы их поддерживали психологически и морально, мотивировали к труду, оказывали социальную помощь и, по необходимости, медикаментозную. Существует вопрос об оплате ломки у ВИЧ-инфицированных пациентов, ибо без адекватной коррекции абстинентного состояния больные не будут ложиться в стационар, соответственно, будут погибать. По мнению респондентов, совещание специалистов в данной области из разных городов и стран позволило бы конструктивно обсудить этот вопрос.

Дискурс на страницах «Электронного помощника для пациентов с ВИЧ и их близких» заставляет задуматься о различных аспектах жизни с ВИЧ в трудовом коллективе, в семье, в дружеской компании, в образовательном учреждении. Респонденты не знают, но ищут ответы на жизненно важные вопросы. Всего с вопросами обратились 607 жителей Пермского края. На страницах журнала размещены четыре статьи: «Монолог инфекциониста», «ВИЧ и беременность», «Стигматизация и толерантность», «Социология реагирования на опасность ВИЧ-инфицирования». К статьям получен 61 комментарий. Наибольшее число откликов вызвала статья: «ВИЧ и беременность». Актуальность проблемы очевидна. Все больше детей рожают женщины с ВИЧ-положительным статусом. Всего в Пермском крае родилось 1179 детей контактных по ВИЧ-инфекции, из них у 56 — подтвержден диагноз. Из общего количества ВИЧ-инфицированных женщин лица фертильного возраста составляют 90%. Во всех комментариях высказывается мысль о необходимости поддержки семей, живущих с ВИЧ.

Для анализа актуальности проекта в анкету по изучению проблем инфекционной безопасности в Перми нами был включен вопрос: «Какое из перечисленных заболеваний в наибольшей степени вызывает у Вас страх инфицирования?». Степень фобийности изучена нами на основе анкетирования 197 человек: 20 врачей-инфекционистов, 45 врачей различных специальностей, 30 медицинских сестер, 43 студентов-медиков, 30 студентов педагогического университета и 29

студентов-юристов. Всего было опрошено 197 человек, среди них мужчин — 42, женщин — 155. Возраст опрошенных: от 18 до 24 лет — 90, от 25 до 39 — 76, от 40 до 55 — 14, свыше 55 — 7. На первом месте во всех опрашиваемых группах — ВИЧ-инфекция.

Анализ вопросов читателей показал, что тревогу инфицирования ВИЧ на самом высоком уровне поддерживают следующие факторы:

- рост количества аварийных ситуаций в быту;
- отсутствие в ЛПУ компьютерной базы данных по ВИЧ-инфицированным, которые зачастую в течение года лечатся в разных стационарах (хирургических, гинекологических, туберкулезных и т.д.);
- практическая невозможность в условиях интенсивного использования оборудования обработать инструмент должным образом при гастрофиброскопии, применении аппаратов искусственного кровообращения;
- отсутствие нового поколения оборудования для дезинфекции, исключающего необходимость разбирать использованный инструментарий, а также безопасных медицинских устройств с инженерной защитой от травмы, то есть инструментов для инвазивных процедур, имеющих встроенные механизмы для экранирования, самозатупления или ретракции острых элементов;
- наличие серологического окна;
- отсутствие правоприменения по ст.122 УК РФ.

«ПОНЯТИЕ ВЛАСТИ» И МОДЕЛИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

А.Д. Трубецков

Описанные впервые Робертом Витчем базовые модели взаимоотношения врача и пациента не утеряли своей актуальности и по-прежнему обсуждаются медицинским сообществом. Консенсус достигнут в отношении осуждения патернализма и инженерной модели. Во многом, отказ от них определяется невозможностью реализации в их рамках либеральных подходов и большой власти, находящейся в руках врача, происхождение которой детально рассмотрено в работах М.Фуко. В связи с запоздалой публикацией трудов А.Кожева, в которых исследуется власть как таковая, представляется весьма продуктивной попытка применения его классификации к власти медицины. Следует отметить, что «Понятие власти» А.Кожева не было опубликовано при жизни, но признано, что его исследования оказали определенное влияние на Фуко.

Прежде всего, обращает на себя внимание терминологическая тождественность патерналистской модели и описанной Кожевым

«Власти Отца». Этот тип власти основывается на теологической, схоластической теории, которая рассматривает любую власть, как божественную. Именно таким образом рассматривается врачебное ремесло в Гиппократовской традиции, с построением иерархии от Асклепия, врачевании в храме, непосредственной передачи власти от учителя к ученику. Происхождение власти не оспаривается и не обсуждается, основой для ее легитимизации является сама традиция и передача «полномочий», закрепленная в тексте клятвы.

Второй из наиболее значимых видов власти в контексте медицины — это Власть Вождя, которая основывается на подходах Аристотеля и определяется предвидением, большим знанием, способностью прогноза. Можно сказать, что пациент на период болезни «выбирает» себе лидера, который в силу существующих у него знаний и навыков способен осуществить лечение как отдельный «проект». Власть Вождя не является абсолютной и определяется реализацией «проекта», в рамках которого это предвидение осуществляется. Данное ограничение врачебной власти уже является очень привлекательным, кроме того, в данном случае степень власти, авторитет «вождя» напрямую зависит от квалификации специалиста, развития науки. Отметим, что современная биоэтика, активно выступающая против патернализма, среди основных первоисточников имеет также труды Аристотеля.

В определенной степени данный тип власти может реализовываться в рамках всех трех моделей, описанных Витчем (инженерная, коллегиальная, контрактная). Остальные виды власти, описанные Кожевым (Власть Господина и Судьи) применимы к медицинской практике только частично и в отдельных случаях. Наиболее значимым в десакрализации и либерализации медицины, уменьшении врачебной власти представляется необходимость для врача вести диалог с пациентом (в терминах Кожева «изменяться») и необходимость согласия пациента на любое вмешательство, право на отказ от получения помощи, выборе врача. Кожев указывает, что «... действуя властно, деятель может менять внешнего ему человека, не испытывая при этом обратного действия, т.е. не изменяясь по ходу своего действия». Контрактная и, особенно, коллегиальная модели предполагают активное участие пациента в принятии решения и провоцируют «изменения» врача — проведение информирования, совместное обсуждение сомнений. В связи с тем, что Власть рассматривается как «...возможность действовать бескомпромиссно», допущение возможности такого компромисса есть лишение врача его власти в конкретной ситуации.

Таким образом, переход от патерналистической к контрактной и коллегиальной моделям поведения связано с изменением типа власти врача, и, при реализации принципа информированного согласия, полного лишения этой власти.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТИРЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

И.Н.Гончаров

Динамика стратегии модернизации российского здравоохранения обуславливает необходимость разработки проблем медицинской аксиологии (аксиология изучает вопросы, связанные с природой ценностей, их месте в реальности и о структуре ценностного мира, связи различных ценностей между собой, с социальными и культурными факторами и структурой личности). Сопровождение лечебного процесса — важное аксиологическое условие, являющееся основой адаптационного процесса пациента к изменившимся социальным условиям, ценностным отношениям, в том числе жизни и смерти, пассивности или борьбе, веры или недоверия.

По нашему мнению, основными ценностными ориентирами сопровождения лечебного процесса являются: право пациента на выбор «лечиться или нет»; право пациента на выбор врача и лечебного учреждения; индивидуальный подход; приоритет интересов пациента; запрет на декларирование прогноза результата лечения или исхода болезни; непрерывность сопровождения лечебного процесса; соблюдение принципа реалистичности и объективности. Психологическое обеспечение сопровождения лечебного процесса формирует у пациентов позитивное сотрудничество, взаимопонимание, доверие, формирует авторитет врача, помогает внушить пациентам веру в себя, в возможность выздоровления, восстановление социальных функций. Работа медицинского персонала осуществляет ценностно-ориентирующую роль на всех этапах лечебного процесса, определяет гуманистический стиль взаимодействия медицинских работников с пациентами, их родственниками, коллегами, повышая качество лечения. Однако необходимо учитывать, что гипертрофированное позитивное намерение может выразиться в эгоизме, нарциссизме то есть заботе пациента о самом себе, которая может быть направлена в ущерб интересам других людей. Таким образом задачей медицинского персонала является определение реалистичности и объективности в социально-психологических отношениях такой группы пациентов с целью формирования доминанты нравственных ценностей по отношению к ценностям прагматическим.

Формирование ценностных ориентиров в ходе сопровождения лечебного процесса позволяет определить виляние заболевания на отношение больного к себе и окружающему миру и изменить его, помогает комплексно подойти к системе лечебно-реабилитационных мероприятий, обеспечивая психологический комфорт и социальную адаптацию этой категории пациентов.

ЭТИКА НАНОТЕХНОЛОГИЙ: ТРАДИЦИОННЫЙ И НОВЫЙ ПОДХОД К ПРИНЦИПАМ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ЭТИКИ

Р.Р.Белялетдинов

Развитие нанотехнологий превратилось в сильный импульс для прогресса науки, в том числе медицины. Новые технологии поднимают возможности медицины на новый уровень, например, диагностика, протезирование, паллиативная медицина должны стать на порядок более совершенными.

Вместе с тем существует множество вопросов, связанных с рисками применения нанотехнологий. В значительной степени эти риски проистекают из недостаточной изученности влияния наночастиц на организм человека и окружающую среду.

Но не менее сложным вопросом является концептуализация проблем, возникающих в связи с развитием нанотехнологий. Одна из актуальных тем, стоящих перед биоэтикой — вопрос о том, возможно ли использовать традиционные методы оценки рисков нанотехнологий, или необходимы более специализированные, новые подходы, которые могут быть охарактеризованы как «наноэтика»?

БИОСЕМИОТИКА И РЕФРЕНОЛОГИЯ

СТАТУС СЕМИОТИЧЕСКИ ОСОЗНАВАЕМОЙ БИОЛОГИИ

С.В.Чебанов

Представления о семиотически (лингвистически) осознаваемой биологии, которые эпизодически высказывались после расшифровки генетического кода (1965), существуя с конца 1960-х до начала 1990-х как экстравагантные идеи отдельных оригиналов (Rothschild, 1962, T.Sebeok, 1965, 1972, H.Pattee, 1968, Ю.С.Степанов, 1971; ср. конференцию «Биология и лингвистика» — Тарту, 1978), за последние два десятилетия стали общим местом. Тем не менее, статус такого осознания остается непроясненным. Эта непроясненность имеет несколько аспектов.

1. Абсолютно понятно, что семиотические (лингвистические) принципы пронизывают все аспекты организации и функционирования живого (что практически не вызывает возражений у биологов разных специальностей). Тем не менее, эти принципы не осознаны как фундаментальные принципы организации живого и они не заняли в биологии такого места, какое занимают в физике, скажем, принципы сохранения, симметрии, наименьшего действия и т.п.

2. Существование разных традиций постижения знаковости (герменевтики, филологии, лингвистики, семиотики) определяет и появление разных направлений биологических исследований — биогерменевтики, биофилологии, биолингвистики, биосемиотики, а также биопрагмалингвистики, биориторики, биостилистики, биосемантики, биопрагматики и т.п. Однако, отношения между этими направлениями четко не осознаются, а сами направления не различаются.

3. Облако «биосемиотических» дисциплин существует в окружении смежных «гибридных» дисциплин — биоэстетики, биоэтики, биополитики, гуманитарной биологии и т.д. Отношения указанных дисциплин с «биосемиотическими» остаются непроясненными.

4. На протяжении XX века появились и бурно развивались такие дисциплины как этология, зоопсихология, био(зоо)социологии, биокоммуникология, которые также в высшей степени активно (хотя не всегда осознанно) оперируют категориями семиотики. Эти дисциплины,

с одной стороны, представлены несопоставимо большим по сравнению с биосемиотикой объемом исследований и широтой тематики, а с другой — совершенно другими принципами группирования и тематизации материала, что делает базовые концепции этих дисциплин трудно соотносимыми с базовыми концепциями биосемиотики.

5. Некоторые глубокосемиотические по сути биологические концепции не воспринимаются как таковые. Таковы, например, концепция полового отбора Ч.Дарвина, учение об условных рефлексах И.П.Павлова, учение о хронотопе А.А.Ухтомского, представление о генетическом коде и др. Примечательно, что такие концепции относятся к мейнстриму современной биологии, в то время как биосемиотика является ее периферией.

6. Особо следует отметить сходство, а иногда и тождество, проблематики биосемиотики и чрезвычайно бурно развивающейся ныне биоинформатики.

7. Отдельной проблемой является вопрос о соотношении биосемиотики с медицинской семиотикой — самым старым направлением семиотики.

8. При использовании сходной (хотя бы частично) семиотической терминологии под биосемиотикой и ее отдельными разделами понимаются де факто совершенно разные вещи в виду того, что авторы изначально совершенно по-разному понимают суть знаковости. Последнее отражается в существовании разных школ семиотики, из которых контрастно противоположными являются американская, унилатералистическая, универсально-философская традиция семиотики, идущая от Ч.С.Пирса, и европейская, билатералистическая, лингвистическая традиция Ф. де Соссюра. Подавляющее число биосемиотиков являются приверженцами пирсовской семиотики, в то время как очень небольшое число из них (Г.Витзани, А.Маркош, С.В.Чебанов) близки европейской традиции.

9. Последователи пирсовского направления семиотики оперируют как с более широкой трактовкой знаков, так и с их разными типами (что не всегда эксплицировано). Для оценки достижений пирсовской биосемиотики полезно иметь ясно представление о том, какого соотношение индексов, икон и символов в разных разделах биосемиотики.

10. Иное понимание знаковости (знаковой природы) живых организмов свойственно европейской средневековой картине мира, в которой существовало два завета — Библия как Завет, записанный словами, и Мир как Книга Завета, написанная звездами, планетами, животными, растениями. Такое понимание живых организмов определило распространение растительной и животной символики, геральдики и сфрагистики, симпатической магии. При очевидности отличий так понимаемой биологической знаковости ее отличие (а может быть сходство?) от ныне развивающейся биосемиотики в

деталях не прояснено (это относится и к мифическим, сказочным, фольклорным растениям и животных).

11. От биосемиотических дисциплин хочется отделить семиотику, герменевтику, лингвистику биологии (биологических текстов, изображений, таблиц и документов). Однако, это получается сделать только приблизительно, поскольку при детализации это оказывается невозможно из-за наличия понимания Мира как Книги, которое делает осмысленными вопросы о референциальной мотивированности традиционной (народной) биологической номенклатуры, объяснение (в т.ч. опровержение) оснований симпатической магии, прояснение оснований медицинской диагностики и биологической идентификации и т.д.

12. Очерченное поле семиотических проблем биологии в полной мере не охватывается существующими ныне фундаментальными различениями, вводимыми в биосемиотике, и предлагаемыми ее системами, такими как

- Различение эндо- (внутри-) и экзо- (межорганизменного) семиозиса Т.Себеока;
- Различения фито- (М.Крампен, 1981) и зоосемиотики (Т.Себеок), а также выделения экосемиотики (В.Неф; ср. экологический код А.П.Левича);
- Представления о семиотическом пороге, который оказался не порогом между природой и культурой (У.Эко), а между неживым и живым (К.Кулль, В.Неф);
- Выделения разделов биосемиотики по изучаемым объектам — биосемиотика генетического кода, кортикального слоя яйцеклетки, иммунных взаимодействий, медиаторов (нейротрансмиттеров), гормонов, феромонов, вторичных метаболитов, биокоммуникации, рецепции (химической, акустической, оптической механической и т.д.), поведения животных (в том числе, территориального, пищевого, брачного, гнездового и т.д.) и т.д.
- Выделения разделов биосемиотики по природе тела знака — хемосемиотика, акустическая семиотика, визуальная семиотика и т.д. — и среде, в которой они распространяются (жидкой — в жидкой водной и коллоидных средах, воздушной);
- Построение биосемиотики как эволюционной биосемиотики, концентрирующей внимание на эволюцию знаковости в живых организмах (что чревато повторением «перегибов» исторического языкознания конца XIX века, приведших к радикальному его кризису, и особенно тревожно на фоне не разработанности сравнительной биосемиотики);
- Различие трактовки биосемиотики как части биологии и как части семиотики, что приводит к изменению трактовки этих дисциплин, поскольку

а) Биология должна заниматься в этом случае как изучением и плана содержания (семантики), и плана выражения живых существ, в то время как современная биология изучает только их план выражения (тела организмов без осознания их телами знаков);
б) Биосемиотика должна интерпретироваться не как раздел семиотики (общей семиотики), а как общая семиотика, поскольку все виды семиозиса опираются на биологический субстрат (антропосемиотика — на тело Homo sapiens, с помощью которого производятся и объекты техносемиотики).

Описанное положение дел определяет необходимость прояснения статуса биосемиотики и формулирования ее системы.

СЕМИОТИКА МЕЖВИДОВЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ (НА ПРИМЕРЕ СЛЕПОГО И СОБАКИ-ПРОВОДНИКА)

Н.А.Быстрова

Вопрос взаимодействия человека с любым другим живым существом — это проблема взаимодействия видов. Одно из затруднений которое может возникнуть в результате такого рода взаимодействий, это наличие, согласно теории Якоба фон Икскюля, у каждого живого существа своего умвельта и несовместимость этих умвельтов. В процессе взаимодействия два вида совмещают свои умвельты в результате чего образуется новый, уникальный совместный умвельт.

Актуальность исследования заключается в том, что вопрос семиотики межвидового взаимодействия слепого человека и собаки-проводника недостаточно изучен, причем это взаимодействие именно как семиотическое взаимодействие еще не осмыслено. Такое исследование важно как с точки зрения его практического применения для совершенствования процесса дрессировки собак-проводников, так и с теоретической точки зрения, так как оно может стать моделью для дальнейшего изучения межвидовых отношений.

В работе показано, что взаимодействие слепого человека и собаки-проводника обеспечивается сложным комплексом принципиально различных знаков разного типологического статуса..

Особенности взаимодействия человека и собаки-проводника свидетельствуют о семиотической природе этого взаимодействия. При этом обнаруживается, что данное взаимодействие обеспечивается несколькими типами семиотических средств. Прежде всего, собака понимает команды, произносимые на естественном языке (в данном случае русском).

Собака понимает синонимию, что свидетельствует о том, что язык используется, в том числе как источник тропов и тем самым можно утверждать, что собака взаимодействует с языком как с символьной системой по Пирсу.

Роль гаптики очень высока. Все взаимодействие строится на гаптике. В качестве конструкции-посредника для тактильного воздействия используется шлейка. Шлейка — это гаптический проводник в обе стороны, в сторону собаки-проводника и в сторону слепого человека. Шлейка воздействует на левую руку человека (в силу некоторых физических особенностей слепого человека, может использоваться правая рука, например, при отсутствие левой). Рука это инструмент семиозиса. Выбрана для контакта та часть тела, которая очень значима для слепого (шлейка воздействует на плечевой пояс собаки, для гаптических ощущений).

Помимо гаптики во взаимодействии слепого человека и собаки-проводника важную роль играют также паралингвистика, а именно просодия, о чем свидетельствует важность интонации и тона голоса человека во время произнесения команды (символическая семиотика по Пирсу). Используемая при общении с собакой команда «Фу!», являющаяся очень удачным воспроизведением сигнала тревоги, характерного для собак и волков (фырканье), является звуковым кодом в процессе взаимодействия слепого человека и собаки.

Собака также считывает мимику, позы и жесты человека, из чего следует важность кинесики во взаимоотношениях слепого человека и собаки, причем жесты носят знаковый характер, являющийся основным критерием отделения жестов от физиологических, чисто утилитарных движений человеческого тела, жестами не являющихся.

Роль визуальной семиотики (окулесики) очень высока, потому что это один из факторов, на котором основывается дополнительность слепого человека и собаки-проводника. При движении по маршруту собака становится «глазами» слепого человека, расширяя тем самым его ориентацию в механическом пространстве.

Опираясь на данные о том, что для слепых людей имеет сигнальное значение весьма незначительные, порой незаметные для зрячих изменения звука, можно утверждать, что роль аускультации (наука о слуховом восприятии звуков) очень высока.

Во взаимодействии слепого человека и собаки-проводника также присутствует гастика, поскольку помимо поощрения голосовыми командами и механическим воздействием используется также пищевое поощрение.

С точки зрения ольфакции возможности собаки превосходят возможности слепого человека. Здесь важно отметить тот факт, что собак-проводников стерилизуют и кастрируют, тем самым вы-

ключая из их запахового умвельта восприятие половых феромонов. В организме животного гонады прекращают выработку половых гормонов, тем самым влияя на поведение собаки, что также можно рассматривать с семиотической точки зрения с помощью такой дисциплины как эндосемиотика.

Слепой человек чувствует движения собаки-проводника, что можно отнести к проксемике. Во взаимодействии слепого человека и собаки-проводника также задействована хронемика, проявляющаяся в одновременности подачи команды и механического воздействия (команда «Вперед!», рывок шлейкой вверх) и системология, заключающаяся в том, что со временем собака-проводник запоминает окружающее пространство хозяина.

Так как каждый поступок собаки-проводника является знаковым для слепого человека такого рода взаимодействие можно так же рассматривать с точки зрения актоники — науки о поступках как знаках.

На основании полученного материала можно сделать вывод о том, что взаимодействие слепого человека и собаки-проводника обеспечивается сложным комплексом принципиально различных знаков разного типологического статуса. Такого рода взаимодействие является сочетанием вербальной и невербальной семиотики.

По результатам исследования можно сформулировать следующие выводы:

1. Именно собака наиболее подходит на роль проводника для слепого.

2. Собака-проводник должна быть умеренно флегматична, иметь склонность к обучению, должна признавать только своего хозяина и обладать индивидуальностью, не должна усложнять жизнь своему хозяину, должна иметь такое качество, как кураторство, уметь вести на длинном поводке и быть инициативной.

3. Собака-проводник должна быть безразличной к внешним воздействиям. С точки зрения семиотики это расчленение знаковой среды на значимую и незначимую.

4. Возможность ощущать себя единым целым на маршруте, чувствовать изменения настроения собаки и тот факт, что собака чувствует изменение настроение человека, обеспечивается благодаря эмпатии. Гармоничное взаимодействие слепого человека и собаки-проводника является прежде всего эмпатическим.

Исследование семиотических аспектов взаимодействия слепого человека и собаки-проводника важно как с точки зрения его практического применения для совершенствования процесса дрессировки собак-проводников, так и с теоретической точки зрения, так как данное исследование сможет стать моделью для дальнейшего изучения семиотики межвидовых отношений.

RECONSTRUCTION OF A RUSSIAN-LANGUAGE SITE IN BIOSEMIOTICS

Yu. Volokitina

1. Biosemiotics and its dataware. The importance of the Internet in the development of biosemiotics study. Development prospects of biosemiotics in the Internet. Internet as an important means of biosemiotics development.

Biosemiotics is a quite new area of scientific exploration. It started to develop rapidly just in the 1990s with the development of the Internet, as the most part of researchers was concentrated abroad, that is why numerous works and publications on biosemiotics were written in English. With the expansion of the Internet it became possible to develop the whole scientific area. And now it is still the only way to participate in the researches, to exchange the information, results and finally to organize the conferences, meeting and associations.

Till June 2009 there was the only Russian-language site on biosemiotiocs that was created by the members of the St.Petersburg Linguistic Society.

2. Description of an old site in biosemiotics (http://biospace.nw.ru/biosemiotika/index.htm): structure, design, the problem of update. The disadvantages of an old site. The necessity of a new site creation. An old site was created in html, so it was difficult to make changes and to update the information. The design was plain, it was difficult to read the articles. There was no forum there, so no possibility to discuss the articles and there was no news update and news posting. So it was extremely necessary to create a modern site that satisfies the requirements to the modern sites. Now an old site is not functional.

3. Projecting of a new site: used instruments, components, the rights of users, the structure of a menu, distribution. The system of site management. The information parts of the site. The selection of optimal means for a new site development. The selection of Content Management System(CMS), its characteristics, main opportunities.

For the new site creation we have used CMS Joomla and forum phpBB.

4. Criteria for choosing the methods of promotion: lack of pecuniary costs, orientation for the audience, large quantity of users. Effective methods of a new site promotion: free registration in search systems, free registration in catalogues, placement of notices on forums close to research area, mailing to the specialists in the sphere of biosemiotics and so on.

The site Biosemiotica Slavica is not a commercial one, so we chose free methods of promotion such as registration in catalogues, message posting at forums on biosemiotics and related areas, mailing to the researches and specialists, participating in an international conference on biosemiotics in Prague on June 2009.

5. The development and description of a new site. The description of different sections of the site. Possibilities of a new site administration. Site optimization. Site design in accordance with research area and purpose.

There are main menu and upper menu. The upper menu contains following sections: Main page, News, Site map, Forum, Contacts.

The main menu contains13 sections: Biosemiotics, Biohermenuetics, Conferences, Biosemiotic conceptions, People, Related areas, Photo, Texts, Resources, Partners, Glossary of Sedov, Publications, The works of S.Chebanov.

Site design corresponds to the research area:

1. Working colors — white, black and green.
2. A picture of uroboros and a picture of centaur-pegasus.
3. A picture of a leaf

The site is easy in administration as a special section for administrator helps to make changes and updating.

6. Comparative analysis of an old site and a new one. The advantages of a new site. Comparative analysis of technical characteristics of a new site and the other foreign sites in biosemiotics.

The new site is the only one Russian-language site in biosemiotics. It differs from other site in biosemiotics with its design, news posting and it combines all the areas that are close to biosemiotic study. The site was created on the base of CMS Joomla with the forum phpBB.

Web site: biosemiotica.ru

We are planning to renovate the site soon to make it more functional.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ БИОГЕРМЕНЕВТИКИ

М.А.Дмитриева

С 1995 года в области биосемиотических исследований все большее внимания начинает уделяться именно интерпретации. Основные исследования в этой области проводятся тремя авторами: Г.Витзани, С.Чебановым, А.Маркошем.

У каждого автора свой определенный подход к этому вопросу. У каждого подхода своя предыстория: эколого-физиологическая (А.Маркош), альголого-лихенологическая (С.Чебанов), микологическая (Г.Витзани).

Как А.Маркош, С.Чебанов и Г.Витзани определяют **биогерменевтику**?

Г.Витзани не использует термин биогерменевтика, а. использует понятие «трех-уровневой биосемиотики», т.е такого направления когда любое исследование или анализ знако-опосредованных взаимодействий должны выявить комплементарность правил синтактики, прагматики и семантики.

Для А.Маркоша «все живое по сути герменевтично». Он рассматривает герменевтику биологии. А.Маркош говорит о том, что главная цель герменевтики биологии — отойти от геноцентрического взгляда, в соответствии с которым геном рассматривается в качестве рецепта построения тела и поставить вопрос о «строителе», который использует геном в качестве словаря языка, на котором этот рецепт записан.

С.Чебанов выделяет биогерменевтику (процессы интерпретации в живых существах) и герменевтику биологии (энлог разумного существа и просто живого существа).

Эти фундаментальные различия определяют и различия указанных авторов по всем ключевым вопросам, что можно проиллюстрировать двумя примерами.

Молекулярные генетические процессы

Г.Витзани. Сама по себе структура генома имеет языковую природу. Она подчиняется правилам синтактики, семантики и прагматики.

А.Маркош. Цепочка нуклеотидов в геноме может рассматриваться как текст, требующий не просто декодирования, а интерпретации.

С.Чебанов. В молекулярно-генетическом коде взаимосвязь между содержанием и выражением не мотивирована, что свидетельствуют о семиотической, а не физической или химической сущности кода.

Эволюция

Г.Витзани. Эволюцию можно рассматривать как историю роста цепочки ДНК.

А.Маркош. Эволюция генетического текста не является причиной организменной эволюции и не является ее движущей силой.

С.Чебанов. Эволюция многообразна и имеет как семиотические, так и несемиотические составляющие.

ВЛИЯНИЕ КИНЕСИКИ НА СТЕПЕНЬ УВЕРЕННОСТИ КОММУНИКАНТА

Е.С.Краснощекова

Жестикуляция, как система знаковых телодвижений человека (кинесики), обладает большой силой выразительности, сопровождает или заменяет вербальное общение. Таким образом, речь говорящего влияет на используемые жесты, но не изучено, оказывает ли жестикуляция влияние на коммуниканта за счет обратной афферентации.

Для проверки данного предположения было проведено исследование, в ходе которого выяснялось, влияет ли положение рук на

степень уверенности человека. Исследование проводился на базе института общества Макса Планка, занимающегося психолингвистикой (Неймеген, Нидерланды).

Участникам опыта предлагалось ответить на ряд вопросов, затрагивающих различные области знаний, после каждого из которых задавался вопрос о степени уверенности участника в его предыдущем ответе. Для эксперимента было отобрано 48 вопросов, касающихся тех областей знаний, которые наиболее легко забываются большинством после окончания средних учебных заведений. Далее были сформированы два блока по 24 вопроса.

В течение одной половины исследования участник держал руки ладонями вверх, в течение другой — вниз.

Участников исследования разделили на четыре группы: для первой и второй первым являлся блок вопросов А, для третьей и четвертой — Б; для первой и третьей группы опыт начинался с позиции рук ладонями вверх, для второй и четвертой — ладонями вниз. В пределах каждого из двух блоков вопросы подвергались перестановке и были представлены каждому участнику опыта в новом, случайном порядке.

Данное исследование проводилось сразу за другим, в ходе которого использовался 64-канальный энцефалограф, оставленный для отвлечения участников опыта от позиции рук. Внимание отвечавших было сконцентрировано на энцефалографе, который был предварительно отключен. Таким образом, в ходе исследования ни один из участников не знал, что основным объектом наблюдения служило положение рук.

Предварительный анализ данных показал неоспоримое влияние положения рук на уверенность участников вне зависимости от сложности вопросов и правильности ответов.

Данное исследование интересно с точки зрения невербальной семиотики. Своеобразие ситуации заключается в том, что телом знака в этом случае служит тело человека.

РИТОРИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И АДАПТИВНЫХ ОБЪЯСНЕНИЙ В БИОЛОГИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ

А.А.Оскольский

Как показывает практика биологических исследований, логически строгая концептуализация их результатов приемлема для биологов лишь в том случае, если она сопровождается «нестрогими» функциональными, адаптивистскими и/или эволюционными объяснениями. В противном случае результат биологического исследования отторгается как «слиш-

ком формальный» или «лишенный биологического смысла». Семиотика этого «биологического смысла» и рассматривается в настоящей работе.

Мы полагаем, что указанная проблема сопряжена с двусмысленным устройством биологического дискурса, для которого значима как объектность, так и телесность исследуемого живого существа. Императив «биологической осмысленности» — это один из способов удержания телесности живого существа при осуществлении объективирующих исследовательских процедур. Такое знание тела не может быть строго концептуализировано; оно требует иных средств представления, нежели знание объекта, и возможно лишь в горизонте телесности исследователя; речь в данном случае должна идти не о логике, а о риторике «биологического смысла».

Рассмотрим биологическое исследование как создание особого рода повествования о биологическом смысле и используем метод «актантного анализа» А.Греймаса для раскрытия его структуры. В этом повествовании шести актантам соответствуют: Субъекту — живое существо; Объекту — его выживание или репродуктивный успех; Помощнику — признак или процесс как средство для выживания или размножения; Противнику — неблагоприятные обстоятельства (напр. условия среды), ставящие жизнь существа или продолжение рода под угрозу; Отправителю — эволюционная история существа; Получателю — коллективное тело исследователя, получающее контроль над жизнью и репродукцией существа. При невозможности трактовать признак или процесс как Помощника (то есть дать ему функциональное или адаптивное объяснение) он получает этиологическую (эволюционную) интерпретацию, отсылающую к Отправителю. «Правильность» этих объяснений (как и всего повествования о биологическом смысле) обосновывается не логической доказательностью, а их убедительностью для того социума, к которому принадлежит исследователь, т.е. релевантностью его коллективному телу. Таким образом, функциональные и адаптивные объяснения в биологии выступают не как логические модели, а как риторические конструкции; именно поэтому многочисленные попытки их логической экспликации не дали удовлетворительных результатов.

МЕТОДИКА ДЛЯ РАБОТЫ С БОЛЬЮ НА ОСНОВЕ ГЕРМЕНЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНИК ИНТЕРПРЕТАЦИИ

М.Г.Стаценко

В настоящее время недостаточно исследована проблема субъективных представлений людей о боли, которую в медицинской практике принято рассматривать как знак патологического про-

цесса[1]. Субъективные представления людей о боли играют значительную роль в переживании, способах адаптации к болевому ощущению, а иногда и в успешности исхода лечения. Поскольку представления о боли — сугубо интроспективный материал, о котором мы узнаем только из устных или письменных сообщений, оформленных с помощью определенных семиотических средств (языковых, графических, жестовых), была произведена попытка его экспликации с помощью техник интерпретации филологической герменевтики[2].

В ходе дипломного исследования, проводившегося автором доклада на кафедре прикладной лингвистики БГТУ «Военмех» в 2010 г., на основе герменевтических техник интерпретации была создана анкета для индивидуальной работы людей с болью (физической и психической) для экспликации и изучения болевых представлений жителей РФ. В анкете в вопросной форме, понятной неподготовленным респондентам, представлено 16 техник интерпретации, таких как интендирование, проблематизация, индивидуация, усмотрение смыслов и др. Проведено Интернет-анкетирование 52 респондентов, на основании чего получены предварительные результаты, касающиеся наиболее частотных для жителей РФ смыслов боли, проведена их половозрастная дифференциация, сделаны выводы о перспективах и ограничениях использования данного метода в медицинской практике. Основные результаты, полученные в ходе исследования:

1. Среди жителей РФ наблюдается низкий уровень проблематизации феномена боли. По результатам исследования, 69% респондентов не справились с техникой проблематизации и не показали значимой рефлексии над собственным болевым опытом.

2. Представления людей о боли в основном стереотипны и слабо связаны с личным болевым опытом. 70% респондентов выбрали смыслы боли из условной группы, состоящей из 10 наиболее распространенных смыслов, таких как симптом болезни, средство духовного роста, защитный механизм. При этом на вопрос о категоризации своего болевого опыта, большинство респондентов ответили, что не могут сравнить свою боль с болью других людей.

---

[1] Представления о боли – это убеждения конкретного человека о том, что такое боль и что она значит для него. С одной стороны, они являются очень личными, с другой – обусловлены определенными культуральными влияниями (Боль. Руководство для врачей и студентов. М., 2010).

[2] В соответствии с работами Г.И.Богина, «техники интерпретации – это совокупность приемов мыследеятельности, применяемых в процессе понимания» (Богин Г.И. Филологическая герменевтика. Калинин, 1982, С. 34). Существует большое количество таких приемов, которые используются разными людьми, и, по сути, являются оригинальным способом освоения мира.

3. Среди жителей РФ преобладает представление о боли как о положительном явлении (стереотип, сформированный под влиянием академической медицины). В рамках нашей выборки 82% респондентов признали боль полезным явлением, необходимым для выживания, предупреждения осложнений или стимулом к улучшению качества жизни.

4. Существует гендерные различия в восприятии боли. Мужчины больше ориентированы на связь боли с причинами ее возникновения. Женщины больше внимания обращают на связь боли со своими переживаниями. Основные смыслы боли, высказанные мужчинами: симптом болезни — 40% ответов мужчин, страдание — 16%, указание на ошибки — 14%. Основные смыслы боли, отмеченные женщинами: средство духовного роста — 24% ответов женщин, указание на ошибки — 15%, напоминание о ценностях — 13%.

5. Существуют возрастные различия в восприятии боли. Для молодых людей боль является средством саморазвития и стимулом к совершенствованию. Для людей среднего и старшего возраста боль связана с болезнями и негативными переживаниями. Основные смыслы боли, отмеченные молодыми людьми (18—30 лет): симптом болезни — 30% ответов молодых людей, средство духовного роста — 25%, указание на ошибки — 20%, напоминание о ценностях — 18%. Основные смыслы боли, указанные пожилыми людьми (30—64 года): страдание — 34% ответов, симптом болезни — 30%, указание на ошибки — 30% ответов.

6. Созданная для проведения исследования анкета обладает потенциалом в качестве средства углубления индивидуального понимания боли. В 46% анкет респондентов было выявлено пробуждение рефлексии и изменение (значительное или незначительное) понимания болевого феномена.

7. Анкета обладает потенциалом в качестве психодиагностического средства для самостоятельной работы с болью. В 52% анкет респонденты отметили субъективную пользу от работы с техниками интерпретации (например, суммирование разрозненных представлений о боли, обретение целостной картины болевого опыта, мотивирование для работы с причинами, вызывающими боль, обретение большей уверенности в контроле над ситуацией).

Таким образом, использование герменевтических техник интерпретации для работы с индивидуальными болевыми представлениями возможно, и в ряде случаев (хроническая боль, повторяющиеся болевые приступы, предрасположенность к саморефлексии) продуктивно. Возможно дальнейшее расширение сферы применения герменевтических и семиотических методов для решения прикладных медицинских и биологических задач.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОНЯТИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА» ПО АЛЕКСАНДРУ АЛЕКСАНДРОВИЧУ КРЕЛЮ

Е.Г.Шарыпова

Развитие прикладной лингвистики раскрывает перед исследователями новые возможности. В частности при рассмотрении того или иного феномена лингвистическими методами можно найти новые подходы к давно изученным представлениям, что возможно позволит рассмотреть весь имеющийся материал под другим углом.

Истоки клинической семиотики уходят в античность. Первоначальное значение слова «Semeion» — надгробный памятник. Начиная с Гиппократа (V—IV вв. до нашей эры), который и ввел этот термин в медицину, лечение больных включало и тщательное наблюдение больного. Большое внимание обращалось на жалобы больного и на предшествующую историю заболевания. Клиническая семиотика, рассмотренная в данной работе, — это система диагностики и наблюдения, выявления симптомов и симптомокомплексов, конечным результатом использования которой в идеальном варианте является постановка диагноза.

В ходе работы, проведенной автором, реконструировано понятие клинической семиотики по А.А.Крелю. При этом осуществлено решение следующих задач:

1) Изучение эталонных историй болезни, в том числе использованных А.А.Крелем для формирования представления о варианте клинического течения болезни.

Представление о вариантах течения болезни формируется следующим образом.

При рассмотрении большого количества случаев течения болезни, можно выделить несколько групп сходных случаев и описать их эталоны. В дальнейшем конкретные случаи течения болезни можно корректировать в соответствии с этими эталонами и даже направлять имеющееся течение болезни, приближая его к эталонному, так как в этой ситуации легче предугадать течение болезни в конкретном случае и известны реакции на возможную терапию. Такой подход позволяет представлять терапевтическое воздействие на больного на протяжении длительного времени.

2) Рассмотрение и описание билатералистической теории клинической семиотики.

3) Семиотический разбор клинической семиотики по А.А.Крелю.

В ходе исследования изучены эталонные истории болезни (каждая история болезни насчитывает сотни документов, так как берутся истории болезни за период 20 лет), рабочие записи А.А.Креля и свидетельства его сотрудников.

Мотивом для работ А.А.Креля в этой области послужило то обстоятельство, что в настоящее время в медицине сложилась критическая ситуация, т. к. распространение инструментальных методов исследования стало приводить к размыванию традиций клинической медицины, а соответственно семиотики, даже несмотря на то, что клиническая семиотика тесно связана с биосемиотикой, которая является самой интенсивно развивающейся областью семиотики за последние 15 лет.

При семиотическом рассмотрении клинической картины, идеальный вариант клинического течения болезни является планом содержания знака, а симптомокомплекс — планом выражения. Для билатералистической клинической семиотики характерно рассмотрения этих двух компонентов знака нозологической единицы.

На основании материалов данной работы может быть изменено устоявшееся понятие клинической семиотики. Это позволит по-новому рассматривать всю клиническую деятельность в целом и, возможно, даст основание для формирования новой учебной программы для учащихся в медицинских высших учебных заведениях. Поскольку клиническая семиотика, рассмотренная в данной работе, весьма интересна в клиническом отношении, то результаты настоящей работы важны не только для лингвистов, но и для практикующих врачей.

ПРОЛЕГОМЕНЫ ОБЩЕЙ РЕФРЕНОЛОГИИ

С.В.Чебанов

Во второй половине — конце XIX в. В.Виндельбандт и Г.Риккерт определили две линии европейского познания, идущие от Платона и Аристотеля и выступающие в разные эпохи в разных обличьях, как номотетику и идеографию, показав их присутствие в определенных соотношениях (включая и случаи резкого доминирование одного из компонентов) в каждой области знания. Это дало основания для формирования одинаково серьезного отношения к обеим формам познания. Характерным примером номотетического знания являются физические законы, идеографического — биологические или лингвистические классификации. Показательной является ситуация с химией, в которой в сопоставимой мере сочетаются оба компонента знания, причем примечательно то, что именно в ней появился первый в истории интересующий объект — периодическая таблица химических элементов Д.И.Менделеева.

Осознание указанного положения дел привело к появлению в 1920-е гг. идеи выявления номотетики в идеографии. Примером для такой постановки вопроса являлись таблица Менделеева и группы

симметрии кристаллов Е.С.Федорова. Примерно в это время была описана трапеция гласных звуков Л.В.Щербы, создана комбинативная система лишайников А.А.Еленкина, выявлены гомологические ряды Н.И.Вавилова, несколько позже описаны ряды феногенетической изменчивости Н.П.Кренке.

В 1970-е гг. С.В.Мейен на палеоботаническом (в первую очередь) и ботаническом материале (привлекая также данные зоологии), показал, что выявленный Кренке ряд изменчивости расчленения листоподобных органов имеет универсальный характер. Такой ряд был назван повторяющимся полиморфическим множеством (ППМ) или рефреном.

Рефрен обладает следующими свойствами:

- Рефрен представлен набором альтернативных состояний (модусов) данной структуры (мерона) на данном уровне детализации его рассмотрения;
- Модус рефрена может быть характерным представителем определенной классификационной группы, временным состоянием какого-либо объекта, географическим, функциональным, девиантным его вариантом и т.д.;
- Между некоторыми (не всеми!) модусами рефрена возможны переходы. Таковыми могут быть распады объекта на объекты того же ряда или синтез новых объектов того же рефрена (разделение или слияние в онтогенезе или филогенезе), преобразование модуса в другой и т.д. При этом обычно если существует прямой переход, то возможен и обратный (отсутствие последнего требует специальных объяснений);
- Разные модусы рефрена реализуются с разной частотой, причем нет места стабилизации частот с увеличением выборки (т.е. распределения модусов рефренов принадлежат к распределениям с неопределенными центральными моментами всех порядков — *H*-распределения Ципфа — Мандельброта — Лотки — Парето и т.д.);
- Каждый модус рефрена может быть развернут в более детализированный рефрен, а каждый рефрен может быть свернут в модус более генерализированного рефрена (т.е. рефрен обладает предфрактальной структурой);
- Члены рефрена могут быть как частями организма (листоподобными органами), так и целыми организмами (листоподобными растениями, животными и их колониями).

Рассмотрение с этой точки зрения имеющихся данных об организации полиморфизма как внутри биологии (варианты членения тела членистых беспозвоночных, типы паутинных бородавок пауков, варианты жилкования листа и т.д.), так и за ее пределами (кроме указанных выше примеров еще гомологические ряды органических соединений

Н.М.Бутлерова, сюжеты сказок Н.Я.Проппа, классификация групп Ли, семафоронты организмов В.Геннига, парадигмы в лингвистике) показало, что указанный рефренный способ организации полиморфизмы имеет универсальный характер. Примерно в это же время или позже были выявлены рефрены боевых топоров (Л.С.Клейн), элементов костюма (Т.В.Козлова), гистионов как структурных образований тканей организмов (Г.А.Савостьянов). Рефренной организацией обладают и две универсальные закономерности — размерная структура мира (рефрен Л.Л.Численко — С.И.Сухоноса; ср. распределение длины слов в слогах — распределение С.Г.Чебанова — В.Фукса). В настоящее время обсуждается рефренная организация социальных институтов (В.А.Найшуль).

Таким образом, речь идет об универсальном способе организации полиморфизма, характер реализации которого несколько различается в разных областях. При этом рефрен может рассматриваться как набор фигур (допускающих инструментальное исследование в традициях позитивистской парадигмы) реализации некоторой формы (как предмета чистого умозрения), что делает его ключевой точкой в формировании новой популяционно-полиморфической (в противоположность инвариантной) картины мира. В этом контексте примечательно то, что подобные исследования осуществляются преимущественно отечественными исследователями, которые продолжают развивать византийские традиции русской культуры. Это обстоятельство позволяет говорить о рефренологии как проявлении русской национальной идеи.

В связи с этим возникает две задачи — обобщенное описание рефрена как способа организации разнообразия и выявление приемов обнаружения рефренов в разных предметных областях. В этом контексте можно говорить о следующем:

1. В основе выделения рефренов лежит выделение идеальных объектов, которые фиксируют одни и игнорируют другие свойства эмпирических объектов (что всегда спорно). Поэтому выделение таких идеальных объектов успешно осуществляется профессионалами высшей квалификации, которые остаются независимыми от мнений своих коллег.

2. Полученные идеальные объекты представлены дискретным или дисретизируемым (с резким преобладанием некоторых значений какого-либо континуального параметра) набором модусов.

3. В основе рефренов лежат отношения симметрии (похожести) и примыкания (структурно-функциональной совместимости) разных модусов.

4. Рефрены обладают определенной абстрактно-алгебраической структурой (от определенных типов групп до категорий; видимо, многие из них являются полугруппами).

Развитие как частной, так и общей рефренологии наталкивается на большое количество проблем, важнейшие из которых являются психолого-организационными:

1. Выявление нового рефрена является этапным событием в развитии соответствующей области (подлинным определением объекта), что затрагивает интересы широкого круга коллег. Необходимость для выявления рефрена введения идеальных объектов определяет то, что это введение осуществляется либо маргиналом в данной профессиональной среде, либо «чужаком», обостряя тем самым конфликтность ситуации.

2. Выявление нового рефрена непредсказуемо с точки зрения планирования научной работы, так же, как и появление соответствующего исследователя, причем говорить о необходимом для этого образовании в настоящее время вообще невозможно.

3. Исследователь, выявляющий рефрен, часто не подозревает, чем он занимается. Это связано как с тем, что к идее рефренности организации в данной предметной сфере он приходит непредсказуемо, так и с тем, что идея рефренной организации не является общедоступной (в лучшем случае известно о таблице Менделеева).

4. Еще сложнее вопрос о сопоставительном изучении разных рефренов — исследователь, описывающий конкретный рефрен настолько перегружен своей работой, что ему не до других рефренов, а попытки познакомиться с работой тех, кто занимается другими рефренами, оборачиваются неудачей из-за того, что работа коллег перегружена огромным количеством подробностей и технических деталей.

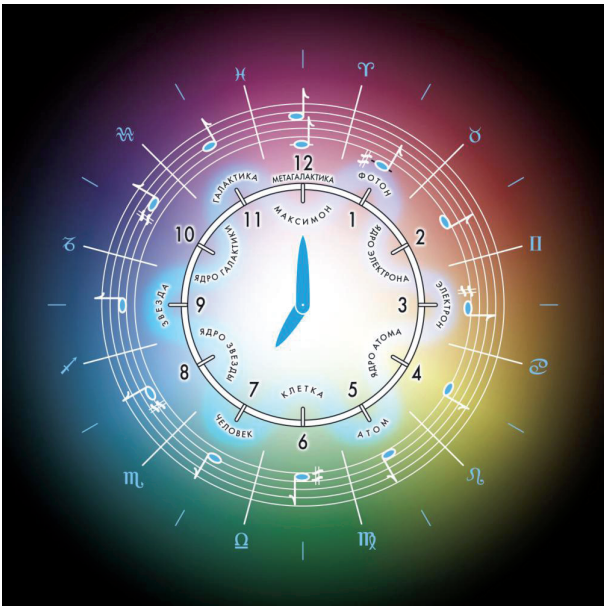
Так возникает драматический парадокс — развивать общую рефренологию перспективно, но непонятно, кто это может делать и в каких организационных формах это возможно осуществлять.

ДВЕНАДЦАТИЭТАЖНАЯ СТРУКТУРА ВСЕЛЕННОЙ И СОЗНАНИЯ

С.И.Сухонос

Ранее[1] было показано, что масштабная структура Вселенной состоит из 12 этажей. Если использовать ось десятичных логарифмов, то от фундаментальной длины Планка (10^{-33} см) до Метагалактики (10^{28} см) масштабный интервал занимает примерно 60 порядков из 12 уровней, каждый длиной в 5 порядков. Аналогичную числовую структуру имеет и часовой циферблат (12 делений по 5 минут = 60 минутам в одном часе). Более того, разделение на 12 интервалов свойственно еще некоторым схемам, в частности, музыкальной гамме (12 полутонов) и 12 поясам Зодиака.

[1] Сухонос С. И. Масштабная гармония Вселенной. М.: Новый центр, 2002.



Поэтому, если свернуть масштабную ось Вселенной в кольцо, то можно получить универсальную числовую структуру Вселенной (см. рис.), которая, как показали исследования[1], имеет полностью гармоническую структуру, обусловленную общими пропорциональными законами природы.

РЕФРЕНЫ И ФРАКТАЛЫ В «ПЕРИОДИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ НАЧАЛ» А.Ф.ЛОСЕВА

В.П.Троицкий

1. Предметом нашего рассмотрения является «периодическая система начал», разработанная А.Ф.Лосевым в книгах «Античный космос и современная наука», «Диалектика художественной формы», «Музыка как предмет логики», «Философия имени» (все — 1927 г.). Система эта и ее анализ не были у автора самоцелью; она строилась сначала в целях реконструкции и максимального обобщения неоплатонической интеллектуальной техники (с тем, чтобы понять, как устроено античное миропонимание «изнутри»), а затем использовалась автором для решения ряда актуальных теоретических проблем в гуманитарных науках

[1] Сухонос С. И., Третьяков Н. П. Арифметика Вселенной. В кн.: «Человек в масштабе Вселенной». М.: Новый центр, 2004. С. 167–206.

(анализ музыкальных феноменов, типология в эстетике, философия языка и др.). Система А.Ф.Лосева не имела особого названия, обозначение ее как «периодическая система начал» — с явным аналагизированием с известной Периодической системой химических элементов Д.И.Менделеева, — дано нами.

2. Элементами «периодической системы начал» являются как представления максимальной степени общности (категории) — «количество», «качество», «множество», «пространство», «время», «масса», так и достаточно специфичные «симметрия», «ритм», «звук» и т.д. Свойства каждого элемента явно зависят от места его в системе (подобные классификационные системы следует называть «естественными», по А.А.Любищеву). За каждым понятием (категорией) закреплена своя физическая реальность, та или иная онтология.

3. Все категориально-диалектическое выведение элементов системы строится как развертывание Единого, воплотившегося в Ином. Это развертывание происходит «по вертикали» — от Единого к Одному, далее к Сущему, Становлению, Ставшему, Выраженному (возможны и дальнейшие спецификации), т.е. по иерархии «начал», так и «по горизонтали», когда в пределах каждого «начала» фигурируют достаточно однотипные элементы, составленные (каждый) из категориальных «атомов» — по Платону, из «единичности», «подвижности», «покоя», «тождества» и «различия» (пять конституэнт). В зависимости от того, какой из этих пяти «атомов» становится выделенным (ставится в «логическое ударение»), соответствующий элемент получает свою спецификацию. В целом, образуется обширная категориальная матрица, составленная из пяти столбцов (по числу атомарных конституэнт), и неопределенно нарастающего числа строк, по мере продвижения «категориального конструктора» от одного начала к другому. Подробное описание и обсуждение данной системы дается в нашей работе «Периодическая система начал» (В.П.Троицкий. Разыскания о жизни и творчестве А.Ф.Лосева. — М., Аграф, 2007).

4. Не касаясь богатейших содержательных характеристик и возможностей «периодической системы начал», мы подчеркнем в ней некоторые внешне структурные особенности. Такова, прежде всего, ее рефренность (рефрен в смысле С.В.Мейена). Она обеспечена наличием в каждом категориальном элементе однотипного базового набора, в терминологии А.Ф.Лосева, «единичности подвижного покоя самотождественного различия» (упомянутых пяти конституэнт). Всякий элемент системы составлен из одинаковых составляющих общего рефрена, обработанных воздействием логических операторов — «горизонтального», выделяющего одну из пяти конституэнт, и «вертикальных», модифицирующих все пять конституэнт согласно уровню выбранного начала (оператор «становления», оператор «ставшего» и т.д.).

5. Системе характерна и фрактальность. Нетрудно видеть в элементах «периодической системы начал» свойство самоподобия — при

переходе на любой ярус — начало системы. Обнаруживается и такое «родовое» свойство фракталов, как дробная соразмерность. Вернее, эта размерность может представляться как неопределенно-переменная: она своеобразно меняется (для разных элементов системы) от 5 — когда в представлении элемента «на равных» участвуют все пять конституэнт, до 3 — в системе предусмотрено объединение конституэнт в пары (пространственно-подобное «самотождественное различие» и времени-подобный «подвижной покой»), и даже до 1 или «1 с чем-то» — когда из числа конституэнт элемента выделена лишь одна, а остальные четыре пребывают в латентной, компактифицированной форме.

Рассмотренная «периодическая система начал» была развита, как сказано, еще в 1920-е годы, т.е. в пору, когда представления о рефренах и фракталах еще не вошли в арсенал науки. Потому, как на представляется, уже сам факи ее появления и работоспособности можно считать важным аргументом в дискуссии о масштабности и универсальности возводимой у нас на глазах рефренологии.

О НЕКОТОРЫХ ТОНКОСТЯХ ФОРМУЛИРОВКИ ЗАКОНОВ ЦИПФА И ПАРЕТО

Б.А.Трубников, О.Б.Трубникова

Наука статистика изучает распределение числа каких-либо объектов по их отличительным признакам, и называется квантовой статистикой, если при этом вводится понятие «статистического веса» Ω, который по определению обязан быть целым числом, поскольку указывает число всех возможных способов распределения объектов по признакам. А наука математическая лингвистика изучает, как часто в каком-либо заданном тексте с полным числом слов N встречаются слова с одинаковой частотой встречаемости F_1. В частности, в замечательной книге «Математическая лингвистика» (1) на стр. 18 приведена формула (1.1)

$$F_1 = \frac{kN}{(i+\rho)^{\gamma}} \tag{1.1}$$

которую называют законом Эсту-Ципфа-Мандельброта. Здесь γ — коэффициент лексического богатства текста, но обычно просто считают, что $\gamma = 1$. Тогда удобно переписать эту формулу в более понятном виде

$$i = \frac{kN}{F_i} - \rho \tag{1.2}$$

где i — номер слова в частотном словаре данного текста, а F_1 — частота встречаемости слова, и авторы называют эти две буквы «переменными», а остальные — «параметрами», не указывая, что является независимым

аргументом, а что зависящей от него функцией. N — полное число слов в тексте, k — коэффициент относительной частоты наиболее частого слова.

Обилие параметров в формуле (1.1) затрудняет ее понимание. Однако если обозначать буквой x независимый аргумент, от которого зависит функция $y = \varphi(x)$. Тогда формулу (1.2) следует записать в виде

$$y(x) = \frac{C_0}{x} - \rho \tag{1.3}$$

где C_0 и ρ — не зависят от x. Если теперь продифференцировать все по x, то получим выражение

$$\frac{dy}{dx} = -\frac{C_0}{x^2} \tag{1.4}$$

которое принято называть дифференциальным спектром числа слов данного текста. В него, как видим, совершенно не входит поправка Мандельброта ρ, но, взяв интеграл вида $y(x) = \rho C_0$, получим интегральный спектр числа слов (называемый также «кумулятивным» спектром), в котором поправка Мандельброта ρ появляется лишь в качестве константы интегрирования. Все эти тонкие детали пропущены в вышеупомянутой книге (1), авторы которой, к сожалению, не пояснили, какая именно из двух переменных является независимым аргументом x для зависящей от него функции $y(x)$. Заметим также, что формулы (1.3—4) принято называть «законом Вильфредо Парето» который обнаружил их применимость для экономики за 50 лет раньше того, как Джорж Ципф открыл применимость этого закона для числа слов языка.

Выше мы обсудили классический статистический подход к описанию распределений. Теперь рассмотрим квантовый случай, когда множество N частиц разбивается на n_k кластеров k-типа, при этом тип кластера определяется именно числом k попавших в него частиц. Так что считаются заданными две суммы

$$N = \sum_k N_k = \sum_k n_k k = \text{const}, \quad K = \sum_k n_k = \text{const} \tag{1.5}$$

Кроме того, считается заданным некий суммарный ресурс

$$R = \sum_k R_k n_k = \text{const} \tag{1.6}$$

где R_k — доля ресурса, приходящаяся на один кластер k-типа. Требование максимума энтропии (как логарифма статистического веса) при трех дополнительных условиях (1.5-1.6) приводит к дифференциальному спектру кластеров

$$n_k \approx \frac{N}{k^2} \exp\left[-\alpha - \frac{\beta + \gamma R_k}{k}\right] = \frac{A}{k^2} \exp\left(-\frac{\beta + \gamma R_k}{k}\right) \tag{1.7}$$

где α, β, γ — три параметра Лагранжа.

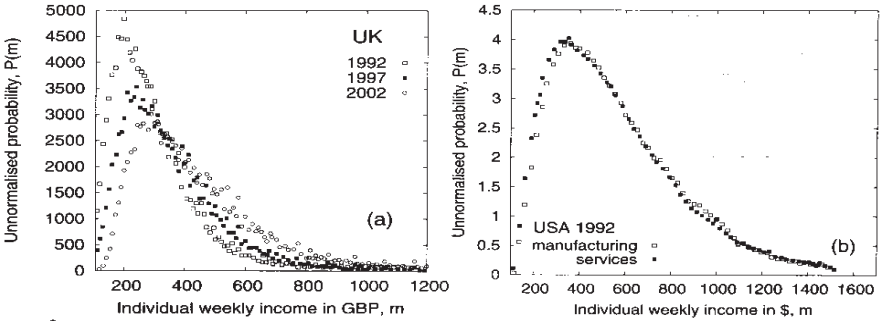


Рис. 1. Графики распределения относительного числа граждан P(m) Англии и США по их индивидуальным доходам «m» за одну неделю (2). На обоих рисунках правый склон описывает сравнительно богатых, а левый склон более бедных людей. На левом графике видно, как за годы 1992—1997—2002 распределение национального богатства Англии существенно изменилось.

Данный спектр соответствует квантовой формулировке закона Эсту-Ципфа-Мандельброта-Парето и может быть использован в различных областях знаний. В экономике наиболее эффектным ее применением является показанный ниже на рис. 1 график распределения числа граждан (Англии и США) по их доходам за одну неделю (2).

Литература

1. Пиотровский Р.Г., Бектаев К.Б., Пиотровская А.А. «Математическая лингвистика». М., «Высшая школа», 1977.

2. Chatterjee A., Chakrabarti B.K. // Eur. Phys. J. B. 2007. V. 60. N 11. P. 135.

3. Трубников Б.А. // Докл. АН СССР. 1971. Т. 196. № 6. С. 13—16.

4. Trubnikov B.A. // Arxiv.org. 812 1754. 2007.

5. Трубников Б.А. Квантово-релятивистский век// Препринт ИАЭ-6207/1. М. 2001.

6. Трубников Б.А. // Вопр. атомн. науки и техники. сер. Термоядерный синтез. 2009. вып. 1. С. 73—75.

7. Трубников Б.А., Румынский И.А.// Докл. АН СССР. 1991. Т. 321, № 2, С. 270—273.

8. Trubnikov B.A., Trubnikova O.B. Theory of Competition // Book of abstr.13th Gen. Conf. of the Euro Phys. Soc. «Beyond Einstein — Physics for the 21st Century». Bern, 2004. P. 119.

9. Трубников Б.А., Трубникова О.Б. // Природа. 2004. № 11. С. 13 — 20.

Трубникова О.Б., Трубников Б.А. // Изв. Самарского научн. центра РАН. 2009. Т. 11. №1(7). С. 1632—1641.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ

МЕХАНИЗМ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ БИОФИЗИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Б.А.Аюрзанайн, В.С.Балакшин

Проблема личности продолжает привлекать специалистов гуманитарных профессий: психологов, педагогов, историков и философов, но, к сожалению, мало кто интересуется феноменом личности из специалистов естественных наук. Эта серьезная, интересная и масштабная проблема требует синтезированного подхода к ее исследованию, не исключая и медико-физического подхода, как одного из развитых форм теоретического мышления.

В наших работах впервые была предложена феноменологическая модель человеческой личности, основанной на нетрадиционной методологии — физическом способе мышления, являющемся одной из развитых форм теоретического познания природных явлений. Ключевым словом этой теории является потенциал. Согласно этой модели любой человек обладает энергетической характеристикой — личностным потенциалом — $\varphi_{п}$, представляющим его потенциальную энергию. Структурно он состоит из 3 или 4 компонентов: природного (φ_0), научного $\varphi_{н}$, технологического $\varphi_{т}$ и гуманитарного $\varphi_{г}$ составляющих. $\varphi_{Л} = \pm\varphi_0 + \varphi_{Н} + \varphi_{Т} \pm \varphi_{Г}$ или $\varphi_{Л} = \kappa_1\varphi_{Н} + \kappa_2\varphi_{Т} \pm \kappa_3\varphi_{Г}$

Определение:

$$\varphi_{Л} = \frac{A_{1\infty}}{q_0} = \frac{W_{Р}}{q_0} \qquad (1)$$

Смысл формулы (1) сводится к следующим представлениям: индивид обязан трудиться целенаправленно, не только физически, но и опосредованно полезным, нужным и актуальным трудом[1]. Со-

[1] Аюрзанайн Б.А., Балакшин В.С. Личностный потенциал студента в процессе его профессионально-культурного развития // Повышение качества высшего профессионального образования: материалы Всероссийской научно-методической конференции: в 2 частях. Часть 2 / научный редактор В.И. Колмаков; ответственный за выпуск С.А.Подлесный. Красноярск: СФУ, 2008. С. 62—64.

зидание — это всегда труд, в зависимости от технического уровня общества и таланта людей — больший или меньший личный труд.

Развитие современных технологий позволило неклассической медицине выйти на качественно новый уровень исследования и лечения больных органов — на микроуровень. Применение физических приборов для биомедицинских исследований позволило заглянуть в глубины человеческого организма и выйти на его микроуровневую структуру, что должно обеспечить более точное диагностирование. Современная технологическая медицина вышла на молекулярный и субмолекулярный (атомный) уровни, что привело к постановке задачи распредмечивания, распознавания микроструктур человеческого организма. И здесь исследователи столкнулись с проблемой неопределенности, которая в свое время возникла в квантовой механике. При этом значительно возрос субъективный, человеческий фактор, ощутимо возросла роль личности врача в диагностировании болезней. Трудно согласиться с широко распространенным в медицинском сообществе мнением о том, что сегодня личность врача должна отойти на задний план, ибо все решают технологии[1].

Говоря об опосредованном труде авторы работы имели в виду умственный труд, как деятельность мозга и в особенности работу нейронов, как одного из элементарных нанообъектов, широко рекламируемой современной конвергирующей нано-, био-, инфо-, когни-технологиями под названием «NBIC-тетраэдр»-конверсия[2]. Этот американский проект позволяет не только расширить человеческие способности, но и буквально стереть различие между «обычной» и виртуальной реальностями.

В качестве одного из элементарных нанообъектов взят нейрон, который наравне с другими (атом, гены и биты) симметрично расположены в узлах тетраэдра.

Н.П.Бехтерева с сотрудниками исследовала реорганизацию физиологических процессов мозга при индуцированном развитии творческого процесса на основе анализа данных локального мозгового кровотока с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и количественной электроэнцефалографии — локальной и пространственной синхронизации. Около 50 лет Бехтерева работала в области физиологии мозга человека, в области изучения того, как, по каким законам работает здоровый и больной мозг, как мозг обеспечивает различные процессы жизнедеятельности организма, специально человеческие функции — мышление и эмоции. Изуче-

---

[1] Шишков И.З. Способствует ли совершенствование медицинских технологий развитию точной диагностики, или к вопросу о методологических основаниях современной медицины. Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 3: Традиции и новации: Сборник материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. М.: изд-во «Принтберри», 2009. С. 284—285.

[2] Аршинов В.И. Конвергирующие технологии и расширения возможностей человека. Там же С. 12.

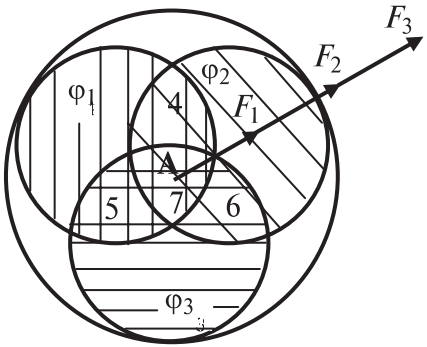


Рис 1. Состояние реализации.
1 — $\varphi_н = \varphi_1$; 2 — $\varphi_т = \varphi_2$; 3 — $\varphi_г = \varphi_3$; 4 — $\varphi_1 \cdot \varphi_2$; 5 — $\varphi_1 \cdot \varphi_3$; 6 — $\varphi_2 \cdot \varphi_3$; 7 — $\varphi_1 \cdot \varphi_2 \cdot \varphi_3$

ние мозговой организации и мозговых механизмов творчества стало реально осуществимым в настоящую, «технологическую» эру, когда в мозговой физиологии оказалось возможным уйти от поистине сизифова труда примитивных форм анализа данных. Одним из обязательных определений творчества Бехтерева считала отход от стереотипа, предложение новых оригинальных, продуктивных решений. При творческом процессе развивается свое, особое эмоциональное состояние, в данный момент и именно этому процессу присущее[1].

Для раскрытия механизма процесса становления личности в контексте нашей элементарной феноменологической модели воспользуемся известной 3-х кольцевой моделью американского психолога Дж.Рензулли, широко применяемой в психологии и педагогике. В контексте 3-х кольцевой модели Дж.Рензулли любая личность структурно представляется в виде 3-х колец. Реализация накопленного личностного потенциала происходит путем разумного сложения и сочетания их компонентов.

На рисунке 1 представлен механизм накопления и реализации составляющих компонентов личностного потенциала. Цифрами 1, 2, и 3 обозначены соответственно $\varphi_н$, $\varphi_т$ и $\varphi_г$; цифрами 4, 5 и 6 области наложения парного (бинарного): $(\varphi_н \cdot \varphi_т)$, $(\varphi_н \cdot \varphi_г)$ и $(\varphi_т \cdot \varphi_г)$, а цифрой 7 — область наложения всех трех компонентов (триадно или тернарно), вследствие чего $\varphi_п$ достигает максимума, а точка приложения результирующей силы совпадает с центром концентрации концепции «Я».

Освоение социального опыта, приобретение знаний и навыков делают человека способным жить и действовать в данном обществе. Таким образом, результаты исследования приводят к следующему: механизм становления личности происходит по циклу, состоящему

[1] Бехтерева Н.П. Магия мозга и лабиринты жизни. М. : АСТ; СПб. : Сова, 2007. С. 383.

из следующих этапов: I (начальный, исходный) этап — самосознание того, что а) архитектором самого себя является сам человек, б) труд становится атрибутом или инвариантом, без которого становление личности не возможно. II — процесс накопления — трудиться по накоплению личностного потенциала и его компонентов. III — процесс актуализации — трудиться по реализации накопленного личностного потенциала. IV — процесс самоконтроля или саморефлексия. В случае качественно и добротно выполненной работы положительная эмоция вызывает мощную мотивацию к дальнейшему развитию своего личностного потенциала на более высоком уровне. Процесс становится не только циклическим, но и постоянно развивающимся, если выразить фигурально — по развивающейся спирали.

Частичное знание не трактовать как абсолютное, помнить, что любая модель относительна, и учитывает лишь отдельные стороны действительности. Четко осознавать различия между отдельными методами и точками зрения и уметь сопоставлять их друг с другом — социологические методы с методами биологическими и наоборот. Исследование психической жизни необходимо сопоставлять с анатомией мозга, а нозологию с феноменологией.

Прошлый опыт, несомненно, должен быть усвоен во всей доступной полноте так, чтобы в случае необходимости мы смогли распознать его содержание в материале, с которым нам приходится иметь дело на практике. Диалог с учеными прошлого как с живыми собеседниками — есть средство, благодаря которому наше знание достигает глубины, возможной для него в настоящий момент времени. Практика жизни учит нас уходить в работу от мелких осложнений жизни, садиться за письменный стол, чтобы отдохнуть, перейдя в другое измерение, недоступное житейскому опыту.

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ (ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ)

И.В.Борисов

Семейная медицина — это медицина, в основе которой лежит содружество семьи и работников здравоохранения. Высокий уровень распространенности стоматологических заболеваний среди населения в конце XX начале XXI веков[1] определили формирование семейной

[1] Данные исследований профессора Кузьминой Э.М., Алимского Л.В., Похомова Г.Н., Леуса П.А. и многих других известных отечественных и зарубежных ученых.

системы стоматологического обслуживания в России, ее контактов с общесоматическими учреждениями, работающими по типу врача общей практики (семейного врача).

В 1992 г. в России была установлена нормативная база деятельности службы общей врачебной практики. В приказе Минздрава России от 26 августа 1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» в номенклатуре врачебных специальностей и должностей включена специальность «общая врачебная практика (семейная медицина)» и должность «врач общей практики». Разрабатывается федеральная программа «Общая врачебная (семейная) практика стоматологической помощи населению».

По данным исследователей (Нимаев Б.Ц., 2009 и др.) семейный врач стоматолог может выполнить до 90% всего объема помощи своего профиля.

Развиваются контакты семейных стоматологов с семейными врачами общей практики и педиатрами. Отдельные подразделения семейной стоматологии созданы в Москве, Санкт-Петербурге и других регионах, однако, целостной системы такого обслуживания еще не создано и теоретически не обоснована потребность в ее создании. По нашему мнению социальная закономерность развития системы здравоохранения с ростом благосостояния общества, технического и лекарственного оснащения медицины ведет к становлению семейной медицины. В условиях семьи наиболее эффективна профилактика, в том числе и в области стоматологии. Об этом свидетельствуют мнения И.А.Ильина, Л.Н.Толстого и многих других общественных мыслителей активно и уважительно взаимодействующих с врачами, обслуживающими членов их семей.

Современные наблюдения показывают, что в области семейного медицинского обслуживания велика роль реализации и преобразования участкового принципа лечебно-профилактической помощи, в функционировании которого участвуют преимущественно врачи-женщины.

И, можно предположить, что переход от участкового к семейному оказанию лечебно-профилактической помощи будет осуществляться с их участием. Их способность понимать условия семейной жизни, устанавливать соответствующие контакты, особенности мышления и готовность к сопереживаниям, будут способствовать вышеуказанной закономерности системы здравоохранения. На все эти обстоятельства обращено внимание и в нашем исследовании.

В 2009 году нами было осуществлено специальное пробное социологическое изучение, включающее анкетный опрос врачей стоматологов, обучающихся в ординатуре Московского государственного медико-стоматологического университета о такой системе обслужи-

вания населения. Это мнение молодых врачей, имеющих отношение к системе здравоохранения в целом.

Выяснено, что 68,75% опрошенных положительно относятся к тому, чтобы их семьи постоянно обслуживал семейный стоматолог или семейный стоматолог общей практики.

Однако половина стоматологов ординаторов (56,25% от числа опрошенных) считают целесообразным введение специальности «семейный врач стоматолог» и «семейный стоматолог общей практики». Всего 39,06% от числа стоматологов ординаторов предполагают, что доступность и качество стоматологической помощи повысится, если будет введена рассматриваемая организационная структура. Только около трети (28,12%) стоматологов ординаторов сочли для себя возможным работать семейным стоматологом или семейным врачом стоматологом общей практики.

Опрошенные женщины, по сравнению с мужчинами, более склонны к работе в качестве семейного врача-стоматолога, что подтверждается сравнением с использованием $\chi^2 = 3,96$, при уровне доверительной значимости $p<0,05$ (при исследовании значений χ^2 (Хи-квадрат) использовалась поправка Йетса). Анализ данных исследования показывает то, что профессиональная оценка системы обслуживания населения семейным стоматологом неоднозначна, и подходы к решению этой проблемы должны включать медико-социальные, клинико-организационные и правовые аспекты, объединенные философским осмыслением.

Ориентация на данную систему стоматологической работы и соответствующая профессиональная подготовка должна осуществятся в основном в период обучения в медицинском вузе, а также в интернатуре и ординатуре.

Выделение в структуре здравоохранения семейной медицины соответствует философским понятиям о современной технолого-организационном развитии и создает, по нашему мнению, заинтересованному внедрению врачей в нововведениях и возможных в будущем нанотехнологий на данном уровне социального обслуживания населения.

ТВОРЧЕСКИЙ АКТ И ТВОРЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ ГЛАЗАМИ ВРАЧА

М.В.Головизнин

Процессы художественного творчества давно привлекают внимание представителей медицинских профессий и медицинской науки, причем, анализ и систематизация наблюдений за отдельными творческими

личностями, сделанные врачами, не только принесли практическую пользу психологии или психиатрии, но, позволили подняться и до теоретических обобщений. Врачом был А.А.Богданов, выдвигавший идеи рациональной и даже рассудочной доминанты в творческом процессе. Врачом был и З.Фрейд, представлявший творчество как сублимацию могущественных подсознательных влечений. Одним из первых, кто попытался охарактеризовать творческий акт с позиций медицины, был Ч.Ломброзо, получивший мировую известность благодаря своей книге «Гениальность и помешательство». В ней ученый, отнюдь не отождествляя творческих личностей с душевнобольными, характеризует акт вдохновения как особое состояние прорицателей, «говорящих прекрасные вещи, сами не осознавая этого». В то же время, когда момент экстаза проходит, «гений превращается в обычного человека, или падает еще ниже, так как отсутствие равномерности (равновесия) есть один из признаков гениальности натуры». Ломброзо и его последователи обращали внимание на целый ряд негативных черт характера творческих личностей (жестокость, эгоизм, тщеславие) свойственных им в повседневной жизни. Более того, творческий импульс бывает настолько силен, что способен заглушать даже «системы жизнеобеспечения» индивида. Из дневников и личной переписки Ван Гога видно, что художник, страдавший хроническим душевным заболеванием, в моменты творческого подъема отдавался живописи целиком и полностью, забывая про сон и еду. Он осознавал, что изнуряющая работа по 16 часов в сутки увеличивает вероятность рецидива болезни, но, ничего не мог с собой поделать. Жажда творчества охватывала его в моменты, когда недуг отступал, но, поток вдохновения был настолько бурным, что забирал все силы художника, делая его беззащитным перед болезнью, приступы которой становились все тяжелее.

Новым шагом на пути «клинического познания» процессов художественного творчества явилось открытие функциональной асимметрии полушарий головного мозга. Так, у больных с органическими поражениями правого полушария существенно нарушаются творческие способности при сохранении формально-логического мышления и бытовых навыков. Напротив, при поражении левого полушария больные сохраняли способности к индивидуальным восприятиям предметов, которые даже гипертрофировались, но утрачивали навыки абстрактного мышления, классификации, не говоря уже о способностях к чтению и письму. Таким образом, синхронизация деятельности обоих полушарий, которая во многом анатомически опосредуется т.н. «мозолистым телом», создает оптимальное соотношение рациональности и интуиции. Другим аспектом, важным в понимании механизмов творчества, является «диалог» между «сознательной» и «бессознательной» составляющими человеческой психики. Психологи с одной стороны, философы и теоретики искусства — с другой давно выдвинули тезис о «наивном»,

«непосредственном» восприятии мира творческими личностями, что усиливает остроту переживания ими своих внутренних конфликтов, накапливающихся с детства. Наблюдения за испытуемыми, погруженными в гипнотический сон при внушении т.н. «регрессии возраста» показали, что пласты психики, имеющей отношение к раннему детству, не только существуют у взрослых в «дремлющем состоянии», но, могут активироваться. Последний аспект был использован в частности при гипнопедии — обучении загипнотизированных испытуемых иностранным языкам или навыкам рисования и живописи.

Таким образом, «просвечивание» хрупкой и чрезвычайно изменчивой натуры творческого процесса с помощью «медицинского инструментария» дало определенные положительные результаты. Целостность личности как необходимое условие восприятия и создания красоты, давно замеченная самими творцами, может быть представлена как результат синхронизации горизонтальных (право-и левополушарных) взаимосвязей, так и взаимопроникновением «вертикальных» (сознательных и бессознательных) слоев психики. Замеченные глазом клинициста «теневые» характерологические черты творческих натур, инфантилизм, внутренняя конфликтность психики, на самом деле есть оборотная сторона необычайно совершенного единства их личности, реализуемого в процессе вдохновения.

Если творческую интеграцию психики можно назвать здоровьем, то, обратную картину являет собой патологическое творчество душевнобольных, в первую очередь больных шизофренией, при которой страдает нарушение восприятия собственной личности как целого.

ЗДОРОВЬЕ И УРБАНИЗАЦИЯ

И.В.Добролюбова

Термин «здоровье» отражает интегральную характеристику взаимодействия человека со средой, окружающей его. Попытка дать однозначное определение данному феномену ведет к появлению внушительного спектра возможных трактовок, включающих понимание «здоровья» как процесс, состояние, функцию организма, включая реакции адаптации и взаимодействия с окружающей средой, функционирование системы в рамках физиологической нормы, противоположной болезни и т.п. В связи с этим, определение «здоровья» данное, даже, в уставе Всемирной организации здравоохранения, как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», — полностью не раскрывает содержание данного понятия.

Также существует определенная разница в анализе здоровья отдельного человека (индивидуальное здоровье) и здоровья популяции (общественное здоровье). Для анализа индивидуального здоровья важны антропометрические данные конкретного человека, устойчивость в функционировании различных систем организма (нервной, эндокринной, кровеносной, дыхания и т.п.) в процессе адаптации к взаимодействиям с окружающей средой. Для анализа общественного здоровья важны совокупные характеристики популяции: демографические характеристики (половозрастной состав, смертность, рождаемость, средняя продолжительность жизни, младенческая смертность), антропометрические данные по возрастным группам, особенно младшим, заболеваемость основными классами болезней, в том числе экологически значимыми (злокачественные образования и т.п.).

Наряду с образом жизни, профессией, привычками людей, состояние и изменение окружающей среды имеет колоссальное влияние на параметры совокупного популяционного здоровья[1]. Традиционно рассматривают три группы факторов окружающей среды, влияющих на состояние здоровья. Первая характеризуется комфортностью природных условий: климатические факторы, рельеф, геологическое строение, высота над уровнем моря, подземные и поверхностные воды, растительный и животный мир, предпосылки болезней в регионе. Вторая — степенью загрязнения и антропогенной деградации среды: например, через ПДК, ПДВ, ПДС (предельно допустимые концентрации, выбросы, сбросы) загрязнителей в различных средах (атмосферный воздух, вода, почва, продукты питания), нарушенность почвенного покрова, величины площадей вырубленных лесов, свалок промышленных и бытовых отходов, степень радиационного загрязнения. Третья — совокупностью социально-экономических условий, в том числе: обеспеченность жилой площадью, степень санитарно-бытовых удобств (наличие водопровода, канализации, горячего водоснабжения, центрального отопления), качества медицинской помощи, культурного и бытового обслуживания, уровень безработицы, преступности и т.п.

Реакция на состояния окружающей среды, отдельного организма или популяции в целом ведет либо к адаптации человека к окружающей среде и его выживанию (в противном случае — его гибели), либо трансформации окружающей среды в интересах возможностей человека и его выживанию (в противном случае — так же гибели). Реакции на изменения окружающей среды, выраженные определенными параметрами (давление, частота дыхания, сердцебиения, показатели крови, гормональный статус и т.п.), свидетельствующие о физическом, духовном и социальном благополучии могут считаться нормой. И, как следствие, можно говорить о жесткой соотнесенности

[1] Малхазова С.М., Королева Е.Г. Окружающая среда и здоровье человека. М., 2009. С. 22—23.

интегрального показателя индивидуального и популяционного здоровья с изменениями состояния окружающей среды. Таким образом, «здоровье» можно представить как нормальное функционирование всех систем организма в состоянии социальной и психической адаптации при взаимодействии с окружающей средой.

Понимание «окружающей среды» нельзя ограничивать только «природной средой» или «природой». «Она, прежде всего, подразделяется на социальную и природную среду. Хорошо известно, что природная среда и общество — это два составных элемента той среды, в которой мы живем и развиваемся как социальные существа»[1]. Таким образом, человек вписан в систему, в предельном своем значении, являющуюся системой «общество-природа». Эта система является развивающейся, сложной, многокомпонентной, многоуровневой, со специфическими иерархическими, структурными, организационными отношениями. Очевидно, что элементом, структурной единицей данной системы должно быть образование, имеющее как природные, так и социальные компоненты. Наиболее предпочтительным для обозначения элемента, структурной единицы системы «общество-природа» является термин «социоэкосистема», т.к. в нем в максимально сжатой форме отражены и общие и специфические признаки элемента данной системы. Социоэкосистема, состоящая из природно-хозяйственной и социально-культурной подсистем, в качестве базовой, ведущей представляет природно-хозяйственную систему, систему, ориентированную на оптимизацию природопользования и управления всей хозяйственной и культурно-просветительской деятельностью, затрагивающей не только природную, но и всю окружающую среду (природу, хозяйство, население). Социоэкосистемы могут быть представлены как природно-хозяйственные территориальные системы, природные территориальные комплексы, агропромышленные комплексы, территориально-производственные комплексы (расположенные по мере роста подавляющего влияния социального на природное). Фактически можно говорить о постепенном формировании техносоциоэкосистем, ярким представителем которой являются города. Город — это особая, поддерживаемая извне, искусственно созданная среда обитания. Природной составляющей в данной системе крайне мало. Городские экосистемы существенно отличаются от природных[2]: разорваны естественные круговороты веществ, нарушены механизмы самовосстановления и самоочищения, повышена среднегодовая температура, сглажены суточные и годовые колебания температур, нередки туманы и смоги, понижена норма получаемой солнечной радиации. Изменения климата, деградация экологических

---

[1] Пырин А.Г. Природная среда общества (Социально-философский анализ). М., 2006. С. 19.

[2] Малхазова С.М., Королева Е.Г. Окружающая среда и здоровье человека. М., 2009. С. 114—124.

функций городских почв и водоемов приводят к трансформациям в растительном и животном мире. Город — это система, где нарушены почти все компоненты природной среды: атмосферы, гидросферы, литосферы, педосферы, климата, растительного и животного мира; изменены гравитационное, магнитное, электрическое поле Земли. Нестабильно-неустойчивая городская среда подвержена стихийным бедствиям как природного, так и коммунального происхождения. В связи с этим фиксируется резкое ухудшение уровня здоровья населения больших городов: рост заболеваний систем дыхания, кровообращения, опорно-двигательного аппарата, аллергии, неврозы, стрессы, снижение иммунитета и т.п. Но, город является привлекательной территорией для проживания. Комфортность обеспечивается развитой производственной, социальной и коммунальной инфраструктурой. Ухудшающееся здоровье населения требует определенных трансформаций окружающей среды, превращения больших урбанизированных территорий, мегаполисов в дружественные для природы, человека и его здоровья «полисы». Грамотное управление техническим потенциалом социоэкосистемы позволяет его вписать в природную среду, обеспечивая коэволюционное развитие подсистем системы «общество-природа», в виде «биотехнополисов». Правда, более комфортным (к чему и следует максимально приближаться) для проживания, для здоровья человека являются полисы с существенной экологической составляющей — «экопоселения» — экодеревни, эконоосферные поселки, экополисы (экогорода, экограды, экосити), теория которых давно, более 40 лет, и успешно развивается (например, Кавтарадзе Д.Н., Сафрошкин Ю.В., Яницкий О.Н. и др.).

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ВРАЧА ПЕРЕД ОБЩЕСТВОМ И ДОЛГ ОБЩЕСТВА ПЕРЕД ВРАЧОМ

А.И.Дорохов

В реалиях современной России назрел парадокс в равновесии врач — общество. Для полного осознания сути проблемы нужно четко понимать различия между обязательствами врача перед обществом и долгом общества перед врачом.

Врач, выбирая свою профессию, руководствуется желанием помочь людям. Он осознанно приносит в жертву обществу свою жизнь, ибо став врачом, человек будет обязан помогать людям всегда и везде, облегчать их страдания, при этом пропуская их через себя. Выбирая эту профессию, человек обрекает себя на жизнь, полную чужой боли и страдания, в которые ему придется окунуться с головой. Лишь

сильный духом человек способен самоотверженно нести это бремя. В данном контексте, главным является то, что врач сам делает этот выбор, зная о возможных последствиях, то есть он САМ берет на себя эти обязательства.

Общество должно обеспечивать врача всем необходимым, для его жизни и нормальной работы, ибо он трудится на благо каждого, а значит на благо всего общества. В отличие от обязательств врача, долг общества — это не осознанный выбор, а естественная необходимость исполнить соответствующие обязательства.

В нашей стране большинство врачей добросовестно выполняют свои обязательства перед обществом, часто совершая маленькие подвиги самоотверженности и преданности своему делу. Они сгорают морально и физически, отдаваясь работе на благо общества. Однако наше общество не выполняет свой долг. Многие люди вспоминают о врачах только тогда, когда в их дом приходит беда. Если человека устраивает работа врача, то он в лучшем случае скажет спасибо, а чаще просто примет это как должное, так как считает: «Врач обязан мне помочь, ибо ему за это платят». Если же врач не смог помочь по объективным причинам или пациенту просто не нравится результат или последствия врачебных манипуляций, то он считает, что в этом всецело виноват врач-вредитель, для которого главное деньги, а не человеческая жизнь. В нашем обществе сложились неправильные стереотипы, искажающие облик врача. Не отстает от общества и государство, считающее, что врач может нормально существовать на маленькую зарплату и при этом способен работать в ужасных условиях, спасая жизни людей.

В нашей стране нет равновесия между взятыми врачом обязательствами и долгом общества. Нынешнее состояние можно охарактеризовать одной единственной фразой: «Жизнь человека бесценна, а значит незачем платить за ее спасение». Это состояние вещей не правильно не только с моральной и этической, но и с общечеловеческой точки зрения, а значит, общество должно приложить все усилия для изменения существующего положения вещей.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛЮДЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Ю.Б.Дубовик

Старение населения планеты — одна из серьезнейших социально-психологических проблем современного мира. Почти что треть населения нашей страны составляют пожилые люди. Прогнозы ученых свидетельствуют о том, что тенденция роста числа лиц старшего

возраста является достаточно устойчивой, что обусловлено и сокращением рождаемости во многих странах мира и улучшением профилактики и лечения различного рода заболеваний, и рядом других факторов. Некоторое время назад большинство геронтологов предполагало, что переход границы пенсионного возраста как бы уравнивает всех принадлежавших к нему людей. В настоящее время исследователи указывают на высокую вариативность большинства психологических показателей в этом возрасте. Этот период жизни человека оставляет множество вопросов для исследователей. Так первые 25—30 лет жизни человека детально изучены и разбиты на множество стадий и этапов, в рамках которых выделены характерные проблемы и кризисы, а столь же длительный по времени отрезок поздней жизни выступает недифференцированным и расплывчатым.

Поздний возраст в последние десятилетия стал объектом многих психологических исследований. (Анцыферова Л.И., Ермолаева М.В., Краснова О.В., Молчанова О.Н., Шахматов Н.Ф.) Это связано, прежде всего, с увеличением продолжительности жизни людей. Но для пожилых людей важна не только и не столько продолжительность жизни, сколько ее качество, поэтому исследование психологического благополучия людей позднего возраста является актуальной проблемой, имеющей широкое практическое применение. В связи со всем ниже перечисленным объектом данного исследования является психологическое благополучие людей позднего возраста.

В настоящее время нет отечественных методик для исследования психологического благополучия. В нашей стране этот вопрос еще не разрабатывался для людей позднего возраста. Для оценки психологического благополучия людей позднего возраста был использован опросник американской исследовательницы К.Рифф, который был адаптирован в диссертационной работе П.П.Фесенко. К.Рифф включает в структуру психологического благополучия 6 компонентов: самопринятие, автономию, управление средой, личностный рост, позитивные отношения с окружающими, цели в жизни. Индекс общего психологического благополучия вычисляется путем суммирования баллов, полученных по всем шести компонентам.

Нас интересовало, каким образом происходит изменение структуры психологического благополучия на поздних этапах онтогенеза, а именно с 55 до 90 лет. Данный этап был выбран согласно утвержденной ВОЗ периодизации: 55(60)—75 — пожилой возраст, 75—90 — старческий возраст, 90—110 —долгожители. Долгожители не принимали участие в исследовании, учитывая специфику данного возрастного периода, поэтому мы рассматривали изменения в пожилом и старческом возрастах. Предполагалось, что по мере старения будет происходить снижение уровня психологического благополучия. Кроме того, предполагалось, что существует взаимос-

вязь между выраженностью конфликтности в ценностной сфере и уровнем психологического благополучия.

В результате произведенного эмпирического исследования было опрошено 66 человек, группы были однородными, что позволило проводить сравнительный анализ психологических показателей. Анализ результатов эмпирического исследования позволил установить, что после 75 лет происходит снижение психологического благополучия по шкале «личностный рост». Люди старше 75 лет теряют ощущение прогресса, стремление развиваться, ощущают скуку, стагнацию, отсутствие веры в свои способности, у них уменьшается интерес к жизни.

При этом снижения по остальным пяти шкалам не происходит: цели в жизни, управление средой, самопринятие, позитивные отношения с окружающими и автономия у людей этих двух возрастных групп не отличаются. Они в той же степени, что и люди более младшей возрастной группы способны быть независимыми, добиваться желаемого, преодолевать трудности на пути реализации собственных целей, осознавать и принимать не только свои положительные, но и отрицательные стороны, а так же переживать осмысленность своего существования, ощущать ценность того, что было в прошлом, происходит в настоящем и будет происходить в будущем.

Важно отметить, что статистически значимых различий по общему показателю уровня психологического благополучия у данных возрастных групп выявлено не было.

В результате эмпирического исследования было установлено, что в позднем возрасте уровень психологического благополучия снижается, но снижается он не по всем показателям. На прежнем уровне остаются показатели «автономии», «управления средой», «самопринятия», «целей в жизни» и «позитивных отношений с окружающими».

ФАТАЛИЗМ И СВОБОДА ВОЛИ В ВОСПРИЯТИИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

С.Г.Достовалов

В философской традиции проблема фатализма (детерминизма) и свободы воли в судьбе человека является одной из центральных. Вопрос о предрешенности событий в жизни человека, либо наличии возможности своими действиями изменить свою судьбу в той или иной форме проявляется на протяжении всей истории человечества: от древних мифических сюжетов (см. например древнешумерский «Миф о Гильгамеше» до современных философских и психологических концепций (М. Бубер, В.Франкл, С.Л. Рубинштейн и др.).

Ответ на этот вопрос позиционируется между двумя полюсами: «все, что случается, от самого великого до самого малого, случается необходимо ...ибо все совершающееся, великое и малое, наступает со строгой необходимостью, и совершенно пустое дело — размышлять о том, как ничтожны и случайны были причины, вызвавшие данное происшествие, и как легко они могли бы быть иными»[1] — «Человек же, поскольку ему свойственно осмысленное существование, всегда свободен в своем решении относительно способа собственного бытия. В его власти принимать самые различные решения, вплоть до возможности самоуничтожения»[2].

Таким образом, жизнь человека, а равно и все происходящие в ней события, в рамках различных философских подходов могут либо быть изначально запрограммированы, либо являются следствием решений и действий самого человека. Значимое место в этом ряду жизненных событий занимает феномен здоровья и болезни. Эти взаимосвязанные явления традиционно относятся к кругу экзистенциальных переживаний. Так К.Ясперс утверждал, что смысл бытия человека может раскрыться ему лишь в моменты жизненных потрясений, таких как размышления о смерти или болезнь[3]. В рамках стоического и христианского мировоззрения болезнь и претерпение ее рассматриваются как испытание, преодоление которого необходимо на пути к совершенству. В то же время сам факт болезни может рассматриваться и как испытание, ниспосланное свыше, а значит не зависящее от человека, и как следствие поступков самого человека. В определении того, как человек воспринимает болезнь, следует обратить внимание на его локус контроля. Данное понятие было введено американским психологом Дж.Б.Роттером в качестве детерминанты основных событий в жизни человека. Согласно этой идее, существует два полюса: экстернальный и интернальный локусы контроля. В первом случае (при экстернальном локусе контроля) человек считает, что все главные события в его жизни — это результат воздействия внешних факторов: случайности, везения, влияния и действий других людей и т.д. — в этом случае человек убежден, что никаким контролем над собственной жизнью он не обладает, а события, происходящие в его жизни, либо изначально запрограммированы, либо случайны, но, так или иначе, сам человек не может повлиять на ход этих событий. Во втором случае (при интернальном локусе контроля) человек воспринимает жизнь как собственное творение, а все главные жизненные события являются закономерным

---

1 Шопенгауэр А. Свобода воли и нравственность / Общ. ред., сост., вступ. ст. А.А.Гусейнова и А.П.Скрипника. М.: Республика, 1992. 448 с. (Б-ка этической мысли). С. 91.

2 Франкл В. Человек в поисках смысла. М. 1990. С. 89.

3 Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997. С. 69.

результатом его собственных решений и действий. Для определения локуса контроля личности Дж.Б.Роттером был предложен опросник, в котором выявлялась общая степень экстернальности/интернальности личности, а также проявления экстернального и интернального локусов контроля в различных сферах жизни: сфере достижений, сфере неудач, производственных (деловых) отношениях.

Для определения локуса контроля личности в ходе исследования был использован опросник УСК (опросник уровня субъективного контроля), представляющий адаптированную и модифицированную русскоязычную версию опросника Роттера[1]. Данная версия дополнена шкалами экстернальности/интернальности в сфере межличностных и семейных отношений, а также отношением к сфере здоровья и болезни. В рамках нашего исследования особое место среди обозначенных шкал опросника занимала шкала экстернальности/интернальности в отношении здоровья и болезни. Результаты по данной шкале обозначали следующее: высокий показатель свидетельствовал о том, что испытуемый считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низким показателем по данной шкале считает здоровье и болезнь результатом случая или судьбы и надеется на то, что выздоровление наступит в результате действий других людей, прежде всего врачей. Также для определения общего контроля над своей жизнью была использована методика «Mastery Scale» (L. Pearlin et al, 1981), адаптированная на российской выборке под наименованием «Шкала управления жизнью»[2]. В исследовании приняли участие 84 человека: 60 девушек и 24 юноши в возрасте 19—21 года. Полученные результаты были обработаны при помощи комплекта компьютерных статистических программ «Statistica 6.0». Итоги исследования показали, что и юноши и девушки в отношении здоровья и болезни склонны к проявлениям умеренной степени интернальности: средний показатель 3,1 (девушки) и 3,0 (юноши) при границах показателей от −12 (выраженная экстернальность) до +12 (выраженная интернальность). В то же время показатели по «Шкале управления жизнью» свидетельствуют о том, что, по мнению испытуемых, их степень контроля над собственной жизнью достаточно высока и составляет 19,8 балла (среднее арифметическое у девушек) и 22,8 балла (среднее арифметическое у юношей) при границах показателей от 7 (низкий уровень управления жизнью) до 28 (высокий уровень управления жизнью). При этом степень кон-

[1] Бажин Е.Ф. Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля. М., 1993.

[2] Достовалов С.Г. Изучение уровня управления собственной жизнью в условиях стрессовой ситуации // Психология психических состояний: теория и практика. Материалы Первой Всероссийской научно-практической конференции. Казанский государственный университет, 13—15 ноября 2008 г. Часть I. Казань.: ЗАО «Новое знание», 2008. С. 248—250.

троля над собственной жизнью по оценке юношей на статистически значимом уровне выше, чем у девушек (при $p<0,05$). Сравнение полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что сфера здоровья и болезни оценивается и юношами и девушками как несколько более фаталистичная и менее подверженная контролю, нежели другие сферы жизни. В большей степени это выражено у юношей, что вероятно объясняется половыми и возрастными характеристиками, связанными с большей склонностью к риску и меньшей склонностью к размышлениям о последствиях, вообще в большей степени свойственными юношам в сравнении с девушками[1].

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что в юношеском возрасте сфера здоровья и болезни в большей степени по сравнению с другими сферами жизни воспринимается как влияние судьбы, рока или случая. Сам человек неполновластен над этими явлениями, ходя в определенной степени именно от его действий, поступков и образа жизни, в целом, зависит, будет ли он здоров или заболеет. Очевидно, что характеристика проявлений фатализма и свободы воли, зафиксированные в данном исследовании, в значительной степени определяются возрастными характеристиками испытуемых, что обозначает перспективы дальнейших исследований по выявлению и сравнительному анализу отношения к здоровью и болезни в других возрастных группах.

ЭТНОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У РУССКИХ

Е.И.Кириленко

В современных исследованиях медицины как феномена культуры определилась тема доминирующей патологии в структуре заболеваемости в различных национальных культурах. Это преобладание может быть обусловлено общими этнодемографическими закономерностями цивилизационного развития[2]. Одновременно оно

---

[1] Битюцкая Е.В. Половые различия в когнитивном оценивании трудных ситуаций // Гендерная и кросс-культурная психология: проблемы и перспективы развития. Материалы всероссийской научно-практической конференции. Оренбург, 2005. С 21—24.

[2] По мнению этнодемографов, трем этапам развития цивилизации соответствует распространение определенных классов заболеваний. См.: Казьмина О.Е. Основы этнодемографии / О.Е.Казьмина, П.И.Пучков. М. : Наука, 1994. О смене этих стадий в развитии российской цивилизации см. Прохоров Б.Б. Здоровье россиян за 100 лет // Человек. 2002. № 2—3.

может определяться некоторыми этнокультурными константами[1]. По мнению Lynn Payer, «французские врачи неопределенные симптомы диагностируют как спазмофилию или нечто, имеющее отношение к печени; немецкие врачи рассматривают их как следствие патологии сердца, пониженного тонуса сосудов (niedrigen Blutdruck) или вазовегетативной дистонии, британцы рассматривают это как своего рода психическое расстройство, такое как, например, депрессия, а американцы будут искать, вероятно, вирусную или аллергическую этиологию»[2]. По-видимому, следует признать, что в диагностических процедурах помимо общемедицинской аргументации обнаруживает себя определенная культурная матрица, влияющая на выстраивание медицинского дискурса. Но если это так, то как она проявляется в медицинском опыте русских?

Конденсатом культурной традиции могут выступать системы мифа и языка. Именно язык наряду с этничностью и конфессиональностью «называют в числе главных факторов, создающих своеобразие культуры и ментальности народа, т.е. своеобразие его психического склада, мировосприятия, поведения»[3].

Следует обратиться к двум тематизациям в мифологической традиции и языковом сознании русских. Это комплексы представлений *сердце—кровь—грудь* и *дух—душа—дыхание*, фундаментально связанные с началом жизни и/или ее деформацией.

Сердце и дыхание — первичные характеристики человеческого «нутра». В византийском христианстве в описании «человека внутреннего» речь идет прежде всего о дыхании и сердце[4]. Русское слово «сердце» восходит к тому же общеславянскому корню, что и середина; последнее означает, в частности, «место, находящееся на равном (одинаковом) расстоянии от концов (краев) чего-либо», что и определяет особое значение этого органа. Кроме того, старшее значение русского слова «сердце» — «то, что внутри», т.е. «вместилище души»[5]. «Если пуп = центр тела, внешнего образа человека, то сердце — центр внутренней части организма»[6]. В широком значении

---

[1] О специфической структуре заболеваемости русских говорит В.Г. Власов, отмечая, что «русская народная медицина нацелена на лечение простудных заболеваний, детского диатеза (золотухи), нарывов и фурункулов, заболеваний желудочно-кишечного тракта, внутренних кровотечений, а также на облегчение страданий при ревматизме и радикулите». Власов В.Г. Современный человек и традиционная медицина // Человек. 2001. № 1. С. 30.

[2] См.: http://www.connexin.de/medizin-kultur.html

[3] Мечковская Н.Б. Язык и религия: Лекции по филологии и истории религии. М. : Фаир, 1998. С. 9.

[4] Аверинцев С.С. Поэтика ранневизантийской литературы. М. : Наука, 1977. С.63.

[5] Черных П.Я. Историко-этимологический словарь современного русского языка. В 2 т. М. : Русский язык, 2002. Т. II. С. 156, 157.

[6] Мазалова Н.Е. Состав человеческий. Человек в традиционных соматических представлениях русских. СПб. : Петерб. востоковедение, 2001. С. 59.

сердце — «нутро, недра, утроба, средоточие, нутровая середина». При этом сердце «воспринимается шире, чем просто анатомический орган», но неотделимо от него. В русской культурной традиции присутствует идущая из византийского христианства и закрепившаяся в православной культуре тема сближения сердца и материнской утробы — рождающей в муках, «теплой», сокровенной[1].

Едины, но не тождественны сердце и душа. Согласно традиции, сердце располагается под левой пазухой и в нем находится душа человека (хотя местонахождение души может быть и иным: и в норме, когда душа «на месте», и в особых случаях, когда душа может «уйти в пятки»). Сердце — вместилище чувствительности. «Сердце не камень. Сердце жалью живет». «Сердце делу не в помощь». «Такое сердце взяло, что сам бы себе язык перекусил»[2]. Сердце «ретивое», то есть скорое на проявление чувств, страстей. «Серчать» — гневаться. В христианской культуре сближение сердечного и душевного центров проявляется в том, что сердце утверждается как нравственное, духовное начало. Отдавая сердцу эмоциональную сферу, целостный опыт человека народное сознание концентрирует в душе, определяя для нее высший уровень в иерархии внутренней жизни. В народной медицине сердце место концентрации жизненных сил: к сердцу движется после заговора кровь больного. Ср. у Даля: «Всякая болезнь к сердцу»[3]. Сердце — орган кровообращения, а кровь в традиционном сознании — субстанция души, у славян — квинтнэссенция жизненной энергии, обиталище жизни[4]. Румянец — один из главных признаков живого человека. Кровотечение осмысливалось как потеря жизненных сил. Грудь — область сердца, этим определяется ее символика. Грудь — вместилище жизни, область сокровенного, самого желанного, потаенного. Бить себя в грудь — предельная степень искренности. Другое фундаментальное свойство, интенсивно мифологизированное и связанное с началом жизни в культурной традиции русских — дыхание. В славянской мифологии сохраняется память о небесном дыхании (ветер), о том, что «дыхание (= душа) человека создано от ветра, а теплота или плоть (пламя страсти) от огня (= плодотворящей молнии)». Дыхание сопрягается с главнейшими человеческими способностями — душевной и духовной. «Свидетельства языка указывают на совершенное отождествление души человеческой с веющим ветром: душа и дух — ветер, а также: мужество, бодрость, сила ума («смелый дух», «великий дух»)...». Нарушение дыхания — знак близкой угрозы: если кто-то хрипит или стонет от удушья, значит,

---

1 Топорков А.Л. Символика сердца в русских заговорах XVII–XVIII веков // Этнопоэтика и традиция. М. : Наука, 2004. С. 368, 371.

2 Даль В.И. Пословицы русского народа. М. : Эксмо, 2005. С. 72, 74, 76.

3 Даль В.И. Указ. соч. С. 80.

4 Ср.: для «азиатского духовного горизонта» характерно отождествление жизненного начала с костью. – Элиаде М. Шаманизм: архаические техники экстаза // URL : http://book.ariom.ru/txt299.html.

где-то по близости вампир[1]. Умереть в народном сознании — «испустить дух». Дыхание метафизически открывается как одухотворение. Разрушение духовного слоя культуры может переосмысливаться как нарушение дыхания. Пушкина, по словам Блока, «убило отсутствие воздуха»[2]. Можно предположить, что в культурном сознании русских повреждение жизни обнаруживает себя, прежде всего, в заболеваниях сердца и органов дыхания.

С символической нозологией могут быть соотнесены данные современной медицинской статистики. В структуре общей и первичной заболеваемости в России первое место устойчиво принадлежит болезням органов дыхания. Уровень общей заболеваемости болезнями органов дыхания составил 35,6% в 1990 году и 23,5% в 2008 году. «Второе место в структуре общей заболеваемости продолжают удерживать болезни системы кровообращения, роль которых все увеличивается» (от 9,2% в 1995 г. до 14,1% в 2008 г.). В структуре первичной заболеваемости существенна роль болезней крови и кроветворных органов, системы кровообращения[3].

СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ МЕДИКАЛИЗАЦИИ

М.Д.Ковалева, А.В.Вавренчук

Хотя болезнь коренится в теле человека, в своем социальном проявлении она выходит далеко за рамки физиологии. Процесс, определяемый некоторыми исследователями как легитимная болезнь имеет под собой иерархию власти и экономических ресурсов больного[4] (Браун 1995). Социологи используют термин *медикализация* для того чтобы объяснить как жизненные коллизии, включая все аспекты процесса взросления, и социальные проблемы, такие как алкоголизм и наркомания получили свое научное описание в среде профессиональных медиков. Медикализация дает большой список физиологически различных «болезней», которые лечатся с помощью обследований и тестов, на основе которых больным выписывают рецепты нередко на очень дорогие лекарства. Работник сферы здравоохранения всегда эксперт. То что пациент знает о своем собственном теле и его недостатках не является ни частью профилактики, поддержки стабильного состояния, и, тем более, лечения.

---

1 Афанасьев А.Н. Мифопоэтические воззрения славян на природу: в 3 т. М. : К. Солдатенков, 1865–1868. Т. 1. С.287, 392. Т. 3. С. 559.

2 Блок А. О назначении поэта // URL : http://vivovoco.ibmh.msk.su/VV/PAPERS/LITRA/POETRY.HTM

3 См.: http://demoscope.ru/weekly/2010/0417/barom01.php

4 Brown P. Themes in Medical Sociology // Journal of Health Politics, Policy and Law. 1991. Vol.13.

Медикализация неотделима то финансовой структуры медицинского обслуживания. Выделение столь большого количества физических состояний болезней увеличивает прибыль у капиталистов от медицины, например, в таких странах как США. В свою очередь, подобная практика вступает в противоречие с системами национального здравоохранения, разработанными специально для понижения расходов пациентов. Комбинация медикализации и финансовой структуры общества формирует особый стиль поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Если целью является выкачивание денег, то врачи предпримут всяческие усилия, чтобы объяснять пациенту каждый симптом как отдельную, поддающуюся лечению, болезнь. Если же в обществе стоит установка на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие длительного исследования и проверки случаи, или же комплексные медицинские проблемы. Во всех системах здравоохранения западного типа врачи используют биомедицинскую информацию, добытую и проверенную в исследовательских институтах, приоритеты исследований которых находятся в прямой зависимости от источников финансирования. В их качестве могут выступать фармацевтические компании, правительственные учреждения или частные лица. Каждый из них имеет определенный план проведения исследований. Уже при разработке плана работ исследователи знают, в интересах какой социальной группы они будут проводить свою работу. Таким образом, медикализация может сделать очень многое, чтобы превратить любой общий симптом в болезнь излечимую с помощью таблеток или инъекций и практически не в состоянии повлиять на распространение болезней, вызванных загрязнением окружающей среды, производственными травмами, бедностью или систематическими побоями.

Медицина, как правило, ассоциируется в массовом сознании с высшими общечеловеческими ценностями — гуманизмом, добротой, состраданием. Считается, что врач не может причинить сознательный вред больному. Это — один из признаков профессии[1]. Социальная опасность как результат медицинской деятельности, если и рассматривается, то лишь в контексте экстенсивного развития новых биотехнологий. В то же время, существует реальная возможность того, что врачи будут контролировать социальное поведение людей, не прибегая к специальным методам. В принципе, они могут целиком подчинить себе управление социальными процессами просто расширяя свои сугубо медицинские рекомендации и назначения. Такая опасность существует, она плохо изучена, поэтому общество пока не располагает средствами, которые можно ей противопоставить. Механизм распространения этой опасности и называется *медикализация*.

---

[1] Freidson E. Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge. New York: Harper & Row, 1970.

Процесс, в течение которого состояние или поведение начинает определяться как медицинская проблема, требующая медицинского разрешения определен как медикализация Конрадом и Шнейдером в1992 году. Медикализация — это не простая случайность, скорее — это конечная стадия в серии событий. Для того, чтобы медикализация стала социальной реальностью, одна или более организованные социальные группы должны быть заинтересованы в таком результате и иметь достаточно ресурсов (сил), (включая мнение общественности, позицию страховых компаний и органов здравоохранения) для принятия новой ситуации.

Разумеется, при некоторых обстоятельствах медикализация может быть благом, так как показывает озабоченность проблемой и предлагает достаточно действенные (медицинские) средства ее разрешения. Люди с эпилепсией, например, ведут более счастливую и более продуктивную жизнь тогда, когда принимают регулярно соответствующие лекарственные препараты. То же можно сказать и о страдающих диабетом. Однако, как мы пытались показать выше, такое восприятие медикализации может привести к ее неконтролируемому расширению, а то, в свою очередь, к негативным индивидуальным и социальным последствиям (Конрад и Шнайдер, 1992, Золя, 1972)[1].

Во-первых, определение конкретной персональной социальной ситуации как болезни отнюдь не означает повышение социального статуса человека.

Второе, когда ситуация становится медикализованной, врачи становятся единственными экспертами, следовательно, их власть над другими группами увеличивается.

Третье, когда медикализуются условия, медицинское лечение становится единственным логическим ответом на них, хотя чаще всего, причины диспропорций сугубо социальные. Медикализация может оправдывать не только добровольное, но и принудительное лечение. Ведь лечение не всегда помогает, иногда оно может принести вред.

Четвертое. Как показывают приведенные примеры, медикализация значительно расширяет ранг жизненного опыта под медицинским контролем.

Однако, основной проблемой остается проблема *манипулирования пациентами посредством медикализации*. Разумеется, медицинские работники не ставят своей целью такие манипуляции, но они, тем не менее, имеют место как результат медицинских вмешательств.

Социальное положение создает основы для поведения человека когда он здоров или болен, но нельзя не учитывать и тот момент, что пациенты представляют собой рабочий материал в руках профессионалов, оказывающих им помощь, источник дохода для организационных и финансовых структур системы здравоохранения.

Именно здесь необходим контроль со стороны общества. Но осуществляться он может только в форме этической регуляции,

[1] Conrad D. The Cultural Crisis of Modern Medicine, London, Monthly Review Press. 1992.

поскольку расширение медикализации не поддается юридической регламентации. Следовательно, *изменение содержания и форм этической регуляции необходимо для того, чтобы человечество, в результате расширения медикализации, не разделилось на две неравные группы: врачи и те, кто их боится. Биомедицинская этика препятствует превращению медицины в форму социального контроля.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТНИКОВ АЛМАЗОДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Я.А.Корнеева

Разработка и добыча нефти, газа и других полезных ископаемых проводится, как правило, в районах, характеризующихся более сложными геологическими и природно-климатическими условиями. Для работы на этой территории с чрезвычайно суровыми природно-климатическими и медико-биологическими условиями применяется такой метод работы, как вахтовый, который представляет собой «форму осуществления трудового процесса вне места постоянного проживания работников, когда не может быть обеспечено ежедневное их возвращение к месту постоянного проживания»[1].

Проживание рабочих на территории Крайнего Севера, который характеризуется тяжелыми климато-географическими условиями, выполнение производственной деятельности, связанной с освоением природных ресурсов, предъявляет высокие требования к адаптогенезу.

С одной стороны, профессиональная деятельность вахтовиков требует завершения адаптации, с другой стороны, специфика вахтового труда такова, что нередко возникают ситуации, когда человеку приходится максимально использовать адаптивные резервы, жить в условиях, приближающих организм к «лимиту» адаптационных возможностей. Поэтому необходимо разрабатывать такую организацию труда, чтобы возможно было эффективно выполнять свою деятельность вахтовикам при сохранении своего здоровья.

Проблемой адаптации к экстремальным условиям Севера занимались Н.Р.Деряпа, И.Ф.Рябинин, Г.М.Данишевский, А.М.Клочков, А.А.Айдаралиев, А.Л.Максимов, С.Г.Кривощеков, Т.Н.Шишкина,

[1] Теддер Ю.Р., Волокитина Н.К., Колыгин В.М., Грибанов А.В. Медицинские аспекты экспедиционно-вахтовых режимов труда геологов в условиях Заполярья // Проблемы охраны природы и рационального использования природных ресурсов в Северных регионах. Архангельск, 1982. С. 117.

С.В.Охотников и др. В этих работах представлен анализ физиологических механизмов адаптации, психофизиологические аспекты незавершенных адаптации, и в тоже время, успешность адаптации обусловлена мотивационно-потребностной сферой профессионалов. Работники с пониженным уровнем здоровья и при наличии определенных мотивов по отношению к труду и профессиональной деятельности способны к более успешной адаптации, чем сотрудники с высокими показателями здоровья.

Цель работы: описать психологические особенности работников алмазодобывающей промышленности при разном уровне адаптированности к труду в условиях Севера.

В исследовании приняли участие 62 работника алмазодобывающего производства в возрасте от 20 до 55 лет, которым предлагалось заполнить анкету и ряд психологических методик, направленных на выявление их социально-психологических особенностей. Были использованы следующие: Методика изучения социально — психологического климата в трудовом коллективе А.С.Михалюк и А.Ю.Шалыто; Опросник уровня субъективного контроля Дж.Роттера, Методика портретных выборов Л.Сонди; Индивидуально — типологический опросник Л.Н.Собчик; Методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса, Р.Даймонда; Методика диагностики мотивационной структуры личности В.Э.Мильмана; Психогеометрический тест С.Деллингера; «Стиль саморегуляции поведения» В.И.Моросановой.

По данным описательной статистики 4% работников обладают низким уровнем адаптивности, т.е. низкая способность человека осуществлять адаптационные перестройки и приспосабливаться к изменяющимся условиям и характеру деятельности. 40% специалистов обладают средним уровнем адаптивности, а 56% — высоким.

Таким образом, 96% работникам вахтовой организации труда алмазодобывающей промышленности характерна тенденция соответствия целей деятельности и достигаемых в ходе нее результатов. Большая часть работников являются включенными в деятельность, сопровождающуюся реализацией внутренних возможностей, способностей в данном виде производства и благоприятным эмоциональным самочувствием. Вахтовикам характерна устойчивая психическая адаптация, представляющая собой уровень психической деятельности (комплекс регуляторных психических реакций), определяющий адекватное заданным условиям среды поведение человека, его эффективное взаимодействие со средой и успешную деятельность (в том числе общение) без значительного нервно-психического напряжения. Критерием высокой адаптивности выступает внутренняя психическая комфортность человека, определяемая сбалансированностью положительных и отрицательных эмоций. Данное состояние человека проявляется в его привычной жизнедеятельности: в семье,

в кругу друзей, за привычным занятием и т.п. Понятие «успешная адаптированность» можно считать синонимом нормы, здоровья[1].

Аналогичные результаты получены по данным методики «Стиль саморегуляции поведения» В.И.Моросановой: 4,3% работников обладают низким уровнем саморегуляции, их потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения не сформирована, они более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей. У таких испытуемых снижена возможность компенсации неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей, по сравнению с испытуемыми с высоким уровнем регуляции.

50% — средним уровнем саморегуляции и 45,7% — высоким уровнем саморегуляции, они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. В сочетании с высокой мотивацией достижения способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели.

Таким образом, 95,7% работников обладают уровнем саморегуляции выше среднего. Это говорит о том, что они способны овладевать новыми видами активности, увереннее чувствуют себя в незнакомых ситуациях, их успехи стабильнее в привычных видах деятельности.

По данным методики «Уровень субъективного контроля» Дж.Роттера, 8% работников обладают низким уровнем внутреннего контроля, 80% — средним и 12% — высоким уровнем интернальности. 92% вахтовиков характерны эмоциональная стабильность, упорство, решительность, общительность, высокий самоконтроль и сдержанность. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни — результат их собственных действий, что они могут ими управлять. Они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом.

В результате проведенного однофакторного дисперсионного анализа, где в качестве независимой переменной выступала адаптивность, в качестве зависимых — результаты методик социально-психологических особенностей личности, было установлено, что чем выше адаптивность, тем выше показатели гибкости как способности перестраивать, вносить коррекции в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий (при $p=0,043$). Работники с высокими показателями адаптивности демонстрируют пластичность всех регуляторных процессов. При возникновении непредвиденных обстоятельств такие испытуемые легко перестраивают планы и программы исполнительских действий и поведения, способны

[1] Моросанова В.И., Аронова Е.А. Саморегуляция и самосознание субъекта // Психологический журнал. 2008. № 1. С. 16.

быстро оценить изменение значимых условий и перестроить программу действий. При возникновении рассогласования полученных результатов с принятой целью своевременно оценивают сам факт рассогласования и вносят соответствующую коррекцию.

Дисперсионным анализом установлена взаимосвязь адаптивности и моделирования (при p=0,05): чем выше адаптивность, тем в большей степени работники способны выделять значимые условия достижения целей как в текущей ситуации, так и в перспективном будущем, что проявляется в соответствии программ действий планам деятельности, соответствии получаемых результатов принятым целям.

Установлена взаимосвязь адаптированности с активностью личности в профессиональной деятельности, социальной полезностью (p=0,036) и творческой активностью (p=0,069), как мотиваторами трудовой деятельности.

Отмечена тенденция влияния адаптированности на уровень субъективного контроля в области здоровья и болезни (p=0,06): чем выше адаптированность, тем выше локус контроля в отношении здоровья и болезни.

Данные результаты нами проанализированы в рамках концепции адаптационных стратегий в профессиональной деятельности С.А.Шапкина, Л.Г.Дикой. По этой теории, адаптация к профессиональной деятельности представляет собой как процесс, так и «открытую систему», которая состоит из 4 компонентов: активационного, связанного с органическими и функциональными затратами, направленными на достижение поставленной цели; когнитивного — перестройку в когнитивных системах деятельности; эмоционального, определяемого динамикой эмоциональных переживаний и мотивационно-волевого, обеспечивающего координацию всех остальных компонентов[1].

В нашем исследовании выявлен активационный компонент адаптационной стратегии — рабочая активность, т.е. те ресурсы, которые необходимы человеку для процесса адаптации; когнитивный компонент — гибкость и моделирование ситуации как механизмы саморегуляции; а также мотивационно-волевой компонент — интернальность в отношения здоровья и болезни.

Таким образом, с нашей точки зрения, в процессе адаптации у человека формируется определенная стратегия, которая состоит из 4 компонентов. В каждом из этих компонентов присутствуют черты, общие для всех исследуемых, и в то же время существует отличие в индивидуальны особенностях.

---

[1] Шапкин С.А., Дикая Л.Г. Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегий адаптации // Психологический журнал. 1996. № 1. С. 20—21.

СПОРТ КАК ОБЛАСТЬ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В.Д.Кудрявцев, Г.Г.Гвинджилия, В.Г.Зибров

Как органическая часть физической культуры, спорт представляет собой соревновательную деятельность, специальную подготовку к ней, специфические личностные отношения, установку в сфере этой деятельности и его общественное значение. Цели и задачи спорта, его содержание, методы использования и формы организации развивались под непосредственным влиянием изменений в области производства и науки, идеологии и политики, педагогики и философии. Вместе с тем в сфере спорта всегда были представлены в специфически конкретных формах игра, труд, общение, познание. Главными задачами спорта является развитие массовости, спортивного мастерства и на этой основе достижение высших результатов. В этой связи необходимо отметить еще одни весьма важный аспект. С одной стороны, без массовости не может развиваться и спорт высших достижений, но, с другой стороны, и без выдающихся результатов, без лидеров спорта, выступающих на мировом уровне, не может расти спортивное мастерство начинающих спортсменов. Еще в начале XX века выдающийся французский педагог и гуманист, основатель современных Олимпийских Игр, Пьер де Кубертен писал: «Для того, чтобы сто человек занимались физической культурой, нужно, чтобы пятьдесят человек занимались спортом; для того, чтобы пятьдесят человек занимались спортом, нужно, чтобы двадцать человек специализировались в определенной области спорта; для того, чтобы двадцать человек специализировались в определенной области спорта, нужно, чтобы пять человек показывали удивительные результаты».

Однако значение спорта как вида деятельности, через которую проявляется личность, не только в демонстрации степени развития физических качеств, но и в силе духа, отваге, мастерстве, организованности, самодисциплине. В этом смысле вряд ли можно найти другое средство, которое могло бы соперничать со спортом по силе и эффективности воздействия при воспитании всех этих качеств. Сущность спорта, его социальное значение для общества определяется не только выяснением, кто из соревнующихся сильнее, быстрее и выносливее. Победитель показывает не только свои личные физические качества, но также и свой интеллект, волю, знания и опыт тренера, наставника, уровень развития целого ряда наук. Кроме того, если один выдающийся результат еще не дает достаточных оснований для выводов и обобщений, то сумма достижений (в разные годы, в разных видах спорта и на соревнованиях высокого уровня) отражает большой и сложный комплекс социальных отношений. Это все свидетельствует о том, какие созданы условия для развития спорта в стране, об уровне культуры, поскольку в высшем достижении от-

ражается в полной мере состояние науки, воспитания, обучения, технического осознания страны в целом. Спорт высших достижений органически связан с массовым спортом, хотя эта связь достаточно условна. Нельзя вывести из каждой сотни или тысячи занимающихся спортом, какое-то определенное количество людей, которые будут достаточно успешны в дальнейшем. Слишком много факторов влияют на это соотношение. К ним относятся методика отбора, степень подготовленности и квалификация тренерского состава, обеспечение базами, инвентарем, оборудованием, ценностные ориентации детей и родителей, состояние системы организации и управления. Научная теория и практика развития спорта свидетельствует о том, что он действительно имеет широкие и социально обусловленные связи с современным обществом. В частности, несомненна его огромная роль в установлении взаимоотношения между людьми и странами. Многочисленными исследованиями ученых доказано, что современный спорт по своему характеру все больше становится особой разновидностью творческой деятельности, требующей значительного потенциала интеллектуальных, нравственных и физических сил личности. Значение спорта для всестороннего и гармоничного развития личности проявляется и в том, что он, с одной стороны, является обширной областью самовыражения человека, проявления и формирования его способностей, таланта, с другой — способствует подготовке людей к различным видам деятельности, позволяет выявить через внешние формы личность. Спорт оказывает как опосредованное, так и непосредственное влияние на культурное и экономическое развитие общества, государства, народа, на образ жизни людей. Спортивная деятельность проверяет качества человека, экспериментирует подходы к раскрытию способностей. И в этом смысле спорт уникален, поскольку его деятельность дает определенные и достаточно адекватные результаты.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КУЛЬТУРЫ ОБЩЕСТВА

В.Д.Кудрявцев, О.И.Самусенков, Е.И.Самусенкова

К числу дискуссионных вопросов, которые не решены до настоящего времени, относится вопрос о разделении культуры на материальную и духовную и в связи с этим о месте физической культуры в общечеловеческой культуре. Незавершенность полемики по проблеме структуры культуры отражается и на определении места физической культуры в рамках общей культуры. Одни относят ее к духовной культуре, другие — к материальной, третьи считают самостоятельным явлением.

Однако под физической культурой порой понимают только отдельные ее составные части. Так, она рассматривается как культура телодвижений, мимики, жестов, которая развивает телесные силы. Представляются неправомерными попытки отнести физическую культуру только к материальной или только к духовной культуре. Физическая культура — это особая и самостоятельная область культуры. Она возникла и развилась одновременно с общей культурой человека. Исторический подход позволяет выявить генетические связи физической культуры с общей культурой и проследить процесс формирования физической культуры в самостоятельную систему с соответствующей ей атрибутикой. Одним из компонентов физической культуры является физическое воспитание, а позднее спорт: массовый и спорт высших достижений. Физическую культуру можно рассматривать как специфическую реакцию на потребности общества в двигательной деятельности и способ удовлетворения этих потребностей. В личностном аспекте она представляет собой ту часть общей культуры человека, которая является внутренней мерой степени развития физических сил и двигательных навыков, а также уровня жизнедеятельности человека и состояния его здоровья. Она позволяет с помощью своих специфических средств и методов раскрывать потенциальные физические возможности человека. Деятельность в области физической культуры также имеет материальные и духовные формы выражения. Воздействуя на биологическую сферу человека комплексом средств и методов, физическая культура неизбежно оказывает влияние на интеллектуальную, эмоциональную, духовную сферы, ибо физическая культура по социальной роли всегда была и будет одним из важнейших средств воспитания человека. С материальной культурой физическая культура связана процессом двигательной деятельности, который является ее главным содержанием в развитии физических качеств человека. Кроме того, она опирается на материальную базу (спортивные сооружения, снаряды, спортивный инвентарь). С духовной культурой физическая культура связана такими аспектами как наука, политика, спортивная этика, эстетика и др. Общая культура, несомненно, оказывает огромное влияние на развитие физической культуры. В то же время и культура получает от физической культуры специфическую информацию. Эта информация обогащает культуру, дает ей возможность двигаться вперед в знаниях о человеке, позволяет составлять опережающие и инновационные программы, вносить в них коррективы, оперативно воздействовать на сам процесс развития.

Таким образом, представляется правомерным рассматривать культуру как единство сторон материальной, духовной и физической культуры — как один из непременных и обязательных факторов формирования всесторонне гармонически развитой личности; физическая морально-волевая

подготовка человека к разносторонней активной и социально полезной деятельности, раскрытие физических возможностей.

Физическая культура — это особая и самостоятельная область культуры. Она возникла и развивалась одновременно с общечеловеческой культурой и является ее живой, органической частью. Культура никогда в ходе своего исторического развития не теряла связи с физической культурой, которая в свою очередь всегда опиралась в своем развитии на достижения общей культуры (наука, философия, история).

ПРОБЛЕМА СПРАВЕДЛИВОСТИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

И.М.Макеева

Справедливость является идеей, стремление к реализации которой — необходимое условие существования человеческого общества. Философская энциклопедия определяет справедливость как общую нравственную санкцию совместной жизни людей, рассмотренную по преимуществу под углом зрения сталкивающихся желаний, интересов, обязанностей в реализации различных человеческих взаимоотношений[1].

Справедливость является универсальным мерилом «правильности» организации той или иной системы общественных отношений и социальных организаций. В нашем случае мы рассматриваем систему здравоохранения.

Современное российское здравоохранение представляет собой систему разнородных по своей сути элементов и организаций, деятельность которых направлена на одну цель — обеспечение здоровья населения страны, что, безусловно, содержит в себе стремление к соблюдению справедливости. Законотворческая часть принадлежит Государственной Думе и Совету Федерации. Реализация «специальных» законов направлена на компенсацию больным отсутствующих возможностей, тем самым, приблизив их положение к равенству с другими членами общества, которые не страдают подобным недугом. Следует отметить, что законодательство в этой сфере устарело и регулируется более 40 законами, принятыми в 1993—1997 гг.[2]

Кроме того, Государственная Дума принимает бюджеты и решает, какой процент от ВВП следует выделить на нужды здравоохранения: например, 6—8%, как в развитых странах, или 3—4%, как сейчас в России[3] (совсем недавно было 2,1%). При низком финансировании не

---

1 Новая философская энциклопедия, Т.3. М. : «Мысль», 2001. С. 622.

2 Колесников С.И. Охрана здоровья населения России. Возможные изменения законодательной базы // Вестник «МЕДСИ». 2008-2009. № 2. С. 10.

3 Там же.

будет работать ни одна даже идеально задуманная система. Если пересчитать расходы на здравоохранение в России в абсолютных цифрах на душу населения в 2005—2007 гг., то это будет в 30 раз ниже, чем в США, в 10—20 раз меньше, чем в Западной Европе, и в 5 раз, чем в Чехии.

Министерство здравоохранения и социального развития является исполнительным органом в системе здравоохранения, распределяющим ресурсы, в том числе квоты на оказание высокотехнологической медицинской помощи за счет бюджетных средств. Парадокс их распределения в цифровом масштабе выглядит так: 90% средств, которые тратятся сегодня на развитие биотехнологий, адресованы на те болезни, которые актуальны для 10% мирового населения, и только 10% средств, расходуемых на биомедицинские исследования, идут на заболевания, которые преобладают у 90% населения (проблема «10 к 90»)[1].

Встает проблема справедливости и при проведении клинических исследований лекарственных препаратов.

Особым аспектом проблемы справедливости является назначение платных услуг и оказание бесплатной помощи. Полный переход на систему страховой медицины по примеру развитых западных стран в России затруднен из-за малых доходов населения, полный отказ от бесплатной бюджетной медицинской помощи также нецелесообразен по опыту тех же западных стран, которые сейчас находятся в поиске рациональной и справедливой организации здравоохранения. Разработка политики в области здравоохранения в европейских странах все более переносится от страховых компаний, профсоюзов и общественных организаций в правительство. Именно в государстве общество видит гаранта защиты справедливости путем обеспечения доступа граждан к медицинской помощи и эффективности путем коррекции негативных последствий рыночных отношений.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) сочетает в себе солидарность застрахованных в оплате медицинских услуг и некие государственные гарантии в силу того, что эти фонды учреждены государственными структурами и находятся под контролем государства.

Национальная политика здравоохранения в стране всегда должна отражать политическую цель — достижения и обеспечения справедливых отношений в обществе.

К ее основным принципам можно отнести следующие:

1. Поскольку болезни и несчастные случаи поражают людей в произвольном и неравномерном порядке, справедливым основанием для установления различий является степень потребности в медицинской помощи.

2. При попытке определить приоритеты для различных потребностей в медицинской помощи особое внимание должно уделяться

[1] Юдин Б.Г. Социальная справедливость как проблема биоэтики. www.zpu-journal.ru/gumtech/projection/articles/2007/Yudin/ 20 ноября 2008 г.

самым обделенным членам общества, так как обычно их свобода в улучшении своего здоровья урезается наиболее сильно.

3. Необходимо определить, что должен включать в себя минимальный уровень медицинской помощи, предоставляемый каждому. Этот минимум должен определяться в соответствии с тем, что требуется для того, чтобы у каждого человека были равные возможности реализовать свою личную свободу. Необходимо обеспечение профилактических мер, направленных на предотвращение заболеваний, препятствующих реализации человеком своего потенциала.

4. Вопросы социальной справедливости должны найти свое место в национальных планах развития здравоохранения; их следует определять в контексте общих целей политики здравоохранения и политики социально-экономического и культурного развития.

5. Социальная справедливость в здравоохранении должна реализовываться исходя из признания того, что:

а) каждый человек имеет право на охрану своего здоровья;

б) необходимо принимать во внимание возможности и стремление каждого человека к укреплению своего физического и духовного здоровья;

в) каждый гражданин должен иметь возможность реализовать свой потенциал в тех областях, которые представляются данному индивиду наиболее важными и ценными для него.

6. Социальная политика в области здравоохранения должна строиться с учетом обеспечения правовых, экономических, организационных и информационных условий вовлечения институтов гражданского общества в выработку и реализацию политики в области здравоохранения;

7. В целях контроля над реализацией принципов социальной справедливости необходима *систематическая оценка мероприятий в области поддержки и укрепления здоровья граждан*. Чтобы оценка была эффективной, она должна быть включена в программы обеспечения права на здоровье на всех ступенях и этапах. Существенную роль в этом могут сыграть независимые междисциплинарные этические комитеты, действующие в целях:

а) консультирования по этическим проблемам в клинической медицине;

б) оценки научно-технического прогресса, выработки рекомендаций и руководящих принципов на основе норм биоэтики и прав человека;

в) оценки соответствующих этических, правовых, научных и социальных проблем, касающихся исследовательских проектов, объектом которых является человек;

г) содействия обсуждению, просвещению и информированию общественности по вопросам биоэтики и ее привлечению к их решению.

ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ РОССИИ И СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Н.Н.Лукин

Культивируемая сегодня парадигма социально-экономического развития нашей страны как путь частнокапиталистического движения, на наш взгляд, представляется достаточно проблематичной по целому ряду причин, проявившихся в ходе возникшего в конце 2008 года социально-экономического и финансового кризиса ряда ведущих стран мира. Коснулось это и правовых реалий, закрепляющих основы существования этих стран в основных сферах их жизнедеятельности — материальной, духовной, общественно-политической, социальной (в узком смысле), заставив правящие круги данных государств принять ряд ключевых решений о корректировке социально-экономического направления развития в сторону усиления роли государства в регулировании упомянутых сфер жизнедеятельности.

В чем проблематичность культивирующегося в России частнохозяйственного пути развития? Она, по нашему мнению, заключается в следующем.

В экономической (материальной) сфере жизни общества частнокапиталистический путь развития в условиях глобальной экономики ведет (и уже в большей своей части привел в условиях финансово-экономического кризиса) к непредсказуемым колебаниям рыночной конъюнктуры во всех сферах экономической структуры мирового общественного хозяйства со всеми вытекающими отсюда последствиями. Это сокращение ВВП, рост безработицы (в России число безработных на пике кризиса составило более 7 млн. человек (сейчас, по официальным данным, 6 млн. человек), социальная нестабильность, политическая неустойчивость, правовой негативизм и т.д.

Тем более в условиях ожесточенной рыночной конкуренции правящих государством (государствами) основных финансово-промышленных групп, методы достижения основных целей которых (прибыль любой ценой) далеки от принципов права, равенства, справедливости, что предопределяет отсутствие в сложившихся условиях единого правового пространства как на уровне регионов, некоторых стран, на международном правовом пространстве единого, основанного на коренных принципах естественного права, подхода к оценке явлений социальной реальности. Отмеченное, к сожалению, очень ярко проявляется в социально-экономических и правовых реалиях Российской Федерации, где регулирующая роль государства в важнейших областях жизни весьма незначительна, что в значительной мере сказывается на характере общественных отношений, особенно в социальной сфере и правовом регулировании жизнедеятельности общества.

Это тем более парадоксально на фоне антикризисных мер, принятых в США и ведущих странах Евросоюза, объявивших о нежизнеспособности частнохозяйственного капитализма и необходимости в связи с этим социализации общественных отношений. Стоит такая задача и перед нашей страной в условиях усиливающегося тренда к дезинтеграции общества.

Последнему в условиях частнохозяйственного капитализма способствует падение духовности общества, значительное снижение его нравственного потенциала при широком проникновении через СМИ «массовой» культуры Запада, что детерминирует сам характер культивируемого в стране общественного строя в его частнохозяйственном варианте, являющемся, если можно так выразиться, «бездуховно-безнравственным» в основных своих проявлениях. И прежде всего в дезинформации социума.

По мнению некоторых известных политических деятелей, а также ряда сотрудников средств массовой информации, в демократическом обществе СМИ имеют право не только на информацию, но и на дезинформацию. А это — показатель не столько демократичности общества, сколько духовно-нравственного и культурного его оскудения.

Отсюда — падение политической и правовой культуры социума и отдельных его представителей, чему способствуют условия глобализирующегося мира и его информатизации, превращая человека в так называемого «инаби» (информационно-нано-биотехнологического человека)[1] со всеми вытекающими отсюда последствиями в настоящем, а также ближней, средней и долгосрочной перспективе развития социума.

Коснулись данные тенденции и такой важнейшей сферы жизни общества, как медицина, где, в отличие от тех же США и стран Евросоюза, проводящих курс на социальную защиту населения в области медицинского обслуживания, происходит расширение платных медицинских услуг, причем не всегда качественных.

Кроме того, усилению указанной тенденции способствует культивируемая государством парадигма частнохозяйственного развития страны. В этом контексте понятно заявление одного из руководителей Минсоцздрава о возможности отмены лицензирования на медицинскую деятельность.

Опасность последнего состоит в том, что нелицензированная медицинская деятельность может принести не просто вред здоровью населения, а повлечь за собой перманентное социальное явление, не контролируемое приобретающим корпоративный характер законодательством со всеми вытекающими отсюда последствиями для общества, государства, личности, социального здоровья нации.

---

[1] Подробнее см.: Ваджра А. Путь зла. Запад: матрица глобальной гегемонии. М., 2006; а также: Делягин М.Г. Возмездие на пороге. Революция в России: когда, как, зачем? М., 2007; Шубин А.В. Великая депрессия и будущее России. М., 2009.

Таковы, на наш взгляд, лишь некоторые перспективы культивируемой в России парадигмы частнокапиталистического пути развития в контексте возможных последствий для общества и государства в целом и социальной медицины, в частности.

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ АНКЕТИРОВАНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В МЕДИЦИНЕ

М.В.Наваркин, Е.С.Гацура

Характерное для текущего момента ухудшение демографических показателей в РФ, нарушение экологического равновесия, социальная стратификация и ряд других негативных социально-экономических факторов закрепляют за медициной статус социального института. Предметом ее изучения становятся проблемы, находившиеся ранее в категорийном поле философии и социологии. В частности, к таковым относятся цели, принципы, кодексы медицины, степень их согласованности с ценностями общества; структура и функции медицины; символы медицины; статусы и роли врачей, пациентов, государства и регуляция отношений между ними; система профессиональной стратификации: определение статуса медицинских специальностей и профессий, система профессионального образования и профессионального отбора, измерение здоровья и отношение к здоровью как социально-культурному феномену.

Естественно, что социологический метод исследования в медицине становится одним из ведущих. Опросы проводятся настолько часто, что подчас воспринимаются как главный и чуть ли не единственный метод социологии. Такая оценка ошибочна, т.к. в социологии имеется множество неопросных методов сбора информации.

Кроме того, многим исследователям опросные методы кажутся наиболее легкими и удобными, применимыми во всех случаях. Это — еще одно заблуждение. Не следует думать, что исследовательские возможности опросов безграничны. Данные, полученные опросными методами, выражают субъективные мнения опрошенных (респондентов). Их нужно сопоставлять с информацией объективного характера, которую должно нарабатывать иными способами. Наибольший исследовательский эффект опросы дают лишь в сочетании либо с контент-анализом, либо с наблюдением, либо с экспериментом. На это еще в середине прошлого века указывали не только зарубежные исследователи, но и отечественные ученые в области социологии медицины: Д.А.Бирюков, Н.И.Гращенков, В.М.Жданов, А.М.Изуткин, О.В.Кербиков, Ю.П.Лисицын, В.Ф.Сержантов, Б.Я.Смулевич, Г.И.Царегородцев, Л.Я.Аверьянов и другие.

Тем не менее, стоит признать, что сегодня опрос (анкетирование и интервьюирование) — самый распространенный метод сбора первичной информации во многих областях научных знаний. С его помощью получают почти 90% всех социологических данных. В каждом случае опрос предполагает обращение к непосредственному участнику и нацелен на те стороны процесса, которые мало поддаются или не поддаются вообще прямому наблюдению.

Так, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ в течение 2 лет проводится исследование, посвященное взаимодействию врачей первичного звена с представителями фармацевтических компаний. В качестве инструментария (документ для регистрации каждой единицы наблюдения) была взята специально разработанная «Анкета для оценки эффективности взаимодействия врача первичного звена с медицинским представителем (МП) фармацевтической компании». В соответствии с поставленными задачами исследования, нами были выделены следующие разделы анкеты: (1) вопросы, относящиеся к фактическому взаимодействию врача и МП; (2) вопросы о самопозиционировании врача относительно МП; (3) вопросы, связанные с лекарственной практикой врачей; (4) вопросы об этических аспектах взаимодействия с МП; (5) блок персональных вопросов. По возможным вариантам ответов респонденты могли дать одновалентный ответ, поливалентный ответ, дихотомичный ответ, ответ на открытый вопрос, ответы на вопросы-ловушки в парах. В соответствии с принятыми правилами и рекомендациями нами поэтапно была проведена следующая работа: (1) глубинное интервью в малых группах (фокус-исследование) с целью выяснения заинтересованности врачей в подобном опросе; (2) первая серия анкетирования (пилотное исследование), которая позволила нам уточнить однозначность восприятия вопросов респондентами, изменить некоторые варианты ответов, а также выбрать дизайн и типографскую верстку содержательной части анкет; (3) вторая серия анкетирования (диагностическое исследование, аудит) доказала правильность предыдущих этапов; все респонденты отвечали на вопросы в полном объеме и, наконец, (4) рабочее анкетирование. Примечательно, что замечания, которые были высказаны врачами, чаще всего касались этической стороны метода анкетирования. Ниже представлены некоторые наиболее часто встречающиеся пожелания:

- анкетирование должно представлять собой диалог заинтересованных людей (в процессе анкетирования респонденту важно иметь возможность задавать уточняющие вопросы исследователю);
- анкета должна быть корректной (вопросы анкеты должны учитывать личность, социальный статус, профессиональную стратификацию, специфику работы респондентов);

- анкета должна быть технически выверенной (графическое изображение, типографская верстка, язык, количество вопросов);
- результаты исследования должны становиться известными респондентам (наличие обратной связи);

Интересно, что анонимность не являлась для наших респондентов самым главным и непременным условием участия в опросе.

Надо заметить, что проблема анонимности занимает не последнее место в методике опроса. Правильно построенное и проведенное исследование предполагает как одно из первейших и важнейших условий сохранение полной анонимности или, в крайнем случае, обеспечение тайны ответов респондентов. Только при соблюдении этого условия можно надеяться на получение искренних ответов и достоверных результатов. Большинство авторов придерживается того мнения, что «основа любой тенденциозности кроется в осознанном или неосознанном предположении анкетируемых, что их ответы могут использоваться как их персональные характеристики. Вот почему к анкетным исследованиям предъявляется категоричное требование, чтобы полученные индивидуальные сведения использовались только для статистических целей, ни в коем случае и ни при каких обстоятельствах они не могут служить в качестве индивидуальной информации об анкетированном лице».

Безусловно, не следует чрезмерно преувеличивать роль анонимности и боязнь респондентов отвечать на вопросы, даже самого интимного плана. В большинстве случаев опрашиваемые врачи нам доверяли и понимали, что их ответы будут использованы в научных целях. Кроме того, многие респонденты нашего исследования использовали анкеты в качестве возможности выразить свое личное мнение относительно взаимодействия с представителями фармацевтических компаний или использовали анкету как своеобразную трибуну выражения негативного отношения к тем или иным порядкам, существующим на сегодняшний день в системе здравоохранения, высказывали критические замечания и предложения по устранению недостатков.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ АНАЛИЗЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САНОГЕНЕЗА У СПОРТСМЕНОВ

А.М.Перхуров, Б.А.Поляев

Подготовка спортсменов к ответственным соревнованиям сопряжена с расширением адаптационных возможностей организма, созданием структурно-функционального резерва, раскрытием

способностей в совершенствовании психофизиологического статуса индивида. Когда говорим о саногенетическом пути развития функциональной подготовленности (ФП) спортсменов, мы имеем в виду, прежде всего, достижение ими высокого функционального состояния (ФС), диагностика которого имеет большие трудности. Теоретическими постулатами подхода могут стать положения о донозологической функциональной диагностике (ФД), активно развивающейся в последние годы (А.М.Перхуров, Б.А.Поляев, 2006).

При оценке саногенетического аспекта развития ФП спортсменов нужны количественные критерии, характеризующие степень целостности функционирования организма. Наиболее надежными их можно получить, применяя методы Восточной медицины и философии (Д.М.Табеева, 1980; С.Калмыков, 1994; Лувсан Гаава, 2000; И.Ш.Ахмятов, 2004 и др.).

Теоретическая основа древневосточной медицины представлена концепциями *ИНЬ-ЯН* (учение о «полярности сил»), *У-СИН* (учение о «пяти первоэлементах»), *ЦИ* (теория «жизненной энергии»), концепцией органов *ЧЖАН-ФУ* (полных и полых), а также концепцией *КАНАЛОВ* (меридианов).

Для проведения ФДИ в донозологическом аспекте, нами предложен комплекс методик, в который входят: ЭКГ-исследование, велоэргометрическая проба PWC_{170} и электропунктурный (по Накатани) комплекс «Диакомс». Выбраны показатели, которые имеют разнообразие внутригрупповых и межсистемных связей и носят многофункциональный характер.

1. Функциональный индекс ЭКГ (ФИэкг) характеризует уровень морфофункциональной перестройки сердца при адаптации к нагрузкам, указывает на наличие резерва в деятельности СС-системы;

2. Показатель физической работоспособности (PWC_{170}/кг) оценивает уровень аэробного механизма энергообеспечения, выявляет индивидуальные границы оптимальных нагрузок, развивающих качество выносливости;

3. Показатель врабатывания ЧСС на нагрузку небольшой мощности (N_1/кг) до уровня 120 уд/мин; определяет уровень статуса функциональной системы под возмущающим действием нагрузок, наличествует о признаках ее устойчивого (гомеостатического) состояния;

4. Показатель восстановления гемодинамики в тестирующей нагрузке ($ДП_3$); определяет скорость возврата показателей к своему константному состоянию, оценивает качество устойчивости ФС;

5. Соотношение сфер *ИНЬ* и *ЯН* (И/Я) — отражает соотношение парасимпатической и симпатической систем; выявляет состояние ЭП паренхиматозных (*ЧЖАН*) и полых (*ФУ*) органов тела; указывает на преобладание внутреннего состояния над воздействием внешней среды (нагрузок).

Показатели ФИэкг и ИНЬ/ЯН носят статичный, тогда как параметры велоэргометрической пробы (PWC_{170}, N_1/кг и $ДП_3$) — динамичный характер; первые указывают на резерв организма, вторые — на устойчивость адаптационных реакций в нагрузках.

Между выбранными показателями установлено наличие корреляционных связей. Так, у ФИэкг наибольшая — с параметром $ДП_3$, затем — с показателем PWC_{170}, и меньшая — с параметром $ДП_3$.

При сопоставлении с меридианами риодораку у выбранных показателей ФДИ наиболее высокая корреляционная связь отмечена: у PWC_{170} — с меридианом Пч, который в сочетании с меридианом МП образует первоэлемент *ВОДА*; у N_1/кг — с меридианом ЛС, который в паре с меридианом СС образует первоэлемент *ОГОНЬ-2*; у $ДП_3$ — с меридианом Ж, который в паре с меридианом ПС составляет первоэлемент *ЗЕМЛЯ*; у ФИэкг — с меридианом Тн, который в паре с меридианом С представляет первоэлемент *ОГОНЬ-1*.

Таким образом, три показателя (ФИэкг, N_1/кг и $ДП_3$) определены янскими меридианами (ЛС, Тн и Ж) и лишь один (PWC_{170}) — иньским меридианом (Пч). По представлениям Восточной медицины *ЧЖАН ПОЧКИ* «состоят из почек, надпочечников и половых желез» (А.И.Фалев, 1999).

По расчетным показателям ЭПД «Диакомс» параметры переходных процессов в пробе (N_1/кг и $ДП_3$) определены лишь тканевым «уровнем» адаптации, тогда как показатель работоспособности PWC_{170}, отражающий активацию скелетных мышц в нагрузках — как тканевым, так и гуморальным «уровнями».

Работоспособность (через меридиан Пч) отражает состояние эрготропной, а восстановление (через меридиан ПС) — трофотропной системы организма.

Что касается корреляционных связей между данными ФДИ и отношением *ИНЬ/ЯН*, то наиболее ее высокая величина отмечена у параметра врабатывания, несколько ниже — у показателя работоспособности и затем — у параметра восстановления.

На следующем этапе анализа была рассмотрена взаимозависимость между первоэлементами в отражении функций согласно концепции *У-СИН* (рис. 1.)

В цикле *У-СИН* первоэлемент *ЗЕМЛЯ* противостоит первоэлементу *ВОДА* (Вода может залить Землю); это означает, что восстановление противостоит работоспособности (чем больше объем выполненной работы или выше ее интенсивность, тем активнее должно быть восстановление). Первоэлемент *ВОДА* противостоит *ОГНЮ* (Вода тушит Огонь); в свою очередь, ОГОНЬ созидает *ЗЕМЛЮ* (вулканическое извержение создает Землю).

Первозлемент *ВОДА* (работоспособность) находится в деструктивной (седативной) связи с первоэлементом *ЗЕМЛЯ* (восстановление).

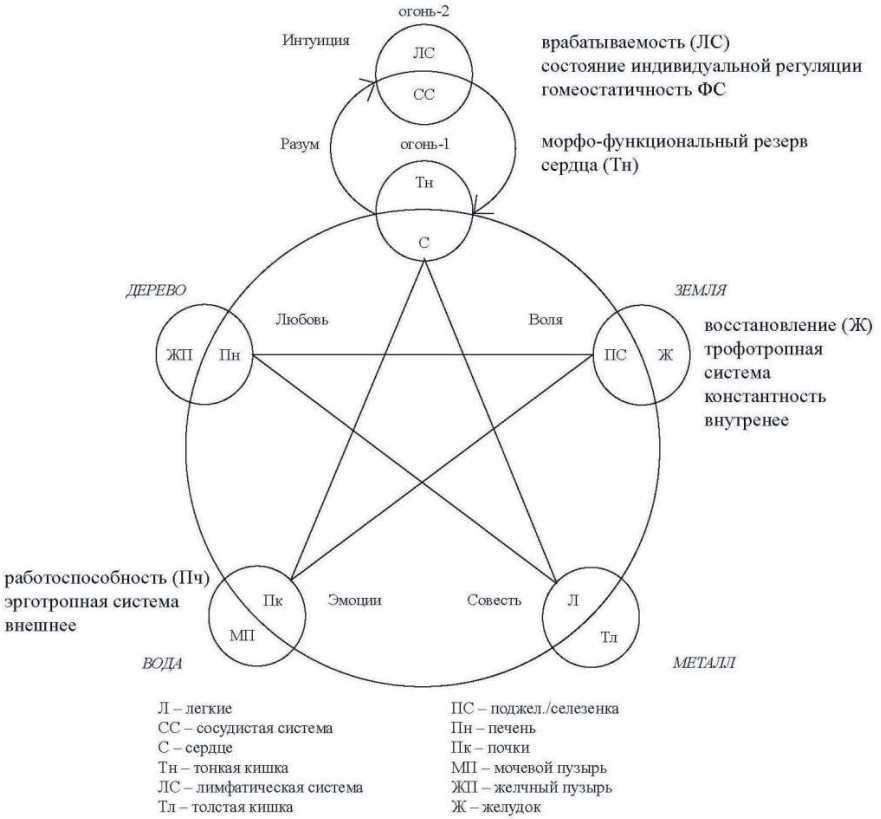


Рис. 1. Основные органы и системы регуляции в цикле У-СИН в сопоставлении с показателями функционального исследования спортсменов.

Первоэлемент *ОГОНЬ-1* (резерв сердца) противостоит первоэлементу *ВОДА* (работоспособность), но имеет созидательную (тонизирующую) связь с первоэлементов *ОГОНЬ-2* (гомеостатическая устойчивость организма). Кроме того, первоэлемент *ОГОНЬ-1* (резерв сердца) сам оказывает воздействие созидательного (тонизирующего) характера на первоэлемент *ЗЕМЛЯ* (восстановление).

От непосредственного участия в связанной с физическими нагрузками деятельности незадействованными оказались первоэлементы *МЕТАЛЛ* и *ДЕРЕВО*, что можно увязать с янским характером деятельности ФУ-органов: избавлением организма от отработанных в ходе жизнедеятельности (выбросе) продуктов: воздуха (меридиан Л), пищи (меридиан Тл) и желчи (меридиан ЖП).

Показатели резерва сердца и переходных процессов в функциональной пробе (врабатывание и восстановление), отражающие внутреннее

состояние организма, носят нуменальный характер, тогда как, будучи внешним проявлением жизнедеятельности организма, работоспособность можно отнести к проявлениям феноменального характера.

Следующий уровень анализа выбранных показателей ФДИ связан с отражением ими энергии *ЧИ*, разновидности которой тесно связаны с системой первоэлементов (А.Д.Овсепян, с/а, 2001). Так, первоэлемент *ВОДА* (работоспособность) связан с наследственной *ЧИ* организма и располагается в меридиане Пч. Первоэлемент *ЗЕМЛЯ* (восстановление) соотносится с состоянием *ИНЬ-ЧИ*, которая регулирует все метаболические системы организма, происходит от чистой *ЧИ* пищи и воды и располагается в меридиане ПС. Первоэлемент *ОГОНЬ-1* (резерв сердца) связан с защитной *ЧИ*, которая образуется из *ЧИ* пищи и чистого *ЧИ* Вселенной, контролирует теплообмен и кровенаполнение тканей.

По психологической характеристике (В.В.Лакин, 2003), при анализе материала спортсменов в цикле *У-СИН* оказались задействованными: гомеостатическая устойчивость — на уровне *ИНТУИЦИИ* (*ОГОНЬ-2*); резерв сердца — на уровне *РАЗУМА* (*ОГОНЬ-1*); восстановление — на уровне *ВОЛИ* (*ЗЕМЛЯ*) и работоспособность — на уровне *ЭМОЦИЙ* (*ВОДА*).

Таким образом, эмоциональный склад личности (*ВОДА*) может служить сбивающим фактором психической жизни спортсмена как в разумной деятельности (*ОГОНЬ-1*), так и в волевых проявлениях (*ЗЕМЛЯ*).

Результаты проведенного анализа материала исследований спортсменов можно утвердительно считать положительными. Выявлены новые взаимосвязи между интегральными показателями функционально-диагностического исследования, меридианами риодораку и другими критериями Восточной медицины. Это позволило системным образом представить интегральный характер изучаемых показателей и подтвердило верность их выбора в аспекте донозологии.

Основные выводы касаются взаимосвязи показателя резерва сердца с переходными процессами при нагрузке и уровнем работоспособности. Подтверждена важность оценки функционального состояния спортсменов по параметрам регуляции и показателю резерва сердца. Оказалось, что врабатывание, резерв сердца и восстановление находятся последовательно в тонизирующей связи, а работоспособность находится с ними в седативной связи.

Показатель резерва сердца, определяемый состоянием системы регуляции, гармонической устойчивостью метаболических процессов, оказывает поддержку восстановлению, которое всегда носит индивидуальный характер. Это вполне согласуется с данными наших врачебных наблюдений: восстановление является первичным физиологическим качеством, носящим независимый от других показателей характер. Отсюда возникает представление об его онтологической

привязанности. То же можно отнести и к качеству врабатывания, которое тесным образом связано с отношением сфер Инь/Ян.

Физиологически сильная сторона скелетной мускулатуры при выполнении физических нагрузок — это ее участие в гуморальной регуляции.

Практические рекомендации для врача могут касаться важности улучшения восстановления как пускового звена в дальнейшем повышении работоспособности спортсменов.

ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ В ОБЩЕСТВЕННОМ СОЗНАНИИ

А.А.Рогожникова, А.Н.Петрухина

Одной из важнейших социальных проблем является проблема детской инвалидности и не просто детской инвалидности, а именно проблема адаптации инвалидов в обществе. Если говорить о статистических данных, то численность инвалидов у нас с каждым годом растет, встречаются следующие цифры: в 1980 году их было зарегистрировано около 50 тысяч; в 1990 году — 155 тысяч. На первое января 2005 года численность инвалидов, находящихся на учете в органах социальной защиты составило 593 тысячи, то есть, 2% всех детей России[1]. Исходя из приведенной статистики, настораживает рост детской инвалидности в нашей стране.

Очень важна проблема именно адаптации инвалидов в социальном обществе. Проблема адаптации во многом зависит от того, как люди их воспринимают. Поэтому представляется важным проследить проблему восприятия инвалидов в обществе. На основании проведенного социального опроса среди студентов Рязанского государственного медицинского университета, можно сделать вывод, что общество пока не способно воспринимать детей-инвалидов. Например, из 100 опрошенных только 18 согласились учиться с инвалидами, а 10 не замечают их присутствия в обществе. Хотя одновременно нужно отметить, что все опрошенные считают, что инвалиды должны жить полноценной жизнью. Можно выделить специфику общественного сознания. С одной стороны, мы воспринимаем их как полноценных членов общества, а с другой стороны не каждый из нас проявляет желание общаться с инвалидами. В душе мы все добрые, а как дело касается лично тебя, ты начинаешь сомневаться или даже немного побаиваться общения с ними.

Зачастую инвалидов считают второсортными членами общества. Опираясь на статью Сошинского (физик, преподаватель МГУ) можно сделать вывод, что инвалидность это еще не приговор. И среди таких

[1] Инвалидность детского населения России. М., 2008.

людей можно найти таланты. Вот, например, девочка Соня, больная аутизмом, не потеряла смысл жизни. С 6 лет она пишет стихи и отвечает на такие вопросы, на которые не каждый из нас, взрослых и умных, решится ответить. Одно не из многих ее высказываний: «Душа — это пустое место в человеке, которое человек может заполнить Богом, или сатаной»[1].

Вот еще один яркий пример, с которым мы знакомы собственнолично. Саша, это молодой парень, который страдает заболеванием опорно-двигательного аппарата, но не смотря на это он учится в Рязанском Государственном университете им. С.А. Есенина и входит в состав молодежного парламента Рязанской области, где занимается проблемой инвалидов в Рязани. Своими силами он организовал выставку картин детей-инвалидов в Германии. Также следует отметить, что проблема инвалидов обсуждалось 3октября 2008 года за круглым столом. В нем принимали участие движение «За права человека», общество «Мемориал», Всероссийское общество слепых и т.д. В ходе встречи представители общественных организаций обсудили меры, необходимые для обеспечения соблюдения законодательства о правах инвалидов. Участники круглого стола пришли к выводу, что необходимо усиление общественного контроля за действиями (или бездействием) властей по решению проблем маломобильных групп населения: было предложено инициировать создание экспертного совета при Губернаторе области и института Уполномоченного по правам человека в регионе. Рязанский «Мемориал» предложил провести серию общественных акций, чтобы добиться выделения из областного бюджета дополнительных средств на улучшение работы службы социального такси для инвалидов, так как на данный момент всю Рязанскую область обслуживает только одна специально оборудованная машина[2].

Такие провинциальные города как Рязань не приспособлены для передвижения инвалидов. Анализ зданий показал, что поликлиники не снабжены пандусами. В то же время приятной тенденцией является то, что после реконструкции памятника, который был воздвигнут в честь памяти погибших солдат в Великой Отечественной войне, на площади Победы к 9 мая был построен пандус.

Также при участии Рязанского регионального отделения ЛДПР в Рязани прошло первенство области по футболу среди инвалидов с болезнью опорно-двигательного аппарата. Его участниками стали команды из Рязани, Москвы, Ухоловского и Михайловского районов Рязанской области. Рязанское региональное отделение ЛДПР совместно с организаторами соревнований (комитет по физической культуре и спорту, областная организация общероссийской обще-

[1] Дети-инвалиды: социальные проблемы и неожиданные открытия // Православие и мир URL : http://www.pravmir.ru/article_1895.htme

[2] http://www.molparlament.ryzan.ru

ственной организации ВОИ) наградило команды-победители партийной символикой, кубками и медалями. Первое место заняла команда «Легион» (Рязань), второе — «Факел» (Михайлов), третье — «Сорас» (Москва). Такие соревнования дают инвалидам почувствовать, что они полноценные граждане, которые также имеют право на все, что доступно каждому здоровому человеку.

Таким образом, для того чтобы решить проблему детской инвалидности, нужно работать с общественным сознанием. На экранах нашего телевидения больше выпускать различную социальную рекламу, заниматься реабилитацией детей-инвалидов, оказывать материальную и моральную поддержку, не ущемлять в правах и возможностях, позволить полноценно развивать и реализовывать себя в обществе.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ЗАНЯТОСТЬ: КОМПРОМИСС ИЛИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ?

И.С.Соколова

В современных условиях, когда хронические заболевания приобретают все большую распространенность, влияя на качество жизни людей, приводя зачастую к той или иной степени длительного или пожизненного ограничения трудоспособности, встает вопрос о личном, индивидуальном выборе каждого человека, постоянно находящегося в состоянии между здоровьем и болезнью, касающемся стратегии его поведения на рынке труда. Конечно, позиция другой стороны — работодателей — также важна и влияет на эту стратегию, поскольку на сегодняшний день со стороны многих из них сохраняется дискриминация людей с ограниченными возможностями здоровья. Так, М.Л.Новиков выделяет две причины подобного положения: «Эта дискриминация может строиться на предубеждениях со стороны работодателя к тем, кого он считает “ненормальными”, либо на его мнении о том, что люди с инвалидностью не могут эффективно трудиться»[1]. Однако нас будет интересовать именно позиция индивида, имеющего хроническое(ие) заболевание(я), в его представлении, собственном восприятии или/и объективно способное(ые) воздействовать на его трудоспособность, качество труда, конкурентоспособность. В особенности острой эта проблема

[1] Новиков М.Л. Необходимость и форма дополнительной подготовки людей с инвалидностью к процессу трудоустройства на основе опыта работы РООИ «Перспектива» // Проблемы социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в современное общество: материалы Междунар. науч.-практ. конф. М. : Изд-во МГСГИ, 2010. С. 189—190.

оказывается не в ситуации, когда человек хочет работать или уже работает в специализированной организации, объединяющей людей с аналогичными трудностями, а когда он пытается адаптироваться в трудовом коллективе, состоящем преимущественно из здоровых лиц. Наибольшие сложности могут возникать у тех, кто получил травму или заболел не в детстве, а в более позднем возрасте, поскольку они невольно сопоставляют свой опыт «здоровой» жизни с нынешним, прежние возможности с имеющимися, что, в частности, затрагивает и трудовые навыки.

Нередко сознательный отказ от поисков работы и трудоустройства самих людей с ограниченными возможностями здоровья рассматривается и толкуется как инфантилизм и иждивенчество, которые демонстрируют лица, относимые к соответствующему психотипу. По нашему мнению, данный подход существенно упрощает видение этой темы, не предполагая глубокого анализа причин происходящего и его сущностных оснований. Сейчас зачастую не учитывается феномен индивидуализации манифестаций того или иного заболевания у каждого конкретного индивида, что накладывает отпечаток на процессы его адаптации в целом и адаптации к труду. «...Больной — это болезнь, приобретшая особенные черты, данная здесь тенью и рельефом, вариациями, нюансами, глубиной...», — подчеркивает М.Фуко[1].

Кроме того, при использовании такого подхода забывают и о том, что практически всегда болезнь ведет к резкому падению самооценки человека, которое как управляющее начало воздействует на все сферы его жизни и деятельности, в том числе и на социальную адаптацию в пределах рынка труда.

Человек с ограниченными возможностями здоровья задумывается не только о том, будет ли качество его труда соответствовать требованиям работодателя, которые постоянно возрастают, сможет ли он работать наравне с другими сотрудниками. Основным вопросом в рамках темы, которая нас интересует, является вопрос о том, будет ли он соответствовать своим собственным требованиям, не отразятся ли эти ограничения на результатах работы, которые он сам хочет получить. И здесь может возникать выбор между стремлением к наилучшим результатам и желанием отказаться от трудовой деятельности при осознании влияния ограничений. Потребность в самореализации и самовыражении, с одной стороны, и осознание невозможности достигнуть возможного вне болезни совершенства, с другой, — тот разрыв, который проявлен в жизни даже вполне успешного в социальном плане человека с ограниченными возможностями здоровья. В.М.Розин отмечает, что «с социальной точки зрения (а именно на нее ориентирован медицинский дискурс) здоровый — это тот, кто эффективно функционирует», однако «для личности здоровье — это

[1] Фуко М. Рождение клиники. М. : Смысл, 1998. С. 41

не только и не столько возможность эффективно действовать в социальном плане, сколько полноценно реализовать себя»[1].

Во многом, как нам представляется, поведение индивида с ограниченными возможностями здоровья предопределяется характером течения его недуга. Если состояние человека достаточно стабильно, он может приспособиться к нему и целенаправленно занять определенную позицию на рынке труда или вне этого рынка.

Прогрессирующая болезнь сопряжена с ожиданиями ухудшений, беспокойством за жизнь и тем более становится источником постоянных и усугубляющихся сомнений в собственных возможностях, в частности, в способности к полноценной трудовой деятельности.

В философском плане весьма противоречивыми оказываются случаи так называемой полной компенсации проявлений какого-либо хронического заболевания, когда, казалось бы, утраченные функции восстанавливаются вполне. Однако всегда сохраняется возможность обострений, возникновения декомпенсированного состояния. Работающий человек, страдающий таким заболеванием, некоторую часть времени находится именно в нем. При этом падает работоспособность, меняется отношение к себе и своим возможностям, а также к медицине и медицинским наукам. Ведь индивид ни самостоятельно, ни благодаря участию медицинских специалистов не способен контролировать свое состояние всегда.

Здоровье относится к тем ценностям, которые актуализируются только в ситуациях их отсутствия. «...Ценным для человека может быть только то, в чем он испытывает потребность или нужду, — полагает В.М.Нилов. — Является ли здоровье ощущаемой потребностью здорового человека? ...отсутствие проблем со здоровьем выдвигает на первый план в жизненной диспозиции другие внешние проблемы, нередко превращая здоровье в средство или ресурс их разрешения. Таким образом, до тех пор, пока человек не считает себя больным, здоровье не может быть существенной ценностью»[2]. Больной человек, напротив, остро воспринимает здоровье как ценность. Можно сказать, что у здорового и больного индивидов разные ценности. В результате коммуникация между ними оказывается затрудненной, и интеграция человека с ограниченными возможностями здоровья в сообщество здоровых становится проблематичной. В этом мы усматриваем одну из главных причин сложностей, возникающих у такого человека на пути поиска собственной идентичности в сфере занятости.

---

[1] Розин В.М. Типы и дискурсы научного мышления. М. : Эдиториал УРСС, 2000. С. 198—199.

[2] Нилов В.М. Здоровье как жизненная ценность // Философия и будущее цивилизации: тез. докл. и выступлений IV Рос. филос. конгр.: в 5 т. Т. 4. М. : Современные тетради, 2005. С. 733—734.

УТРАТА ДУХОВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ КАК ПРИЧИНА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Н.Н.Ростова, С.В.Банных

Современное общество все чаще сталкивается с проявлением различных видов эмоциональных расстройств: депрессии, дисфории, страхи, апатия, эмоциональное выгорание. Одной из возможных причин эмоциональных расстройств, по нашему мнению, является утрата высших, духовных ценностей.

Мир ценностей (потребностей) человека чрезвычайно разнообразен: базовые (физиологические), материальные, социальные и духовные. Базовые потребности, такие как сон, еда, питье, жилье, воспроизведение рода, а также потребности в безопасности и защищенности являются предпосылкой для реализации более высоких духовных ценностей. К высшим общечеловеческим ценностям относят, к примеру, категории Любви, Счастья, Дружбы, Здоровья, Свободы воли. Любовь к детям, к родителям, к любимому, к друзьям, к работе, к жизни делают человека по-настоящему счастливым. Занятия Творчеством, Искусством, Наукой наполняют жизнь человека смыслом, поддерживают психическое благополучие, порождают положительные эмоции, приводят к духовному росту.

Смысл жизни обретается человеком в опыте бытия в процессе самоутверждения и нравственных исканий. Обретение истинного смысла — чрезвычайно сложный процесс, предполагающий разочарование, заблуждения, ошибки, переживания. Достижение глубокого внутреннего удовлетворения невозможно без преодоления внутренней инертности, пассивности, внешних обстоятельств, наконец, без преодоления «самого себя» (Т.В.Мишаткина). Проще идти по пути наименьшего сопротивления, достигая лишь удовлетворения физиологических потребностей.

Поэтому в современном обществе доминируют материальные ценности, они возведены в культ, стали смыслом и целью человеческой жизни. Человек «развил в себе ненасытный аппетит к потреблению и обладанию, производя все больше и больше, вовлекая себя в порочный круг роста, которому не видно конца»[1]. В социуме доминирует установка «иметь», вместо продуктивной «быть» (Э.Фромм). По мнению З.Фрейда, личность, ориентированная только на обладание — невротическая, больная личность, поэтому общество, ориентированное только на потребление, — тоже больное общество. Другими словами материальное благополучие и жизненный комфорт — это не есть полное счастье.

Утрата духовных ценностей приводит к остановке внутреннего развития человека, потери смыслообразующей компоненты его жизни.

[1] Печчеи А. Человеческие качества. М., 1980. С. 37.

Отсюда следует психическая неудовлетворенность и психологический дискомфорт, чувство подавленности, депрессии.

Таким образом, можно сказать, что уровень духовных ценностей является доминирующим в структуре человеческой личности, определяет его эмоциональный комфорт и психическое благополучие. Утрата духовных ценностей неизбежно приводит к различного рода эмоциональным расстройствам, а затем и к физическому нездоровью. В попытке подавить эмоциональный дискомфорт и физическое нездоровье человек устремляется к материальным ценностям, что еще в большей степени усугубляет ситуацию. Человек вовлекает себя в порочный круг поиска материального комфорта, из которого выключен поиск истинного счастья.

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

М.Т.Рюмина

XXI век называют веком глобализации. Чаще всего глобализацию связывают с качественно новыми уровнями интегрированности, целостности и взаимозависимости мира. Глобализация — это процесс формирования глобального человеческого сообщества, мегаобщества. И это, конечно, совсем новое обстоятельство в жизни мира. Речь идет о новом всеобщем качестве человеческого бытия. В новых технологиях коммуникации, взаимодействиях глобализация обретает свою основу. Это — мир без границ, где привычные национально-государственные границы теряют былое значение. В новом социальном пространстве время ускоряет свой бег. Процессы социального взаимодействия интенсифицируются, приобретают невиданную ранее динамику. Недаром глобализирующееся общество называют турбокапитализмом. Взаимозависимость, быстротечность и перманентная новизна происходящих процессов — главные характеристики нового качества жизни в глобализированном обществе. Пространство и время — важные регуляторы деятельности живых организмов. Биологические ритмы, например, определяют их жизнедеятельность. Каким образом ускорение темпа жизни и постоянное обновление информации о мире воздействуют на здоровье человека и общество в целом? Тут можно выделить философский, социальный, психологический, культурологический и собственно медицинский аспекты. Они взаимосвязаны, но имеют свои нюансы и специфику.

Философский аспект рассматривает фундаментальные проблемы мироустройства, глобальный сдвиг в основах бытия мира и человека.

Он проявляется на разных уровнях, в том числе на уровне человеческой самоидентичности. В отличие от научно-технических революций прошлого, объектом воздействия информационной революции является не столько материальное производство, сколько само человеческое *сознание.* Глобализация воздействует на сознание каждого человека, меняя наши представления о мире, обществе и себе. Она раскрепощает личность, освобождает от жесткой привязки к определенной среде, открывает новые возможности выбора жизненного пути, самореализации, творчества. Но и возникает с особой остротой проблема внутренней самоидентичности. Самоидентичность личности основана на социальной, культурной и этнической идентичности и на индивидуальных ценностных предпочтениях. Процесс универсализации индивида одновременно связан с процессом индивидуализации. Чтобы выдержать вызов среды личности необходимо построение собственной иерархии ценностей, необходима избирательность, выделение существенного и отбрасывание несущественного, так как все охватить интересом и деятельностью в равной степени невозможно. Личность одновременно живет и в старой системе социальных связей и в новой глобальной реальности. Кроме того, настоящее переходное время сталкивает прошлое, настоящее и будущее в сознании одного человека. Проблемы и противоречия, требующие решения, многократно умножаются. Благодаря виртуальной реальности это становится достоянием каждой личности и требует ее самоопределения.

Современное общество существует в условиях постоянно ускоряющихся перемен в глобализированном пространстве. Все реагируют поразному, молодые адаптируются быстрее и лучше, образованные лучше необразованных. Но есть ли порог, предел адаптации, ведь качество перемен — глобальность, значит бесконечность? Где ресурсы человеческой адаптации исчерпываются или они безграничны? Существуют определенные пределы тех изменений в окружающей среде, к которым человеческий организм может приспособиться. Бесконечные и все убыстряющиеся перемены также бесконечно усложняют человеческое бытие, постоянные перегрузки ведут к реакции, подобной шоку. Если заранее не определить эти пределы и безудержно увеличивать эти изменения, можно подвергнуть массу людей таким воздействиям, которых они просто не выдержат. Запредельные напряжения вызывают заболевание — «шок будущего» (Э.Тоффлер). «Шок будущего» (социальный стресс) можно определить как страдание, физическое и психологическое, возникающее от перегрузок, которые физически испытывают адаптивные системы человеческого организма, а психологически — системы, отвечающие за принятие решений. Шок будущего есть реакция человека на запредельное нервное раздражение. Разные люди реагируют на шок будущего по-разному. Симптомы этой реакции существенно меняются в зависимости от стадии и интенсивности

заболевания. Симптомы классифицируются в зависимости от уровня страха, враждебного отношения, бессмысленного озлобления, депрессии и апатии. К ним также относятся беспорядочный образ жизни, беспорядочные отклонения во взглядах и интересах, в попытках «забиться в свою конуру», замкнуться в себе посредством социального, эмоционального и интеллектуального отчуждения, отстранения от окружающего мира. Некоторые люди все время чувствуют себя затравленными, потерявшими покой, они безнадежно хотят уменьшить количество проблем, которые нужно решать.

Но как же осуществляется механизм реакции на новое, на новизну воздействия? Российский ученый Е.Н.Соколов был первым, кто подробно описал, как происходит физиологически процесс ориентированной реакции человека. Он высказал идею, что нервные клетки мозга хранят информацию о силе, продолжительности, качестве и последовательности проходящих возбуждений. Когда приходят очередные возбуждения, они находят аналогичные среди построенных в коре головного мозга «нервных моделей». Совсем новые возбуждения не находят аналогии ни с какой существующей в коре головного мозга моделью, и тогда происходит ориентированная реакция. Если же процесс сравнения показывает полное совпадение с ранее созданными моделями, сигналы проникают в кору головного мозга, передавая сигнал «воздержаться от реакции». Отсюда следует, что уровень новизны воздействия на нас окружающей среды определяет психические и физические последствия для состояния здоровья человека. Когда возрастает ощущение новизны, человек получает непрерывную ориентированную реакцию, что является тяжелым грузом для организма, и ведет организм к стрессу. Если человек перегружен воздействием новых изменений в среде, то он одержим страхом также как невротик, нервная система которого постоянно «заливается» адреналином, сердце пульсирует, руки ледяные, растет сокращение и дрожание мышц — это обычные характеристики ориентированной реакции. Ориентированная реакция — не катастрофа, а обычная реакция адаптации на вызовы среды. Она позволяет человеку быть более чувствительным, получать и перерабатывать большее количество информации. Но она требует больших энергетических затрат. Эта реакция становится хронической, когда вокруг нас — море новых символов, идей и информации. Исследователи отмечают, что особым образом ориентированная реакция приводит к стрессу, когда новое событие или факт затрагивает все сложившееся мироощущение человека. Идеологии как системы ценностей могут рассматриваться как большие «картотеки» для хранения ментальной информации. Любое событие оценивается с этой идеологической позиции и находит свое место в «жизненном мире» личности. Поэтому идеологии способны уменьшить интенсивность и частоту ориентированной реакции. До тех пор, пока новый факт не будет примирен с мироощущением личности

или его мироощущение не изменится, человек будет испытывать острое возбуждение, смятение и страх. Одна из стрессовых ситуаций аналогичного порядка — это культурный шок, растерянность, возникающая при столкновении с чужой культурой. Особенно он тяжел, когда своя собственная культура внезапно становится чужой. Когда путешественник попадает в иной мир, то дезориентация смягчается сравнением с культурными ценностями родины, где последние выступают точкой отсчета. При ситуации глубокой трансформации собственной культуры в условиях глобализации точка отсчета оказывается потеряна. Примером может служить трансформация культурных ценностей в России в 90-е годы, которую можно оценить как революционные изменения социально-культурного, экономического и политического порядка, как системный кризис и как социальную революцию. Воздействие глобальных изменений на физическое и психическое здоровье населения в России в этот период можно оценить как катастрофическое, как глубокую психо-культурную травму, в чем-то сходную с военными синдромами.

ДРУГОЙ ВЗГЛЯД НА ЭМОЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

К.Г.Сердакова, Ю.Б.Дубовик

На сегодняшний момент люди пожилого возраста все чаще становятся участниками психологических исследований. Это происходит как в России так и зарубежном. Относительно новым направлением является исследование эмоциональной сферы пожилых людей. В данной статье хотелось бы осветить результаты исследований эмоций пожилых людей американского психолога Л.Карстенсен[1].

Она исходит из нестандартного для нашей культуры взгляда на старение, указывая на одну из ключевых областей, в которой старение не связано с упадком. Л.Карстенсен утверждает, что старость характеризуется

[1] Carstensen L.L. Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory // Psychology and Ageing. 1992. № 7. P. 331–338; Carstensen L.L. Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity // Developmental perspectives on motivation V. 40. / Nebraska Symposium on Motivation. In Jacobs J. (Ed.). Lincoln: University of Nebraska Press. 1993; Carstensen L.L. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity // Current Directions in Psychological Science. 1995. № 4. P. 151–156; Carstensen L.L. A life-span approach to social motivation // Motivation and self-regulation across the life span / In Heckhausen J., Dweck C. (Eds.). NY: Cambridge University Press. 1998. P. 341–364; Carstensen L.L., Fredrickson B.L. Socioemotional selectivity in healthy older people and younger people living with the Human Immunodeficiency Virus: The centrality of emotion when the future is constrained // Health Psychology. 1998. № 17. P. 1–10; Carstensen L.L., Gottman J.M., Levenson R.W. Emotional behavior in long-term marriage// Psychology and Aging.1995. № 10. P. 140–149 и др.

существенным улучшением в регуляции эмоций, и что эмоциональное благополучие, снижается только в самом конце жизни (если вообще снижается), когда когнитивные и физиологические нарушения, часто предшествующие смерти, вытесняют жизненно необходимые области функционирования организма. Эти идеи Л.Карстенсен дополняет данными, демонстрирующими сохранение или повышение удовлетворенности межличностными отношениями в старших возрастных группах.

Исследования Карлстенсен опираются на теорию эмоциональной селективности. Эта психологическая теория утверждает, что ограничения временной перспективы приводят к изменению мотивации, что заставляет человека перенаправлять внимание на эмоционально значимые цели и что в результате большей концентрации внимания на эмоциональной сфере происходит усложнение эмоционального опыта и улучшение регуляции эмоций в повседневной жизни. Во время эмоционально насыщенного взаимодействия любая эмоциональная цель воздействует на человека. Когда человек освобождается от опасений за будущее, он придает большее внимание актуальному состоянию; ценность человеческой жизни увеличивается, и длительные отношения с семьей и друзьями приобретают огромную значимость. Теория утверждает, что старение связано с увеличением заинтересованности в близких эмоциональных отношениях из-за неразрывной связи между возрастом и временем, оставшимся на жизнь. Этот связанный с возрастом мотивационный сдвиг приводит к перестройке в межличностных взаимодействиях и к изменению окружения. Таким образом, оптимизация социального и эмоционального опыта оказывается приоритетной в позднем возрасте.

В ходе экспериментальных процедур исследовательской группы Л.Карстенсен было установлено, что хотя социальные сети пожилых людей уменьшаются, они на протяжении всей старости по-прежнему включают в себя сопоставимое число очень близких отношений. Значимое снижение количества социальных связей происходит за счет снижения количества периферийных отношений. Эти снижения не объясняются плохим физическим здоровьем или снижением когнитивного статуса и не связаны с индивидуальными особенностями. Более того, лонгитюдные исследования показывают, что сокращение контактов со знакомыми и избирательность в некоторых социальных отношениях начинается в ранней взрослости. Похоже, что социальные связи слабо разрастаются во взрослой жизни и преимущественно сосредоточены на небольшом количестве эмоционально значимых партнеров.

Теория эмоциональной селективности рассматривает сокращение социальных контактов, как предупреждающий процесс, связанный с растущим желанием сосредоточится на значимом опыте. Согласно теории, ограничение социального мира длительными дружескими и любовными отношениями в пожилом возрасте является адаптивным.

Это ограничение отражает тщательное распределение ресурсов в отношениях, которые несут удовольствие и смысл.

Как пишет Л.Карстенсен изучение эмоций в пожилом возрасте относительно новая область, но за короткий период времени, эмпирические данные показали значимую связь профиля эмоционального опыта и эмоциональной регуляции в пожилом возрасте. Усилиями многочисленных исследовательских групп установлено, что эмоции присутствуют во всех когнитивных процессах, от ментальных представлений до социальных предпочтений. В пожилом возрасте была обнаружена стабильность в частоте положительных эмоций, снижение количества негативных эмоций, сокращение физиологического возбуждения и превосходная регуляция эмоций.

С точки зрения Л.Карстенсен, понимание особенностей эмоциональной сферы в позднем возрасте только начинает формироваться. Возрастающий акцент на эмоциональной жизни, вероятно, влечет за собой преимущества для некоторых областей функционирования и потери для других. Остается неясным, каким образом эмоции изменяются, и какие условия связанны с этими изменениями. Роль восприятия времени в эмоциональных переживаниях, показанная теорией эмоциональной селективности, требует дальнейших исследований с целью выявления точных условий, при которых эмоции усложняются и лучше регулируются.

Американская исследовательница утверждает, что парадокс, присущий старению заключается в том, что, несмотря на физические ухудшения, пожилые люди удовлетворены жизнью и что уникальная способность человека осознавать ход времени, в сочетании с неизбежностью смерти, повышает ценность эмоциональных переживаний и усложняет эмоциональную жизнь.

Когда описанные исследования применяешь к российской выборке пожилых людей, возникает предположение, что существуют культурные различия в представленных явлениях. Однако в русскоязычной литературе подобных исследований почти нет. Хотя нам данная тема представляется актуальной.

ИДЕЯ САМОРЕАЛИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ КАРЬЕРЫ И КОГНИТИВНОЙ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ КАРЬЕРЫ

А.С.Соколова

Идея самореализации оказала определяющее влияние на формирование современной гуманистической концепции развития карьеры

и когнитивной теории развития карьеры. Современная концепция развития карьеры предлагает многосторонний, философский подход к карьере человека как динамичному явлению, состоящему из многих компонентов, взаимосвязанному со многими сферами жизни человека. Концепция представляет карьеру как средство для самореализации, которая идет на благо обществу, а индивид приобретает чувство социальной, личной значимости и социального приятия.

В когнитивной теории развитие карьеры видится как результат взаимодействия человека и его окружения. Зрелость человека должна соотноситься с возможностями для профессионального роста, существующими в мире труда. Профессиональный и личностный рост происходит, когда человек сталкивается со стимулом из внешней среды, с которым его когнитивные схемы не могут справиться. Это создает некий дисбаланс, отсутствие равновесия. Чтобы снять это напряжение, индивид должен изменить свою когнитивную структуру, чтобы воспринять более усложненное явление своей профессиональной жизни.

Концепция карьеры, понимание путей ее формирования прошли значительный исторический путь от представления о карьере как о работе и выполнении человеком сугубо производственно-профессиональной функции или роли, до понятия карьеры как выбора жизненного пути и выполнения человеком, помимо профессиональной, других социальных ролей. Концепция карьеры и ее развитие в настоящее время касается практически всего спектра социальных ролей человека, не только профессиональной, производственной деятельности, но и других видов жизнедеятельности современного человека.

Пока ни в научной литературе, ни в практике не существует единого и общепринятого определения карьеры. Мы можем предложить понимание карьеры как индивидуальной жизненной траектории человека, в которой согласовывается выбор и осуществление профессиональной деятельности и другие социальные роли индивида. Траектория выстраивается в соответствии с психофизиологическими характеристиками, ценностными ориентациями, социальным опытом индивида. Воплощение индивидуальной жизненной траектории обеспечивает наиболее полную самореализацию человека. Расширенное понятие «карьера» позволяет преодолеть узкое понимание ее только лишь как сферы производственной деятельности и посмотреть на жизнь человека и его карьеру с точки зрения формирования стиля жизни и жизненной философии.

Необходимо выделить основные положения, которые разрабатываются в рамках современной концепции развития карьеры и когнитивной теории развития карьеры:

- забота о само-концепции. Все решения и планы являются выражением само-концепции человека. Важно помочь индивиду достигнуть само-понимания в процессе развития карьеры,

соотнести процесс развития карьеры с устремлениями и ценностями индивида;

- забота о стиле жизни, ценностях, свободном времени, образовании и профессиональной жизни, поскольку все они взаимодействуют в процессе развития карьеры, формируя стиль жизни. В процессе реализации карьеры происходит реализация жизненных ценностей. Планирование карьеры должно происходить в постоянном соотношении с настоящими и будущими жизненными ценностями;
- свобода выбора, которая не ограничивается лишь узкопрофессиональным выбором. Делая выбор, ставится задача сохранения целостности индивидуальности и соответствия альтернатив с личностными характеристиками и устремлениями;
- индивидуальные различия, уважение к которым является признаком свободного общества, равно как и уважение к индивидуальным талантам. В процессе развития карьеры индивид ищет и анализирует те возможности, где эти таланты могут быть раскрыты и развиты. Человек должен быть свободен в развитии и выражении своих талантов своим индивидуальным путем;
- гибкость в восприятии и управлении изменениями, многовариантность в достижении целей, гибкость в постановке целей.

Вышеназванные положения обозначили новую реальность, в которой развивается и будет развиваться в дальнейшем современная гуманистическая концепция развития карьеры и когнитивная теория развития карьеры. С уверенностью можно сказать, что идея самореализации будет своеобразным маяком, на который по-прежнему будет ориентирована современная концепция развития карьеры.

Применение когнитивной теории в контексте современной концепции развития карьеры обеспечивает знанием о существующих стратегиях вмешательства и помощи в выстраивании индивидуальной профессиональной траектории, времени их применения и способов их применения. Использование теории в практике обеспечивает направление развития, помогая индивиду обозначать цели и оптимально разрешать проблемы развития карьеры.

РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ФОРМИРОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

К.Ю. Тенюкова

Актуальность. Только сам человек способен осознать важность сохранения своего здоровья, что «его здоровье — его право».

«...Центры здоровья будут служить инфраструктурой для ведения здорового образа жизни, в эти Центры можно будет обратиться за консультацией, пройти первичную диагностику на факторы риска и получить рекомендации по ведению здорового образа жизни...» — министр здравоохранения РФ Т.Голикова. В 2009 году во всех регионах России были созданы Центры здоровья, основной целью которых, являются сохранение индивидуального здоровья граждан и формирование у них здорового образа жизни.

Цель исследования. Проанализировать работу Центра здоровья по сохранению индивидуального здоровья граждан и оптимизации механизмов, влияющих на формирование индивидуального здорового образа жизни.

Материалы и методы исследования. Было обследовано более 2000 человек (мужчин и женщин старше 18 лет). Все участники были разделены на возрастные группы (от 18 лет до 30, от 30 до 40, от 40 до 50, от 50 до 60, от 60 до 70, от 70 до 80 лет). Согласно Постановления Правительства РФ от 18.05.2009 № 413[1], Приказа МЗСРРФ от 19.08.09 №597н[2], в МУЗ «Городская больница № 5» г. Чебоксары организована работа Центра здоровья с перечнем оборудования, а именно: 1. Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма («Нейрософт»); 2. Система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей) с программным обеспечением «Кардиовизор»; 3. Система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса (Smartdop 30 EX — двунаправленный доплер — анализатор); 4. Спирометр компьютеризированный, работающий с программой Spida 5. 5. Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) — анализатор оценки баланса водных секторов организма с программным обеспечением АВС-01 «Медасс»; 6. Экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови «МикроБиАн»; 7. Смокелайзер — газоанализатор MicroCo — для измерения концентрации монооксида углерода (CO) в выдыхаемом воздухе, используемый в антитабачных программах для демонстрации отрицательных эффектов курения; 8. Кардиотренажер — для определения реакции миокарда пациента на физическую

[1] Постановление Правительства РФ от 18.05.2009 № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

[2] Приказ МЗСР РФ от 19.08.09 №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».

нагрузку и выявления ишемизации миокарда; 9. Пульсоксиметр — для неинвазивного измерения насыщения кислородом артериальной крови и частоты пульса «Мицар-Пульс»; 10. Комплект оборудования для зала лечебной физической культуры; 11. Весы медицинские, ростомер, комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни, одноразовые расходные материалы, комплекты медицинской спецодежды, компьютеры и оргтехника; 12. Полученные результаты исследований были обработаны методами факторного анализа.

В Центр, работающий в две смены, входят следующие кабинеты: кабинет регистрации, кабинет лабораторного обследования, кабинет инструментального обследования, кабинет аппаратно-програмного тестирования, кабинет приема врачей, кабинет (зал) ЛФК, кабинет Школ здоровья.

Результаты работы и обсуждение. Проведенный анализ работы Центра здоровья при городской больнице свидетельствует о большой популярности Центра среди населения, после месяца работы запись проводилась уже за пять месяцев вперед. Результаты исследований более 2000 человек (мужчин и женщин от 18 лет), прошедших комплексное скрининг обследование в Центре здоровья, свидетельствует о преобладании изменений в сердечно-сосудистой системе и в обменных процессах пациентов, причем выявленные отклонения от нормы в разных возрастных группах определяются по- разному, что возможно связано с определенным питанием, образом жизни и вредными привычками населения.

Полученные результаты работы Центра здоровья по обследованию основных жизненноважных систем организма пациентов свидетельствуют о важности работы Центра по проведению мероприятий, нацеленных на сохранение здоровья каждого обследованного, ведению индивидуальной пропаганды здорового образа жизни, разработке индивидуальных подходов по формированию ответственного отношения к своему здоровью, обучению граждан гигиеническим навыкам и мотивированию их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака, обучению граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей, динамическому наблюдению за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний, прогнозированию состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха, разработке индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни, осуществлению мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний. Вести здоровый образ жизни горожанам станет намного проще.

Работа больницы по информированию населения о целях и задачах Центра здоровья в определенной мере является источником формирования здорового мировоззрения у населения. А каждый пациент, получивший сведения о состоянии в своем организме с рекомендациями врачей, меняет свое мировоззрение, которое направлено на гармоничное развитие и укрепление здоровья, повышение качества его жизни, его работоспособности, продление его творческого долголетия. Хотя этот проект с открытием Центров здоровья в основном был рассчитан на молодых здоровых людей I и II групп здоровья, больший интерес, по данным наших исследований, к этой программе проявляет население старше 40 и 50 лет.

Данное исследование свидетельствует о важности работы Центров здоровья по организации и проведению комплекса мероприятий, направленных на сохранение индивидуального здоровья, отказа от вредных привычек, пропаганду индивидуального здорового образа жизни.

ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОЗДОРОВЛЕНИЯ

С.Н.Турищев

Отмечая повышение роли информации в нашей жизни, развитие информационных технологий, можно констатировать, что и человек, и общество становятся качественно иными. Для решения проблемы высокой смертности населения в стране уже недостаточно просто медицинского, анатомо-физиологического подхода. Рассматривая информацию, как объективный фактор влияния на организм и как язык материализации нашего мышления, можно выделить несколько ее значений: а) как регулирующий и повреждающий экзогенный фактор (медиа-информация); б) как регистрируемое или гипотетическое материальное воздействие на организм; в) как содержание структурно-функциональных блоков и пространства (информационная конфигурация).

Информационный подход к проблемам оздоровления основывается на теории биосистем и концепции информационной значимости каждого элемента как носителя и индуктора информации. Жизнь — это взаимоотношения биосистем. Любая система может быть описана, как информационный феномен, имеет информационные характеристики. Информация применительно к биосистеме — описание структурно-функционального комплекса, который обладает способностью воспринимать и инициировать сигналы, индуцирующие изменение внутренней и внешней для системы среды. Болезнь — это работа организма в режиме нарушения системности (сбоя, ущербности). Информационное содержание и значение имеет мыслительный процесс, речь, слова,

голосовые сигналы, визуальные сигналы, аудиосигналы, видеоряд. Чем сложнее информация, тем более многообразные события она способна инициировать.

По информационным каналам идет модифицирующее влияние на регуляторные системы (нервная — иммунная, эндокринная). Можно утверждать, что все заболевания имеют информационный компонент, а если рассматривать информацию шире, как структурно-функциональный блок, то уместно говорить об «информационных болезнях», с изменением информационной конфигурации биосистемы-организма.

С этих позиций, любое воздействие можно считать информационным: физическое (волновой природы: слова, электромагнитные волны, акустические сигналы...); химическое (пища, лекарства, микроэлементы, БАВ...); механическое (травма, операция, сдавление). Изменение информационной конфигурации предполагает глубокое изменение биохимической и волновой структуры организма. Вероятно, любое воздействие идет по рецепторному типу, с формированием биохимических каскадов, фармакологических и иммунологических сетей, которое в итоге влияет на общий вектор жизнедеятельности (жизнеспособности).

Нужно признать как аксиому, что состояние человека во многом зависит от его мыслей и настроения. Поэтому можно рассматривать влияние на мышление, даже в простой словесной форме, как реальный канал разновекторной коррекции. Информационный хаос в мышлении и низкие когнитивные возможности человека делают его весьма уязвимым. Важно оценивать уровень и векторы жизнеспособности каждого человека. Если смоделировать векторообразующие факторы, то можно определить болевые точки, компенсаторные возможности и правильно наметить пути коррекции. Трудная и значимая задача — установить, что такое норма для данного человека и как изменить информационную конфигурацию. Это поможет выбрать канал и вид эффективного воздействия. Анализ психической деятельности человека хорошо иллюстрирует эту концепцию. Достаточно понаблюдать за поведением человека: порой он интуитивно спасает себя от нежелательных влияний, например, выбирая круг общения, партнеров, место жительства, режим питания и движения.

Для чего нужен информационный подход? Мы ищем языки диалога (общения) с организмом — эффективные каналы воздействия. Этих уже известных языков несколько, в том числе и те, что выработали разные специалисты-медики: фармакотерапия, физиотерапия, массаж, ЛФК... Каналы воздействия условно можно разделить на материальные (измеряемые, осязаемые) и трансцендентные (неосязаемые, нерегистрируемые). К последним можно отнести, например, психотерапию (психологическая поддержка, соучастие), тонкую психологическую настройку в процессе общения (психонавигация), влияние влюбленности, увлеченности. Плохое взаимопонимание людей пользующихся

разными языками показывает, насколько велика роль мельчайших нюансов передаваемой и воспринимаемой информации. Неправильное понимание может вызвать каскад событий губительных для биосистемы.

Построение информационной модели играет решающую роль в тактике и стратегии лечения. Используя многомерную точную модель организма, можно найти информационную причину заболеваний или нарушений, каналы регуляции, выделить важнейший из них. Только тогда можно эту причину удалить, блокировать или скорректировать процесс.

В качестве инструментов коррекции состояния организма часто используются биомодификаторы природного происхождения. Многочисленные клинические примеры успешной фитотерапии сложнейших заболеваний в полной мере иллюстрируют целесообразность системно-информационного подхода. Эффективность определяется высокой степенью адекватности прогностической модели заболеваний и информационного содержания лечебных мероприятий.

ПРОБЛЕМА МЕДИКАЛИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А.А. Тяжельников

В современной социальной истории медицины одним из ключевых является термин «медикализация». Он появился во Франции в 1970-х гг., и за два десятилетия завоевал популярность среди социальных исследователей. Они обращаются к нему для описания тех тенденций, которые имеют место в области медицины, института здравоохранения, здоровья и болезни с начала XIX века по настоящее время. Концепция «медикализации» характеризует процессы постепенного втягивания все большего числа людей в сеть медицинского обеспечения и рационализации поведения человека по отношению к собственному телу. Представляется возможным определить «медикализацию» как усиление зависимости жизни и здоровья человека, его благополучия, от института здравоохранения. Человек не представляет себе иных вариантов сохранения и укрепления здоровья, кроме обращения в медицинские учреждения. Другие формы заботы о здоровье, актуальные ранее — организация питания, режим труда и отдыха, физическая активность — отходят на второй план.

Оценки этих процессов прямо противоположны. Если историки медицины, базирующиеся на биомедицинской парадигме здоровья, в основном медики по образованию, оценивают медикализацию как преимущественно положительный феномен, хотя и имеющий некоторые недостатки, то в русле социальной истории медицины, основанной на социальной парадигме здоровья, выделяют в медикализации отрица-

тельные стороны. К таким негативным аспектам относят превращение медицины в инструмент социального контроля, переход от «власти над болезнью» к «власти над пациентом», феномен ятрогении — ухудшение здоровья в результате лечения, своего рода, побочный эффект. Сторонники медикализации, обходя указанные «острые углы», акцентируют внимание на достижениях в области медицины, которые оправдывают подчинение индивида институту здравоохранения.

Медикализация — это не простая случайность, скорее это конечная стадия в серии событий. Для того чтобы медикализация стала социальной реальностью, одна или более организованные социальные группы должны быть заинтересованы в таком результате и иметь достаточно ресурсов, включая мнение общественности, позицию страховых компаний и органов здравоохранения, для принятия новой ситуации. Не удивительно, что врачи играют главную роль в медикализации, в течении медикализации их влияние может увеличиваться, сфера их практики расширяться, а доходы — расти. Например, в течение первой половины двадцатого века в развитых странах, которые начали пожинать плоды промышленной революции и переходить к следующему технологическому этапу, отмечалось улучшение в стандартных жизненных условиях, что привело к сокращению числа серьезно больных детей. Как результат, сфера услуг для педиатров уменьшилась, и они сосредоточились на лечении больных маленьких детей и предложению помощи новорожденным. Следовательно, педиатры становились менее компетентными, интересными и престижными в своей области. Со временем они расширили сферу услуг, получая более престижную и удовлетворительную работу, некоторые педиатры расширяют свою практику, включая в нее помощь детям с социальными и психологическими проблемам, помощь жертвам депривации и госпитализма.

Некоторые алкоголики, которым помогло медицинское вмешательство, склонны абсолютизировать силу медицины в борьбе с алкоголизмом и усматривать в ней фактор социально-психологической стабилизации для себя. Другие группы ориентируются на медикализацию в надежде, что медицинский контроль будет более человечным, чем другие формы социального контроля (заключенные, акцентуированные личности, гомосексуалисты). Вдобавок, такие настроения усиливает пресса, описывающая медикализацию в позитивно-оценочных терминах и склонная переоценивать перспективы медицины. Так, например, склонны прибегать к «панацее» медикализации люди, почерпнувшие из СМИ сведения об успешном лечении или снятии неприятных ощущений предменструального синдрома, синдрома хронической усталости и т.п.

Еще одна сила в поддержке медикализации — это фармацевтическая индустрия. Эта индустрия преследует экономический интерес в медикализации, поскольку прием лекарств чаще всего и трактуется как лечение. Медикализация также интерпретируется как прием

лекарств. Ни доктора, ни различные группы, ни фармацевтические компании отдельно не имеют достаточного влияния на распространение медикализации. Следовательно, успешная медикализация зависит от взаимных интересов в деятельности этих и некоторых других групп. В целом, тенденция к медикализации — усилению зависимости жизни и здоровья человека, его благополучия, от института здравоохранения, может негативно сказаться на уровне риска ухудшения здоровья. В условиях медикализации человек не представляет иных вариантов сохранения и укрепления здоровья, кроме обращения в медицинские учреждения. Другие формы заботы о здоровье, актуальные ранее — организация питания, режим труда и отдыха, физическая активность — отходят на второй план. Это может привести к росту вероятности наступления заболеваний, т.к. внимание индивидов притупляется сознанием того, что «врач полечит». Забота о здоровье у большинства людей начинается уже после того, как наступило ухудшение здоровья, и ничего не предпринимается для предотвращения этого состояния.

Несмотря на то, что концепция медикализации зародилась и используется для описания процессов, происходящих в западных обществах, она вполне применима к анализу тенденций, имевших место и в России. Медицина в СССР была больше, чем просто сфера практической деятельности, это было поле интереса публичной политики. Рост влияния здравоохранения на жизнь и здоровье людей оценивался весьма положительно, а медицина стала важным инструментом социального контроля — это было особенно очевидно в области принудительного лечения психических, венерических заболеваний, алкоголизма и наркомании. Врачи несли функцию не только лечения, но и регуляции поведения людей. Престиж профессии врача обуславливал эффективность такой регуляции. Таким образом, в советском обществе тенденции, описываемые термином «медикализация», существовали, хотя и преломлялись под углом социалистической идеологии. В постсоветской России ситуация усложнилась наслоением новых идеологических установок на индивидуализацию и необходимость самопомощи на старые, господствовавшие в сознании идеи патернализма, которые поддерживали прогресс медицины и медикализацию в советском обществе. В результате, при сохранении достаточно сильной степени медикализации (люди по-прежнему надеются на медицинские учреждения, и обращаются к врачам для получения «истины в последней инстанции»), появились и обратные тенденции «демедикализации». Рост недоверия к врачам и больницам, связанный с кризисным состоянием медицины, падением профессионального и морально-нравственного уровня врачей, привел к развитию практики самолечения, а также к увеличению числа «народных целителей» и количества обращений к ним.

Процессу медикализации соответствовал процесс профессионализации людей, занимающихся лечением, а вместе они включались в еще более глобальный процесс модернизации общества. Но на микроуровне медикализация может существенно повысить вероятность ухудшения здоровья, «усыпив бдительность» индивида. Лишь индивидуальные тактики борьбы с заболеваниями позволяют человеку приспособиться к меняющейся структуре заболеваемости. Для эффективного предотвращения заболеваний необходимо создание условий для автономии личности, при которой каждый сам может делать выбор в области своего здоровья. Впрочем, отвергать систему здравоохранения как фактор минимизации риска ухудшения здоровья не следует — ведь она выполняет важнейшие функции по сохранению, укреплению и, при необходимости, восстановлению здоровья. Задача современных руководителей систем здравоохранения состоит в том, чтобы наиболее эффективно удовлетворить потребности социума в мероприятиях по охране здоровья. В системах здравоохранения авторитарных государств такой учет проводить гораздо сложнее, однако в настоящее время в России открываются перспективы в области организации медицины на основе учета и удовлетворения потребностей граждан. Такой подход способен повысить эффективность здравоохранения в структуре социально-экономических отношений и усилить его гуманизацию.

БОЛЕЗНЬ ДУХА МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ. ПУТЬ ИЗ ТЬМЫ ДЕПРЕССИИ

А.В.Ульев

Психическое здоровье является необходимым условием приобретения человеком профессиональных знаний и трудовых навыков, социализации личности.

Многочисленные исследования свидетельствуют о неблагополучном состоянии психического здоровья населения России. Однако в настоящее время количество зарегистрированных случаев заболеваемости снижается. Так, по сравнению с 1995 годом, количество взятых под наблюдение больных с диагнозом, установленным впервые в жизни на 100 000 человек, снизилось с 93,5 до 55,3 (–41,86%). Сокращение численности больных, находящихся на диспансерном наблюдении, наблюдается по основным психическим расстройствам. Численность больных психозами снизилась на 21,8%, шизофренией и шизоаффективными расстройствами — 36,8%, психическими расстройствами непсихотического характера — 48%, а больных с умственной отсталостью на 53,5%. В то же время количество пациентов, обратившихся за консультативной помощью, увеличилось на 26%, что

подтверждает мнение многих авторов о возрастании заболеваемости именно пограничными нервно-психическими расстройствами[1].

В этой связи чрезвычайно актуальны исследования, направленные на профилактику пограничных нервно-психических расстройств у населения, в первую очередь у наиболее приоритетных его групп, к которым относятся и подростки-школьники. С одной стороны, они только входят в жизнь с исходно сформированным здоровьем в период раннего детства, с другой — сегодняшние школьники в ближайшем будущем составят значимую долю структуры общества.

Чаще всего подростки сталкиваются с проявлениями начинающейся болезни в школьные годы. Психосоциальные стрессоры действуют на неокрепшую психику, что может приводить к дебюту депрессии. Самыми распространенными эмоциональными проявлениями являются раздражительность, тревога, подавленное настроение. Человек постоянно испытывает тревожность, начинает опасаться за жизнь и здоровье близких или пугаться собственной несостоятельности в обществе. Основными симптомами заболевания являются тоска, утрата интереса к окружающему миру, тревожность на протяжении не менее 14 дней.

Распознать депрессию можно и по ряду физиологических проявлений, которые выражаются в нарушении сна, аппетита, быстрой утомляемости, снижении работоспособности, сексуальных потребностей. При депрессии возникают неприятные или болевые ощущения в различных органах. Человек может жаловаться на боли в сердце или желудке, других органах. Но обследования у соответствующих специалистов никаких заболеваний не выявляют.

К поведенческим проявлениям депрессии относятся неожиданно появившаяся склонность к уединению, целенаправленный отказ от общения с другими людьми, отказ от развлечений и любой активной деятельности. У человека может развиться тяга к алкоголю и психотропным веществам, которые позволяют на время избавиться от депрессивного состояния[2].

Человека, находящегося в состоянии депрессии, постоянно посещают мысли о собственной ненужности и беспомощности, о бессмысленности жизни. Будущее видится ему исключительно в мрачных красках. Следствием тяжелой депрессии могут стать мысли о самоубийстве и суицидальные попытки[3].

---

1 Здравоохранение в России. 2009: Стат.сб. / Росстат. М., 2009.

2 Schilling EA, Aseltine RH Jr, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. J Adolesc Health. 2009 Apr;44(4):335-41. Epub 2008 Oct 29.

3 Chabrol H, Choquet M. [Relationship between depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation among 1547 high school students] Encephale 2009 Oct;35(5):443-7. Epub 2009 Mar 6; Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. Annu Rev Clin Psychol 2006;2:237-66 ; Ursoniu S, Putnoky S, Vlaicu B, Vladescu C. Predictors of suicidal behavior in a high school student population: a cross-sectional study Wien Klin Wochenschr 2009; 121(17—18): 564—73.

От успешной превенции депрессивного расстройства зависит порой жизнь человека[1] [6]. Поскольку выход из трудной жизненной ситуации подросток не видит, то начинает прибегать к радикальным методам решения проблемы для того, чтобы заглушить сильную душевную боль: употребление наркотических средств, алкоголя, промискуитет, суицидальные попытки.

Для успешного лечения экзогенной депрессии необходимо осуществление нескольких условий:

1. осознание наличия психического расстройства;
2. принятие как данность этого расстройства;
3. желание самого человека вылечиться от болезни;
4. медикаментозное (или немедикаментозное) лечение у специалиста.

В последние годы в медицинскую практику наряду с традиционными все более входят альтернативные методы лечения депрессивных расстройств. Одним из них является лечение души человека, когда болезнь рассматривается как покоряющие ее страсти. Психические расстройства существовали на протяжении всей истории христианской церкви. Отцы Церкви и многие святые затрагивали тему здоровья человеческого духа и тела в своих произведениях[2].

Миросозерцание человека в депрессии резко сужается. Но осознание факта, что в такой ситуации оказался не только один болеющий человек и что даже из видимой безвыходной ситуации есть выход, может помочь не опускаться дальше в болезнь. Церковь подсказывает человеку, что он не одинок, что трудный период не длится бесконечно и помогает исправить сложившуюся ситуацию.

АКУШЕРСКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

Т.П.Федоренко, Е.П.Гелашвили

Эффективность предотвращения преждевременных родов (ПР) невелика, несмотря на большое количество научных исследований в этой области. Данная проблема заслуживает всестороннего изучения и совершенствования диагностических и лечебных мероприятий, направленных на снижение количества ПР. Частота ПР в развитых

---

[1] Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. Psychiatry Clin Neurosci 2009 Aug;63(4):463-70. Epub 2009 Jun 15.

[2] Митр. Иерофей Влахос. Православная психотерапия. Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2006.

странах колеблется от 6 до 12% и за последние 10 лет имеется тенденция к повышению.

Проблема преждевременных родов является актуальной по ряду критериев: ухудшение экологической ситуации в мире, ухудшение образа жизни, планирование детей после 27 лет, вредные привычки, избавление от нежелательной беременности путем медицинского аборта, болезни матери до и во время беременности.

У выживших недоношенных детей наблюдается значительно повышенная вероятность развития острого или хронического заболевания и различных неврологических нарушений в старшем возрасте. Эти факторы заставляют отнестись к эпидемиологии недоношенности как проблеме исключительной важности. Статистика свидетельствует о несоразмерно высоком количестве недоношенных детей в общем числе выживших новорожденных, которые страдают физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью. Недоношенность приводит к возникновению этических проблем, связанных со стоимостью и действенностью лечения, взаимоотношениями в семье, затруднениями при обучении и дальнейшем трудоустройстве.

Все это дает основание считать, что преждевременные роды являются не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой. Это определило актуальность проблемы и послужило основой для проведения настоящего исследования.

Цель работы: провести корреляцию между медицинско-социологическим статусом матери и наличием преждевременных родов.

Задачи исследования:

1. Изучить исходы преждевременных родов в регионе.
2. Исследовать социологический статус женщин, родивших недоношенных детей.
3. Провести корреляцию между медицинско-социологическим статусом и возникшей патологией.

С августа 2008 по март 2009 в ДГКБ № 1 г. Самары изучены акушерско-социологический статус 136 матери, родивших младенцев с массой 690—2990 г и гестационным возрастом от 25 до 37 недель.

У всех матерей регистрировали возраст, профессию, группу крови, резус-фактор, течение беременности и количество беременностей, периоды родов, регистрацию брака.

У всех новорожденных учитывались: гестационный возраст (ГВ), Apgar оценка на 1 и 5 минуте, пол, длина, окружность головы, окружность грудной клетки, вес при рождении, размеры родничков и швов, группа крови, резус-фактор, наличие задержки внутриутробного развития, а также рефлексы новорожденного, физиологические перемены, такие как частота дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление, температура тела, насыщение кислородом гемоглобина.

Главным фактором, определяющим физическое развитие и зрелость ребенка, является гестационный возраст (ГВ). Последний определяет акушер-гинеколог женской консультации, включая УЗИ, а также на основании клинической оценки зрелости новорожденного.

В качестве контрольной группы было обследовано 52 женщины родивших доношенных детей. Группы были сопоставимы по возрасту матерей, акушерскому анамнезу и месту проживания.

Наибольший процент недоношенных детей рождается от первой беременности (46,42%) и второй (18,75%), число рождения недоношенных детей уменьшается при третей (11,6%) и четвертой (10,71%) беременности и вновь увеличивается при пятой (12,52%) и последующих. У 82 женщин был отягощенный акушерский анамнез — прерывание медицинскими и самопроизвольными абортами.

В обследуемой группе выявлено, что наиболее часто возникают роды на 34—36 неделях гестации (53,6%), на 28—33 неделях — 33,0%, реже — на 22—27 неделях (13,4%). Из глубоконедоношенных детей чаще рождались мальчики, а дети с I и II степенью недоношенности — девочки. Родоразрешение путем кесарева сечения было в 55,38% случаев, в основном по поводу тяжелых форм гестозов. Родоразрешение путем кесарева сечения было в 55,38% случаев. Самопроизвольные роды были у 44,62% пациенток. Эпизиотомия была произведена лишь у 10% женщин, однако же, при преждевременных родах эпизиотомия является показанием ведения преждевременных родов.

У женщин всех профессий могут быть глубоконедоношенные дети. Однако больше всего досрочных родов у домашних хозяек — 48,26%. Гестационный возраст колебался в пределах от 32 до 36 недель. На втором месте государственные служащие — 18,42 %, на третьем — женщины, работавшие в сфере услуг — 12,28%, далее — работники производственной сферы —9,65%, работники интеллектуального труда — 7,01%, и реже всех — учащиеся (16—19 лет) — 4,38%.

Учитывая большое значение экстрагенитальной патологии в генезе осложнений беременности, нами был проанализирован также соматический анамнез женщин. Изучение экстрагенитальной патологии выявило более высокий индекс заболеваемости у женщин основной группы. Лидирующим по частоте экстрагенитальных заболеваний являются заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы.

Подавляющее большинство женщин с преждевременными родами и часть женщин группы сравнения ранее наблюдались и лечились по поводу различных гинекологических заболеваний, среди которых превалировали патология шейки матки в виде эктопии, кольпитов, эндоцервицитов и эрозии, так же встречается бесплодие, воспалительные заболевания половых органов. Обращает на себя внимание наличие от 1 до 3 гинекологических заболеваний в анамнезе у одной женщины.

В женской консультации по поводу беременности наблюдалась у 59,8% (118) женщин, из них до 12 недель только половина 35,0% (69). Вредные привычки (курение, алкоголь) были у 14,9% (28), наркомания была выявлена у 6,4% (12) женщин. Таким образом, первобеременные составили 38,3% (72), повторнобеременные 61,7% (116), первородящие 52,2% (98), повторнородящие 47,8% (90).

При изучении медико-социальных причин преждевременных родов складывается социально-гигиенический портрет женщин, относящихся к группе высокого риска по невынашиванию беременности. Это женщина с излишней массой тела, имеющая вредные привычки, не замужняя, работающая в сфере услуг, имеющая отягощенный акушерский анамнез, в сочетании с экстрагенитальной патологией.

ОТ ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ К ЗДОРОВЬЮ ПРОСТОГО ГРАЖДАНИНА: РОВНАЯ ДОРОГА ИЛИ НЕПРОХОДИМЫЕ ДЕБРИ?

Е.В.Федотова

Среди многочисленных определений понятия «здоровье» наиболее популярно и употребимо как в научной, так и в научно-популярной литературе определение Всемирной организации здравоохранения, включенное в Устав ВОЗ в 1946 году. Исходя их этого определения здоровье — «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». На наш взгляд, отправные точки в осознании понятий здоровья и болезни остаются столь же далекими у разных исследователей проблем здоровья, как и много веков назад. Отсюда и диаметрально противоположные или в лучшем случае веерообразно расходящиеся подходы к укреплению индивидуального и общественного здоровья. В сознании широких слоев населения России прочно увязано несколько базовых понятий: 1) систематически заниматься укреплением собственного здоровья — лишать себя радости в процессе жизни, ограничивать себя во всем; 2) медицина — сфера обслуживания, которая обязана предоставлять услуги по первому требованию за соответствующее вознаграждение, 3) качество предоставляемых услуг напрямую связано с применением высоких технологий и значительного количества фармацевтических препаратов. Дело в том, что в определениях здоровья невозможно отразить всю виртуальность этого понятия, величайшую его условность. Классический философский подход предполагает осознание относительности как самого понятия, так и невозможности обеспечить надежные критерии стабильности состояния здоровья

индивидуума даже на минуты. Не беря во внимание «явно внешние» повреждающие факторы (механические травмы, психотравмирующие ситуации), о состоянии здоровья в принципе можно говорить лишь с позиций его оценки по бесконечно большому числу параметров, определенных одномоментно и сопоставленных с аналогичным количеством половозрастных гигиенических критериев, генетических маркеров, результатов клеточных и серологических исследований. Если болезнь можно описать и даже лечить от нее пациента, если патологию можно обозначить четкими критериями, то говорить о норме и здоровье можно исключительно как об условных, доступных современному уровню познания, принятых на сегодняшний день в научном мире и доступных для понимания обыденному сознанию. Сложно измерить эмоциональный статус индивидуума, но как ни странно гораздо легче измерить уровень позитивного и негативного реагирования в обществе. Оценка общественного здоровья оказывается порой значительно проще. Правило больших чисел не дает возможности огульного обвинения статистики во лжи. Прогнозировать демографические тенденции и качественный состав нозологических единиц (снова исключая чрезвычайные ситуации различного характера) порой легче, чем гарантировать положительный результат аппендэктомии. В начале XXI века можно, наконец, перейти на более точный лексикон и заменить в научной литературе, не только философского, но и медицинского характера термины «норма» и «здоровье» на более соответствующие высочайшим достижениям человеческого познания, сохранив эти термины для популяризации биомедицинских знаний и символического обозначения целевых точек при движении человека по траектории жизни. Нельзя не согласиться, что медицина — прикладная оптимология, то есть наука об оптимизации, поиске наиболее оптимальных решений. Главная задача медицины — оптимизировать деятельность организма человека, преодолевать различного рода неоптимальности его функционирования[1]. Поиск должен быть направлен не на поиск критериев нормы и здоровья индивидуума «в точных цифрах», а на проведение оптимизирующей деятельности, которая ближе к искусству врачевания, чем к редукционистскому стремлению к стандартам лечения и жесткому соблюдению койко-дня и продолжительности пребывания на больничном листе в строгом соответствии с установленным диагнозом. Прекрасно осознавая право на существование страховой медицины, фармакоэкономики и сложности существования медицины в целом в условиях непреложных законов рыночного бытия, необходимо стремиться к максимальной независимости научного познания и совершенствованию истинно научного мышления. Следует говорить о двух видах стремления к оптимизации

[1] Моисеев В.И. Философия биологии и медицины: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Принтберри, 2007. С. 155.

жизни: компенсаторной и развивающей. Вся сложность заключается в том, что установить критерии неоптимальности значительно проще, нежели оптимальности. Значительно проще, как уже было отмечено, определить критерии патологии, чем нормы. Именно поэтому, удобнее исправлять выявленные отклонения, а не стремиться к адекватной экспликации критериев оптимальности. Удобно бороться с возбудителями инфекционных болезней или высокими цифрами артериального давления, а не стремиться восстановить собственный иммунитет или неспецифическую защиту, исправить психоэмоциональное состояние пациента в связи с несоответствием его притязаний к обществу и ответной реакцией общественной системы. Оптимум сложен и многогранен. Патология очевидна и конкретна. Тем более интересными выглядят новые тенденции деятельности фармацевтических компаний, которые кроме традиционных маркетинговых исследований начали проводить исследования с помощью методов установленных предпочтений, в том числе метод «совместного анализа». Суть метода в том, что «для корректного анализа и оценки влияния политики здравоохранения, использования новых методов лечения, а также новых лекарственных средств... необходима информация о предпочтениях потребителя». Ориентированные на пациента методы обладают высокой устойчивостью в экономической теории и вместе с этим, уделяют пациенту больше внимания, чем исследования, учитывающие качество жизни, такие как HR-QL (связанное со здоровьем качество жизни) и QALY (добавленные годы жизни с поправкой на качество). Положительными чертами таких ориентированных на пациента методов как «совместный анализ» (conjoint analysis — CA) и «готовность платить» (willingness to pay — WTP) являются их гибкость и способность приспосабливаться к любому вопросу в исследуемой сфере. Методы позволяют оценить гипотетическое лечение, находящееся в разработке, показать исход заболевания, выбранный пациентом, учитывают образ жизни и соблюдение им правил терапии, могут фокусироваться как на общей ценности терапии, так и на отдельных ее эффектах, фокусироваться на связанных со временем аспектах лечения и исходах лечения[1]. Казалось бы, подобные исследования лишены всякой логики: ни один пациент не должен выбирать дорогие неэффективные методы с использованием большого количества препаратов, которые вводятся инвазивным путем несколько раз в сутки или оперативные вмешательства, которые с наибольшей вероятностью приведут к летальному исходу, ведя при этом нездоровый образ жизни. Однако, современный пациент уже давно сформирован средствами массовой информации и усилиями коммерческой медицины как «желающий добровольно приобретать наиболее качественные,

[1] Куликов А.Ю., Литвиненко М.М. Теоретические основы нового метода фармакоэкономического анализа: «совместный анализ» // Фармакоэкономика. 2009. Т.2. № 2. С. 15.

фирменные и следовательно дорогие препараты, проходить соответствующие курсы длительного многомесячного лечения до достижения видимого результата, чтобы спустя какое-то время вновь обращаться за медицинской помощью». Усилия сторонников профилактической медицины сегодня малоэффективны, ибо с позиции власти сложно увидеть признаки дизадаптивного синдрома, социально-экологического утомления или сугубо личные психологические проблемы у отдельного пациента. Гораздо проще не препятствовать успешной деятельности табачно-алкогольно-наркотического лобби и активизировать продажи лекарственных средств в масштабах страны.

Таким образом, включение субъектных структур в состав онтологических концептуализаций представляется основным направлением в развитии теории медицины. Необходимо создание аксиосоматической терминологии.

СОЦИАЛЬНО-ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

Д.В.Щанкин

Поведение человека определяется его потребностями. Потребности рождаются под влиянием социальной среды. В любом виде деятельности и в жизни приветствуются выносливость, закаленность и сила. Поэтому общество, претендующее на лидерство в какой-либо сфере жизни или упрочнение ранее занятых позиций в каждом из своих членов развивает в первую очередь именно эти качества. Естественным препятствием таким стремлениям является лень, привычка «почивать на лаврах», полученных предыдущими поколениями. Представляется необходимым в очередной раз проанализировать известную зависимость состояния здоровья человека от социальных тенденций, затрагивающих вопросы аксиологии здоровья.

Согласно уставу ВОЗ, «здоровье есть состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней». Следовательно, человек более здоров в здоровом обществе — там, где пропаганда активного образа жизни является обыденностью, а торгово-рекламные яды находит только тот, кто их ищет. Как отмечалось[1], «в здоровье народа отражается как многостороннее взаимодействие социальных, экономических, культурно-нравственных и медико-экологических факторов жизнедеятельности различных групп населения, так и результаты деятельности системы здравоохранения по укреплению, восстановлению и поддержанию общественного здоровья».

[1] Щепин О.П., Белов В.Б. Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 3. С. 3—5.

Конечно, не все зависит от медицины. Известным фактом является резкое повышение числа психогенных заболеваний бойцов Красной Армии в начальный период Великой Отечественной или высокий уровень стрессогенных сосудистых заболеваний американских солдат, которые не были уверены в правильности вьетнамской и корейской войн[1]. Отсюда видно, насколько прочна связь значимой для человека гуманистической мотивации и личного удовлетворения совершаемой деятельностью.

Сегодня по мнению большинства специалистов для того, чтобы «коренным образом изменить катастрофическое положение со здоровьем россиян ... необходимо решить вопросы финансирования, адекватной организации медицинской помощи, профилактических, в частности, скрининговых, программ и т.д.»[2]. «Основными принципами реформирования системы здравоохранения в России стали введение системы обязательного медицинского страхования (ОМС), приватизация и децентрализация»[3]. «Опыт реформ наглядно свидетельствует о том, что ни монетарные, ни директивные меры, направленные на перелом негативной тенденции в динамике отдельных показателей, не обеспечивают стабилизации общественного здоровья, не говоря уже о его устойчивом развитии»[4]. Наконец, появились специальные федеральные программы: «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок», «Старшее поколение», «Противодействие употреблению наркосредств», «Онкология», «Борьба с заболеваниями, передающимися половым путем». Обнадеживает уже само существование подобных проектов в условиях некоторого недоверия населения всему окружающему. При этом «непрерывный рост суммарных затрат на здравоохранение в большинстве экономически развитых стран обеспечивается преимущественно государством ... <у нас> за последние пять лет объем платных услуг в области здравоохранения вырос в 3,2 раза»[5]. Даже в условиях системы общедоступного бесплатного медицинского обслуживания, обеспечившей в 1960-е и последующие годы продолжительность жизни граждан СССР, сопоставимую с таковой в экономически развитых странах Запада академики Н.М.Амосов, Ф.Г.Углов отмечали: «не надейтесь на медицину ... она неплохо лечит многие болезни, но не может сделать человека здоровым. Пока она даже

---

1 Углов Ф.Г. Живём ли мы свой век.

2 Галина Т. Стартовала программа «Философия здоровья» // Медицинский вестник. 2005. №8(315). С. 13.

3 Михайлова Ю.В. и др. Реформирование системы здравоохранения России в условиях глобализации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 3. С. 18—20.

4 Щепин О.П., Белов В.Б. Роль здравоохранения в формировании общественного здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 3. С. 3—5.

5 Там же.

не может научить его, как стать здоровым ... вся медицина построена на том, чтобы пробудить дремлющие в организме силы сопротивления, усилить его борьбу с вредными агентами... человек, который надеется только на медицину, но ничего не делает, чтобы развить, увеличить в своем организме силы к сопротивлению, к борьбе с болезнью, совершает большую ошибку». Я полагаю, готовить человека к возможным неожиданным изменениям в нем самом и в окружающей среде эффективнее всего будет само человеческое общество. Если оно дезориентировано и скреплено только исторически, оптимизму не на чем основываться. Значит, особое внимание нам надо уделять тому самому выбору вектора развития, известным разработкам программ развития науки, производства на длительный период. Однако, история показала, что к вопросам разработки и принятия идеологии надо подходить весьма осторожно — нацизм превозносил культ здорового тела, только чистой совести места не находилось. Основой любой идеологии является активность, лучше, если она затрагивает как можно большее количество людей, так как активность, т.е. всесторонняя, интенсивная, гармоничная деятельность всех его систем является основным условием сохранения структурной целостности организма[1]. Для детей любое соревнование — интересная игра. Для взрослых приходится придумывать особые задачи, ведь если оздоравливающие мероприятия не детерминированы какой-либо определенной, пусть даже номинальной целью, человек скорее воспринимает их как нечто постороннее, мешающее его повседневной жизни. Наша главная задача — создать условия стабильного завтра и обеспеченного любимой работой, позволяющей удовлетворять обычные жизненные потребности сегодня. Пожалуй, иначе мы не сможем убедить соотечественников, что «жизнь вокруг прекрасна и удивительна».

Таким образом, правильно спланированные и проведенные культурно-массовые, спортивные мероприятия, обогащающие информационную среду бодростью и оптимизмом, возможность максимально полной самореализации, воспитание в обществе «привычки быть здоровым» должны будут способствовать сплочению людей. Из поверхностного свидетеля человек станет активным участником происходящих рядом удивительных, важных и не очень, событий.

ПРОБЛЕМА ЗАЩИТЫ ИНТЕРЕСОВ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В.В.Яковлев

По прогнозам специалистов четко прослеживается тенденция увеличения количества людей, страдающих депрессией, грозя обогнать

[1] Физиология человека / под ред. Г.И. Косицкого. М. : Медицина, 1985. С. 530.

даже такие заболевания, как сердечно-сосудистые и онкологические. Известно также, что алкоголизм и наркомания (в 95 случаев из 100) — это результат неверных попыток уйти от депрессии. Депрессивными состояниями обусловлены и самоубийства.

У человека, поступающего в состоянии депрессии к врачу, нет планов, атрофированы чувства и восприятие (в христианской антропологии это состояние называется «окамененным нечувствием»). К такому пациенту необходим особый подход, так как равнодушная позиция врача может навредить ему, вплоть до того, что оставив его в таком состоянии, можно потерять человека.

При этом врач оказывается в ситуации принудительной защиты интересов пациента, во-первых, от него самого, от попыток самоубийства, надо защитить его право на жизнь, во-вторых, защиты его интересов во время болезни от нарушений прав его другими лицами. Необходимо четко разграничить, когда должен вмешаться юрист и каково должно быть его взаимодействие с врачом?

Практика свидетельствует, что вмешательство юриста необходимо:

- при плохих условиях содержания пациента (насилие, плохое питание, отсутствие гигиены и персонала и др.);
- если забирают пенсию,
- при лишении имущества,
- в семейных правоотношениях — развод,
- в трудовых правоотношениях — увольнение.

Действия юриста должны быть направлены, прежде всего, против любых проявлений стигматизации подзащитного. Важно, чтобы ограничения пациентов в свободе не переходили за грань необходимого, т.е. были адекватны тяжести заболевания.

Юрист должен составить план обеспечения прав пациента по направлениям, где, как правило, присутствует опасность нарушения прав подзащитного:

- ограничение или лишение дееспособности,
- правомерность судебных решений, вмешательства органов внутренних дел, родственников, соседей и т.п. при направлении человека на психиатрическое обследование и лечение (*человек* может быть не обосновано быть признан пациентом),
- необходимость принудительного лечения,
- прохождение ВТЭК,
- по психиатрическому учету в связи с вопросами, касающимися возможностей иметь водительские права, выполнять определенные виды работ (например, иметь лицензию охранника), регистрировать на себя охотничье оружие.

В настоящее время открытыми и требующими решения как для юристов, так и для врачей являются вопросы: в чьи должностные обязанности входит защита прав человека в психиатрии? Кто осущест-

вляет надзор за соблюдением прав пациента? Обязан ли юрисконсульт больницы заниматься проблемами пациентов? Каковы обязанности и полномочия врача по реабилитации больных? Какие нарушения прав человека доходят до стадии принятия судебных решений?

Как известно, в западной медицине практика защиты прав пациента широко развита. Например, в Испании, свободно вывешены телефоны адвокатов в психиатрических отделениях. В российской практике, как правило, врач может самостоятельно запретить пациенту вести телефонные переговоры, осуществлять переписку, принимать посетителей и передачи.

К реальным средствам защиты интересов людей, которым оказывается психиатрическая помощь можно отнести следующие способы изменения ситуации:

1) совершенствование законодательства по оказанию психиатрической помощи,

2) совершенствование управления, логистики и организации оказания психиатрической помощи (например, увеличение количества санитаров на 1 пациента),

3) изменение качественного состава персонала,

4) тесные и систематические контакты юристов, законных представителей пациентов, общественных организаций с врачами, юристов с пациентами и их родственниками.

Решение этих вопросов, безусловно, будет способствовать профилактике и борьбе с нарушениями прав человека и защите интересов людей, которым оказывается психиатрическая помощь.

БАЗОВЫЕ ПОДХОДЫ В ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

О.Е.Баксанский

В основе различения базовых направлений философии образования лежит различие эмпирико-аналитических и гуманитарных наук. Соотношение этих наук, их подходов в научных исследованиях образования и, более широко, во взаимодействии с вненаучным знанием выступает в философии образования как центральная методологическая проблематика образовательного знания.

Метод эмпирико-аналитических наук основан на фиксации типичных, повторяющихся данных наблюдения и эксперимента в «языке фактов». Этот процесс направляется теорией — системой высказываний о законах реальности (опирающейся на правила логики). Вместе с тем, теория обусловлена фактами, на основе которых интегрируются законы. Номологическими и логическими высказываниями теория оперирует не только с опорой на факты, но и аналитически, то есть путем раскрытия логических и номологических следствий этих высказываний в применении к фактам и/или друг к другу. К наукам такого типа принадлежат естественные, а затем — социальные науки: экономические, социологические, и, далее, поведенческие дисциплины, основанные на психологии. Эти социальные дисциплины, а также психология обретают статус наук, следуя данному методу.

Гносеологической предпосылкой этого метода являются типологизация и законополагание. Они получили распространение в виду своей жизненно-практической ценности (в том числе и в образовании): именно вычлененная типологическая регулярность поддается достаточно определенному прогнозу, который способен выступить основанием для столь же конкретной практической цели и, далее, проекта и управления его реализацией. Этот метод предполагает выдвижение все новых обобщений, выходящих за пределы проверенной теории и образующих гипотезы, которые могут войти

в теорию лишь на основе многосторонней проверки (и при том, не только эмпирико-аналитической).

Осознание ценности эмпирико-аналитического подхода в XVII веке вырастает в XVIII и XIX вв. до ранга нового мировоззрения, которое отрицало прежнюю метафизику с ее созерцательностью и идеалами нравственно-политического совершенствования жизни. Новое мировоззрение освобождает человеческое сознание от подчинения абстрактным метафизическим абсолютам, направляет его интересы в сторону практического преобразования мира. Этому соответствует и картина мира, которая исследуется как потенциальный объект такой деятельности, а человек определяется, исходя из принципов деятельности. Подобного рода ориентации в значительной мере складывались в мировоззрении естествоиспытателей, выраставшем из естественно-научных исследований, например, у Галилея, Ньютона, и получали все более полное выражение в общей философии, образуя, с одной стороны, линию британского эмпиризма Фр.Бэкона, а затем Д.Юма, и, с другой, — рационализма Р.Декарта, Б.Спинозы и Г.Лейбница.

Позитивизм О.Конта, отделил науку как единство теоретического и фактуального знания от других областей культуры (прежде всего от философии) и сделал ее предметом самостоятельного исследования, заложив таким образом новую исследовательскую область — специализированную философию науки. Позитивизм способствовал распространению эмпирико-аналитического подхода на изучение человека и общества, его материальной и духовной жизни, на основе чего социальные исследования в области экономики и социологии во второй половине XIX в. обретают статус научных дисциплин.

В начале XX века в связи с научной революцией в математике и физике позитивизм отходит от прежнего тяготения к эмпиризму и переходит к анализу языка науки. Неопозитивизм разрабатывается в концепции логического атомизма в ранних работах Б.Рассела, а также Л.Витгенштейна, а в 20-е годы — в логическом позитивизме Венского кружка. Они получают название аналитической философии науки, с которой связывается лингвистический поворот в философии XX в. В русле этого поворота в 30—40-е годы в поздних работах Л.Витгенштейна и его последователей складывается философия анализа естественного языка, которая критикует позитивистскую философию науки с ее сциентизмом и обращается к осмыслению вненаучных областей культуры.

Человек изучается множеством специальных наук. Науки раскрывают человека в его многообразных связях и взаимодействиях со все новыми уровнями внешней реальности. Его собственное тело и мозг становятся объектом исследования. Без этих знаний педагогика не может понять ни жизнь человека (индивидуальную и социальную), ни жизненные задачи образования, ни даже отличие нормы от па-

тологии, не говоря уже о том, что корпус различных наук составляет львиную долю содержания образования.

В первой половине XX века в педагогическую науку входит психология, выдвинувшая ряд новых концепций. Будучи специально-научными, они вместе с тем, имели философские импликации, осознававшиеся, однако, на уровне спонтанного мировоззрения естествоиспытателей, в котором преобладал сциентизм. Этому мировоззрению свойственен парадокс: игнорирование профессиональной философии, включая и ту, которая разоблачала метафизические передержки самого этого мировоззрения — универсализацию какого-то одного подхода, и соответственно, редукционизм в отношении к альтернативам. Наиболее яркими были оппозиции бихевиоризма и гештальтпсихологии внутри когнитивного подхода.

При всей критике рационалистическое мировоззрение доминирует в государственных системах образования, в умах большинства администраторов и педагогов. Вслед за В.В.Платоновым[1] можно выделить следующие характерные черты этого стиля:

- дистанцирование от философии, от теории вообще в сторону образовательных практик, от гуманитарных дисциплин;
- преувеличение роли сначала психологии, а с 60-х годов — социологии, как якобы фундаментальной науки, из которой должно "выводиться" педагогическое знание;
- образ человека в терминах биосоциального детерминизма;
- подход к образованию, исходя из общества, его институтов, а не из индивидуальности человека;
- разработка многочисленных планомерных технологий, тестового контроля, программированного обучения, компьютеризации и т.п.

Критика со стороны гуманитарных концепций не должна заслонять позитивного смысла этих течений и аналитического подхода в целом: образование как целенаправленный процесс немыслимо без планирования и, следовательно, технологий, особенно, в век техники, а педагогическая теория и философия образования без этих концепций не смогли бы даже сформулировать свои фундаментальные проблемы.

Эмпирико-аналитический подход выразился в нескольких системах философии образования, представляющих собой более или менее развернутые комплексы исследовательских программ. В наиболее жестком виде этот подход проявился в философии образования бихевиоризма, которая, однако, уже в 80-е годы предстала как не выдерживающая критики. Довольно четкой формой эмпирико-аналитического подхода является критико-рационалистическая философия образования (с середины 60-х гг.), ориентированная на философию науки К.Поппера.

---

[1] Огурцов А.П., Платонов В.В. Образы образования. Западная философия образования. XX век. СПб., 2004.

Если в начале эмпирико-аналитические и гуманитарные концепции преимущественно самоопределялись и выступали как самодостаточные, то с середины 60-х гг. появляются конвергентные тенденции, на основе которых возникают конструктивные системы философии образования, стремящиеся к нередукционистскому синтезу эмпирико-аналитического подхода с гуманитарным. Это, прежде всего, педагогическая антропология (с начала 60-х гг.), которая, происходя из гуманитарной философии образования, существенно дополняет ее ориентацией на эмпирические и аналитические науки.

Англо-американская аналитическая философия образования в своем истоке (начало 60-х годов) является логико-аналитической с включением методов анализа языка и, прежде всего, ординарного языка образования, что ведет к конвергенции этой концепции с гуманитарными концепциями. Аналитическая философия образования основана в начале 60-х годов И.Шеффлером в США, к которому примкнул Р.С.Питерс, развивший эту концепцию в Англии. Эта концепция с самого начала находилась в движении от философии науки логического позитивизма к философии прагматического анализа обыденного языка позднего Л.Витгенштейна, а затем в сторону постаналитической философии в духе Поппера, Куна, Лакатоса и др. Ее цель — интеграция образовательного знания с помощью единого метода, а именно метода анализа языка, употребляемого в сфере образования. Однако, эти философы до 80-х гг. были против того, чтобы строить еще и систему, описывающую образовательную действительность, потому что построение центрального элемента этой действительности — образа человека как целостного существа выводит за пределы критериев осмысленности (в духе логического позитивизма).

Метод состоит в анализе естественного языка в сфере образования и экспликации его «логической географии» (Г.Райл), «карты» основных терминов и суждений. Вместе с тем эта философия образования поначалу не была свободна от ограниченностей логического позитивизма и фиксировала на «карте» лишь то, что отвечало научным теориям (психологии, социологии). Цель образования виделась в овладении содержанием, отвечающим научной проверяемости и на этой основе — развить способность к самостоятельно продуманным решениям и действиям; методы обучения акцентируют интенциональную активность субъекта, его критическое мышление и исключают мировоззренческую индоктринацию.

Однако в середине 70-х годов П.Херст приходит к отказу от сциентизма: образовательное знание не сводится к научным теориям, но включает не выводимый из них слой генерализаций педагогической практики и профессионального опыта педагогов[1]. Необходим соот-

[1] Hirst P.H. Educational Theory. In: Educational Theory and its Foundation Disciplines. Ed. by Paul H. Hirst.L.,N.Y., 1987.

ветствующий «концептуальный аппарат», выражающий не только обдуманные решения, но и эмоционально принятые житейские верования и ценности, спонтанные самовыражения человека в индивидуальных ситуациях и т.п.

Конструктивной чертой ряда концепций философии образования является тенденция соединения эмпирико-аналитического и гуманитарного подходов. Поиск конвергенции происходит по-разному: педагогическая антропология делает акцент на гуманитарном подходе, а критико-эмансипаторская философия образования — на эмпирико-аналитическом (социологическом) подходе.

Гуманитарная педагогика как философия образования характеризуется следующими особенностями:

- философская рефлексия о процессе и системе образования неотторжима от переживания и понимания принципиальной историчности значения и действенности норм и целей образования;
- эта рефлексия имманентна социальным процесса вообще и процесса развития образования, в частности, составляя его неотъемлемую часть и осуществляясь в самом процессе жизнедеятельности индивидов;
- по мере развития гуманитарной педагогики ее взаимоотношения с эмпирически и каузально ориентированной психологией усложнились, в последней стали видеть способ контроля за гуманным воспитанием и гуманитарным образованием;
- теория имеет значимость в социально-историческом и ситуативно-прагматическом контекстах;
- важной особенностью гуманитарной философии образования является то, что В.Дильтей расширяет значение педагогических концепций, превращая их в ценное и устойчивое ядро национальной жизни;
- методы гуманитарной педагогики — метод реконструкции, вчувствования и вживания в процесс и акты образования противостоял методам критической и эмпирико-аналитической направлениям в педагогике.

Педагогическая антропология опирается на философскую антропологию. Критики часто идентифицируют педагогическую антропологию с гуманитарной педагогикой, игнорируя то, что она считает эту педагогику своей «предформой»[1]. Педагогическая антропология сформировалась и развилась как гуманистическая альтернатива тоталитарному стилю образования и педагогического мышления, и поэтому особенно близка отечественному образованию на современном этапе.

Педагогическая антропология направлена на синтез подходов внутри гуманитарного подхода, и, далее, всего этого подхода с аналитическим

[1] Kern P., Wittig H.G. Notwendige Bildung. Studien zur padagogischen Anthropologie. Frankfurt am Mein. N.Y.,1985.

знанием. В образовании и педагогической практике, соответственно в ее «молярном» языке, фигурирует человек, а не «молекулярные» составляющие, на которые его расчленяют специальные науки — психология, социология и гуманитарные дисциплины. Синтез этих частичностей предполагает построение образа (модели) человека в пространстве образования (homo educandus). Это — центральный вопрос педагогической антропологии, которая составляет основу общей педагогики как интегративной теории образования. Педагогическая антропология считается относительно самостоятельной областью, связывающей педагогику с общей философией, но не выносится во вне педагогики: «кто теоретизирует о человеке, тот философствует»[1].

Для педагогической антропологии характерно конструктивное понимание методологического статуса специальных научных исследований образования:

- комплексность;
- взаимная необходимость сочетания усилий эмпирических, аналитических и гуманитарных дисциплин;
- учет опыта вненаучного сознания (философского, теологического, нравственного, эстетического, политико-юридического и др.);
- концепция «взаимного втягивания», выявления общих, интерсубъективных основоположений и ценностей между фундаментальными направлениями, их взаимная трансформация[2].

Аналитический подход, номологическое объяснение объективных основ человеческого бытия, делающее возможным прогнозирование и планомерность, без которых немыслимо образование как целенаправленная деятельность.

Критико-эмансипаторская философия образования стремится к синтезу гуманитарного и эмпирико-аналитического подхода, притом, тяготея к последнему, особенно, к ориентации на социологическую и политическую проблематику. Ее основатели — К.Молленхауэр, В.Бланкерц, В.Лемперт, В.Клафки в конце 60-х годов вышли из гуманитарной педагогики, подвергнув критике гуманитарную концепцию автономии образования. Антропология, апеллирующая к духовности, к разрешению антиномий образования герменевтикой «педагогического отношения» — это слишком «аффирмативный» взгляд на существующее образование, его внутренние возможности, а также на общество, которое, якобы, не препятствует автономии образования и его субъекта. В общей педагогике антропология и герменевтика становятся подчиненными моментами социологии: образование раскрывается через анализ социальной ситуации. Противоречия образования суть продолжение основного противоречия

---

[1] Dienelt K. Padagogische Anthropologie. Wien .Munchen,1970. P. 51.

[2] Kern P., Wittig H.G. Notwendige Bildung. Studien zur padagogischen Anthropologie. Frankfurt am Mein. N.Y.,1985.

индустриального общества — «модерна», в котором отчужденные социально-политические и технократические структуры подчиняют людей, разрывая их межличностные коммуникации (взаимопонимание, человечность и т.д.). Отчуждение внедряется в сознание идеологиями, которые подчиняют человека, его становление в процессе образования тем или иным надчеловеческим инстанциям: космическим силам, парализующим разумную активность (иррационализм) безликими закономерностями (сциентизм), случайностями вроде «встреч» в экзистенциальной педагогике.

Педагогика должна ориентироваться на критику идеологий, общества и самой системы образования. Критическая педагогика есть не академическая, а практико-ориентированная наука: она исходит из жизненного интереса социально-политических движений протеста. Эта концепция ориентируется на постепенную эмансипацию от отчуждения, с идеалом складывания коммуникации и общностей без господства. Этот социологический интерес определяет воспитательно-научный интерес: воспитание субъектов общественной эмансипации, способных к коммуникативному действию. Фундамент образования, его целей и процессов составляет развитие:

- во-первых, способности к свободному дискурсу: прежде всего к критике; подчеркивается рациональность этого дискурса, но не академическая, а направляемая интересом,
- во-вторых — развитие саморефлексии, которая является основой преодоления отчуждения внутри себя, обретения зрелости, способности противостоять навязыванию взглядов.

С середины 80-х годов набирает силу постмодернистская критика или «деконструкция» конструктивных систем, раскрывающая в них различные противоречия и несоизмеримости в трактовке образования, его познания и ценностей. На первых порах эта критика и сама стратегия «деконструкции» понимались слишком радикально, вплоть до дискредитации дискурсивного мышления, построения теоретических систем, а на их основе — проектирования нормативных социальных систем модерна, а то и как отрицание модерна с перспективой перехода от цивилизационных структур к неким общинам.

К концу 90-х годов намечается поворот от «деконструкции» к «реконструкции», которая выдвигается в качестве альтернативы постмодернистскому радикализму со стороны таких философских направлений, как аналитическая философия образования, педагогическая антропология и критико-эмансипаторская философия образования. Свойственная постмодернизму фиксация несоизмеримостей, конфликтов и антагонизмов не учитывает процессов униформазации и гомогенизации, происходящих на более глубоких уровнях под действием экономической, военной, технологической, коммуникационной и информационной интеграции.

А.Ф.КОНИ О ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ И «ЭТИКЕ ОБЩЕЖИТИЯ»[1]

С.А.Доманова

Анатолий Федорович Кони (1844—1927) — выдающийся русский юрист, общественный деятель, писатель-мемуарист — внес значительный вклад и в развитие культурного, образовательного пространства России конца XIX — первой четверти XX в.

Наряду с государственной службой (он прошел путь от помощника секретаря Санкт-Петербургской судебной палаты до сенатора и члена Государственного совета), активной литературной деятельностью (отмеченной присвоением ему в 1900 г. звания почетного академика Петербургской академии наук по разряду изящной словесности[2]), А.Ф.Кони много лет преподавал этику в Императорском Училище правоведения, Александровском лицее, Смольном институте, Санкт-Петербургском университете, будучи петербуржцем, часто бывал с лекциями в Москве. Апогея его лекторская деятельность достигла в послереволюционные годы. Когда «курсов ...было великое множество — от переплетных и куроводства до изучения египетских и санскритских надписей», знания и опыт А.Ф.Кони оказались востребованы его «умной и начитанной аудиторией». «Прошли две революции — и я снова профессор в трех Университетах (I и II Петербургском и в Железнодорожном университете, в Институте Живого Слова (очень интересное учреждение), в Школе русской драмы и на курсах Всемирной литературы в Аничковом дворце! От прежних званий не осталось ничего, а профессура, когда-то утраченная, казалось, навсегда, вернулась в изобилии»[3], — писал он И.Д.Сытину. А были еще лекции на многочисленных курсах, в научных обществах. Он читает до 22 часов в неделю в Кооперативном институте, Криминологическом обществе, Клиническом институте усовершенствования врачей (бывшем Еленинском институте). С последним А.Ф.Кони связывало давнее сотрудничество. Начиная с 1895 г. в Императорском Клиническом институте были организованы бесплатные лекции, читавшиеся выдающимися учеными и писателями того времени (прообраз вечернего университета). Среди приглашенных лекторов был и А.Ф.Кони. Он выступал с лекциями о жизни известного врача-гуманиста Ф.П.Гааза, «О судебной этике», «О последствиях слабости воли», «О Ницше», «Об основательнице Клинического института»[4] и др. Эти лекции расширяли кругозор слушателей, пользовались неизменной популярностью у врачей, проходящих курс «усовершенство-

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта № 10-03-00801а *«Витомерные образы трансдисциплинарности».*

[2] За книгу о докторе-филантропе Ф.П. Гаазе, изданную Кони в 1897 г.

[3] Кони А.Ф. Собр. соч. Т. 8. С. 306—307.

[4] Великая княгиня Елена Павловна.

вания». Только за первые три года эти бесплатные воскресные курсы закончило 1528 врачей[1].

В течение 10 послеоктябрьских лет А.Ф.Кони читал молодежи о нравственном отношении к жизни, начал разрабатывать курс «Этика общежития», в котором наряду с этикой судебной, врачебной, экономической, политической поднимались вопросы этики в области общественного порядка, воспитания и личного поведения. Программа курса лекций по этике общежития показывает широту и глубину его взгляда на предмет. Основываясь на системах Аристотеля, Спинозы, Канта, Шопенгауэра, он говорил о месте этики в истории философии. В этике воспитания главным считал индивидуализирование его приемов, развитие чувства жалости и уважения к человеческому достоинству. Глубоко рассматривал судебную, врачебную, экономическую этику, а также этику в области общественного порядка, личного поведения, в искусстве, литературе[2].

«На 76 году жизни я оказался лишенным всяких средств, без пенсии, службы, трудовых сбережений... Но судьба послала мне возможность употребить в дело остатки знаний, опыта, дара слова и любви к молодому поколению, указав мне преподавательскую работу, в которую я постепенно втянулся по самые уши... Читаю лекции о русских писателях..., о драматическом искусстве, — о задачах и приемах живого слова... и наконец об этике общежития... Меня чрезвычайно увлекает этот предмет, а слушателями я не могу нахвалиться. Эта молодежь слушает так жадно, так интересуется именно вопросами морали, — так жаждет их разъяснения, что на душе становится легче и светлее...»[3].

Следуя основным положениям этики И.Канта, А.Ф.Кони выполнение своего долга как нравственного ставил выше чинов, наград, богатства. Канта он называл «Петром Великим» современной философии. Этика И.Канта созвучна его отношению к жизни: каждая личность — самоцель и не может рассматриваться как средство осуществления каких бы то ни было задач, даже если это задачи всеобщего блага. Как юристу и судебному деятелю А.Ф.Кони близок и важен категорический императив Канта: поступок будет моральным только в том случае, если он совершается единственно из уважения к нравственному закону. В случае конфликта между личной человеческой склонностью и нравственным законом, этика Канта требовала безусловного подчинения нравственному долгу. Кант допускал существование морального закона даже в самом худшем человеке и предрасположение к злу даже в самом лучшем. Именно этими положениями этики Канта

---

1 Императорский Клинический институт вел. кн. Елены Павловны: Российская школа усовершенствования врачей / Беляков Н.А. и др. СПб., 1999. С. 304.

2 Программа курса лекций по этике общежития. Лектор А.Ф. Кони // Записки Института Живого Слова. Пг., 1919. С. 56—58.

3 РГАЛИ. Ф. 122. Оп. 1. Д. 64. Л. 1—2.

руководствовался А.Ф.Кони в своей юридической деятельности, именно на них строил свой курс этики для студентов. Он был покорен мыслью Канта «звездное небо над нами и нравственный закон в нас», не раз она становилась центральной в его выступлениях. Огромный вклад внес А.Ф.Кони в разработку врачебной этики. Призвание врача по мысли А.Ф.Кони — в осознании себя деятелем науки, носителем «*специального искусства*» и *сострадания* к страждущему человечеству. «Из задач врача вытекают и его нравственные обязанности: уважение к истинной науке, недопущение никаких шарлатанских приемов ...устойчивое терпение в отношении к людям, самоотвержение в некоторых случаях исполнения своего долга перед обществом и последовательное поведение»[1].

Особое значение А.Ф.Кони придавал врачебной тайне, которую он относил к вопросу нравственного свойства, его «нельзя разрешить ни механическим применением заранее предвзятых правил, ни на основании сентиментальных соображений»[2]. А.Ф.Кони подчеркивал, что есть случаи, когда сохранение врачебной тайны не может быть одобрено с нравственной точки зрения. «Защищаемая поклонниками врачебной тайны теория молчаливого договора между клиентом и врачом, ... не может быть оправдана, ибо в ряде случаев такой договор, делающий врача собственником клиента, скрывающего свои низкие цели — недействителен, как договор безнравственный»[3].

Другим важным вопросом врачебной этики он считал откровенность с больным: должен ли врач скрывать от больного, его близких характер и свойства заболевания? «Все, конечно, зависит от формы, в которую будет облачен ответ на вопрос больного, и не нужно отнимать надежды или грубо прикасаться к смущенной душе, но не следует скрывать от него возможного исхода, хотя бы в виде совета привести на всякий случай свои дела и отношения в порядок»[4].

Большое внимание в своей врачебной этике А.Ф.Кони уделил вопросу ускорения смерти в безнадежных случаях (он не употреблял термина эвтаназия). Подчеркивая, что задача врача — продолжение жизни больного и облегчение его страданий, «обезвреживание причины болезни», он в то же время видит бесплодность усилий «гигиениста» по продлению жизни, сопровождающейся невыносимыми мучениями, конец которой неизбежен, а о «поставлении в лучшие условия угасающей жизни не может быть и речи». По мнению А.Ф.Кони, если нет возможности прекратить страдания умирающего, не прерывая «нить жизни», с нравственной точки зрения допустимо «участие врача в успокоении больного навеки». Однако при этом он подчеркивает, что это возможно лишь в исключительных

---

1 Кони А.Ф. К материалам о врачебной этике // Отдельный оттиск из приложения к журналу «Врачебное дело». Харьков, 1928. С. 3-4

2 Кони А.Ф. К материалам о врачебной этике. С. 7.

3 Кони А.Ф. К материалам о врачебной этике. С. 8.

4 Кони А.Ф. К материалам о врачебной этике. С. 9.

случаях, когда «продолжение существования больного представляет лишь цепь криков, воплей, отчаянных движений и мольбы о смерти». Первым условием подобного деяния А.Ф.Кони называет собственную, вполне сознательную, устойчивую просьбу больного о смерти. Вторым условием является доказанность невозможности спасти жизнь «страждущего», удостоверенная мнением нескольких врачей. Таким образом, выдающийся юрист и моралист сделал попытку выделить основные вопросы врачебной этики. К таковым он отнес врачебную тайну, принцип правдивости и допустимость ускорения смерти больного.

Нравственность, нравственный долг, этика продолжали оставаться одной из главных тем публичных выступлений А.Ф.Кони на протяжении всей его жизни. Однако, действительность 20-х годов XX века накладывала негативный отпечаток на эту благороднейшую деятельность А.Ф.Кони. Так после четырех лет чтения курса этики в Институте кооперации, совет института заявил А.Ф.Кони, что его лекции «не подходят, ибо я (Кони — С.Д.) в них слишком *морализирую*! Это похоже на лекции логики без логики»[1].

И все же до последних дней своей жизни, о чем бы ни говорил, не писал А.Ф.Кони: об отношении русских поэтов к религии, о Ф.М.Достоевском, Л.Н.Толстом, И.А.Гончарове, И.С.Тургеневе; основах правосудия, организации уголовного процесса; о памяти и внимании, об отношении к женщине, о моральной силе книги (которую считал «самым осязаемым воплощением человеческой души»), о врачебной этике, этике общежития главной его мыслью оставалось нравственное воспитание молодого поколения. Его мысли о врачебной этике и этике общежития особенно актуальны сегодня, в эпоху имморализма и глобального культурного и социального кризиса.

К ПРОБЛЕМЕ БИОЭТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Е.О.Домрачев, Р.А.Ларионов

Каждая профессия имеет свои этические интересы. Анализируя содержание кодексов медицинской этики (начиная с клятвы Гиппократа и кончая национальными кодексами, в том числе, этическим кодексом медсестры России, 1997), нельзя не заметить трансформации их содержания[2]. Медицинская этика — это наука изучающая моральную сторону деятельности медработников, их моральные отношения и моральное сознание, связанные с исполнением про-

[1] РГАЛИ. Ф. 122. Оп. 1. Д. 713. Л. 37об.

[2] Биоэтика в высшей школе / Т.Н.Павлова (1998); Биоэтика в школе (1996).

фессиональных обязанностей[1]. Еще А.Семашко в 1945 г. наметил контуры медицинской этики:

- отношение медработника к больному;
- отношение медработника к обществу;
- отношения медицинских работников между собой[2].

Возникновение биомедицинской этики является результатом взаимовлияния сразу нескольких направлений, которые связаны:

- с развитием медицинской этики;
- с расширением поля исследования и, в частности, экспериментов в тех разделах биологической и медицинской наук, которые имеют выходы в практику здравоохранения;
- с глубокими изменениями в ценностных ориентациях и установках людей в отношении того, что касается сферы здравоохранения, в частности, с изменениями в системе взаимоотношений «медработник—пациент»[3].

Нами было проведено анкетирование преподавателей клинических дисциплин Красноярского медико-фармацевтического колледжа отделения «Сестринское дело» в составе 10 человек, в анкете задавался вопрос: «По Вашему мнению, нужно ли введение в программу образования медицинской сестры дисциплины «Биомедицинская этика». Получены следующие результаты 8 из 10 преподавателей ответили утвердительно, причем отметили кроме этого введения необходимость отдельных аудиторных занятий по «биомедицинской этике» на клинических дисциплинах. Нами были также проанкетированы студенты отделения «Сестринское дело» и им задавался вопросы: «Знаете ли Вы о проблемах, изучаемых биоэтикой, таких как эвтаназия, репродуктивные технологии, геномика и др». Лишь 1/3 студентов смогли отчетливо охарактеризовать данные понятия, что говорит о низкой этической грамотности подрастающего поколения медицинских сестер. Обращает на себя внимание сокращение в образовательном стандарте для специальности «Сестринское дело» на различных дисциплинах занятий посвященных проблемам биоэтики. Для студентов, обучающихся на базе полного среднего (11 классов — базовый уровень) вообще отсутствует биоэтика как учебная дисциплина. Дисциплина биоэтика присутствует лишь в образовательном стандарте для студентов, обучающихся на базе неполного среднего образования (9 классов — базовый уровень). И

---

1 Сгречча Элио. Биоэтика : учебник / Изд. ББИ (2001).

2 Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. Учебник для медицинских и фармацевтических вузов. М. 2001 ; Биоэтика на рубеже тысячелетий. Обзор материалов V Всемирного конгресса по биоэтике (Лондон, 2000) // Медицинское право и этика. 2001. № 2. С. 12—22.

3 Силуянова И.В. Современная медицина и Православие. Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998; Биоэтика: проблемы и перспективы // Вопросы философии. 1994. № 3.

важно отметить, что данная дисциплина не затрагивает медицинские аспекты этики. В дальнейшем будущим медицинским сестрам биомедицинская этика преподается в структуре доклинических дисциплин таких как «Основы сестринского дела», «Здоровый человек и его окружение» (2 курс в рамках отдельных занятий в течении 4 академических часов). А на клинических базовых дисциплинах таких как: «Сестринское дело в терапии», «Сестринское дело в хирургии» и «Сестринское дело в педиатрии» проблемы биомедицинской этики рассматриваются лишь как отдельные вопросы на вводных занятиях. Таким образом, мы считаем необходимым введение в учебный курс для студентов специальности «Сестринское дело» отдельной аудиторной дисциплины — биомедицинская этика и в ее составе занятий по сестринской деонтологии. Кроме того, необходимо увеличение количества учебных часов на клинических дисциплинах для закрепления теоретических знаний на практических занятиях на базах практики в лечебно-профилактических учреждениях.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЕЙС-МЕТОДА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

И.М.Жигилей

В последние десятилетия мир столкнулся с новыми вызовами, связанными с решением глобальных проблем в области экологии, экономики, медицины. Наука становится одним из фундаментальных институтов современного общества, и по праву называется «Большая наука». В начале XXI века численность ученых в мире превысила 5 миллионов человек. Наука включает около 15 тысяч дисциплин и несколько сот тысяч научных журналов. Компьютеризация, открытие новых источников энергии, развитие физики, химии, биологии, кибернетики и т.п. приводит к тому, что медицина превращается в высокотехнологичную деятельность.

В настоящее время студенты и преподаватели медицинских ВУЗов сталкиваются с абсолютно новыми вызовами, нежели 100 лет назад. Остро стоит вопрос поиска методов обучения и возможностей организации учебного процесса таким образом, чтобы студенты могли усвоить большое количество информации, ставшей доступной за счет развития информационных технологий. Проблема информационной перегрузки в медицинском образовании отмечалась еще в 80 годы XX века в США. David A.Garvin в своей статье (3), отмечает, что ежегодно печатается около 600 000 биомедицинских статей. Как же студенту освоить весь этот поток научных данных?

Таким методом может стать кейс-стади. Одно из наиболее широких определений метода конкретных ситуаций было сформулировано в 1954 году в классическом издании, посвященном описанию истории и применения метода конкретных ситуаций в Гарвардской школе бизнеса. Это метод обучения, когда студенты и преподаватели участвуют в непосредственных дискуссиях по проблемам бизнеса. Характерно, что в данном случае метод конкретных ситуаций рассмотрен скорее как процесс с выделением таких его главных составляющих, как «обсуждение», «дискуссия». Традиция использования конкретных ситуаций в обучении исходит из принципа «движение к истине важней, чем сама истина».

Метод кейс-стади наиболее широко используется в обучении экономике и бизнес-наукам за рубежом. Впервые он был применен в учебном процессе в школе права Гарвардского университета в 1870 году, а внедрение этого метода в Гарвардской школе бизнеса началось в 1920 году. Первые подборки кейсов были опубликованы в 1925 году в Отчетах Гарвардского университета о бизнесе.

В настоящее время метод кейс-стади продуктивно используется и в академическом образовании, в частности, в преподавании в ВУЗе широкого круга дисциплин (химии, биологии, анатомии и т.п.). Одним из основных научных центров, разрабатывающих методики использования кейс-стади в ВУЗе является National Center for Case Study Teaching in Science в университете Буффало в США.

Основатель этого центра Clyde F.Herreid в своей статье[1] отмечает три основных преимущества в использовании метода конкретных ситуаций при изучении наук:

а) **использование кейс-метода** в науке поощряет студентов **критически оценивать новые научные открытия, которые они слышат в СМИ, читают в интернете**. Это позволит им понять закономерности развития науки, ее ограничения, быть в состоянии критически осмыслить полученную информацию. Это становится особенно актуальным для современного врача, так как медицина в последнее время стремительно развивается, и специалисту необходимо самостоятельно интегрировать новые научные открытия, технологические и фармацевтические решения в личный профессиональный арсенал. Таким образом, метод конкретных ситуаций позволяет показать роль науки в повседневной жизни.

б) **процесс анализа случая является индуктивным**, а не дедуктивным. Фокус активности смещается на студентов, на их взаимодействие. Деятельность преподавателя направлена, главным образом, не на изложение готовых знаний и их воспроизведение, а на самостоятельное овладение студентами знаниями в процессе активной познавательной деятельности.

---

[1] Clyde F. Herreid «Case Studies in Science. A Novel Method of Science Education».

в) **метод конкретных ситуаций направлен на развитие навыков анализа и принятия решений**, что позволяет влиять на степень усвоения учебного материала. Студенту необходимо совершить двойной переход: от знака (информации) к мысли, а от мысли к действию, поступку. Переход от информации к ее применению опосредуется мыслью, что и делает эту информацию осмысленной знанием.

В США в медицинском образовании метод конкретных ситуаций стал использоваться с 1985 года. Он был нацелен на формирование у студентов понимания закономерностей фундаментальной науки в типичных, ежедневных проблемах практикующего врача. Это позволило сместить акцент в преклинические годы обучения от лекций к активным обучающим программам.

Clyde F.Herreid[1] выделяет особенности применения метода конкретных ситуаций в медицине:

а) в медицинской практике важно, чтобы специалист обладал широкой эрудицией в своей области, владел большим объемом знаний и мог прослеживать четкие причинно-следственные закономерности;

б) в медицине особое место занимает контекст, а именно не только конкретный пациент с определенной симптоматикой болезни, но и то, в каком окружении он проживает, где работает, чем питается и т.п. Метод конкретных ситуаций позволяет научить студентов быть внимательными к фоновым деталям, на первый взгляд не влияющим на болезнь;

в) в медицине существенным являются социальные последствия решений, которые принимает врач. Описание в кейсе эмоциональных, ценностных аспектов, которые переживают пациенты, позволяет развить у будущих врачей социальную компетентность.

Основой метода конкретных ситуаций является кейс. От того, как будет описана ситуация, выделен сюжет, прописаны основные персонажи, проработана фоновая информация, зависит групповая дискуссия и включенность студентов в обсуждение.

David A.Garvin[2] приводит следующую схему кейса, где история реального пациента раскрыта в нескольких коротких информационных модулях, отражающих процесс возможного взаимодействия врача и клиента. Первый модуль описывает встречу с пациентом, основные симптомы болезни, второй — результаты осмотра, третий — показатели лабораторных анализов. Далее по мере обсуждения случая преподаватель выдает информационные модули, содержащие диагноз поставленный врачом и дальнейшее развитие болезни. Такое построение текста конкретной ситуации позволяет формировать навыки постановки

---

[1] Clyde F. Herreid «What is a Case? Bringing to Science Education the Established Teaching Tool of Law and Medicine».

[2] David A. Garvin «Making the Case. Professional education for the world of practice».

первичного диагноза, развивать аналитические способности и умение принимать решение в зависимости от развития болезни.

В целом на сегодняшний день накоплен богатый опыт применения кейс-стади в медицинских колледжах в США, критическое рассмотрение которого позволит использовать лучшие качества этого метода в современных российских вузах.

ИННОВАТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ФИЛОСОФСКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Е.Н.Кучер

Если обратиться к рефлексии современной образовательной практики, то нельзя не заметить, что критика классической образовательной парадигмы сегодня является едва ли не общепринятой тенденцией. К сожалению, даже поверхностный методологический анализ позволяет видеть, что большая часть методов, представляемых в статусе инновационных и претендующих на формирование ядра новой, современной методологии образования, на поверку оказываются либо «хорошо забытым старым», либо ориентированными на все ту же метафору отражения, из прокрустова ложа которых отечественным педагогике и психологии никак не удается вырваться.

Обсуждение активных методов обучения (ролевое моделирование и деловые игры, кейс-стади, метод проектов и т.п.) обычно строится скорее в контексте их мотивирующих и активизирующих познавательную активность возможностей, нежели с точки зрения возможности стимулировать *иное качество познавательной деятельности учащихся*, выйти на иные (помимо репрезентации и категоризации) процедуры мышления.

В значительной мере это связано с тем, что марксистско-ленинская концепция познания как отражения (материалистическая интерпретация сенсуализма Локка и рационализма Декарта) все еще удерживает отечественную педагогику и психологию в границах естественнонаучных критериев научной рациональности, что не позволяет в полной мере оценить и использовать потенциал дидактических методов, развиваемых в рамках альтернативных эпистемологий и онтологий (гуманистическая психология и педагогика, конструктивизм, прагматизм и другие подходы к решению психолого-педагогических проблем, ориентированные на «реального», а не абстрактного субъекта, его жизненные миры, его индивидуальность и потребности).

В настоящее время под *активными методами обучения* (АМО) обычно понимают интенсивные формы организации учебного взаимодействия, противопоставляемые таким традиционным дидактическим формам как урок-объяснение в средней или лекция и семинар в высшей школе.

Многие авторы сегодня справедливо отмечают, что результаты обучения определяются не столько программой и учебником, столько профессиональными и личностными особенностями преподавателя и учащихся, особенностями коммуникации между ними и, соответственно, специфики той учебной деятельности, которая разворачивается в аудитории и продолжается студентом в ходе внеаудиторных занятий.

«Специфика АМО заключается в высокой степени вовлеченности обучаемых в учебно-воспитательный процесс, а также в наличии предпосылок для поэтапной оценки успешности и полноты усвоения изучаемого материала»[1]. Обычно эти методы характеризуются как творческие, сфокусированные вокруг развития или приобретения интеллектуальных и/или поведенческих профессиональных или учебных навыков и умений в короткие сроки. Указывается также, что АМО обеспечивают достижение *субъектной позиции* в образовательном процессе.

Использование АМО нередко трактуется как предтеча рождения новой образовательной парадигмы, при этом справедливо отмечается, что классическая педагогическая парадигма морально устарела, противоречит практике, не решает задач современного образования и т.п.

Разрешение обозначенных противоречий невозможно в рамках традиционного подхода, так как они им и порождены. Типичный взгляд на механизм решения проблемы сводится к психологизации педагогики и модернизации организационно-методического аппарата образования: новый подход требует иных дидактических моделей и новой модели образовательного института в целом.

На мой взгляд, подобное представление не просто не приводит к решению проблемы, но, наоборот, отодвигает перспективу его нахождения, поскольку подменяет методологическую по сути проблему чисто прикладными, инструментальными трудностями. Системное решение проблемы невозможно без расширения проблематизации: полезно подвергнуть сомнению не только методы и организационные формы современного обучения, недостаточно также ограничиться квалификационными требованиями к профессионализму преподавателей или техническому обеспечению учебного заведения, поскольку ответы на эти вопросы неизбежно повлекут за собой проблемы следующего уровня абстракции:

- На какую модель профессиональной деятельности преподавателя мы опираемся?
- Какое понимание учебной деятельности со стороны учащегося это подразумевает?
- Какие параметры позволят оценить адекватность процесса и каковы критерии результата?

Ответы на подобные вопросы формируют базовые принципы соответствующей модели образования. Однако между моделью и ее

[1] Кашапов М.М. Психология творческого мышления профессионала. М., 2006.

реализацией нередко наблюдаются столь существенные различия, что в некоторых случаях модель полностью обесценивается. Что же определяет специфику практической реализации педагогических моделей?

Полагаю, речь идет о следующем уровне проблематизации, собственно эпистемологическом и даже онтологическом контексте мышления авторов педагогических моделей:

- Каково понимание механизмов познания?
- Что есть знание?
- Что есть истина (критерии истинности)?
- Какова природа субъект-объектных отношений?

Сознательная проработка, либо неявное понимание этих и ряда подобных вопросов и формирует авторский «горизонт понимания» (М.Хайдеггер), символический универсум (П.Бергер, Т.Лукман), к которому он принадлежит. И здесь уже невозможно игнорировать вопросы субъективности — веры, неявных установок, эмоций, стереотипов и другие темы, находящиеся за скобками классической эпистемологии и теории научного познания.

Можно говорить о том, что, помимо других факторов, именно этой принципиальной несводимостью гуманитарного знания к стандартам естественнонаучного описания, можно объяснить «нетиражируемость» методологических моделей педагогов-новаторов. Колоссальный пласт неявного знания (в смысле М.Полани) сопровождает функционирование каждой из них «в руках» автора, и дальнейшие попытки воспроизведения (учениками, последователями и т.п.) сталкиваются с непреодолимыми проблемами «воспроизведения ключевого субъекта», то есть моделирования личности автора.

АМО пришли к нам из других эпистемологических и, соответственно, психолого-педагогической парадигм: гуманистической психологии (клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса и Ф.Перлза); бизнес-образования (прагматизм Дж.Дьюи и У.Джеймса, утилитаризм Дж.Бентам, Дж.Милль, Д.Пирс). Мы же пропускаем их через жесткий фильтр «родной» метафоры отражения, отсекая «за избыточностью» важнейшие смыслы, цели и контексты их использования.

Преимущества АМО в отечественной образовательной традиции видятся в том, что они «квазиавтоматически» переводят учащегося из объекта учебного процесса в его субъект. Использование этих методов позволяет стимулировать собственную активность учащихся, повысить их ответственность и самостоятельность и, соответственно, интенсифицировать учебно-воспитательный процесс (А.А.Вербицкий, Ю.С.Арутюнова, В.А.Якунин, Ю.Н.Кулюткин, Н.В.Кузьмина, М.К.Тутушкина, И.С.Якиманская и др.).

В результате подобной интенсификации часто реально удается повысить качество усвоения ключевых понятий и операций, причем «сложить» все это в некую систему, пригодную для решения не

только учебных, но и нестереотипных междисциплинарных задач, то есть способствовать формированию элементов профессионального опыта субъекта в учебных условиях. По существу, при работе в рамках АМО учащийся имеет многократно большие возможности для интенсивной интеллектуальной деятельности, причем не просто отражательной (репрезентация), но принципиально моделирующей (интерпретация) и коммуникативной (интерпретация, конвенция). Соответственно, учащийся самостоятельно (в коммуникации с другими) производит новое знание, анализируя, сравнивая, обобщая и конкретизируя учебный материал, самостоятельно выходя на его практическое применение и межпредметные связи.

Иными словами, за счет специфики организуемой в рамках АМО учебной деятельности (в первую очередь, ее субъект-субъектного, моделирующего и практикоориентированного характера) даже вне исходной эпистемологической парадигмы удается достичь определенных бесспорно значимых результатов, но именно реализация базовых методологических установок, обеспечивает качественные изменения процесса и результатов обучения, позволяя выйти на ценности и результаты современного европейского образования с его персональными образовательными траекториями, стандартами lifelong learning и т.д.

В отличие от традиционной, гуманитарная педагогика центрирована не на результате обучения (откуда и вытекает центральная проблема универсального метода Я.А.Коменского), а на субъекте этого процесса и его формообразовании (в понимании Платона, развитом М.Хайдеггером и Г.-Г.Гадамером). Ключевыми проблемами здесь являются не знания или даже компетенции, но экзистенциальные перемены, субъективные смыслы, опыт, цели и ценности.

Гуманитарная педагогика позволяет достичь максимального развертывания потенциала АМО, реализуя их в контексте следующих принципов[1]:

1. **Обучение продолжается в течение всей жизни.** В современном мире обучение — это не задача, а скорее способ существования человека. Обучение понимается сегодня весьма широко — как процесс приобретения опыта из самых разных источников. Даже если человек не предпринимает продуманных шагов к обучению, это не означает отсутствия неосознаваемого фона накопления, интеграции и реинтеграции смыслов, ценностей, навыков и стратегий поведения и мышления.

[1] Интересно отметить, что приведенные принципы исходно были выделены в рамках исследований обучения взрослых. Именно в дидактике взрослых впервые стало понятно, что обучение взрослых фокусируется вокруг изменения, переноса и реинтеграции смыслов, ценностей, стратегий поведения и навыков в большей степени, чем относительно их формирования и накопления, как традиционно понимается обучение детей (Knowles M.S. The modern practice of adult education. From pedagogy to andragogy. Chicago, 1980. ; Smith R.M. Learning how to learn. Applied theory for adults. Milton Keynes, 1983 и др.)

2. **Обучение — это глубоко личный и естественный процесс.** Никто не может никого научить. Это сущностно субъективный процесс. У кого и чему научиться, мы выбираем сами, часто не осознавая явно подобные выборы. Иногда квазислучайные и несвязанные напрямую с задачами обучения «встречи» (в смысле К.Роджерса и Ф.Перлза) дают максимально глубокие экзистенциальные эффекты.

3. **Обучение вызывает изменения на разных уровнях бытия.** Из огромного информационного потока что-то принимается человеком, а что-то отбрасывается как ненужное, ложное или незначимое. Процесс обучения может вызывать изменения разных масштабов: от узнавания отдельных фактов (расширение когнитивных карт) до комплексной реорганизации ценностей и самовосприятия, своего рода личностной трансформации.

4. **Обучение тесно связано с человеческим развитием.** Обучение вызывает изменения на уровне социальных, психологических, физических и даже биологических процессов функционирования человека и, в свою очередь, находится под влиянием этих процессов. Обучение вызывает изменения не только когнитивного плана, но инициирует и сопровождает динамику ценностей, социальных ролей и жизненных задач человека, которые он реализует в течение жизни.

5. **Обучение имеет непосредственное отношение к жизненному опыту.** Обучаться — значит приобретать опыт взаимодействия со своим окружением (средой) и самим собой. Обучение всегда активно и предполагает изменение в способах деятельности (когнитивной или внешней, предметной). Багаж прошлого опыта, имеющийся у взрослого человека, представляет собой богатый ресурс для обучения, являясь одновременно и препятствием к нему, поэтому эффективное обучение необходимо включает в себя процесс проверки, реорганизации и реинтеграции релевантного прошлого опыта. Однако и у ребенка имеется багаж интуиций, гипотез, склонностей, знаний здравого смысла и результатов предшествующего организованного обучения, который очевидно является базой, фоном любого обучения. Игнорирование данного познавательного пласта классической педагогикой является, на мой взгляд, одной из причин ее кризиса в условиях, когда внешкольные источники и формы обучения (интернет, коммуникации, путешествия, СМИ и т.п.) все успешнее конкурируют с традиционным школьным обучением.

6. **Обучение имеет интуитивную сторону.** Знание может приходить «изнутри» не менее эффективно, чем «извне». Наши самые важные и креативные инсайты чаще всего имеют своим источником неявное знание, происходят подсознательно, интуитивно. Иногда полезно позволить проблемам и идеям созреть, оставить привычный путь нормального, алгоритмического исследования и дать своему интеллекту свободу манипулировать на первый взгляд противоречащей друг другу и парадоксальной информацией в поиске решений.

7. **Все люди учатся по-разному.** Сегодня имеется множество типологий людей по их познавательным особенностям (по ведущей репрезентативной системе, по привычной логике работы с информацией, по уровню абстракции, по типу мотивации и т.п.). Говорят о когнитивном стиле учащегося как о системе предпочитаемых им стратегий восприятия, обработки и использования информации[1]. Мысль в истории педагогики не новая (еще Я.А.Коменский выделял типы учащихся по характеру обучаемости), но вместо типизирования и создания условий, в которых *учащиеся каждого типа* смогут оптимально обучаться, преподавателю предлагается развивать гибкость и вариативность *личного обучающего стиля* с тем, чтобы создавать и поддерживать богатый контекст (многоуровневые коды и т.п.), предоставляя возможность каждому учиться удобным лично ему способом.

Иными словами, АМО не просто позволяют интенсифицировать процесс обучения, но и интегрировать в него вненаучные и донаучные формы знания — знание здравого смысла, интуицию и т.п. — все, что находится за пределами традиционной педагогики в силу ее приверженности идеалам классической рациональности. С позиций гуманитарной парадигмы это гораздо важнее.

«Субъект образования предстает как человек, непрерывно интерпретирующий, расшифровывающий глубинные смыслы, которые стоят за очевидными, поверхностными смыслами, раскрывающий уровни значений, которые скрываются за буквальными значениями. Эта деятельность мышления в процессе образования оказывается не менее значимой, чем обычная кумуляция знаний, которую она существенно дополняет. Внутренний духовный мир субъекта — это целый мир представлений и образов, погребенных, по выражению Гегеля, в ночи «Я». Они не могут быть исключены из смыслополагающей и смыслопостигающей деятельности субъекта в ходе образования»[2].

В реальной профессиональной деятельности специалиста (как клинициста, так и исследователя), донаучное и вненаучное знание, интуиция, вера и другие «иррациональные» формы выступают неустранимым фоном, необходимым условием достижения результата и их «доля», вклад в его достижение до последнего времени существенно недооценивались. Внутри АМО как реализации субъект-центрированного подхода учащиеся получают опыт такого интегрированного использования своих познавательных возможностей, как научной информации, специальных методов и формальных процедур, так и вненаучного контекста мышления и субъективного опыта в целом. Таким образом, вся многоуровневая система познавательных возможностей субъекта активируется для совместной (в коммуникации с другими) решения реальных (межпредметных,

[1] Холодная М.А. Когнитивные стили: О природе индивидуального ума. М., 2002.

[2] Микешина Л.А. Философия познания. Полемические главы. М., 2002. С. 238.

неопределенно-предметных, неструктурированных, «неудобно сформулированных» и т.п.) проблем, моделирующих вызовы будущей профессиональной практики.

Например, при работе с кейсом как открытой проблемой разные участники группы могут иметь разное понимание не только методов и подходов к решению проблемы, но также и самой ее постановки, критериев результата, допустимых средств решения, ценностных ориентиров и т.п., придерживаться различных стилей коммуникации друг с другом и с внешней средой, иметь разный жизненный опыт и т.п., что делает такую коммуникацию особенно эффективной в контексте обучения «целостного» субъекта.

Эффективная работа с кейсом, ролевая игра или групповая дискуссия невозможны без интенсивной интерпретативной деятельности — понимания заданной информации, и ее неявного контекста, общего контекста решения и мнений каждого из соучеников, качества искомого решения, уместности и своевременности тех либо иных собственных действий и т.п. Более того, такая работа начинается с интерпретации проблемы, ее постановки и завершается интерпретацией полученного результата. Интерпретация информации, контекста ее происхождения и использования, целей и, соответственно, критериев решения — «работает» как базовая познавательная практика.

Коллективный характер АМО позволяет и, в некотором смысле даже «принуждает», практиковаться в навыке «договариваться» — учитывать явные и неявные конвенции различных областей знания и присущие данной учебной группе, искать опоры для новых конвенций, осознавать в явном виде неявные условия коллективных решений и т.п.

Полагаю, что именно такая учебная деятельность позволяет учащимся практиковаться в решении неструктурированных проблем, когнитивных и коммуникативных процедурах, необходимых как для профессиональной успешности, так и для поддержания социальной адаптивности в меняющемся мире.

Можно согласиться с позицией Дж.Брунера, утверждающего, что задача системы образования состоит в том, чтобы помочь учащемуся «построить такую картину мира, в которой найдется место и для него самого»[1], или, иными словами, «обрести свое место в системе культуры»[2]. При этом он отводит ведущую роль в этом процессе конструирования «личного мира» не столько когнициям и, соответственно, формально-логическому мышлению, как традиционно принято, сколько нарративу, в котором воплощается некая центральная смысловая линия, объединяющая события в единую картину.

Уделив в своих работах огромное внимание когнитивным проблемам эффективности обучения (внутренняя логика изучаемого материала,

[1] Брунер Дж. Культура образования. М., 2006. С. 57.

[2] Там же. С. 61.

преимущества его спиралеобразного построения, роль самостоятельной исследовательской активности учащихся и т.п.), автор вышел на проблематику *субъективного значения учения в жизни субъекта*, анализ того, как она вписывается в общий контекст его жизни. Отсюда и обращение к нарративу как адекватному психологическому механизму описания и интеграции субъективной реальности. Полагаю, подобное сближение позиций когнитивизма с экзистенциализмом и феноменологией весьма показательно характеризует современную тенденцию мультипарадигмальности в гуманитарном познании.

Дискутируемая проблематика выводит на передний план проблему личностной, субъектной готовности педагога к адекватной реализации АМО. Какие эпистемологические установки и экзистенциальные смыслы полезно разделять или, как минимум, знать и считать «допустимыми», прежде чем смыслы и ценности АМО как практического инструмента гуманитарной парадигмы «выйдут из тени»? Как полезно построить педагогическое образование, если мы хотим адекватно и устойчиво реализовать гуманистические инновации в отечественном медицинском образовании?

ФОРМА ОБУЧЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР УРОВНЯ РАЗВИТИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

И.М.Жигилей, Е.Н.Кучер

Проблема качества образования и подготовки будущих врачей дискутируется сегодня с новой силой. Общество ищет способы преодоления новых глобальных кризисов, в том числе и путем модернизации образования. Основополагающим становится компетентностный подход. Какие требования налагает на методы обучения будущих врачей требование формировать у обучающихся не только ЗУНы, но и компетенции? Можно ли решить новые задачи медицинского образования старыми, проверенными средствами?

Компетентностный подход в образовании позволяет не просто расширить возможности применения различных форм и методов обучения в рамках общего образования и подготовки медицинских работников, а сделать выбор той либо иной формы или метода более осознанным с точки зрения ожидаемого результата. Рассматривая форму обучения как фактор, стимулирующий либо безразличный по отношению к развитию той или иной компетенции, полезно учитывать структурное строение самой компетентности.

В структуре компетентностей выделяют следующие аспекты:

1) Готовность к проявлению компетентности (мотивационный аспект);

2) Владение знанием содержания компетентности (когнитивный аспект);

3) Опыт проявления компетентности в разнообразных стандартных и нестандартных ситуациях (поведенческий аспект);

4) Отношение к содержанию компетентности и объекту ее приложения (ценностно-смысловой аспект);

5) Эмоционально-волевая регуляция процесса и результата проявления компетентности.

Важным аспектом понимания готовности врача к успешной профессиональной деятельности является его актуальный опыт — то, что принципиально отличает новичка от профессионала, имеющего «за плечами» многолетний опыт практической деятельности. Одним из принципиальных моментов медицинского образования является, таким образом, вопрос организации процесса обучения, способствующего формированию структуры профессионального опыта в учебных условиях, как в аудитории, так и в клинике, еще до фактического включения будущего врача в самостоятельную практическую деятельность.

Понятно, что «подарить» новичку опыт профессионала невозможно никакими учебными средствами, однако некоторые формы обучения лучше других приспособлены для того, чтобы такой опыт формировать и структурировать, позволяя освоить наиболее продуктивные приемы профессионального мышления и поведения, по крайней мере, «в крупных мазках».

Говоря о психологическом опыте врача, точнее, о профессиональном психологическом опыте, в целях практического развития компетенций целесообразно выделить следующую его структуру:

A. **Подструктура представлений.** Система представлений является фундаментом понимания человеком тех или иных явлений, объектов, взаимосвязей между ними. Это усвоенная информация о мире, на основе которой выстраивается поведение. Для формирования системы представлений активные методы обучения желательны, но принципиально возможно развивать их и в рамках традиционной лекционно-семинарской формы обучения.

B. **Подструктура субъективных отношений.** Профессионал обладает более адекватной целям и задачам деятельности системой субъективных отношений (профессиональных ценностей, смыслов, установок, диспозиций, мотиваций и т.п.). Формирование отношений невозможно в воспроизводящей деятельности, оно требует интенсивных коммуникаций, формирования и отстаивания личных позиций по проблематике изучаемого материала.

C. **Подструктура умений.** Профессионал владеет конкретными навыками выполнения профессиональной деятельности, кроме того, у него сформированы стратегические умения, т.е. способность применять существующие в системе представлений различные стратегии

деятельности в зависимости от требований конкретной ситуации. Понятно, что освоить эту сторону компетентностей невозможно без личного опыта соответствующей продуктивной деятельности. И здесь не обойтись без ролевого моделирования, изучения конкретных ситуаций, проектной деятельности (по крайней мере, элементов подобных активных методов обучения).

Таким образом, в медицинском образовании важно стремиться формировать личностное понимание, которое приходит в результате работы с причинно-следственными моделями различных систем, постижения их внутренних взаимосвязей. Ведь цена ошибки врача весьма высока.

Для того, чтобы образовательная среда учила пониманию, важно, чтобы она была средой разных смыслов. Разнообразие мнений, степень их доказанности и глубина жизненного опыта служат в этом случае опорой в общих делах, способствуют поиску общего смысла. Именно диалог является связующим звеном между разными смыслами.

Именно поэтому в основе активных методов обучения лежит **групповая дискуссия**, основными признаками которой являются: наличие проблемы (реальной, взятой из медицинской практики или условной, познавательной) и групповой, совместный характер ее решения. В активных методах обучения высшим уровнем развития совместного познания, организуемого обучающим, **является совместно-диалогическая по форме и познавательная по содержанию деятельность обучающихся (СДПД)**.

Результативность СДПД в группе, как показали исследования, во много раз превышает результативность индивидуальных познавательных процессов. Именно поэтому процесс обучения, в котором достигается эффект СДПД, обладает наибольшей эффективностью. Психологические характеристики СДПД — появление общих целей и совпадение мотивов деятельностей. Если первые обеспечивают формирование общего фонда знаний, то вторые создают условия для усвоения этого фонда **каждым учащимся**. Учет того обстоятельства, что общий фонд всегда богаче индивидуального, позволяет понять механизмы активизации процесса познания в условиях СДПД.

Среди активных методов обучения, основанных на формировании СДПД, следует особо отметить продуктивность метода «анализ конкретных ситуаций» в условиях вузовского обучения. Изучение конкретных случаев исторически занимает достойное место в медицинском образовании, однако далеко не всегда потенциал данного метода используется полностью. Часто описание ситуации используется скорее как иллюстрация, чем как основа для самостоятельной оценки информации, рассуждений и принятия решений, верифицируемых в групповой работе.

Иными словами, вместо моделирования самостоятельной работы с информацией, процессов вычленения проблем, поиска и обоснования

решений, что напрямую увязано с ключевыми компетенциями врача-клинициста, кейс нередко срабатывает всего лишь как фактор наглядности в обучении. Таким образом, можно сказать, что, несмотря на мощную традицию использования, истинный потенциал данного метода начинает в полной мере осознаваться и использоваться буквально на наших глазах, меняя практику медицинского образования наряду с дорогостоящими тренажерами, методом стандартизированного пациента и другими ролевыми и имитационными методами.

При этом, при своей относительной компактности (относительно ролевого моделирования или дискуссии) анализ конкретных ситуаций, тем не менее, по психологическому содержанию является одним из наиболее продуктивных, истинно творческим, так как получаемый результат носит принципиально вероятностный и глубоко персонифицированный характер. Этот метод обладает большими возможностями для формирования и развития широкого круга врачебных компетенций за счет быстрого формирования СДПД в условиях включения всех учащихся и управляемой групповой дискуссии.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ПРАВОВЕДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Л.В.Исмагилова

В Казанском государственном медицинском университете на кафедре биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины преподаются три дисциплины: биомедэтика, правоведение и история медицины. Мы не сомневаемся в тесной связи права и биомедэтики.

Это касается и изучения научных проблем, и нормотворческой деятельности, и преподавания. Обучение этим дисциплинам должно идти параллельно, с акцентом на их взаимосвязи, так как изменения в медицине непосредственно затрагивают представления о морали, гуманизме, о правах и обязанностях каждого человека. Такие этические понятия как независимость, справедливость имеют прямое отношение к праву. В процессе преподавания данных дисциплин необходимо донести до студентов «что такое закон» и «что такое мораль». Студенты должны понять, что непризнание права так же ошибочно, как и слепое следование букве закона. Сегодня много врачей, которые оценивают закон только с точки зрения наступления юридической ответственности. Следствием такого представления о законе является обычно неадекватное лечение и дезинформация больного.

Необходимо четко определить цели изучения права и биомедэтики. Конечная и общая цель их изучения: выпустить дипломирован-

ных специалистов, обладающих высокими моральными качествами, понимающих и принимающих и дух, и букву закона, проповедуя моральную медицину.

Целью изучения биомедицинской этики является формирование гуманистического мировоззрения будущего врача, чувства социальной ответственности, повышение уровня нравственно-правовой и профессиональной культуры. Биомедицинская этика помогает понять критерии для правильной оценки конкретных проблемных ситуаций современной медицинской практики.

Целью курса правоведение — научить врачей ориентироваться в действующем законодательстве в области здравоохранения, учитывать и применять правовые нормы в профессиональной работе и конкретных ситуациях на основе изучения Конституции РФ и законодательного обеспечения сферы охраны здоровья населения в РФ.

Как видно из вышеназванных целей, право и биомедицинская этика должны присутствовать в учебном плане в виде самостоятельных дисциплин, чтобы подчеркнуть важность каждого из них. По окончании изучения данных дисциплин студенты должны различать правовые и моральные аспекты медицинской практики, а также правильно применять правовые и моральные нормы по отношению к пациентам и коллегам.

Основные задачи преподавания данных дисциплин: дать объем знаний и навыков для полноценного этического и правового анализа различных разбираемых ситуаций. Очень важно в процессе обучения рассматривать конкретные ситуации правоприменения и типичные примеры из сферы медико-биологических исследований, судебную практику.

Для качественного и полноценного преподавания данных дисциплин на нашей кафедре работают преподаватели, которые имеют два высших образования: медицинское и юридическое.

Положительный эффект в закреплении материала у слушателей дает тестирование, решение ситуационных задач из медицинской и судебной практик, подготовка рефератов. Каждым студентом в целях приобретения навыков правового и этического анализа и развития правового мышления, свободного ориентирования в этико-нормативных актах медицинской деятельности выполняются рефераты, а изучение завершается тестовым зачетом.

Знание закона «Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ» является таким же обязательным квалификационным требованием к врачу как вопросы профилактики, диагностики и лечения. Поэтому медицинские работники, прошедшие на кафедре подготовку по правовым и этическим вопросам, готовы к правоприменительной деятельности при выполнении профессиональных обязанностей.

Одним из важных аспектов учебно-методической деятельности кафедры является оценка уровня правовой грамотности медицинских

работников. Обеспечение медицинских учреждений юридически грамотными, квалифицированными кадрами, является важным фактором предоставления населению качественной медицинской помощи, гарантирует снижение уровня правонарушений в медицинской практике.

Таким образом, очевидно, что по многим вопросам врачи и юристы должны работать вместе. Это требует развития медицинского права и биомедицинской этики как научных и учебных дисциплин в медицинских и юридических ВУЗах. Такая организация обучения будет залогом взаимопонимания и конструктивного сотрудничества дипломированных профессионалов-врачей и юристов.

ПРОБЛЕМЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В.А.Катрунов, М.Н.Кузнецова, Е.В.Засыпкина

Возрастающая потребность современного общества в подготовке конкурентоспособного специалиста требует качественного изменения структуры образовательного процесса, рационального единства в нем учебно-воспитательных, научных и практических аспектов.

Однако, цели, методы и средства, принципы и оценки образовательного процесса в вузах не скоординированы и не представляют в своей совокупности целостной системы, подчиненной в своем функционировании повышению качества образования.

Одной из приоритетных задач образовательного процесса является интеграция организационных, методических и научных ресурсов всех кафедр СГМУ на основе научных принципов и закономерностей в интересах достижения высокого уровня качества подготовки специалиста-врача. Все более актуальной задачей в этой связи становится создание условий для формирования единой стратегии повышения качества образовательных услуг в соответствии с требованиями современного потребителя. Важной предпосылкой повышения качества образования является междисциплинарная интеграция всей системы образовательного процесса. Объективная потребность в межкафедральной интеграции вызвана необходимостью развития рациональной мотивации студентов в получении знаний, овладения умениями и навыками практической деятельности.

Это обусловлено необходимостью четкого определения общей логики обучения и воспитания студентов; формирования базовых умений и навыков общения с больными, практического освоения новых технологий диагностики и лечении; устранения стереотипа предметного мышления, а так же создания условий для развития

постоянных практических контактов между кафедрами в решении образовательных и учебно-воспитательных задач.

Хорошо известно, что в рамках традиционной модели образовательного процесса, по существу, у студентов формировался стереотип «предметного» мышления, нарушалась целостность и объективная логика учебного процесса, тем самым снижалась роль рациональной мотивации студентов в необходимости глубокого и всестороннего освоения учебных дисциплин, навыков и умений практической работы. Реализация междисциплинарной интеграции — непростая задача. Речь идет о разрешении противоречия между объективной потребностью объединения усилий всех кафедр по повышению качества подготовки врача и традиционно сложившейся дифференциацией дисциплин, идеологией суверенности кафедр в процессе обучения. Задача построения учебного процесса, в котором достаточное место занимают социально-гуманитарные науки, наталкивается на барьеры жестких стереотипов предметного мышления, в особенности и чаще всего — фундаментальных клинических дисциплин. Кроме того, надо учитывать и то, что в вузе доминирует предметное превосходство, а также информативно-репродуктивное обучение, что, в свою очередь, приводит к формированию фрагментарного, «разрывного» мышления у студентов. А в итоге полученные знания не находят своей практической реализации: понятия, законы, проблемы изучаемых дисциплин студенты знают, но не могут осознанно, грамотно востребовать и использовать в своей практической деятельности. Все это подрывает рациональную мотивацию обучения у студентов, не формирует потребности и умения использовать полученные знания как средство рационального решения профессиональных проблем. В решении вопросов межкафедральной интеграции должны принимать все субъекты образовательного процесса, обращая особое внимание на нравственную сторону в процессе оказания медицинской помощи. В этой связи важным является:

- анализ медико-этических и правовых аспектов врачебных ошибок;
- обсуждение проблем реализации в медицинской практике таких принципов и правил, как врачебная тайна, сообщение информации пациенту относительно его диагноза и прогноза лечения, информированного согласия;
- показывать значение моральной оценки того или иного вида медицинского вмешательства, особо в процессе использования современных биомедицинских технологий (в реанимации, интенсивной терапии, трансплантологии, вспомогательных репродуктивных технологий, оказании психиатрической помощи);
- анализ статуса и роли врача и пациента в лечебном процессе.

Причем, создание межкафедральной программы обучения и воспитания студентов позволяет решить и такие важные задачи, как:

- сформировать у студентов и выпускников умение строить целостную картину явлений, способность раскрывать их сущ-

ность и добиваться тем самым действительного понимания востребованности получаемых знаний;
- сформировать у студентов коммуникативные умения и навыки, способность использования интегральных методов познания и деятельности в медицинской деятельности;
- повысить общенаучный, научно-медицинский, психолого-педагогический, медико-этический и информационный уровень подготовки;
- обеспечить межкафедральную преемственность медицинского образования.

Межкафедральная интеграция, таким образом, дает возможность более продуктивно формировать целостную модель обучения, а также профессионально значимые компетенции будущего врача. Кроме того, это позволяет повысить общенаучный, научно-медицинский и информационный уровень подготовки врача и обеспечить межкафедральную преемственность медицинского образования.

ОПЫТ АДАПТАЦИИ ТЕМЫ «ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СМЕРТИ И УМИРАНИЯ» К ВОСПРИЯТИЮ СТУДЕНТАМИ МЛАДШИХ КУРСОВ

Л.Б.Ляуш

С 2000 года биомедицинская этика (биоэтика) входит в Федеральный Государственный Образовательный Стандарт высшего медицинского образования как обязательная дисциплина. В РГМУ им Н.И.Пирогова биоэтика изучается на 6-ти факультетах с 1 по 6 курс, включая аспирантов. Одной из задач предмета биоэтики является знакомство будущих врачей с позитивным опытом в решении моральных конфликтов, вызванных развитием таких медицинских технологий, как вспомогательная репродукция, регенеративная медицина, трансплантация органов и т.д. С заключительным этапом жизни человека — умиранием — неразрывно связана целая группа этико-философских проблем: отношение к смерти личности и общества, нравственное значение болезни, «хорошая смерть» в представлении людей, сообщение неблагоприятного диагноза пациенту. Наша самая многочисленная аудитория — студенты 1—2 курса — молодые люди в силу психофизиологических особенностей своего возраста, зачастую не готовы к восприятию такой темы, как «Смерть и умирание».

Тем не менее, формирование отношения к смерти всегда рассматривалось в традиционной культуре как фактор воспитания личности молодого человека. Для восприятия сложного материала темы

эффективным является знакомство студентов с исследованиями, касающимися изменений психологических установок на отношение к смерти на протяжении истории европейской культуры. Ф.Арьес в подобном исследовании показал, что именно в понимании индивидом и обществом смерти и потустороннего мира наиболее ярко проявляется отношение к жизни[1].

На определенных этапах истории было свое, характерное именно для этого времени, отношение к смерти. В чем заключается специфика той или иной эпохи? Традиционно общим языком, общей отправной системой для европейского общества было христианство. Для средневекового общества, обращенного к потустороннему, земная жизнь была лишь преддверием вечности. Смерть рассматривалась как новое рождение, как восхождение к жизни вечной, и поэтому каждый христианин должен был ожидать смерть с радостью. «Надо готовиться не к смерти, надо готовиться к вечной жизни, — констатирует врач-хирург и митрополит Сурожский Антоний, — а если говорить о смерти, то говорить о ней только как о двери, которая широко распахнется и нам даст войти в вечную жизнь»[2]. В Средние века было сформировано отношение к смерти, как близкому, хорошо знакомому событию. Но при этом она была умалена, «приручена» и сделана нечувственной. «Сейчас, ходя по палате, он вспоминал, как умирали те старые в их местности на Каме... Не пыжились они, не отбивались, не хвастали, что не умрут, — все они принимали смерть спокойно... И отходили облегченно, будто просто перебирались в другую избу»[3] (Роман «Раковый корпус»). В Средние века «горькая смерть» это не сама по себе физическая кончина и страдания, а — это смерть во грехе, без покаяния и прощения.

В эпоху Возрождения общество уже обращено не к потустороннему, а к «здесь и сейчас», земная жизнь не есть лишь преддверие вечности, а основополагающая и самостоятельная ценность. Смерть в эпоху Ренессанса уже не всегда начало новой жизни, не уход или переход, а конец и разложение. Утрата веры, исключавшей возможность зарождения ужаса и сожаления перед смертью, приводит к ощущению присутствия смерти уже в самой жизни. «Вера в вечную жизнь прекращается, но смерть продолжается», — отмечает философ В.Янкелевич.

Вокруг смерти не должно быть ничего грубого и мрачного — такова установка века Романтизма. XVIII—XIX — это романтическая смерть, время, когда стало возможным говорить о красоте страдания и о красоте смерти. Столкнувшись на пути к счастью с неустранимым

---

[1] Арьес Ф. Человек перед лицом смерти: Пер. с фр. / Общ. ред. С.В.Оболенской; Предисл. А.Я.Гуревича. М. : Издательская группа «Прогресс» – «Прогресс-Академия», 1992. С. 3.

[2] Митрополит Сурожский Антоний. О смерти // газета «Приложение к журналу «Фома»». 2003. № 9. сентябрь. С. 2.

[3] Солженицын А.И. Собр. соч. Frankfurt/Main, 1969. t. 2. С. 115.

препятствием — физическим злом, смертью — романтики ассимилировали смерть, представили ее прекрасной.

В XX веке происходит «медикализация смерти», она становится предметом медицинских манипуляций и прячется. В одном из пособий, изданном в США в 1970-х годах говорится так: «Общество в своей мудрости создало действительный способ защиты от повседневной трагедии смерти, чтобы быть в состоянии продолжать свою работу без эмоций и препятствий»[1]. Она перестает быть частью жизненных ожиданий, она всегда неожиданна. От нее всегда пытаются избавиться, ее не хотят.

В современной культуре отношение к смерти внушает человеку такой страх, что мы уже не осмеливаемся произносить ее имя, смерть стала «дикой», тогда как прежде не была таковой.

Знакомство студентов с существованием в истории различных установок на проблему смерти, с одной стороны, будет способствовать лучшему восприятию других этических проблем современной медицины, а с другой, будет формировать личное отношение к смерти, выполняя свою традиционную воспитательную функцию.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ, ИЛИ ЗАЧЕМ ВРАЧУ ФИЛОСОФИЯ

О.Н.Моисеева

В настоящее время в высших учебных заведениях страны встал вопрос, насколько необходим студентам такой предмет, как философия. В советский период нужна была идеологическая «подпитка» общества, коею и являлась философия диалектического материализма. В 90-е годы со сменой идеологического курса в стране многое поменялось и в образовании. В том числе, встал вопрос и об обязательности преподавания философии в ВУЗах, и о содержании самого предмета. Пришли к выводу, что предмет нужен и надо его преподавать в историческом ключе — разворачивать панораму развития человеческой мысли в истории, соединяя ее с некоторыми разделами общего курса — онтологией, гносеологией, аксиологией. Вроде бы, все хорошо. Но в наше прагматическое время, когда общество потребления стремится максимизировать выгоду, во всех его сферах пытаются минимизировать затраты на то, что кажется менее важным и нужным. Ни для кого не секрет, что с 90-х годов уровень образования в стране значительно упал. Если 30 лет назад научная молодежь жаждала разрабатывать свои теории, 20 лет назад для студента достойной планкой было закончить ВУЗ с красным дипломом, то сегодня мы радуемся, что студент демонстри-

[1] Dying Patient.

рует минимум интеллекта и общего кругозора, достойный учащегося высшего учебного заведения. Поэтому на таком фоне встает вопрос о способности среднестатистического студента овладеть таким сложным предметом, как философия. И все чаще и чаще раздаются возгласы о том, что не нужен этот предмет студентам; что сложен для их восприятия, да и бесполезен в будущей профессиональной деятельности. Это, мол, раньше, когда была идеология, предмет был нужен, а сейчас у нас свобода слова, мнения и нравов! Вот и говорят они и о кратком курсе с недифференцированным зачетом, и о факультативном курсе для желающих, потому как требования к данному роду курсов значительно ниже. Чаще всего рассуждают, что «какая-то там философия» нужна «замороченным» учащимся философских факультетов, а вот технологам, строителям, врачам и пр. она никогда в жизни не потребуется. Дескать, наше дело строить, делать еду, пришивать ноги-руки, а не рассуждать на отвлеченные абстрактные темы — этим занимаются те, кому делать нечего, кто ничего не умеет создавать своими руками, а лишь паразитирует на общественных хлебах. К сожалению, это отражает состояние российского общества в настоящее время. Лишь незначительное число студентов искренне жаждет чистого знания, демонстрирует заинтересованность в предмете и его понимание. В силу того, что моя преподавательская деятельность реализуется в стенах медицинского ВУЗа, мне бы хотелось заострить внимание на практическом преподавании философии именно в данной категории высших учебных заведений.

Первое занятие со студентами я начинаю с вопроса о том, нужна ли философия врачу. Подавляющее большинство студентов (90—95%) говорит, что не нужна. Тогда следует вопрос: «а что такое, по-вашему, философия?». И выясняется, что у большинства представление о ней укладывается в рамки мещански-бытовых рассуждений: пустые разговоры на абстрактные темы, не имеющие отношения к реальности. Тогда я спрашиваю: «в жизни мы часто встречаемся с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, например, онкологическими. Мы знаем, что, несмотря на все попытки победить рак, в большинстве случаев «медицина бессильна». Представьте, что тяжело болен ваш близкий человек или вы сами. Как вы будете разрешать данную ситуацию?» Как правило, часть студентов просто молчит, некоторая часть начинает приводить примеры «чудесного исцеления» с помощью разных «ненаучных методов» — веры в Бога, методики какого-либо экстрасенса, методов народной медицины, традиционной китайской медицины, аюрведы и пр. Пациенты в трудной ситуации часто хватаются за соломинку и готовы и мочу пить, и глиной обмазываться, лишь бы это помогло. Однако все признают тот факт, что все эти методики весьма сомнительного характера, и при их использовании не обязательно помогают, а иногда и вредят. Так где же выход? И тогда задается следующий вопрос: «какова главная задача медицины?» На него все сразу отвечают: «лечить болезнь». «А чтобы лечить болезнь, что

мы должны понять»? «Что такое болезнь». «Но чтобы понять, что такое болезнь, на какой вопрос мы должны ответить»? «Что такое здоровье». «Чтобы ответить на этот вопрос, что мы должны узнать»? «Что такое жизнь». «А чтобы понять это, о чем нам нужно задуматься»? «Что такое смерть». «Чтобы рассуждать о жизни и смерти мы должны понять, что значит «существовать», что такое «бытие» в целом и как оно устроено. Чтобы говорить о бытии человека, нам нужно понять сущность человеческой формы жизни, ее структуру и место в структуре бытия. После этого надо определиться с понятиями развития форм жизни и человека, в частности, с понятиями жизни и смерти, патогенеза и саногенеза, меры жизни, здоровья и болезни. Если мы определим здоровье как жизнь сильную, в пределе — жизнь вечную, а болезнь как жизнь ослабленную, в пределе — смерть, то встает вопрос о методах повышения жизненности живого как основе процесса лечения. Чтобы говорить о методах, мы должны знать структуру живого существа, механизмы, регулирующие эту структуру». Далее следует вопрос о том, что такое «человек». Большинство, воспитанное в духе материалистических редукционистских традиций современной биологии, отвечает — сложно устроенное биологическое тело с набором рефлексов. У подавляющего большинства студентов системой среднего образования сформировано понятие о человеке как сложно устроенной машине, где есть свои рычаги и кнопки, умело воздействуя на которые, мы можем менять ее состояние. Хотя понятие «внутренний мир» присутствует, они практически не связывают его с медицинской деятельностью и процессом лечения. На клинических кафедрах им говорят, что «надо рассматривать человека в единстве его внутреннего мира и телесности», «надо лечить не болезнь, а больного». Но никто не объясняет, что такое «внутренний мир» (кроме слабых попыток психиатрии), и уж тем более — КАК лечить не болезнь, а больного. На первый план выходит купирование болезненных симптомов, телесных симптомов, и «внутреннему миру» отводится последнее место.

Огромная проблема ВУЗов сегодня в том, что в современных школах в России редко учат мыслить. Система обучения нацелена на запоминание фактов и их последующее воспроизведение, а не на умение формулировать вопросы и находить на них ответы. Большинство студентов боится самостоятельно мыслить. На поставленный вопрос они обязаны знать единственно правильный ответ. Поэтому их ставят в тупик вопросы, нацеленные на размышление, на поэтапный поиск решения. К сожалению, даже при работе с текстом большинство студентов демонстрирует неумение выделять главные мысли, строить смысловую структуру текста и делать выводы. Как правило, они не умеют самостоятельно связывать смысловые части текста, часто приходится помогать им в этом. Полученное знание является мертвым, необходимым для сдачи экзамена или получения зачета. И это касается не только гуманитарных предметов. При выяснении их познаний в биологии,

биохимии, цитологии, физиологии, вскрывается проблема связи этих предметов между собой. Создается впечатление, что данные области знания в сознании студентов существуют изолированно друг от друга и оперировать ими они могут лишь в рамках семинарских занятий по отдельному предмету. Еще у студентов существует мнение, что теория теорией, а в практике все по-другому. И из всех предметов общего теоретического курса в ней пригодятся лишь анатомия, патофизиология и фармакология, а все остальные можно забыть как страшный сон.

Поэтому далее я начинаю приводить примеры из собственной клинической практики, когда сама наблюдала случаи «чудесного исцеления»; когда приходилось для помощи больным искать нестандартные методы лечения, потому как стандартные давали лишь усугубления болезни; когда, пользуясь знаниями в области медицины Востока, мне удавалось выявлять некоторые виды патологии на доклиническом этапе, по симптомам, западному врачу даже незаметным. Нередко студенты вспоминают подобные случаи из своей жизни, жизни своих родственников и знакомых, историй болезни пациентов, с которыми они встречались в медицинской практике. И я задаю основной вопрос: «А как вы можете объяснить эти «чудесные исцеления»? У вас есть теория, с помощью которой вы можете это сделать? Вы понимаете, почему Мариванне уринотерапия помогла облегчить протекание ревматоидного артрита, а Ивану Ивановичу дала только неприятные впечатления и впустую потраченные время и силы? Почему не помогают новейшие суперпрепараты в одном случае и очень хорошо помогают в другом? Вы знаете, у какого пациента ведущим будет основной эффект лекарственного средства, а кто рискует умереть от побочного эффекта и как этого избежать?» Сегодня в медицине больше вопросов, чем ответов. Почему, несмотря на достижения медицинской науки, человечество не становится более здоровым: уходят одни болезни, а на их место приходят другие? Почему нам никак не удается справиться в полной мере с онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, аутоиммунными заболеваниями? Что такое патология психической сферы человека и как ее лечить? Где тот самый главный этиологический фактор идеопатических заболеваний? И таких вопросов — великое множество. В таком случае, что нам поможет в поиске ответов на них? Умение не воспроизводить заученные шаблоны, а мыслить самостоятельно. Потому как терапевтические методы, считающиеся абсолютно верными в определенную историческую эпоху (например, кровопускание), могут на деле оказаться бесполезными или вредными. И бездумно используя их в своей практике, врач, вместо лечения, ускоряет наступление смерти у пациента. А чтобы мыслить самостоятельно, врач должен обладать определенным фундаментом, мировоззренческой базой, основу которой и составляет предмет «философия», открывающий тайны бытия, сознания, жизни и смерти, законов мироздания и многого другого. А курс ВУЗовской философии закладывает теоретический фундамент

не только врачебной практики, но и решения проблем биоэтики, таких как аборт, эвтаназия, ятрогения, проблемы генетики и репродуктивных технологий — тех, с которыми мы сталкиваемся не только во врачебной практике, но и в повседневной жизни. И без знания философии ответить на эти вопросы просто невозможно.

Таким образом, по моему мнению, студентам-медикам важно показать практическое применение философии в ежедневной деятельности врача. Нужно уводить их от мысли, что науке все известно, и тайн никаких не осталось, дабы разрушить представление о закристаллизированном мертвом знании и сформировать образ живого, растущего знания. Нужно научить их сомневаться, обосновывать свои убеждения, а не слепо доверять авторитетам. Нужно показать им многогранность любой проблемы и полноту спектра решения ее. И самое главное — нужно дать медицинскому ВУЗу философию медицины, ту самую недостающую теоретическую философскую платформу, которую в настоящее время научная медицина Запада не имеет, заимствуя ее у физики.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ МГМСУ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

О.И.Самусенков, Е.И.Самусенкова, В.О.Самусенков

Основной задачей физического воспитания в Московском Государственном Медико-Стоматологическом Университете является формирование физической культуры личности и способности направленного использования разнообразных средств и форм физической культуры для сохранения и укрепления здоровья, здорового образа жизни психофизической подготовки к будущей профессиональной медицинской деятельности.

Этому способствует тот факт, что только физически хорошо подготовленный специалист сможет справиться со всем объемом все возрастающих физических и психоэмоциональных нагрузок, характерных для выполнения в дальнейшем медицинским работником своих функциональных обязанностей.

Интенсификация труда, рыночная экономика как характерная примета данного времени, в еще большей мере повышает требования к здоровью медицинских работников и приобретению опыта творческого использования физкультурно-спортивной деятельности для достижения в целом жизненных и профессиональных целей.

В ходе реализации требований Государственного образовательного стандарта и учебных программ большое место отводится физиче-

ской культуре в общекультурной и профессиональной подготовке студентов, изучению ее социально-биологических основ, а также физической культуре и спорту как социальному феномену общества.

Большие возможности физического воспитания и в формировании личности современного врача ставят задачу широкого внедрения основ профессионально-прикладной физической подготовки в медицинских вузах Российской Федерации. Профессионально-прикладная физическая подготовка медицинских работников на современном этапе приобретает значение важного социально-экономического фактора. Это позволяет значительно поднять прикладную действенность физического воспитания и в конечном итоге повысить качество подготовки высококвалифицированных специалистов в области здравоохранения. Все это необходимо рассматривать комплексно, как составную часть общей системы формирования специалистов в медицинском вузе.

В связи с этим профессионально-прикладная физическая подготовка должна тесно увязываться не только с физическим воспитанием, но и с общим процессом обучения и воспитания студентов в вузе с применением инновационных программ и новейших педагогических технологий.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ И ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ НА КАФЕДРЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МГМСУ

О.И.Самусенков, А.М.Снытко, Ф.А.Халилулина

Кафедра физического воспитания и здоровья МГМСУ является кафедрой, которая ведет воспитательную и оздоровительную работу со студентами всех курсов и факультетов, а также среди сотрудников всех подразделений Университета. Проведение занятий по физическому воспитанию на двух курсах, а на некоторых факультетах и специальностях на трех, а также в различных спортивных секциях по видам спорта, позволяет сделать вывод, что кафедра имеет огромное влияние на формирование физической культуры личности, развитие и совершенствование психофизической готовности к будущей профессиональной деятельности, самоопределение студентов в физической культуре, а также проводит подготовку спортсменов массовых разрядов и в какой-то мере спортсменов высшей квалификации.

В новых экономических условиях (не имея своей спортивной базы) кафедре удается приумножить славные спортивные традиции Университета, внести в них черты, характерные для современного уровня и развития физической культуры и спорта среди студентов и сотрудников: массовость, организованность, разносторонность спортивных и физкультурных увлечений, многообразие форм и средств, направленность

на профессиональную медицинскую деятельность и на всестороннее развитие личности студентов и выпускников МГМСУ.

Воспитательная и оздоровительная работа на кафедре проводится в основном преподавателями через предмет (дисциплину) «Физическая культура» и «Физическое воспитание». Воспитательная и оздоровительная работа, в результате которой формируются убеждения, нормы нравственного поведения, черты характера, воля, эстетические вкусы, физические качества человека, проводится преподавателями, сотрудниками кафедры и придает необходимую направленность всему воспитательному, оздоровительному и образовательному процессу в вузе.

В оздоровительной и воспитательной работе широко используются индивидуальные особенности студентов, их наклонности и интересы, отношение к делу и своим обязанностям, уровень развития физических и моральных качеств, мотивация — это лишь небольшой перечень воспитательных и оздоровительных аспектов повышения уровня культуры и образования студенческой молодежи нашего университета. Воспитательно-педагогический процесс с точки зрения формирования и становления врача как социального субъекта, проходит под воздействием всех без исключения факторов — оздоровительных, экологических, социальных, экономических, идеологических, психологических, ставя цель — достижение молодым человеком уровня профессиональной зрелости и активности.

Основными задачами в воспитательной и оздоровительной работе на кафедре и в Университете являются: формирование мотивационно-ценностного отношения к физической культуре, установки на здоровый образ и стиль жизни, физическое самосовершенствование и самовоспитание, потребности в регулярных занятиях физическими упражнениями и спортом, а также обеспечение общей и профессионально-прикладной физической подготовленности студентов, приобретение опыта творческого использования физкультурно-спортивной деятельности для достижения жизненных и профессиональных целей.

ИСТОРИЯ ФИЛОСОФИИ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

К ВОПРОСУ ФИЛОСОФСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО НИГИЛИЗМА

Е.И.Аверкина

«Терапевтический нигилизм» является парадоксальным феноменом европейской медицины и философии врачевания середины XIX века. Его расцвет связан с именами патолога К.Рокитанского, дерматолога Ф.Хебра и терапевта Й.Шкоды, составивших славу так называемой новой венской медицинской школы. Начало XIX века — это время создания научного и теоретического фундамента медицины и постепенного перехода от эмпирии к естественнонаучному пути развития. Деятели новой венской школы стремились к максимально объективному описанию болезни, выяснению ее анатомической локализации. Если ранее врачи исходили из явных симптомов болезни и имеющихся в их распоряжении теорий, то теперь болезнь представлялась не совокупностью внешних клинических проявлений (покраснение, деформация и т.п.), а патологическим процессом внутри самого организма. Заслуга К.Рокитанского состояла в том, что он сделал патологическую анатомию основой теории болезненных процессов организма и научной медицины вообще. Однако, парадокс в том, что новые, добытые колоссальным трудом знания об анатомической определенности болезни не влияли на методы лечения человека. Обратной стороной формирования научной медицины стал терапевтический нигилизм — что означает отказ от лечения, минимальное вмешательство в организм больного. Суть такого подхода ярко выразил Й.Шкода, утверждая, что можно распознать, описать и понять болезнь, но нельзя даже мечтать о возможности повлиять на нее какими-либо лекарственными средствами[1]. Под влиянием К.Рокитанского и Й.Шкоды лекторы медицинского факультета Вены десятилетиями вещали с кафедр исключительно о диагностике,

[1] Бородулин В.И. История клинической медицины: Лекции. Ч.1. М. : Изд-во РАМН, 2006. С. 103.

игнорируя терапию. Студентов учили сначала производить посмертные вскрытия, искать причины недуга и лишь в последнюю очередь думать о лечении. Часто во время беспристрастного наблюдения у постели больного тот умирал, а врач скрупулезно описывал его состояние, не делая и малейшей попытки облегчить его страдания. Преобладание посмертной диагностики путем вскрытия привело к безразличию к человеческой жизни и равнодушному отношению к смерти.

Причин появления феномена терапевтического нигилизма несколько и связаны они с двумя, казалось бы противоположными тенденциями духовно-интеллектуальной жизни Австрии. Начиная с 1750 года, ведущим признаком австрийской философии является позитивизм. Здесь сложился идеал исследователя, всецело опиравшегося на опыт. Это выражалось в скептическом отношении к любой теории, недостаточно зарекомендовавшей себя на практике. А поскольку достойной, удовлетворяющей требованиям научности, теории терапии к тому моменту не существовало, из двух зол рекомендовалось выбирать меньшее — практиковать минимум терапевтических действий вообще. Прогресс в медицине связывался учеными с глубоким пониманием механизма развития заболеваний, а значит, лабораторным исследованиям следовало отдавать приоритет над непосредственно лечением. Считалось, что настоящим врачом может называться только врач-исследователь, работа же с больным может считаться научной, только если она служит установлению диагноза. Задача врача состояла в идентификации болезни. Врач в этом случае выступал как аналитик болезни, а не целитель человека. Боязнь внешним вмешательством исказить картину заболевания, неправильно поставить диагноз и тем самым прослыть некомпетентным порождала бездеятельность в области терапии. Клиницисты новой венской школы считали, что медицина не должна быть искусством, а только наукой. К середине XIX века научно обоснованной оказалась только диагностика, ее и относили к медицинской науке. Слабо разработанную терапию оставили за пределами науки, считая чем-то вроде в лучшем случае — ремесла, в худшем — шарлатанства. К тому же сама медицинская теория находилась в стадии поиска, была несовершенна и не способствовала активным действиям в области лечения. XIX век в медицине — время поисков материального субстрата болезни. В третьей четверти XIX века наряду с патологоанатомическим методом К.Рокитанского популярность приобрела целлюлярная (клеточная) теория Р.Вирхова, согласно которой болезнь локализуется в больном органе на клеточном уровне — там ее необходимо и искать. Еще одно название теории — локалистический метод. Теория Вирхова углубляла понимание тонких изменений клеток и отдельного органа при определенной болезни. В терапии этот подход привел к стремлению влиять на местоположение болезни,

на больной орган и даже на клетки больного органа, но не на весь организм в целом. Не находя научного обоснования для терапевтических приемов, влияющих на весь организм, а не на местный болезненный процесс, локалистический метод просто отвергал их. Так невозможность найти морфологический субстрат для действия лекарств и терапевтических мероприятий приводили клиницистов к сдержанному отношению к терапии. Другим фактором, обусловившим появление венского терапевтического нигилизма, является традиция универсалистского целостного мышления, присущая австрийской философии не в меньшей степени, чем позитивизм и опирающаяся на философию Лейбница и Вольфа. К.Рокитанский считал Лейбница своим учителем в философии и верил в высшую гармонию, предустановленную Богом. В соответствии с этим терпеливое отношение к боли понималось как часть мирового замысла. Проповедуя гармонию между человеком, природой и Богом, знаменитый анатом призывал людей следовать примеру Христа и терпеть посылаемую им боль. Именно благодаря вере в высший природный порядок К.Рокитанский и Й.Шкода отстаивали превосходство выжидательной терапии перед лечением специальными лекарственными препаратами. К тому же стойким стереотипом в сознании врачей оставались взгляды Гиппократа на природу, которая сама отыскивает пути лечения без учений и указаний: «Природа лечит, врач наблюдает». Й.Шкоду и его последователей называли еще сторонниками выжидательной терапии, поскольку, возрождая учение Гиппократа о лечебной силе природы, они возрождали установку на ожидание, пока сама природа не приведет организм к выздоровлению. Своеобразно преломляя этот взгляд сквозь призму гетевского пантеизма, представители новой венской школы полагали самодостаточность природы, которая сама заражает и сама же исцеляет. Считалось, что исход лечения находится в прямой зависимости от жизненных сил организма. Природа благоприятствует сильному организму и если не поможет природа, то не поможет никто. Таким образом, на наш взгляд, венский терапевтический нигилизм стал возможен благодаря странному симбиозу противоположных, на первый взгляд, традиций в австрийском мышлении середины XIX столетия: эмпиризма и позитивизма, с одной стороны, и метафизики Просвещения, с другой. К характеристике этого мышления применим термин «барочный стиль» как сочетающий признание призрачности земной действительности с утверждением ее грубой вещественности. Необходимо отметить также, что установки венского терапевтического нигилизма коррелировали с культурными установками австрийского государства периода 1815—1848 годов, известного в истории под названием «бидермейер». В этой культурной атмосфере соединились политический индифферентизм, католическая набожность, пристрастие к эстетическому

наслаждению и созерцательность. Такие особенности терапевтического нигилизма как критическое отношение к предшествующему опыту лечения, констатация беспомощности терапии настоящего, и неспособность предложить свой собственный способ решения проблемы лечения совпадали с общим настроением времени.

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА И ОТНОШЕНИЕ К НЕЙ ВРАЧА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Е.Х.Баринов, Н.Е.Добровольская, П.О.Ромодановский

В медицинской и юридической литературе еще мало публикаций, посвященных вопросам профессиональной этики врачей, отношения врачей к совершенным им ошибкам.

В настоящее время под врачебной ошибкой понимают невиновное причинение вреда вследствие добросовестного заблуждения врача без элементов небрежности, легкомыслия или халатности (со стороны должностных лиц). Ошибки делят на несколько групп: диагностические (нераспознанные или неправильное распознавание болезни), лечебно-тактические и лечебно-технические (ошибки в организации лечебной помощи).

С правовой точки зрения невиновное причинение вреда, именуемое в уголовном праве «случай» или «казус» имеет место тогда, когда с чисто внешней стороны налицо преступное деяние: совершено опасное действие, в результате которого наступило общественно опасное последствие и между ними имеется причинная связь. Однако лицо не привлекается к уголовной ответственности в силу невиновного признания вреда, то есть при отсутствии умысла или неосторожности (ст. 28 УК РФ)[1]. Случай (казус) характеризуется тем, что совершая деяние лицо не осознавало и по обстоятельствам не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было и не могло их предвидеть. Диапазон толкований термина «врачебная ошибка» настолько широк, что включает диаметрально противоположные понятия: от небрежных, недобросовестных, неосторожных действий по оказанию медицинской помощи, результатом которых явилось телесное повреждение или смерть пациента, до «добросовестного заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества». В основе любой врачебной ошибки могут лежать как объективные причины и условия, так и субъективные. К объективным причинам следует отнести недостаточное

[1] Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 17.06.1996. № 25. Ст. 2954. (с послед. изм. и доп.).

совершенство методов диагностики и лечения, объективные трудности самой диагностики, а к субъективным — недостаточный опыт врача.

Пути предупреждения врачебных ошибок заключаются в глубоком анализе самих ошибок, выяснении их причин в каждом конкретном случае, а также в постоянном совершенствовании профессиональных знаний врача.

Традиции отечественной медицины в этом вопросе восходят еще к выдающемуся отечественному ученому, хирургу Н.И.Пирогову, который посвятил обзору и анализу ошибок в своей врачебной деятельности целую книгу «Анналы Дерптской клиники». Он писал: «...Мы должны считать себя трижды счастливыми, если нам удается в известной мере преодолеть ту или другую трудность при пользовании правилами врачебного искусства, постигнуть и преодолеть вкоренившийся предрассудок, расширить для наших со- товарищей узкую тропу, ведущую к истине. Но этого можно достигнуть, по моему мнению, только в том случае, если тщательно изучить ошибки, допущенные нами при занятиях практической медициной, — более того, возвести их познание в особый раздел науки! Исходя из основанного в изучении духа нашего искусства убеждения в том, что «мы должны ошибаться», практические ошибки, в том числе и грубейшие, надо рассматривать не как нечто постыдное и наказуемое, а как нечто неизбежное. Надо поспешить признать свои ошибки перед сотоварищами и прежде всего постичь механизмы ошибок. Признаю, что это лабиринт, выходы из которого закрыты предрассудками, тщеславием, невежеством; но святая любовь к науке и, следовательно, к истине, найдет руководящую нить...»[1]. Данным принципом Н.И.Пирогов руководствовался в течение всей жизни, пропагандируя свои идеи перед учениками и последователями. Попробуем рассмотреть отношение к врачебным ошибкам известных отечественных ученых, клиницистов. Ведь ни что не может сравниться в приобретении новых знаний, с примером, показанным выдающимися учеными России. Тем более, что приводимые случаи касаются и судебной медицины и могут встретиться в практике судебно-медицинского эксперта.

Для этого придется совершить небольшой экскурс в историю отечественной медицины конца XIX века. В 1870 году, в Санкт-Петербурге, через 40 часов после операции, выполненной известным отечественным акушером-гинекологом, профессором Медико-хирургической академии А.Я.Крассовским, погибла молодая женщина. Ей была выполнена операция по иссечению кисты яичника. Во время патологоанатомического вскрытия, проводимого не менее известным ученым, Н.М.Рудневым выяснилось, что в брюшной полости был оставлен тампон из губки, что могло послужить одной из причин смертельного исхода. К чести А.Я.Крассовского, он выразил глубокую благодарность Н.М.Рудневу

[1] Пирогов Н.И. Сочинения. М.,1959. Т. 2. С. 286.

и счел своим долгом подробнейшим образом описать данный случай в мельчайших подробностях в специально посвященной этому статье, которую и опубликовал. Он писал: «...При подобных обстоятельствах, равно как и при других несчастных оперативных случаях, положение хирурга крайне незавидно: его друзья по науке, понимающие возможность подобных неудач, относятся к нему с сочувствием; другие же и, к сожалению, подчас товарищи, подсмеиваются над ним и передают случай на обсуждение некомпетентных судей в этом специальном деле. По моему же крайнему убеждению, подобных случаев не следует скрывать, а нужно уяснить их и сообща заботиться о мерах предупреждения их на будущее время...»[1].

Автор детально исследует весь механизм допущенной ошибки, пытаясь ответить на вопросы: 1. Когда и как попала губка в брюшную полость? 2. Были ли приняты надлежащие предосторожности для того, чтобы все губки были вовремя удалены из брюшной полости? Насколько губка могла быть причиной несчастного исхода операции? Какие меры должны быть приняты для предотвращения подобных случаев на будущее время? Основываясь на своем большом опыте практического врача и проанализировав допущенную ошибку, ученый сформулировал четкий перечень правил, соблюдение которых позволило бы избежать риска случайного оставления операционного материала в полостях, после завершения оперативного вмешательства. А.Я.Крассовский даже рекомендовал врачам пересчитывать губки до и после операции, а также привязывать к ним длинные тесемки. Несмотря на упреки коллег, не страшась, что проведенный анализ собственной ошибки и публикация данного случая могут повредить карьере и репутации врача, ученый находит в себе мужество и до конца исполняет свой долг врача, найдя единственно правильное решение обучить других на данном конкретном случае и попытаться предотвратить подобные ошибки в будущем.

Не каждый ученый или врач может найти в себе смелость совершить подобное. Порой нравственный конфликт в душе врача, совершившего ошибку с роковыми последствиями для больного, может обернуться и личной трагедией для врача. Так случилось и с профессором Медико-хирургической академии, хирургом С.Н.Коломниным, который застрелился 11 ноября 1886 года, после неудачной операции, приведшей к смерти больной. Но нет оснований из данного случая делать вывод, что при любых серьезных профессиональных неудачах врач должен совершить самоубийство. Любая ошибка должна вначале быть подвергнута самокритическому разбору. Ошибки совершали многие известные отечественные клиницисты, как С.П.Боткин, В.П.Образцов, И.П.Лазаревич. Но они в первую очередь шли по пути А.Я.Крассовского, стараясь глубоко проанализировать каждую деталь случая и сделать должные выводы не только для себя, но и для своих

[1] Медицинский вестник.1870. № 1. С. 13.

учеников и последователей. Приведенные примеры из истории отечественной медицины наглядно показывают, что при допущенных врачом ошибках, затрагивающих понятие чести всегда можно найти широко известные случаи полярного поведения врачей различных специальностей в аналогичных профессиональных ситуациях.

КРИМИНАЛЬНАЯ АНТРОПОЛОГИЯ И РАЗВИТИЕ НОВОГО НАПРАВЛЕНИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Е.Х.Баринов, П.О.Ромодановский

Судебно-медицинскому эксперту в своей практической деятельности приходится встречаться с вопросами, относящимися к различным отделам медицинских знаний, и в том числе, к стоматологии. Анатомо-морфологические особенности зубов уже давно позволяют использовать эти данные для идентификации личности, что является несомненной заслугой судебной стоматологии. Развитие судебной стоматологии в России проходило под влиянием европейской криминально-антропологической школы, широко распространенной в Европе конца XIX столетия. Первый ученый, заметивший ряд выраженных анатомических особенностей в строение как тела, так и зубов у слабоумных и идиотов, был Морель, который в середине XIX века отмечал, что они настолько отступают от средних норм, что не могут быть отнесены к индивидуальным вариантам. Итальянский психиатр Ч.Ломброзо, основываясь как на своих собственных наблюдениях, так и на трудах Мореля, положил начало новой отрасли биологии — «криминальной антропологии»[1]. Одним из основных вопросов криминальной антропологии явился вопрос о том, что же считать индивидуальной особенностью человека, какие индивидуальные особенности следует отнести за счет расовых, профессиональных вариаций, а что считать аномалией? Несмотря на многочисленные наблюдения научно-обоснованных данных в отношении зубо-челюстного аппарата получено не было. Колебания в размерах зубов, отмечаемые разными авторами, основывались не на измерениях, а лишь на личных впечатлениях исследователей, поэтому те размеры, которые одними авторами назывались «большими», другими могли считаться «малыми». Такой метод изучения не мог считаться научным. Не всегда так же применялся строго научный метод и при общем исследовании зубов в смысле единства, племени, пола, возраста, места, а также параллельности исследования здоровых и вырождающихся субъектов.

[1] Вильга Г.И. О зубах в судебно-медицинском отношении: Дисс. на степень доктора медицины. Москва, 1903. С. 38—43.

Учитывая все вышеизложенное необходимо было с большой осторожностью решать вопрос, какие из аномалий зубов можно отнести к физическим признакам вырождения? Изменения зубов, описываемые разными авторами как признаки вырождения, представляли собой те особенности которые относились к неправильности их развития, как например, неполная смена зубов, отсутствие зубов мудрости, неправильности их прорезывания, в артикуляции, высокое и низкое небо, а так же Гутчисоновский зуб, кинжаловидный клык свойственный обезьянам, например гориллам (наибольший поперечник края наблюдается у свободного края десны, отсюда клыки постепенно истончаются и заканчиваются острой верхушкой). У человека клык тем острее и тем шире у шейки, чем ниже раса.

На основании тех особенностей зубов, которые были описаны различными представителями школы криминальной антропологии, как признаки вырождения и преступности был сделан вывод о том, что эти сведения представляют особый интерес для судебного врача[1]. Уже в 1886 году Ч.Ломброзо, наблюдая за живыми преступниками, а так же путем вскрытия их после смерти пришел к выводу, что всякий преступник обладает целым рядом физических особенностей, связанных с известными отклонениями в их психической сфере, данные особенности и характеризуют преступника как особый антропологический тип человеческого рода. Эти признаки указывают, что носитель их с неизбежной необходимостью должен стать преступником, хотя бы даже и тайным, совершенно независимо от всех социальных и индивидуальных условий жизни. Он, как говорит автор: «рожден быть преступником». При этом Ч.Ломброзо не отрицал, что социальная среда и различные внешние факторы («бедность, соблазн»), могут побудить данное лицо к преступлению, то есть его гипотеза заключалась лишь в попытке объяснения того, что существуют люди, имеющие врожденную предрасположенность к преступлению. По его наблюдению 40% всего населения тюрьмы представляют собой видоизменения человеческого типа, обусловленное атавизмом как в своих психических, так и в физических свойствах. Причина же преступления по гипотезе Ч.Ломброзо лежит ни в чем другом как в индивидуальности самого преступника, которая является в своих чертах прирожденной и унаследованной. Все найденные у преступников особенности представляют в совокупности один общий тип врожденного преступника. Ч.Ломброзо, исследуя зубы различных преступников, отмечает наличие у 4% убийц — сильно развитые большие клыки, 44% убийц и в 17% у преступников другого рода — наличие промежутков между верхними клыками и боковыми резцами подобно тому, как у орангутанга, помещаются нижние клыки. У них же наблюдалось: тесное размещение, сильно развитые верхние

[1] Пашков К.А., Ромодановский П.О. и соавт. Судебная стоматология (страницы истории) / МГМСУ. Москва, 2009. С. 121—125.

средние резцы рядом с очень маленькими боковыми резцами или полным их отсутствием от рождения, отсутствие от рождения резцов наблюдалось в 2,1% случаев. Неправильная постановка зубов, узкое и высокое небо наблюдалось довольно часто, причем чаще у преступниц, чем у преступников (и всего чаще у проституток — 41%).

А.Палтауф (1898) исследуя 30 черепов преступников, имеющихся в Венском судебно-медицинском институте, обнаружил у 8 из них большие массивные резцы, у 5 такие же клыки, у 2-х «задержку ростов зубов», у стольких же зубы «малые», у 3-х — «отсутствие зубов мудрости», у одного был «открытый прикус», у 5 замечался «зубной прогнатизм». П.Тарновская (1889) на основании своих антропологических исследований, приходит к убеждению, что проститутки не случайны, а занимаются этой работой с ранней молодости, обладают многими физическими и психическими признаками вырождения в результате или задержки развития, или в наследственности. У 150-ти, исследованных ею проституток, она отметила в 54% случаев — зубные уродства, в 62% — неправильную постановку зубов, в 19% — зубы Хатчинсона (полулунные выемки на резцах), в 10 случаях — отсутствие от рождения боковых верхних резцов. В своей работе «Антропологические исследование женщин — убийц», проводя исследования на 160 женщинах-преступницах и на стольких же не преступных женщинах, она отмечает, что у убийц в 9,3% — отсутствовали верхние резцы, имелись кинжаловидные клыки, в 28,1% — редко стоящие зубы, Гутчинсоновские зубы, аномалии положения, строения в 78%, в 15% — глубокое небо. В общем же, аномалии были у 66% женщин-преступниц, в 54% у 216 проституток, в 30% у 100 воровок, в 22% у 158 непреступных женщин. В конце XIX столетия Talbot из своих наблюдений, основанных на большем числе исследований зубов и челюстей у слабоумных различных наций, нашел изменения в правильности развития зубов, недоразвитии челюстей, V-образную и седловидную челюсть[1]. Следует отметить, что конец XIX века явился расцветом криминальной антропологии. Однако, такое сложное явление, каким представляется преступление, бывающее обыкновенно в результате факторов, как наследственного происхождения, так и социальных условий жизни, не может быть объяснено как гипотезой Ч.Ломброзо, так и социальными условиями жизни, приводимыми его противниками. В России последователями европейской школы криминальной антропологии явились сотрудники Императорского Московского университета профессор П.А.Минаков и прозектор, а в последствие профессор, А.И.Крюков. Результатом

[1] Ромодановский П.О., Беляева Е.В., Баринов Е.Х. К критике некоторых забытых вопросов отечественной судебной стоматологии в аспекте ломброзианства и «криминальной антропологии» // Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования: Материалы конференции / Под ред. Г.А. Пашиняна. М., 2001. С. 9—11.

изучения антропологии явился ряд работ П.А.Минакова, вышедших в «Трудах Антропологического отдела Императорского Общества любителей естествознания». Продолжением исследований П.А.Минакова явилась работа Г.И.Вильги «О зубах в судебно-медицинском отношении», изданной в 1903 году. Несмотря на тот факт, что Г.И.Вильга не разделял полностью взглядов европейской школы криминальной антропологии ряд положений его работы касается вопросов дегенерации при развитии зубов[1].

ИДЕЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В ПОЗИТИВИЗМЕ И.И.МЕЧНИКОВА

Н.П.Башкова

Проблема целостного подхода к изучению человека для философии и медицины не нова. Однако раньше она обычно скорее постулировалась, чем служила предметом исследования. Популярность и практическая значимость в XIX веке клеточной теории Р.Вирхова, рассматривающей болезнь как патологию органов и тканей, оказала влияние на ограниченность научных поисков в понимании целостного человека. Внеся достаточный вклад в развитие конкретных медицинских проблем, Р.Вирхов при этом активно выступал против холистической парадигмы в медицинской науке, утверждая, что «жизнь организма есть не что иное, как сумма жизней отдельных клеток, которые соединены в нем. Местом, где разыгрываются патологические процессы, служат сами клетки и примыкающие к ним территории... Патологические явления... всюду противоречат мысли о единстве организма... Нужно отбросить баснословное единство и иметь в виду отдельные части, клетки как причину существования»[2]. Таким образом, в лице выдающегося немецкого врача и патолога утверждалась анатомическая концепция понимания человека, отразившаяся и на мировоззрении современных ученых и практикующих врачей.

И.И.Мечников одним из первых среди ученых начал исследовать целостный организм человека. Считая основой своего мировоззрения позитивизм, он выразил в анализе человека ключевые установки позитивизма на знание о целом, которое должно привести к изменению человека на основе точных наук. Согласно И.И.Мечникову,

---

[1] Баринов Е.Х., Ромодановский П.О., Балашова И.Л., Бокарев А.В. Криминальная антропология предшественница судебной стоматологии // Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи в стоматологии: Материалы конференции с международным участием / Под ред. Г.А.Пашиняна. М., 2008. С. 16—19.

[2] Цит по кн: Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине / А.П.Корольков, В.П.Петленко. М., 1977. С. 57.

целостность — результат преодоления дисгармоний, присущих всей природе, ведущий к продлению человеческой жизни при полном сохранении работоспособности и здоровья. Дисгармонические признаки, являющиеся показателем меры адаптированности индивида и вида, могут вызвать их исчезновение, а могут быть побеждены.

Гармоничные и дисгармоничные признаки, присущие целостному организму, взаимосвязаны и по разному проявляются в каждый из периодов его жизни. И.И.Мечников, исследует целостность организма как результат преодоления дисгармоний человеческой природы, которые рассматриваются «как источник больших бедствий», и считает, что «нет ничего удивительного в том, что при этих условиях люди не ощущают ни желания состариться, ни инстинкта смерти. Старики, несмотря на свою привязанность к жизни, не в состоянии ощущать всей ее прелести и умирают со страхом, не узнав, что такое инстинкт смерти»[1].

Стремление к целостности заложено в самой природе человека. У низших существ это стремление бессознательное, а у человека сознательное. К такому выводу приходит И.И.Мечников, проанализировав всю эволюцию живых существ. У человека нет инстинктивных механизмов борьбы с дисгармониями. Целостность есть результат работы, деятельности, стимулирования механизмов самооздоровления, предполагающей однозначно сознательную установку на регулирование цикла человеческой жизни. Естественный процесс развития человека сознателен и управляем стремлением к гармонии и целостности. В противном случае неизбежно пагубное влияние дисгармоний и преждевременная смерть. Зачастую фактором, разрушающим целостность человека, является человеческое бескультурье, «невежество и беспечность населения».

Регулирование развития человека в сторону совершенствования и гармонии обусловлено деятельностью сознания — осознанием дисгармоний. При этом сознание (для И.И.Мечникова — разум, наука) понимается как «результат деятельности элементов нашего тела»[2], ограниченный в своем функционировании рамками человеческой жизни. И.И.Мечников считает, что «мы содержим в своем организме элементы, одаренные бессмертной душой; но... факт этот нисколько не обуславливает бессмертия нашей сознательной души... Мы не отдаем себе отчета в психических явлениях множества наших клеток, одаренных своей клеточной душой. Мы нисколько не ощущаем постоянной борьбы наших фагоцитов с вечно стремящимися наводнить нас микробами. Между тем фагоциты — чувствительные и подвижные элементы, обладающие душой»[3].

Биологические дисгармонии, вызванные слишком быстрым изменением биологической природы человека, проявляются сильнее с усовер-

---

[1] Мечников И.И. Этюды о природе человека. М. : Изд-во АН СССР, 1961. С. 231.

[2] Мечников И.И. Там же. С. 234.

[3] Мечников И.И. Там же. С. 219–220.

шенствованием культуры. Важным условием правильного образа жизни и продления биологических дисгармоний выступает необходимость установления гармонии индивидуальных и социальных инстинктов.

Организм функционирует полноценно только при внутренней гармонии и равновесии с окружающей природной и социальной средой. И.И.Мечников пишет, что «наука открыла нам, что человек, происходя от животного, имеет в своей природе как хорошие, так и дурные свойства и что именно последние делают существование наше столь несчастным. Но природа людская изменяема и может быть переделана на пользу человечества... Прежде всего следует попытаться восстановить правильную эволюцию человеческой жизни, то есть превратить дисгармонию ее в гармонию (*ортобиоз*)»[1]. С точки зрения И.И.Мечникова, гармония, целостность — это нормально и физиологично, а дисгармонии, нецелостность — это ненормально и нефизиологично. Ключевым фактором полноценной долгой и плодотворной жизни является определение смысла жизни, которое выступает результатом не только личного выбора, но и подготовлено установками общественного сознания. Общественное сознание утверждает принимаемые большинством модели ортобиоза (здорового образа жизни) и соответствующие им нравственные требования. С точки зрения И.И.Мечникова, решение проблемы биологических дисгармоний всегда оставалось уделом исключительно науки, а прежние философия, религия выступали лишь источником догм и предрассудков.

Эффективность реализации в обществе идеала целостного существования зависит от взаимодействия науки философии и религии. Ведущая роль в этом процессе принадлежит науке. Для современного общества актуальным является развитие и специализация (подобно медицине) социальных наук. При этом И.И.Мечников пытается определить границы возможностей науки в обеспечении целостного существования человека, указывая на необходимость нового рационального взаимодействия науки, философии и религии. Он пишет: «...конечно, наука может облегчить человечество в той или другой болезни. Но не в этом вопрос: болезнь — не более, как эпизод человеческой жизни, великие задачи которого остаются неразрешенными наукой. Недостаточно вылечить от дифтерита или от перемежающейся лихорадки. Надо сказать ему, в чем его назначение и почему ему приходится стареть и умирать в то время, когда всего более хочется жить. Вот здесь-то и обнаруживается бессилие всякой науки и начинается благодетельная роль религии и философии. А так как наука постоянно возбуждает сомнение и критикует философские системы, то, вместо того, чтобы быть полезной человечеству, она только вредит ему»[2]. Поэтому потребность человека в осознанном стремлении к целостности, обусловленном не желанием

[1] Мечников И.И. Там же. С. 236.

[2] Мечников И.И. Там же. С.178.

или нежеланием, а необходимостью прохождения естественного цикла жизни, может быть удовлетворена только через единство научного, философского и религиозного подходов к пониманию человека. Однако, постулируя подобную установку, И.И.Мечников оставляет за бортом исследования механизм такого взаимодействия. И если философия и религия вносят вклад в дело совершенствования человека, то это должна быть новая научная философия и новая религия, в основе которой лежит вера в знание, вера в науку.

ОБ ОДНОМ ЭПИЗОДЕ РЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИИ: ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ В КОНЦЕ XVI В.

Л.В.Столярова, П.В.Белоусов

Единственным достоверным описанием состояния царицы Марии Нагой после гибели ее сына — царевича Дмитрия в Угличе 15 мая 1591 г. — являются записки английского дипломата Дж. Горсея. В них говорится, что двоюродный брат царицы Афанасий Нагой среди ночи примчался в Ярославль и постучался в ворота Английского двора, где в то время находился Горсей. Сообщив, что «царевич Дмитрий мертв», Нагой умолял Горсея дать ему «какое-нибудь средство» для несчастной матери царевича: «...царица отравлена и при смерти, у нее вылезают волосы, ногти, слезает кожа».

С позиций современной психиатрии, немедленной реакцией на острую психическую травму (в данном случае — гибель ребенка) может стать выпадение волос и появление экземы. Заболевание начинается с лица и кистей рук, постепенно распространяясь по всему кожному покрову. Больной непрерывно чешет зудящую кожу, отчего она «слезает» еще сильнее, расчесывает себя вкровь. Течение заболевания может осложниться присоединением инфекции. Зуд непрерывно усиливается, он невыносим, мешает спать, не дает покоя. Невротическая реакция организма на этом фоне только усиливается. Остро начавшаяся экзема постепенно приобретает хроническое течение, которое тянется годами. Ногти в качестве реакции на психотравму «вылезают» не сразу, а по прошествии нескольких дней. Стало быть, ночной визит Афанасия Нагого к Горсею состоялся не в ночь трагедии, а спустя несколько дней после нее. Вероятно, это произошло между воскресеньем 16 мая и вторником 19 мая, когда Нагие в обстановке крайнего нервного напряжения ожидали прибытия Следственной комиссии из Москвы.

Запискам Горсея свойственна хронологическая многослойность. Окончательно они были отредактированы уже в XVII в. Тогда же подверглись корректировке (или были написаны заново) заметки о

ночном визите в Ярославль Аф. Нагого. Во всяком случае, эти заметки завершаются фразой, имеющей важное датирующее значение: «Вряд ли все думали в то время, что тень убитого царевича явится так скоро и погубит весь род Бориса Федоровича». Из этой фразы следует, что Горсей писал о событиях в Угличе (1591 г.), уже зная о смерти Бориса Годунова, о гибели его сына Федора и о появлении Лжедмитрия I (1605 г.)! Поэтому в этом эпизоде должны были смешаться воспоминания Горсея о ночном визите Аф. Нагого и знания о дальнейшем развитии событий, происходивших в России на протяжении по крайней мере 15-ти лет после смерти царевича Дмитрия. Однако достоверность сведений о болезни царицы сомнений не вызывает. Сохранилось еще одно известие Горсея о гибели Дмитрия. Оно содержится в его письме лорду-казначею Берли, написанном 10 июня 1591 г. (т.е. спустя 26 дней после трагедии): «19-го числа... случилось величайшее несчастье: юный князь 9-ти лет... был жестоко и изменнически убит; его горло было перерезано в присутствии его дорогой матери, императрицы; случились еще многие столь же необыкновенные дела, которые я не осмелюсь описать не столько потому, что это утомительно, сколько из-за того, что это неприятно и опасно». Обращает на себя внимание ошибочная дата: днем гибели малолетнего царевича Горсей называет не 15, а 19 мая. Кроме того, он пишет о волнениях, вспыхнувших «четырьмя днями раньше», т.е. как раз 15 мая, правда, не в Угличе, а на окраинах Москвы. 19 мая в Углич прибыла Следственная комиссия. Вероятно, именно в эту ночь Нагой постучался в ворота Горсея. Следственная комиссия еще только готовилась начать работу, итоги следствия были неизвестны, убитая горем царица переживала тяжелую психотравму. Мария Нагая, скорее всего, слегла, была равнодушна к происходящему, и у ее окружения сложилось впечатление, что она отравлена и при смерти. Именно эту, казавшуюся в тот момент такой правдоподобной версию — убийства царевича и покушения на убийство его матери, — и излагал Горсею Аф. Нагой, умолявший англичанина дать ему некое чудодейственное средство для царицы. Ночной визит, поспешный приезд за 240 верст из Углича в Ярославль перепуганного родственника Марии Нагой, свидетельствуют о крайнем напряжении и даже ужасе, царившем в удельном Угличе после разыгравшейся там трагедии. Исход событий еще не был ясен, реакция Москвы не вполне понятна, итоги следствия не предвещали для Нагих ничего хорошего. Именно версия попытки двойного убийства так напугала Горсея, что даже спустя несколько дней в письме лорду Берли он не осмелился изложить известные ему детали угличской драмы.

«Средством», которое Горсей выдал Нагому, оказалась банка с чистым прованским маслом и коробочка венецианского териака. Прованское масло вряд ли облегчило страдания царицы. Поскольку окружение Марии Нагой считало, что ее отравили, вероятнее всего, масло

из «склянки» Горсея ей давали пить. Возможно, учитывая состояние ее кожи, масло использовали как мазь и покрывали им больную кожу царицы. Однако это могло только ухудшить положение и спровоцировать инфицирование кожи. А вот венецианский териак Горсея, мог и помочь. Териаком называлось универсальное противоядие, которое будто бы излечивало все без исключения отравления. Поскольку препарат использовали в качестве снадобья от всех разновидностей ядов и при любых отравлениях, считалось, что чем сложнее его состав, тем действеннее лекарство. Поэтому средневековые медики непрерывно усовершенствовали рецептуру териака, вводя в его состав новые ингредиенты. Нюренбергский териак состоял из 65 веществ, а французский XVI—XVII вв — из 71. Крупнейшими центрами изготовления териаков в средние века считались Константинополь, Каир, Генуя и Венеция. Венецианский териак уже в XIII в. затмил своих соперников и снискал славу наиболее действенного противоядия. В багаже Горсея именно он впервые прибыл в Россию и был использован в лечении царицы.

Изучение сохранившихся рецептов териака оставляет впечатление, что универсальное противоядие составлялось так, чтобы наряду с необязательными компонентами (истолченная змеиная и бобровая кожа, шампиньоны, ладан, чечевица и др.) в его состав обязательно входили такие травы и вещества, которые оказывали послабляющее (бузина, фенхель), мочегонное (корень петрушки, шиповник, кудреватый дягиль и др.), противовоспалительное (ромашка), успокаивающее (валериана, зверобой) и даже наркотическое (опий) действие. Если иметь в виду, что териак мыслился именно как противоядие, то очищение кишечника, усиление потоотделения, стимуляция деятельности желудочно-кишечного тракта и почек, могли привести к определенному терапевтическому эффекту. Венецианский териак Горсея в этом смысле не был исключением. В его состав, как и в состав любого из териаков, входили корень валерианы, зверобой и опиаты. Валериана должна была успокоить царицу и несколько ослабить ощущение тревоги. Зверобой был довольно сильным антидепрессантом, который мог смягчить проявления душевной тоски царицы. Опием и опиатами с древнейших времен врачи пользовали своих больных для снятия у них болевого синдрома. Это наркотическое вещество, безусловно, могло облегчить и мучения Марии Нагой, испытывавшей постоянный кожный зуд и боль. Впрочем, корень валерианы при постоянном его применении со временем мог несколько усугубить депрессию, а для хорошего клинического эффекта зверобой (как антидепрессант растительного происхождения) нужно было принимать не менее двух недель.

Как известно, необратимость утраты и связанные с этим тяжелые драматические переживания, вызывают реактивную депрессию. Это состояние характеризуется подавленным настроением, упадком сил, потерей интереса к жизни. Оно усугубляется чувством вины, тревоги

и страха, неспособностью концентрироваться и принимать решения, наличием навязчивых мыслей о смерти и даже самоубийстве, нарушениями сна, ощущениями жжения в груди и др. симптомами соматического заболевания (экзема, выпадение волос и ногтей и др.). То, что после гибели единственного сына царица переживала тяжелейшую реактивную депрессию, сомнений не вызывает. На это указывают не только известие Горсея, но и материалы Следственного дела. Проявления реактивной депрессии различаются в зависимости от стадии заболевания. Сначала человек не в состоянии ни осознать свое горе, ни принять его. Реакцией на случившееся может быть агрессия. По-видимому, невероятная злоба, смешанная с отчаянием, захлестнули царицу, как только она увидела своего сына мертвым. Согласно Следственному делу, она принялась что есть силы избивать мамку царевича Василису Волохову: «почала ее, Василису... бити сама поленом, и голову ей пробила во многих местех». Избивая Волохову, царица выкрикивала имена предполагаемых убийц, «будто се сын ее, Василисин, Осип с Михаиловым сыном Битяговского, да Микита Качалов царевича Дмитрея зарезали». Стоны и крики Василисы Волоховой, умолявшей царицу «дати сыск праведнои», поскольку «сын ее [Волоховой] и на дворе не бывал», не возымели эффекта. Царица словно обезумела от душевной боли и гнева и продолжала избивать Волохову до тех пор, пока силы не покинули ее. Тогда за полено ухватился брат царицы Григорий Нагой, которому безутешная мать «велела ее [Василису] тем же поленом бити по боком». Василису избили до полусмерти, и «чють живу покинули замертва». Однако царица не могла успокоиться. Колокольный звон привлек на место трагедии «многих людей посадцких и всяких людей». Мария Нагая велела схватить Василису и обесчестить ее: «мужики ... взяли и ее ободрали и простоволосу ее держали перед царицею». Действия царицы, безусловно, оглушенной горем, попахивали садистической жестокостью: к физическим мучениям своей жертвы Мария Нагая добавила глубокие нравственные страдания. Дав агрессии выплеснуться и оттого несколько успокоившись, царица в сопровождении Андрея Александровича Нагого смогла проследовать в церковь св. Спаса. Тело царевича Андрей Нагой нес на руках. Однако злоба, захлестнувшая Марию Нагую, все еще искала выхода. Царица жаждала крови и судорожно искала виноватых. Возле церкви на ее глазах убили Осипа Волохова. Спустя два дня после гибели царевича она повелела разыскать «жоночку уродливую», которая жила у Михаила Битяговского и иногда «для потехи» была звана к царице. Юродивую обвинили в том, что она «будтось... царевича портила». Мария Нагая распорядилась и «ее убити ж».

Возле мертвого тела сына царица находилась несколько дней. Наступила следующая стадия ее депрессивного расстройства — стадия внутреннего приятия трагедии. Царица постепенно если не смирилась

с произошедшим, то приняла его как свершившийся факт. В дальнейшем Мария Нагая должна была неминуемо слечь, испытывать глубочайшую тоску, апатию к происходящему и мало реагировать на внешние раздражители. У нее стали выпадать волосы и слезать кожа, а спустя еще какое-то время — и ногти. Ее тело покрылось зудящей мокнущей коркой, которую она постоянно расчесывала. В этот момент окружение царицы и могло прийти к заключению, что она отравлена и при смерти, а Аф.Нагой спешно поскакал в Ярославль к Горсею в надежде получить у него противоядие. Териак Горсея принес некоторое облегчение страданиям царицы, но Мария Нагая все еще была очень плоха: депрессия делала свое дело. Ее сил хватило, по-видимому, только на то, чтобы присутствовать на допросах Арины Тучковой и Марии Колобовой. Больше царицу не трогали. Своих показаний Следственной комиссии она не давала. В день отъезда комиссии она призвала к себе митрополита Геласия, и вручила ему свое «челобитье» московским властям. Василием Шуйским не было раздуто дело об отравлении царицы. В Следственном деле нет ни намека на ее болезнь, а ее показания, как и показания Аф. Нагого отсутствуют. В распросных речах родственников царицы и, прежде всего, Михаила и Андрея Нагого, ее недуг даже не упоминается. Не исключено, что комиссия явилась в Углич, заранее имея решение об итогах следствия. Это решение не должно было скомпрометировать действующую власть и должно было дать возможность наказать Нагих (т.е. устранить их от трона окончательно и бесповоротно). Вывод комиссии о самозаклании Дмитрия вследствие небрежения Нагих как нельзя лучше отвечал этой задаче.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОГРАФИЧЕСКИХ СИСТЕМ

А.Ю.Тычков

«Под воздействием технического прогресса, — пишет А. Бондарь, — биовид homo sapiens в третьем тысячелетии неизбежно эволюционирует в новый вид человека под названием «homo cybernetic oregano» (человек киборг)... это не зомби, а реальный живой человек, жизнь которого обеспечивается кибернетическими органами, позволяющими ему выйти на качественно новый социальный уровень самосознания».

Мир перешел на новую ступень развития: совершенствование технологической базы и прикладных теорий позволило совершить буквально революцию в кардиологии. На этапе XX века следует говорить уже о развитии кардиографических систем. Мир буквально «взорвался». Активное совершенствование информационных и измерительных си-

стем свидетельствует о быстром развитии кардиографических систем, вливающихся в новую эпоху технической кардиологии.

В послевоенный период, после 1945 года, когда началась развиваться радиоэлектроника, стали появляться различные специализированные диагностические приборы, сконструированные на электронно-механической элементной базе. Это в первую очередь измерители артериального давления.

Уже начиная с 1960 года, в медицинских приборах начала увеличиваться доля электронных компонентов. В серийном производстве стали выпускать сложные приборы, к которым без сомнения можно отнести кардиографические системы.

С развитием медицинского приборостроения, в современные кардиографические системы вводятся твердотельные полупроводниковые элементы. Существенным новшеством в диагностике сердечно-сосудистой системы в 1980 годах явилось изобретение эхокардиографии, основанной на принципе ультразвуковой эхолокации. Также появилась возможность косвенным методом измерять гемодинамические величины, такие как, ударный и минутный объемы крови в восходящей аорте. Значительным достижением информационно-измерительных кардиографических систем стала возможность исследовать морфологическую структуру тканей сердца и других органов.

Хотелось бы отметить, что в 1962 году, кандидат в вице-президенты Хьюберт Хамфри, был в Москве и очень хотел встретиться с Хрущевым. Они встретились и разговаривали более восьми часов. И Хамфри в разговоре о том, что ему интересно во взаимодействии России и Америки, сказал: «*...of the defibrillator development* (вопрос развития дифибрилляторов)». А уже в 1968 году был изобретен первый дефибриллятор в России.

Уровень технической грамотности населения неуклонно повышается. Остается открытым вопрос доверия — разработанные кардиографические системы должны быть высокоточными и достоверными, лишь тогда они заслужат доверие, как у пациентов, так и у врачей. А интерес к медицинской информации, здоровому образу жизни, мониторингу здоровья требует увеличения количества и номенклатуры кардиографических систем.

Развитие и совершенствование микрокомпьютерных и информационных технологий позволяет по-новому взглянуть на возможности персональных медицинских приборов. Современная элементная база и новые математические теории являются основой для практической реализации современных кардиографических систем.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Абрамов Петр Дмитриевич, преподаватель, Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Абросимова Марина Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета

Абросимова Светлана Олеговна, магистрант 1 курса Уральского государственного университета им. А.М. Горького

Аверкина Елена Ивановна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Аркадьева Мария Николаевна, студентка 3 курса лечебного факультета МГМСУ

Аршинов Владимир Иванович, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник, зав. отделом Института философии РАН

Асеева Ирина Александровна, доктор философских наук, доцент, старший научный сотрудник, Курский государственный медицинский университет

Афанасьев Сергей Алексеевич, врач-интерн кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ

Ахтырский Дмитрий Константинович, РГГУ, кафедра истории отечественной философии, старший преподаватель, кандидат философских наук.

Аюрзанайн Баярто Анандаевич, кандидат физико-математических наук, доцент кафедры физики Сибирского государственного технологического университета (Красноярск)

Баксанский Олег Евгеньевич, доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института философии РАН

Балакшин Виталий Семенович, инженер кафедры физики Сибирского государственного технологического университета (Красноярск)

Банных Светлана Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии Кемеровской государственной медицинской академии

Баринов Евгений Христофорович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ

Басов Александр Викторович, кандидат социологических наук, старший преподаватель Волгоградского государственного медицинского университета

Башилов Роман Николаевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики, культурологии и отечественной истории Тверской медицинской академии

Башкова Наталья Петровна, старший преподаватель, Ижевская государственная медицинская академия

Беглянкин Николай Игоревич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ

Белоусов Петр Владимирович, врач психиатр-психотерапевт Психоневрологического диспансера № 1 г. Москвы

Белялетдинов Роман Рифатович, мадший научный сотрудник Института Философии РАН, Сектор Гуманитарных экспертиз и биоэтики

Борисов Илья Владимирович, кафедра общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ

Брагин Аркадий Владимирович, кандидат биологических наук, научный сотрудник Института цитологии и генетики СО РАН

Буданов Владимир Григорьевич, доктор философских наук, кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник сектора междисциплинарных проблем научно-технического развития Института философии РАН

Быстрова Надежда Алексеевна, Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе, секретарь по госзаказам

Вавренчук Алексей Викторович, аспирант кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета

Васильев Олег Станиславович, врач, кандидат философских наук, старший научный сотрудник НИИ Спорта РГУФКСиТ

Введенская Елена Валерьевна, кандидат философских наук, старший преподаватель, Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

Волокитина Юлия Геннадьевна, помощник генерального директора Stocklin SPb Ltd

Гаспаров Игорь Гарибович, кандидат философских наук, преподаватель кафедры философии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Гацура Оксана Алексеевна, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ

Гацура Егор Сергеевич, студент психологического факультета Московского университета государственного управления

Гвинджилия Георгий Георгиевич, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ

Гелашвили Евгения Павловна, студентка Самарского государственного медицинского университета, Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Гнатик Екатерина Николаевна, доктор философских наук, профессор кафедры онтологии и теории познания РУДН, ведущий научный сотрудник Института философии РАН

Годзь Наталия Борисовна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Национального Технического Университета «Харьковский Политехнический Институт»

Головизнин Марк Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета МГМСУ, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Гончаров Игорь Николаевич, студент 5 курса лечебного факультета МГМСУ

Гордеева Ирина Викторовна, кандидат биологических наук, доцент кафедры физики и химии Уральского государственного экономического университета (г. Екатеринбург)

Гребенщикова Елена Георгиевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Курского государственного медицинского университета

Гринченко Сергей Николаевич, доктор технических наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института проблем информатики РАН

Гурылева Марина Элисовна, доктор медицинских наук, доцент кафедры биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета

Делокаров Кадырбеч Хаджумарович, доктор философских наук, профессор кафедры философии Российской академии государственной службы

при Президенте Российской Федерации, заместитель заведующего кафедрой философии по научно-методической работе

Дмитриева Мария Александровна, гид-переводчик туристической фирмы «Арктур»

Добровольская Надежда Евгеньевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»

Добролюбова Ирина Валерьевна, младший научный сотрудник Центра био- и экофилософии Института философии РАН

Доманова Светлана Александровна, кандидат исторических наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Домбровская Иоланта Станиславовна, психолог Частного учреждения образования «Гродненский техникум бизнеса и права»

Домрачев Е.О., Красноярский медико-фармацевтический колледж

Доника Алена Дмитриевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», отв. секретарь журнала «Биоэтика»

Дорохов Андрей Ильич, студент 3 курса лечебного факультета Рязанского Государственного Медицинского Университета имени И.П. Павлова

Достовалов Сергей Григорьевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и возрастной психологии Курганского государственного университета

Дубовик Юлия Борисовна, аспирантка РГГУ

Евстифеева Елена Александровна, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики, культурологии и отечественной истории Тверской государственной медицинской академии

Еремин Алексей Львович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры фундаментальной и профилактической медицины Краснодарского муниципального медицинского института

Ершова-Бабенко Ирина Викторовна, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии Одесского государственного медицинского университета

Еськов Валерий Матвеевич, доктор физико-математических наук, доктор биологических наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор НИИ биофизики и медицинской кибернетики при Сургутском государственном университете

Жигилей Ирина Михайловна, аспирант кафедры психологии Московского педагогического государственного университета

Засыпкина Елена Викторовна, ассистент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета

Зибров Владимир Гаврилович, доцент кафедры физического воспитания и здоровья Московского государственного медико-стоматологического университета

Злобин Андрей Евгеньевич, кандидат технических наук, факультет вычислительной математики и кибернетики МГУ им. М.В. Ломоносова

Ивентьев Сергей Иванович, начальник юридического отдела ООО «РАФФ+» (г. Казань)

Иксанова Дина Саматовна, аспирант кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ

Ильин Алексей Александрович, студент 5 курса лечебного факультета МГМСУ

Исмагилова Лейсан Вагизовна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета

Карпин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии Сургутского государственного университета

Катрунов Владимир Алексеевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета.

Кизима Владимир Викторович, доктор философских наук, професор, заведующий кафедрой философии науки и культурологии Центра гуманитарного образования Национальной академии наук Украины, руководитель Лаборатории постнеклассических методологий

Кириленко Елена Ивановна, доцент кафедры философии Сибирского государственного медицинского университета (Томск)

Кихада Джон, американский лингвист, г. Сакраменто, Калифорния, США (Quijada John, american linguist, Sacramento, California, USA).

Киященко Лариса Павловна, доктор философских наук, профессор кафедры философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ, ведущий научный сотрудник Института философии РАН

Князева Елена Николаевна, доктор философских наук, профессор кафедры философии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, зав. сектором Института философии РАН.

Ковалева Марина Дмитриевна, кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права, декан факультета постдипломного профессионального образования Волгоградского государственного медицинского университета

Коваль Татьяна Ивановна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Российского государственного социального университета.

Копнина Екатерина Игоревна, врач Клинической больницы № 2 г. Астрахани

Копнина Марина Юрьевна, врач Клинической больницы № 2 г. Астрахани

Копытин Вячеслав Афанасьевич, ассистент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ

Корнеева Яна Александровна, аспирант кафедры гигиены и медицинской экологии Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск)

Краснощекова Евгения Сергеевна, студентка 5 курса отделения прикладной лингвистики Балтийского государственного технического университета «Военмех им. Д.Ф. Устинова»

Кудашов Вячеслав Иванович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кудрявцев Валерий Дмитриевич, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ

Кузнецова Мария Николаевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета.

Кузовенкова Юлия Александровна, кандидат культурологических наук, кафедра философии и культурологии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Кулиев Закир Агаевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и политологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Кучер Елена Николаевна, кандидат психологических наук, доцент, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Отдел менеджмента качества; Московский педагогический государственный университет, доцент кафедры психологии

Ларина Ольга Григорьевна, кандидат юридических наук, доцент, зав. кафедрой, Юго-Западный государственный университет

Ларионов Роман Алексеевич, преподаватель, Красноярский медико-фармацевтический колледж

Лепский Владимир Евгеньевич, доктор психологических наук, главный научный сотрудник Института философии РАН.

Летов Олег Владимирович, кандидат философских наук, доцент, старший научный сотрудник ИНИОН РАН

Лисеев Игорь Константинович, доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, зав. сектором Института философии РАН, председатель правления Московского философского общества.

Лобовиков Владимир Олегович, доктор философских наук, профессор, Институт философии и права РАН (г. Екатеринбург)

Лукин Николай Николаевич, доктор философских наук, профессор, Красноярский государственный аграрный университет

Луков Валерий Андреевич, доктор философских наук, профессор, проректор по научной и издательской работе, директор Института фундаментальных и прикладных исследований Московского гуманитарного университета.

Лысак Ирина Витальевна, доктор философских наук, профессор, Технологический институт Южного федерального университета

Ляуш Лев Брунович, ст. преподаватель кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Майленова Фарида Габделхаковна, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН

Макаров Андрей Валерьевич, кандидат философских наук, доцент, Тверская государственная медицинская академия

Макеева Ирина Михайловна, младший научный сотрудник кафедры биомедицинской этики РГМУ им. И.Н.Пирогова

Максимов Игорь Леонидович, кандидат медицинских наук, ст. преподаватель кафедры биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета

Медянова Елена Владимировна, аспирант Одесского государственного медицинского университета

Медянова Елена Владимировна, аспирант кафедры философии Одесского государственного медицинского университета

Менделевич Борис Давыдович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинской экспертизы ФПК и ППС Казанского государственного медицинского университета

Мирошниченко Николай Николаевич, психолог Центра практической психологии «Альфалогия» (г. Киев)

Моисеев Вячеслав Иванович, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии МГМСУ

Моисеева Оксана Николаевна, старший преподаватель кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Мольков Альберт Сергеевич, аспирант Владимирского Государственного Университета

Мухамадеев Руслан Алекович, кандидат биологических наук, зав. отделом диагностики ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Росздрава» (г. Уфа)

Мухамедова Замира Мухамеджановна, доктор философских наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук Ташкентской медицинской академии

Наваркин Михаил Вячеславович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ

Нежметдинова Фарида Тансыковна, кандидат философских наук, доцент, зав. кафедрой философии и права Казанского государственного аграрного университета, Член Республиканского комитета по этике клинических исследований при Минздраве Республики Татария

Новикова Тамара Владимировна, кандидат технических наук, старший научный сотрудник, доцент по кафедре медицинской и биологической кибернетики Сибирского государственного медицинского университета.

Оболевич Тереза, доктор философии (PhD), магистр теологии, адъюнкт на кафедре метафизики философского факультета Папского Университета Иоанна Павла Второго в Кракове (Польша)

Олескин Александр Владимирович, доктор биологических наук, сектор биосоциальных проблем, кафедра физиологии микроорганизмов биологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова; Институт философии РАН

Омарова Зарема, студентка 3 курса лечебного факультета МГМСУ

Оскольский Алексей Асафьевич, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник Ботанического института им. В.Л.Комарова РАН

Панов Сергей Владимирович, кандидат философских наук, доцент кафедры истории мировой культуры Института истории культур (УНИК, Москва)

Паршин Тимур, лаборант кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Перхуров Александр Михайлович, кандидат медицинских наук, врач высшей категории по ЛФК и спортивной медицине, врач отделения спортивной медицины ВФД № 5 УЗ ЦАО г. Москвы

Петрова Екатерина Викторовна, кандидат философских наук, научный сотрудник Института философии РАН

Петрухина Анастасия Николаевна, студентка Рязанского Государственного Медицинского Университета имени И.П.Павлова

Перова Ольга Евгеньевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и методологии науки Киевского национального университета им. Тараса Шевченко

Плесовский Павел Альбертович, Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» (Сыктывкар)

Плохова Мария Александровна, кандидат философских наук, ассистент кафедры философии МГТУ им. Н.Э.Баумана

Поляев Борис Александрович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой реабилитации и спортивной медицины РГМУ, главный специалист Минздравсоцразвития по ЛФК и спортивной медицине, Президент Ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ), вице-президент Параолимпийского Комитета России, Заслуженный врач РФ

Попова Наталья Тимофеевна, Московский городской психолого-педагогический университет

Прокопчук Юрий Александрович, кандидат физико-математических наук, доцент, Украинский государственный химико-технологический университет

Пронин Михаил Анатольевич, кандидат медицинских наук, руководитель исследовательской группы «Виртуалистика», ученый секретарь Института философии РАН

Репина Светлана Михайловна, ассистент кафедры социальной медицины, управления и экономики здравоохранения ФПДО Тверской медицинской академии

Рогачева Татьяна Владимировна, доктор психологических наук, заведующий кафедрой, Уральский федеральный университет

Рогожникова Анастасия Александровна, студентка Рязанского Государственного Медицинского Университета имени И.П.Павлова

Роек Павел (Rojek Paweł), аспирант Ягеллонского университета, г. Краков, Польша Ромодановский Павел Олегович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой судебной медицины и медицинского права МГМСУ

Ростова Наталья Николаевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и социологии Кемеровской государственной медицинской академии

Румянцев Олег Константинович, доктор философских наук, зав. сектором ФГНИУ «Российский институт культурологии», профессор кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Рюмина Марина Тулеухановна, доктор философских наук, профессор кафедры философии и культурологии Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Сабурова Вера Ивановна, кандидат биологических наук, доцент кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Салогуб Дмитрий Александрович, врач-психотерапевт, действительный член ППЛ, руководитель Национального Центра Психосоматической помощи РАДОСТЬ, г. Москва.

Самусенков Вадим Олегович, врач-интерн МГМСУ

Самусенков Олег Иосифович, доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой физического воспитания и здоровья МГМСУ

Самусенкова Елена Игоревна, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ

Седова Наталья Николаевна, доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, зав. кафедрой философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета

Седякин Владимир Павлович, кандидат технических наук, доцент МИИГАиК

Семыкина Елена Николаевна, старший научный сотрудник Учреждения Российской академии образования Института семьи и воспитания (ИСВ РАО), президент ассоциации «Гражданско-нравственное воспитание и становление «Грани»»

Сергеева Надия Валерьевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права Волгоградского государственного медицинского университета

Сердакова Кира Геннадьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики факультета дополнительного профессионального об-

разования преподавателей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Серова Ирина Анатольевна, доктор философских наук, профессор кафедры философии и биоэтики ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава»

Силуянова Ирина Васильевна, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Снытко Александр Михайлович, старший преподаватель, зав. учебной частью кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ

Созинов Алексей Станиславович, доктор медицинских наук, профессор, ректор Казанского государственного медицинского университета

Соколова Александра Сергеевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Соколова Ирина Сергеевна, кандидат филологических наук, доцент, Московский государственный университет печати

Стаценко Марина Георгиевна, аспирант БГТУ «Военмех» им. Д.Ф.Устинова

Столярова Любовь Викторовна, доктор исторических наук, главный научный сотрудник центра «Восточная Европа в античном и средневековом мире» Института всеобщей истории РАН

Сухонос Сергей Иванович, кандидат технических наук, генеральный директор фирмы «Рус-Атлант»

Тенюкова Ксения Юрьевна, врач Центра здоровья городской больницы № 5 г. Чебоксары

Тимофеев Юрий Сергеевич, студент 6 курса МГМСУ

Тищенко Павел Дмитриевич, доктор философских наук, заведующий сектором биоэтики и гуманитарных экспертиз Института философии РАН

Топор Владимир Петрович, доктор медицинских наук, доцент кафедры травматологии Одесского государственного медицинского университета

Троицкий Виктор Петрович, старший научный сотрудник Библиотеки истории русской философии и культуры «Дом А.Ф. Лосева» (Москва)

Трубецков Алексей Дмитриевич, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГУН «Саратовский научно-исследовательский институт сельской гигиены» Роспотребнадзора

Трубников Борис Андреевич, академик РАЕН, доктор физико-математических наук, профессор, главный научный сотрудник, РНЦ «Курчатовский институт» (Москва)

Трубникова Оксана Борисовна, младший научный сотрудник, Институт биологии развития им. Н.К.Кольцова РАН (Москва)

Трущелев Сергей Андреевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Государственного института усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации

Тур Евгений Валерьевич, преподаватель кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

Турищев Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий курсом фитотерапии, 1-й МГМУ им. И.М. Сеченова, Действительный Член Академии Философии Хозяйства (МГУ и др.)

Тычков Александр Юрьевич, аспирант Пензенского государственного университета

Тяжельников Андрей Александрович, кандидат медицинских наук, врач невролог, Поликлиника восстановительного лечения № 7 (Москва)

Ульев Алексей Викторович, инженер 1 категории, ФГУП «Организация «Агат» (Москва)

Фанталова Елена Борисовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета клинической и специальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета

Федоренко Татьяна Павловна, студентка Самарского государственного медицинского университета, Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Федотова Елена Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности Саратовского государственного социально-экономического университета.

Филатова Ольга Евгеньевна, доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой экологии биологического факультета Сургутского государственного университета

Филиппченкова Светлана Игоревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики, культурологии и отечественной истории Тверской государственной медицинской академии

Хадарцев Александр Агубечирович, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, директор медицинского института при Тульском государственном университете

Халилулина Флера Абдулхановна, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ

Ханжи Владимир Борисович, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Одесского государственного медицинского университета

Харитонова Валентина Ивановна, доктор исторических наук, кандидат филологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, руководитель группы медицинской антропологии Института этнологии и антропологии РАН

Хен Юлия Вонховна, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН (УРАН ИФРАН)

Хрусталев Юрий Михайлович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии и политологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Заслуженный работник высшей школы России

Чебанов Сергей Викторович, биолог, герменевт, руководитель семинара по биогерменевтике Петербургского лингвистического общества, доктор филологических наук, профессор кафедры общей и прикладной лингвистики Балтийского государственного технического университета Военмех им. Д.Ф.Устинова и кафедры математической лингвистики СПбГУ

Чеклецов Вадим Викторович, аспирант Института философии РАН, сектор междисциплинарных исследований

Чуева Ирина Александровна, аспирант кафедры философии Одесского государственного медицинского университета

Шарыпова Елена Георгиевна, менеджер, ООО «АВ Электро» — электротехническая компания

Шацких Александр Сергеевич, магистрант кафедры биохимии и физиологии клетки Воронежского государственного университета

Шеманов Алексей Юрьевич, кандидат медицинских наук, Московский городской психолого-педагогический университет

Шишков Иван Захарович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии и культурологии Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Щанкин Дмитрий Владимирович, студент Рязанского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П.Павлова

Штеренберг Михаил Иосифович, кандидат технических наук, пенсионер

Юдин Борис Григорьевич, доктор философских наук, профессор, член-корреспондент РАН

Юрьев Георгий Петрович, доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, психотерапевт высшей категории, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН; заведующий кабинетом психотерапии и виртуального здоровья Поликлиники № 1 РАН

Ягодина Анна Юрьевна, ординатор кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера» Росздрава

Яковлев Виктор Владимирович, младший научный сотрудник НИЛ «Биоэтика и правовые проблемы здравоохранения» Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Ярославцева Е.И., кандидат философских наук, доцент, старший научный сотрудник Института философии РАН

Ясинчук Андрей Алексеевич, врач-гомеопат, ООО «Аптека 245», г. Тольятти

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ БИОМЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ 5

Моисеев В.И. Медицина как трансnаука 5

Юдин Б.Г. Технонаука: в поисках этоса 8

Тищенко П.Д. Топология целей врачевания: прикладное как фундаментальное 11

Киященко Л.П. Динамическая структура локализации врачебного действия: между инвариантностью и вариативностью 14

Луков В.А. Тезаурусный подход к изучению человека 16

Банных С.В., Ростова Н.Н. Принцип абсентеистской рациональности в медицинской теории и практике 18

Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И. Социально-психологическая практика врачевания: междисциплинарное исследование 19

Еремин А.Л. Мировой разум — материальность и философия 22

Кудашов В.И. Медицинский взгляд на философию 25

Кузовенкова Ю.А. Диалог между обществом и ученым сообществом: за и против 28

Макаров А.В. Конструирование телесной идентичности: влияние современных технологий 30

Попова Н.Т. Выразительные движения как сфера рождения телесно-экспрессивного кода культуры 33

Прокопчук Ю.А. Трансдисциплинарные измерения биомедицинского знания на основе конфигураторов тестов и метода предельных обобщений 36

Трущелев С.А. Трансдисциплинарность диссертационных работ в области психиатрии 39

Шеманов А.Ю. Проблемы описания культурного генезиса субъективности 42

БИОФИЛОСОФИЯ. БИОМЕДИЦИНСКИЕ НАНОТЕХНОЛОГИИ .. 45

Лисеев И.К. Предмет философии биологии и его эволюция 45

Quijada John. Complementarity (part versus whole) within the biological realm 46

Делокаров К.Х. Природа человека как проблема философии науки 49

Румянцев О.К. Свобода и природа — открытость к иному и адаптация: самодетерминация разума и саморазвитие организма 52

Аршинов В.И. На пути к антропному измерению NBIC-конвергенции 57

Кизима В.В. Связь психики, соматики и деятельности человека с позиций философии тотальности 62
Ахтырский Д.К. Биология: наука освобождения или наука манипуляции? 64
Гаспаров И.Г. Эмпатия и проблема чужого сознания 67
Годзь Н.Б. Современные проблемы становления философии экологии ... 69
Коваль Т.И. К вопросу о философском осмыслении достижений современной генетики 72
Летов О.В. Нанотехнология и постпозитивизм 74
Оболевич Т. Из истории психофизической проблемы 76
Олескин А.В. Сетевые, иерархические и (квази)рыночные структуры в биосистемах и человеческом обществе 80
Паршин Т.В. Развитие биологии и ноосферогенезис 84
Роек П.М. Церковь как биологический вид и организм. Очерк по биотеологии 87
Тур Е.В. О проблеме отличия человека от высших животных 89
Ханжи В.Б. «Временная матрешка»: от онтологического к антропологическому пониманию 91
Хен Ю.В. Глобализация как фактор биологической и социальной «эволюции» человека 95
Ярославцева Е.И. Человек автопоэтический или возможен ли биоробот в виртуальной среде 98

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОМЕДИЦИНА.....103
Гнатик Е.Н. Проблемы геронтогенетики 103
Балакшин В.С. К вопросу о восприятии времени и его замедлении 106
Брагин А.В. Простые наблюдения за социальным поведением как основной прием при анализе соматических отклонений организма . 109
Еськов В.М. В чем отличие природных и техногенных систем от медико-биологических систем? 111
Еськов В.М., Филатова О.Е., Хадарцев А.А. Три подхода и три кластера в эволюции биосистем 114
Злобин А.Е. Математическая метрика атома водорода как биологический и философский фактор 117
Карпин В.А. Методологический анализ воспалительного процесса как частная модель реализации системы фундаментальных философских принципов 120
Лобовиков В.О. Математическая философия биологии: эгоизм, альтруизм и инстинкты самосохранения и саморазрушения как ценностные функции от двух переменных в алгебре естественного права общего у человека и животных 122
Шацких А.С. Эпигенетические механизмы как основа межуровневой интеграции в биосистемах: эволюционные аспекты и связь с онкогенезом 125
Штеренберг М.И. Философия натуральной медицины 128
Ясинчук А.А. Метод профилактики рака и других тяжелых неинфекционных болезней на основе холизма и гомеопатии 131

ФИЛОСОФИЯ БИОМЕДИЦИНСКОГО КОНСТРУКТИВИЗМА.....136
Абрамов П.Д. Основные философско-методологические проблемы радикального конструктивизма Эрнста фон Глазерсфельда..... 136
Васильев О.С. Сопряженные семиотические квадраты («семиотический куб» и логические квадраты) в медицинской семиотике..... 139
Лепский В.Е. Вызовы биомедицинского конструктивизма и критерии адекватного реагирования в контексте VII социогуманитарного технологического уклада 141

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ВИРТУАЛИСТИКА. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ.....147
Пронин М.А. Доказательная психология 147
Юрьев Г.П. Метод уллада и экономика судьбы 150
Доника А.Д. Психологические детерминанты девиаций в профессиональной роли врача..... 154
Лысак И.В. Проблема классификации деструктивных изменений личности 157
Петрова Е.В. Виртуальная реальность и психическое здоровье подрастающего поколения 160

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА 163
Буданов В.Г., Салогуб Д.А. Квантово-синергетическая парадигма психосоматики 163
Аркадьева М.Н. «Душа страдающего тела»: заметки на полях..... 165
Омарова З. Человек: душа и тело как целостность его бытия 166
Беглянкин Н.И., Иксанова Д.С., Афанасьев С.А. Применение психометрических шкал для оценки психических расстройств 170
Белоусов П.В. Суицидальное поведение мужчин с психосоматической патологией 171
Домбровская И.С. К проблеме эволюционного смысла психических болезней..... 174
Ершова-Бабенко И.В., Топор В.П., Медянова Е.В. Фундаментальные методологические, теоретические и практические трансдисциплинарные исследования психогенных травм в русле психосинергетики 177
Ершова-Бабенко И.В., Чуева И.А., Мирошниченко Н.Н. Психологическая коррекция ребенка с бронхиальной астмой..... 180
Копнина Е.И., Копнина М.Ю. Структура психосоциального стресса у пациентов с артериальной гипертензией..... 182
Плесовский П.А. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на развитие неблагоприятного исхода у пожилых пациентов с острым коронарным синдромом 184
Плохова М.А. Психосоматика и квантовое моделирование 186
Рогачева Т.В. Подходы к психокоррекции детей и подростков с психосоматическими заболеваниями 188
Фанталова Е.Б. Песнопения иеромонаха романа как источник духовно-ориентированной психотерапии в условиях преодоления кризисных ситуаций и болезни 191

КОГНИТИВНЫЙ И ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В БИОМЕДИЦИНЕ 195

Головизнин М.В. Фундаментальная иммунология и традиционная медицина востока. Точки соприкосновения и перспективы взаимодействия 195

Гринченко С.Н. Человек, технологии его интеллектуализации и развивающееся человечество 197

Ильин А.А. Применение интегрального подхода во врачебной практике 202

Князева Е.Н. Энактивизм как способ самоконструирования и самоизлечения 204

Мухамадеев Р.А. Когнитивный стиль «поленезависимость-полезависимость» и световая чувствительность у индивидов с нормальным зрением и с миопией 208

Новикова Т.В. Проблема эффективного использования информационного ресурса медицины в контексте НБИК 211

Седякин В.П. Когнитивно-информационные модели сознания 214

Харитонова В.И. Идеи комплементарной и интегративной медицины в современной россии 217

Чеклецов В.В. Конвергентные технологии и разумная среда в контексте проектирования биоэкополисов 220

БИОЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА 224

Хрусталев Ю.М. Размышления о жизнесбережении (по мотивам учения Н.Н.Моисеева) 224

Силуянова И.В. Биоэтическая экспертиза медицинского права 228

Шишков И.З. Философские и методологические основания гуманитарной экспертизы 232

Абросимова М.Ю., Созинов А.С., Менделевич Б.Д. Информированность и мнение законных представителей несовершеннолетних пациентов о правах пациента в психиатрической практике 241

Абросимова С.О. Клонирование человека и биоэтика 244

Басов А.В. Этическое регулирование в сфере обнародования результатов клинических исследований 245

Башилов Р.Н., Репина С.М. Интерпретация феномена социальной ответственности в рамках биоэтики 248

Введенская Е.В. Современные достижения медицины и проблема бессмертия человека: философский аспект 251

Гацура О.А. Медицинский представитель как источник информации о лекарствах для практикующего врача. Проблемы и пути их решения 253

Гордеева И.В. Гносеологические и этические проблемы манипуляций с человеческим геномом 256

Гребенщикова Е.Г. Биоэтические параметры риска: доверие и ответственность 259

Гурылева М.Э. Этические проблемы клеточной медицины 262

Ивентьев С.И. Права человека. Биоэтика 265

Копытин В.А., Афанасьев С.А., Тимофеев Ю.С. Этические проблемы расстройств личности (психопатий) ... 268
Кулиев З.А. Экология как субстанция биоэтики ... 271
Ларина О.Г., Асеева И.А. Этико-правовые аспекты взаимодействия врача и пациента в россии в условиях формирования медицинского законодательства ... 276
Ляуш Л.Б. Этические аспекты клеточной трансплантации ... 279
Майленова Ф.Г. Принципы биоэтики, транслируемые с помощью сериала «Доктор Хаус» ... 282
Максимов И.Л. Этико-правовые аспекты биомедицинских исследований ... 283
Моисеева О.Н. Вакцинопрофилактика — ошибка теории или роковая неизбежность? ... 286
Мольков А.С. Генетическое манипулирование и общечеловеческая мораль ... 290
Мольков А.С. Мораль в генах человека. Биологическая этика и генетика ... 294
Мухамедова З.М. Претензии на универсальность или интеркультуральное сближение в развитии исламской биоэтики? ... 296
Нежметдинова Ф.Т. Агробиоэтика как вид глобальной биоэтики в условиях развития постбиологии и появления новых видов «материальной жизнеспособности» ... 299
Панов С.В. Консенсуальный императив, археология клиники и проблема этики ... 301
Перова О.Е. Теоретико-методологические основы биоэтики ... 304
Сабурова В.И. Вопросы биоэтики в наномедицине ... 307
Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Структурно-функциональный анализ соотношения истин и норм в биоэтике ... 311
Семыкина Е.Н. О гражданском и нравственном становлении мировоззрения будущего врача ... 314
Серова И.А., Ягодина А.Ю. Aidshelper в интернете Пермского края ... 316
Трубецков А.Д. «Понятие власти» и модели взаимоотношения врач-пациент ... 319
Гончаров И.Н. Ценностные ориентиры сопровождения лечебного процесса ... 321
Белялетдинов Р.Р. Этика нанотехнологий: традиционный и новый подход к принципам исследовательской этики ... 322

БИОСЕМИОТИКА И РЕФРЕНОЛОГИЯ ... 323
Чебанов С.В. Статус семиотически осознаваемой биологии ... 323
Быстрова Н.А. Семиотика межвидовых взаимодействий (на примере слепого и собаки-проводника) ... 326
Volokitina Yu. Reconstruction of a russian-language site in biosemiotics ... 329
Дмитриева М.А. Основные направления биогерменевтики ... 330
Краснощекова Е.С. Влияние кинесики на степень уверенности коммуниканта ... 331

Оскольский А.А. Риторика функциональных и адаптивных объяснений в биологическом дискурсе 332
Стаценко М.Г. Методика для работы с болью на основе герменевтических техник интерпретации 333
Шарыпова Е.Г. Реконструкция понятия «клиническая семиотика» по Александру Александровичу Крелю 336
Чебанов С.В. Пролегомены общей рефренологии 337
Сухонос С.И. Двенадцатиэтажная структура вселенной и сознания 340
Троицкий В.П. Рефрены и фракталы в «периодической системе начал» А.Ф.Лосева 341
Трубников Б.А., Трубникова О.Б. О некоторых тонкостях формулировки законов Ципфа и Парето 343

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ 346
Аюрзанайн Б.А., Балакшин В.С. Механизм становления личности в контексте биофизического мышления 346
Борисов И.В. Предполагаемая закономерность стоматологического обслуживания населения в структуре семейной медицины (общей практики) 349
Головизнин М.В. Творческий акт и творческая личность глазами врача 351
Добролюбова И.В. Здоровье и урбанизация 353
Дорохов А.И. Обязательства врача перед обществом и долг общества перед врачом 356
Дубовик Ю.Б. Особенности психологического благополучия людей позднего возраста 357
Достовалов С.Г. Фатализм и свобода воли в восприятии здоровья и болезни в юношеском возрасте 359
Кириленко Е.И. Этнокультурные аспекты медицинской диагностики у русских 362
Ковалева М.Д., Вавренчук А.В. Социальные риски медикализации 365
Корнеева Я.А. Психологические особенности адаптации к профессиональной деятельности работников алмазодобывающей промышленности в условиях севера 368
Кудрявцев В.Д., Гвинджилия Г.Г., Зибров В.Г. Спорт как область социальной деятельности 372
Кудрявцев В.Д., Самусенков О.И., Самусенкова Е.И. Физическая культура как составная часть культуры общества 373
Макеева И.М. Проблема справедливости в медицине и здравоохранении 375
Лукин Н.Н. Парадигма развития России и социальная медицина 378
Наваркин М.В., Гацура Е.С. Возможности и ограничения анкетирования как инструмента социологического метода в медицине 380
Перхуров А.М., Поляев Б.А. Использование концепций восточной медицины при анализе показателей саногенеза у спортсменов 382

Рогожникова А.А., Петрухина А.Н. Дети-инвалиды в общественном сознании 387
Соколова И.С. Хроническая болезнь и занятость: компромисс или перфекционизм? 389
Ростова Н.Н., Банных С.В. Утрата духовных ценностей как причина эмоциональных расстройств 392
Рюмина М.Т. Глобализация и ее влияние на здоровье человека 393
Сердакова К.Г., Дубовик Ю.Б. Другой взгляд на эмоции пожилых людей 396
Соколова А.С. Идея самореализации в современной концепции развития карьеры и когнитивной теории развития карьеры 398
Тенюкова К.Ю. Роль центра здоровья в формировании индивидуального здорового образа жизни 400
Турищев С.Н. Информационная модель оздоровления 403
Тяжельников А.А. Проблема медикализации в современном здравоохранении 405
Ульев А.В. Болезнь духа молодого поколения. Путь из тьмы депрессии 408
Федоренко Т.П., Гелашвили Е.П. Акушерско-социологический статус матерей, родивших детей преждевременно 410
Федотова Е.В. От философии медицины к здоровью простого гражданина: ровная дорога или непроходимые дебри? 413
Щанкин Д.В. Социально-идеологические проблемы здоровья 416
Яковлев В.В. Проблема защиты интересов людей, которым оказывается психиатрическая помощь 418

БИОМЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ 421
Баксанский О.Е. Базовые подходы в философии медицинского образования 421
Доманова С.А. А.Ф.Кони о врачебной этике и «этике общежития» 428
Домрачев Е.О., Ларионов Р.А. К проблеме биоэтического образования медицинской сестры 431
Жигилей И.М. Возможности использования кейс-метода в медицинском вузе 433
Кучер Е.Н. Инноватика в медицинском образовании: философско-методологический анализ 436
Жигилей И.М., Кучер Е.Н. Форма обучения как предиктор уровня развития компетенций у будущих врачей 443
Исмагилова Л.В. Опыт преподавания биомедицинской этики и правоведения в медицинском университете 446
Катрунов В.А., Кузнецова М.Н., Засыпкина Е.В. Проблемы междисциплинарной интеграции образовательного процесса в медицинском вузе 448
Ляуш Л.Б. Опыт адаптации темы «этические проблемы смерти и умирания» к восприятию студентами младших курсов 450
Моисеева О.Н. Особенности обучения философии в медицинском вузе, или зачем врачу философия 452

Самусенков О.И., Самусенкова Е.И., Самусенков В.О. Здоровый образ жизни студенческой молодежи мгмсу в системе высшего профессионального медицинского образования..... 456
Самусенков О.И., Снытко А.М., Халилулина Ф.А. Некоторые аспекты оздоровительной и воспитательной работы на кафедре физического воспитания и здоровья МГМСУ..... 457

ИСТОРИЯ ФИЛОСОФИИ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ 459
Аверкина Е.И. К вопросу философского обоснования феномена терапевтического нигилизма..... 459
Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е., Ромодановский П.О. Врачебная ошибка и отношение к ней врача: история и современность..... 462
Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. Криминальная антропология и развитие нового направления судебной медицины..... 465
Башкова Н.П. Идея целостности организма человека в позитивизме И.И.Мечникова..... 468
Столярова Л.В., Белоусов П.В. Об одном эпизоде реактивной депрессии: патогенез и лечение в конце XVI в..... 471
Тычков А.Ю. Современное состояние и перспективы развития кардиографических систем..... 475

Данные об авторах..... 477

Сборник

Философские проблемы биологии и медицины

Выпуск 4
Фундаментальное и прикладное

Издается в авторской редакции

Подписано в печать 15.10.2010. Формат 60 × 90/16.
Бумага офс. Печать офсетная. Гарнитура «Таймс». Усл. печ. л. 36,5.
Тираж 300 экз. Заказ № 147

Отпечатано в ООО «Принтберри».
(499)260-27-63. info@printberry.ru