

*Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова*

*Московское философское общество*

---



# **ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

Выпуск 7

**Естественнонаучный  
и гуманитарный полилог**

Москва  
«Принтберри»  
2013

УДК 57:61  
ББК 280:53  
Ф563

*Издание осуществлено за счет средств гранта  
РГНФ «Концепт гуманитарной медицины: фундаментальное и прикладное»  
№ 13-03-00222*

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

**Философские** проблемы биологии и медицины : Выпуск 7:  
Ф563 Естественнонаучный и гуманитарный полилог : сборник  
статей. — М. : изд-во «Принтберри», 2013. — ### с.

В сборнике представлены тезисы докладов и сообщений участников седьмой ежегодной научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины : естественнонаучный и гуманитарный полилог» (Москва, октябрь 2013 г.).

ISBN 978-5-91451-010-4

УДК 57:61  
ББК 280:53

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

ISBN 978-5-91451-010-4

## ВВЕДЕНИЕ

Мы рады представить нашим читателям сборник материалов 7-й научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины: естественнонаучный и гуманитарный диалог». Число и тема конференции в определённой степени сводит воедино все ранее прошедшие конференции из общей серии «Философские проблемы биологии и медицины»:

- В поисках новой парадигмы биомедицины (2007 г.);
- Междисциплинарные аспекты биомедицины (2008 г.);
- Традиции и новации (2009 г.);
- Фундаментальное и прикладное (2010 г.);
- Нормативное и дескриптивное (2011 г.);
- Свобода и ответственность (2012 г.).

Как и ранее, тематика сборника объединила множество авторов разных мировоззрений, уровней профессионализма, социального статуса и ценностных приверженностей. Всего в сборнике представлены 163 автора, из них 61 кандидат наук, 31 доктор наук, 1 докторант, 14 аспирантов, 10 студентов. Представлены 31 город: Астрахань, Волгоград, Вологда, Воронеж, Екатеринбург, Иваново, Казань, Киев (Украина), Красноярск, Курск, Майкоп, Москва, Н. Новгород, Новосибирск, Одесса (Украина), Озёрск, Пермь, Петрозаводск, Ростов-на-Дону, Самара, Санкт-Петербург, Саранск, Саратов, Тверь, Тирасполь, Тольятти, Томск, Уфа, Харьков (Украина), Челябинск, Ярославль.

Проблематика «полилога» предполагает идею полицентрической среды «разговора многих» традиций и направлений, среди которых выделяются два полюса преимущественно естественнонаучной и гуманитарной культуры. Они же традиционно формируют два главных образа понимания биомедицинского знания и его философских оснований.

В частности, нам представлялось важным поднять в этом сборнике проблематику гуманитарной медицины, подчёркивая в том числе не

только её оппозиционность, но и диа(поли)логичность в отношении к господствующим сегодня естественнонаучным образам медицинского знания и практики.

Надеемся, что материалы 7-го сборника послужат своей главной задаче развития и укрепления меж(транс)дисциплинарных связей между разными направлениями и традициями многоплановой и многоуровневой медицинской культуры, охватывающей не только разные дисциплинарные образы научного знания, но и разные культуры и народы нашей планеты.

*Л.П.Киященко  
В.И.Моисеев*

# ДОКЛАДЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

## КОНЦЕПТ ГУМАНИТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ: ОТ КОНФРОНТАЦИИ К ИНТЕГРАЦИИ<sup>1</sup>

*Моисеев В.И.*

Не секрет, что современная медицина является в первую очередь естественнонаучной дисциплиной. Для этого достаточно обратиться к тем фундаментальным медицинским предметам, которые составляют теоретическую основу современного медицинского образования, как на Западе, так и в нашей стране. Таковы анатомия и физиология, нормальная и патологическая, биохимия и биофизика и т.д. Все они строятся в первую очередь по образцу естественных наук. Например, в основе физиологии лежат биохимия и биофизика, которые трактуют биологические процессы как физико-химические активности, протекающие в своеобразных условиях биологических систем.

С другой стороны, объектом изучения медицинской науки является человек — живое мыслящее и чувствующее существо, которое обладает не только телом, но и душой. Попытки окончательно свести медицину только к физике и химии всегда наталкивались на большее или меньшее сопротивление в лице человекомерности медицинского знания и практики. Отсюда проистекали истоки иной медицинской парадигмы, которую условно можно обозначить как парадигму *гуманитарной медицины* — медицины, существенно использующей в своей теории и практике гуманитарные знания.

В связи с этим возможны два понимания концепта гуманитарной медицины — исключаящее и включающее. В рамках исключаящего отношения гуманитарная медицина может пониматься как более или менее жёсткая альтернатива естественнонаучному образу медицины, в той или иной мере отрицающая физико-химический редуционизм в биомедицинском знании. В более включающем понимании гуманитарная медицина не отрицает достижений естественнонауч-

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке РФНФ, проект № 13-03-00222 «Концепт гуманитарной медицины: фундаментальное и прикладное».

ного подхода и призывает лишь дополнять и координировать их с гуманитарными образами человеко-бытия. В таком представлении концепт гуманитарной медицины звучит практически синонимично идее *интегральной медицины*<sup>1</sup>. Нам кажется более оптимальным именно такое понимание концепта гуманитарной медицины, тем более что в этом случае он включает в себя и всё положительное в рамках первого понимания, за исключением только аспекта жёсткой альтернативности с естественнонаучным подходом. Можно обозначать такой образ гуманитарной медицины, основанный на включающем отношении естественнонаучных измерений, термином *включающая гуманитарная медицина (ВГМ)*.

В основе ВГМ, как представляется, должен лежать некоторый интегральный метод познания, который, с точки зрения философии В. Дильтея, может быть осмыслен как единство методов описания и объяснения<sup>2</sup>. В обоих методах предполагается разделение реальности на уровни феноменов и ноуменов, но в методе объяснения дополнительно допускается, что уровень ноуменов недоступен для познающего сознания, поскольку восприятие ограничено только внешними органами чувств, очерчивающими наш когнитивный кругозор лишь реальностью феноменов. С другой стороны, ноумены в лице универсальных понятий и законов — основа научного познания. Методом объяснения предполагается, что сознанию приходится выдвигать гипотезы о природе ноуменов, никогда не имея возможности достоверно убедиться в их реальности. Наоборот, в методе *описания* допускается дополнительная гносеологическая способность субъекта — способность *интроспекции*, которая позволяет самопознающему Я убедиться в достоверности ноуменов своего собственного внутреннего мира. И здесь не нужно гадать о том, какова природа ноуменов, выдвигать гипотезы по их поводу, нужно лишь аккуратно описать мир ноуменов на основе интроспективного восприятия. Метод объяснения, как полагал Дильтей, лежит в основе естественнонаучной установки познания, метод описания — в основе методологии гуманитарного знания.

Признавая много правды в подобном делении, нам хотелось бы отметить несомненную идеализирующую крайность представленных Дильтеем методов. Можно предполагать, что в чистом виде мы не найдём ни метода описания, ни метода объяснения. Всегда существует некоторое единство того и другого, с возможными акцентами на одной из составляющих. В связи с этим возникает задача пони-

<sup>1</sup> Моисеев В.И. Образы интегральной медицины // Философские проблемы биологии и медицины: Вып. 2: Междисциплинарные аспекты биомедицины: Сборник. М.: Изд-во «Принтберри», 2008. С. 44–50.

<sup>2</sup> См. Моисеев В.И. Философия науки. Философские проблемы биологии и медицины: учебное пособие для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 34–36.

мания некоторого третьего интегрального метода познания, который можно было бы условно обозначить термином «метод объясняющего описания».

Во-первых, внутри каждого из двух методов присутствуют элементы другого. Например, основу естественнонаучного познания во многом составляют прозрения ученых-теоретиков, которые интроспективно, в структуре своего внутреннего мира постигают образы ноуменального строения природы, затем получающих своё подтверждение на практике. Следовательно, существует и некоторая *натур-интроспекция*, позволяющая разуму теоретика проникнуть через свой внутренний мир в реальность природных ноуменов.

Во-вторых, доведённый до предела метод описания не может иметь никакой intersубъективной значимости и получает своё оправдание только для данного субъекта интроспекции. В самом деле, интроспективно созерцать можно только свои собственные ноуменальные структуры (если исключать феномен телепатии). Попытка построить на их основе универсальное гуманитарное знание требует выхода за границы отдельного внутреннего мира субъекта и апелляцию к intersубъективности интроспективных структур. И здесь приходится выходить за границы чистой интроспекции, используя метод аналогии и перенося свои ноуменальные структуры на всех субъектов некоторого класса. Но это уже элементы метода объяснения, поскольку чужой внутренний мир не поддаётся обычной интроспекции, и в отношении к нему приходится прибегать к методу гипотез.

В итоге каждый метод познания предполагает проникновение в себя элементов другого, и, следовательно, всегда существует некоторый третий, интегральный метод.

Пытаясь постичь его определения, следует предположить многослойную структуру реальности, в которой всегда выделены области имманентной открытости познающему субъекту и выходящие за его когнитивную мощь в данный момент более трансцендентные сферы бытия. Но такое деление на имманентное и трансцендентное, в отличие от убеждений кантовско-дильтеевско-гуссерлевской линии, предполагается не абсолютным, но плавающим, зависящим от тех или иных условий познания (гносеологического интервала<sup>1</sup>). Со сменой такого интервала начнёт происходить и смена ранее фиксированных границ имманентного и трансцендентного (например, новые научные достижения делают имманентным часть того, что ранее было трансцендентным).

Метод описания ограничен областью имманентного, метод объяснения предлагает методологию работы с более трансцендентными

<sup>1</sup> Об интервальном подходе см. напр.: Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. М.: ИФРАН, 2009. С. 64–74.

областями реальности. В конечном итоге любой объект познания содержит в себе имманентные и трансцендентные в данном гносеоинтервале аспекты, и в отношении к нему должна использоваться интегральная методология познания. Метод описания призывает в максимальной степени фиксировать образования области имманентности, независимо от того, принадлежит ли она внешней или внутренней реальности, используя здесь ресурсы всех видов — экстра- и интроспективного — восприятия. Метод объяснения предполагает возможность выхода за границы области имманентности в некоторую пограничную зону трансцендентности, где сущности хотя и не воспринимаются прямо, но косвенно могут быть соотнесены с феноменологически-имманентным материалом познания и выступить в качестве гипотез. В единстве имманентности и скоординированной с нею *пограничной трансцендентности* работает единый метод объясняющего описания.

С нашей точки зрения, такого рода интегральная методология, предполагающая также постоянное расширение гносеологических интервалов, должна активно использоваться (и на самом деле только она и используется постоянно, но далеко не всегда адекватно осознаётся) в любой сфере познания, особенно в разного рода интегративных направлениях, где осознание неявной интегральности оказывается необходимым условием метода.

Как представляется, концепт (включающей) гуманитарной медицины, как одно из интегральных направлений познания и практики, призван заложить основания новой методологии построения медицинского знания, в основе которой должна лежать интегральная методология познания в лице метода объясняющего описания.

## **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА – МЕДИЦИНА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА? ГУМАНИТАРНЫЙ ВЫЗОВ МЕДИЦИНСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ И ПРАКТИКЕ**

*Киященко Л.П.*

1. Проблема личности — одна из традиционных для философии ушедшего XX века. В ней философы и ученые, несмотря на все различия, так или иначе, пытались дать ответ на самый интригующий для человека вопрос — в чем тайна человеческого в человеке? Особый смысл такого рода вопрошание приобрело под угрозой различных форм тоталитаризма и массовой культуры, которые обезличивали человека, превращали его в винтик социальных аппаратов власти,



манипулируемого потребителя (консьюмера). Русская религиозная философия начала века, экзистенциализм, персонализм и другие философские школы пытались обосновать безусловную ценность существования каждого «этого вот» человека. По сути вопрос о смысле понятия личность составляет своеобразный нерв гуманистической идеологии ушедшей эпохи. В светской философской и психологической традиции (Н.А. Бердяев, М.М. Бахтин, Л.С. Выготский, и др.) понятие личности кристаллизовалось вокруг представлений о творческом характере человеческого действия и авторстве собственной биографии, написанной в поступках и событиях реальной жизни. Именно понятие личности лежало в основе всемирной гуманистической стратегии, нацеленной на отстаивание и укрепление общечеловеческих ценностей.

2. Новейшие достижения геномики, протеомики и других направлений молекулярной биологии обеспечили своеобразную реинкарнацию проблемы личности, но уже в поле общих и конкретных медицинских исследований и практик. Термин «персонализированная медицина», появившийся в 90-х годах прошлого века, пришел на смену более частному понятию фармакогенетики и стал применяться для описания работ по изучению влияния геномных вариаций на реакции организма на лекарственные средства. В более широком смысле персонализированная медицина может быть представлена как один из вариантов интеграции новейших способов генетического тестирования на предрасположенность к болезням, объединение диагностики с мониторингом лечения и профилактикой<sup>1</sup>. По своей сути этот поворот в развитии медицинской практики и научных исследований явным образом соотносится с тем же гуманистическим импульсом, который мы находим в философии и психологии, в вопросах свободы личности в выборе средств и способов сохранения здорового образа жизни.

3. Подход персонализированной медицины основывается на обширных знаниях о молекулярной природе заболеваний и о том, как работают препараты, а также на нашем всё более глубоком понимании индивидуальных биологических различий пациентов. Цель персонализированной медицины – обеспечить, чтобы конкретный пациент получил подходящий именно ему лекарственный препарат. Это возможно при использовании соответствующих диагностических тестов, определяющих наличие у пациента определённой мутации, или при разработке препаратов, эффективных в отношении определённых мутаций<sup>2</sup>.

4. Мне бы хотелось обсудить некоторые философские проблемы, связанные с открывающимися возможностями научных исследова-

<sup>1</sup> Кеваль К. Джайн. «JainPharmaBiotech», Базель, Швейцария. URL: <http://medi.az/index.php> Обновлено (25.05.2012 11:22).

<sup>2</sup> <http://www.roche.ru/portal/roche.ru/strategy>, [http://www.dp.ru/a/2012/05/16/Personalizirovannaja\\_medic/](http://www.dp.ru/a/2012/05/16/Personalizirovannaja_medic/)

ний и практик, сочетающих представления персонализированной медицины на основе усредненных данных, асимптотически приближающихся к конкретному человеческому индивиду и пониманию человека как личности. Встает вопрос, о принципах и механизмах рассматриваемого сочетания. И именно в этой связи вопрос, поставленный в названии статьи: персонализированная медицина — медицина для человека? — подлежит специальному рассмотрению. Он, как представляется, может быть рассмотрен двояко. Эта двойственность рождается из неоднозначного понимания знака дефис, соединяющего и одновременно разделяющего, знака паузы между, например, двумя спорящими утверждениями. Можно в данном случае на место дефиса поставить слова как «это», так и «или». Причем, уточняющее продолжение заголовка «Гуманистический вызов для медицинских исследований и практики» уместно для прояснения и в том, и в другом случае. Но смысл первого толкования вопроса «персонализированная медицина **это** медицина для человека» восходит к философскому вопрошанию, что есть человек в современных обстоятельствах научно-технического развития и его влияния на медицинские исследования и практику. Второе толкование «персонализированная медицина **или** медицина для человека» можно свести к рассмотрению необходимого взаимодействия между указанными пределами в понимании человека, между выборочной статистикой, закрепленной в современных стандартах представления о здоровье и патологии человеческого индивида, и дополняющей ее качественной характеристикой человека как личности, принимающего ответственное решение, как ему быть не только на уровне повседневности, но за ее границами, не только с самим собой, но и другим. Как представляется, второе толкование может подвести к пониманию такого понятия как гуманитарная медицина, сочетающей в себе эти два полюса, «личностного и общностного» (Э. Мунье). Гуманитарная медицина в такой трактовке способствует возрождению интереса к проблеме личности.

5. Существует мнение, что персональное лекарство, предназначенное для конкретного человека, — это из области мифов. Персонализированная медицина ориентируется не на одного больного и даже не на сотни больных, а на подпопуляции. У них должна быть какая-то общность. Персонализированная медицина никогда не будет иметь 100% эффективность. Нет метода, предсказывающего конкретному пациенту конкретное лекарство. Многие определения персонализированной медицины можно легко довести до абсурда. Идея абсурдна не только экономически, но и практически. Нас должны лечить тем, что опробовано как безопасное и эффективное. Соответственно, опробовано на ком-то еще<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> [http://www.dp.ru/a/2012/05/16/Personalizirovannaja\\_medic/](http://www.dp.ru/a/2012/05/16/Personalizirovannaja_medic/)

6. Принципиальным моментом является то обстоятельство, что персонализированная медицина с необходимостью оказывается и превентивной. Если обычное терапевтическое действие, в определенном смысле, направлено на предшествующие (локализованные в прошедшем времени события) причины, вызвавшие то или иное страдание, то персонализация означает необходимость освоения будущего, превентивной деятельности в связи с уже состоявшимся прошлым. Причем освоение прошлого через будущее меняет конфигурацию актуального, действенного. Действие как действительное становится потенциальным, образуя область, в которой «роются» возможности в различной степени вероятности способные к исполнению.

Существенно, что речь идет о действии «открытом» разным вариантам в зависимости от вероятностной оценки наступления тех или иных благоприятных или неблагоприятных последствий. Но вероятностные оценки могут существенно отличаться в зависимости от задач решаемых ученым и от методов их оценки. Его может интересовать как частотная, количественная, так и качественная оценка предстоящих событий. Известный советский философ Б.Н. Пятницын ввел более широкое понятие шанса, которое можно представить как тенденцию, склонность к определенному поведению. При этом понятие шанса приобретает некоторую временную характеристику, выражаемую либо длительностью повторяющихся испытаний, либо естественным временем, если шанс относится, например, к процессу распада углерода. При подведении такой статистической ситуации под некоторое вероятностное описание следует помнить, что количественные значения вероятности являются всего лишь относительными мерами, позволяющими сравнивать различные шансы и выявлять более предпочтительные. Теории, основанные на этом понятии, будут промежуточными теориями между объектами математики и объектами реального мира в достаточно широком их понимании<sup>1</sup>. Такой вероятностной оценкой является экспертная оценка, которая возникает в ситуации неизбежной неполноты знаний и опирается на опыт и интуицию врача или ученого.

7. Можно сказать, что биоэтика началась с требования относиться к пациенту как к личности, что, прежде всего, выражается в вовлечение его в качестве партнера врача и субъекта терапевтического действия. Пациент может стать автором своей биографии, соавтором фрагмента биографии, связанного с ситуацией страдания или ему суждена судьба среднестатистического индивида? Причем, если в обычной врачебной деятельности соавторство пациента достаточно ограничено, то в отношении превентивной деятельности — именно пациент

<sup>1</sup> Пятницын Б.Н., Григорян Э.Р. Обоснование и проблема выбора теории вероятности. URL: <http://www.philosophy.ru>

может стать основным действующим лицом, ответственным автором своей жизни (образа жизни). По сути, основываясь на достижениях молекулярной биологии, позволяющей выявить неблагоприятные и благоприятные задатки, а через них – вероятностные сценарии (шансы) развития жизненных событий, перед человеком (пациентом) возникает возможность выстраивать своеобразный «форсайт-проект» своей жизни. Практический ракурс последнего, может быть рассмотрен как предполагаемая реальная практика пациента по принятию решения в его случае, с учетом накопленного опыта в медицине и в своей жизни, выстраивая свое понимание меры человеческого в человеке. Оно (принятие решений) из идеализированной ситуации «есть» в обычном медицинском диагнозе смещается в виртуальное «может быть» в персональной «заботе о себе» (прогнозе), образуя свой вариант толкования универсального принципа существования человека и человечества. «...Забота не только сберегает свой объект, но (тем же самым движением) создаёт свой субъект, сберегает нас как объектов и создаёт нас как субъектов... Речь идёт не только о том, чтобы рассмотреть состояние общей уязвимости, которая может характеризовать наше настоящее как со стороны объектов (индивидуальная жизнь в окружающей среде), так и со стороны субъектов (включая терапевтические последствия). Речь идёт также и о том, чтобы понять, в какой точке две логики, или два «понятия», заботы являются одновременно в принципе различными, а фактически нераздельными<sup>1</sup>. В таком случае универсальная мера человеческого в человеке конкретизируется сочетанием потребительского отношения к услугам врачевания с необходимостью осознанного и информированного участия в поиске оптимального решения медицинских проблем вот этого, конкретного человека.

8. Потребление услуг как самоцельное обращение к возможностям медиализированного общества в количественном измерении проходит проверку на возможность не только поддержания, но и качественного улучшения самоорганизующейся природы человеческого существа, которое в международной литературе обычно обозначается термином «enhancement». При этом возникает проблема совмещения дифференцированной размерности, изначально заложенной в двояком толковании понятия «enhancement». А именно, с одной стороны, уточнение шкалы оценивания преобразующей деятельности «enhancement» и его последствий для самого человека как личности, а с другой – уточнение последствий конструирующей деятельности с точки зрения адаптивных возможностей социо-природного существования человека. Возникает задача выявления «единиц измерения», учитывающих как параметры улучшения здоровья, так и

<sup>1</sup> Worms F. Le moment du soin. A quoi tenons – nous? P., 2010. P. 7–8 (перевод И. Вдовиной).

личностного благополучия, по которым мы можем отслеживать успех или не успех данной деятельности.

9. Условием возможности построения биографического форсайта являются: трансдисциплинарный *полилог* естественнонаучных, гуманитарных и профанных дискурсов, который, можно сказать, выступает контекстным обоснованием проблемы, подлежащей многопрофильному обсуждению, стремящееся создать единство множественных представлений. В нем выработка среднестатистических и усредненных параметров, специфичных для различных медицинских и гуманитарных дисциплин, должно сочетаться с уникальным опытом (казуистикой) лечения конкретных пациентов. С опытом тактичного сопряжения многообразия общих научных представлений с персонализированным подходом к конкретному, **этому** пациенту.

10. Трансдисциплинарный *полилог*, учитывая сложностный характер проблем гуманитарной медицины, не только не отменяет диалог как таковой, но содержит его (до поры до времени в свернутом виде), как эффективное средство обнаружения лакун непонимания в сбоях ведения полилога. Диалог является условием возможного заинтересованного общения между врачом и пациентом как необходимое проясняющееся его *начало*, начало, которое удерживает связь обсуждаемой проблемы с тем, что осталось за ее кадром, в перспективе разворачивающегося жизненного горизонта, как тайны, причем как для самого врача, так и пациента. «Начало всегда впереди». При этом необходимо подчеркнуть, что у каждого из участников диалога есть своя версия догадки этой обуславливающей связи, поэтому позитивный консенсус по способу решения медицинской проблемы всегда имеет незавершенный открытый характер, влияющий на понимание и самопонимание участвующих в диалоге, образуя множественность коммуницирующих единств. Интервал между единством множественного (полилог) и множественностью единств (диалог) – существенен для становления гуманитарной медицины, необходимо в себе сочетающей *устойчивую вариативность* своих стратегий. «Очень важно продемонстрировать, как различные мнения сталкиваются и пересекаются, но не менее важно побороть искушение все унифицировать»<sup>1</sup>, что представляется принципиальным для ведения полилога между естественнонаучным и гуманитарным знаниями и соответствующими им практиками.

11. Осознание себя как личности дается как дар – признания ответственного решения в экстатическом состоянии остро переживаемой ситуации – «ожога от реальности» (Г. Марсель). Событиями такого рода раскрашено биографическое повествование о судьбе человека. Построение своего персонализированного биографиче-

<sup>1</sup> Рикер П. Творческие возможности языка // Керни Р. Диалоги о Европе. М. : Весь Мир, 2002. С. 239.

ского форсайт-проекта реализации благоприятных генетических задатков и превентивного действия на возможные неблагоприятные сценарии физического и личностного развития составляет основу ответственного личностного выбора. Личность или есть или ее нет, она мгновенна в спонтанности проявления. Личность как реализация собственного проекта абсолютна в своей незавершенности, она всегда творится. К этому состоянию можно перманентно стремиться. Но говорить, что индивид является личностью лишь в той или иной степени, не кажется убедительным. Высказывание «Человек есть мера всех вещей» получает новый, чрезмерный смысл, если его толкование не сводится к собственному выживанию как биологического индивида. «Вместо того чтобы все привязывать к человеку как к заурядному эталону и нестойкому остатку, этот смысл привязывает самого человека к глубине ответственности»<sup>1</sup>. Ответственности не только за свою жизнь.

## **ПОЛИЛОГ ПО ТУ СТОРОНУ ДОБРА И ЗЛА (УРОКИ В. СОЛОВЬЕВА)<sup>2</sup>**

*Тищенко П.Д.*

Когда, пытаясь восполнить ограниченность естественнонаучного разума в биологии и медицине, мы обращаемся к гуманитарным наукам, то следует не упустить из виду два взаимосвязанных момента.

Само гуманитарное знание столь же отстранено от предметов своего исследования (культуры, общества, языка, сознания и др.), сколь и естественнонаучное от своих специфических предметностей. Его отстраненность, как и в естествознании, заключается не только в банальном обнаружении неполноты «абстрагирования», но, что более фундаментально, в многообразии типов возможного абстрагирования и представления. Каждая теория основывается на ограниченном объеме концептуального представления, т.е. предполагает действие абстрагирования и его неизбежную неполноту. Причем, таких теорий, в равной степени претендующих на истину, может быть необозримо много. Необозримо много имманентно неполных (абстрактных) и трансцендентно конечных (поэтому множественных) теорий. Каждая из них не является «подсистемой» некоторой универсальной «Системы» (последняя не может принадлежать представлению), а особой «подсистемной» целостностью или лучше сказать — связанностью. Творческая мощь, которая производит в представлении системные

<sup>1</sup> Нанси Ж.-Л. Бытие единичное множественное. Мн. : Издательство: Логвинов, 2004. С. 266.

<sup>2</sup> Работа выполнена при поддержке гранта РФНФ №10-03-0086а/Б.

модели предметов исследования и связывает их между собой, представлением не является. Она присутствует в *мире как представлении* (в картине мира по М. Хайдеггеру) в качестве *диаستم*, разрывов *между* системными представлениями, как *энигматическая данность того о чем* мысли — ее повода, предмета желания и нужды. То же можно сказать о любой философии целостного представления (системы).

Гуманитарные науки действительно восполняют естественнонаучные представления о человеческом существе, что весьма полезно в теории и практике медицины, но не исполняют его в цельности и целостности. Любой интегративный или интегральный подход в самом своем основании всегда уже будет особым полаганием системы (неважно, физической, биологической или логической) в представлении, еще одним рядом с множеством иных. Все-единство Владимира Соловьева не единство всего (типа банального единства многообразного), а загадочная сопряженность, антитеза (интервальная диполусность) всего (материальной мощи множющихся множественностей множеств) и единства не данного, а загаданного.

При этом (и это во-вторых) отстраненность в знании смысла человеческого существа должна быть понята как возможность, принадлежащая этому существу и располагающая им. Возможность отстранять *то о чем* мысли в виде системы, обнаруживая «себя» в качестве субъекта, остраненного автора или наблюдателя в бесконечном повторе обыденных, теоретически или философски значимых различий. При этом даже «погруженные» в наблюдение субъекты и наблюдатели или в письмо (совместно с соавтором-читателем) авторы сами представляются — становятся предметами мысли для нас лишь с еще одной, внешней мета-позиции отстраняющей и остраняющей мысли, а, следовательно, лишь усложняют полюс субъектности, вводя дополнительные квалификации классического, неклассического или постнеклассического субъекта (по В.С. Степину).

Возможность отстранения и остранения себя от себя принадлежит абсолютному (в смысле Соловьева), которое человеческое существо обнаруживает в себе как свое собственное энигматическое начало. Начало, принуждающее мысль мыслить, ввязывающее ее в навязчивую игру различений и повторяющихся схватываний особых «истин» и их логических экспликаций. Но, при этом, вторым ходом мысли, изначальное абсолютное, предъявляя диастемальные паузы (разрывы «между»), удостоверяет в ее (мысли) онтологической конечности и наделяет ее представления неприязательным статусом моделей, гипотез, прикидок, набросков.

Размышляющее рассуждение пред-полагает для своего разворачивания пространство значимых различений, некоторый многомерный интервал мысли. У Соловьева этот интервал фиксируется полюсами единого и много. «[А]бсолютное необходимо во всей



*вечности различается* на два полюса или два центра: первый — начало безусловного единства, или единичности, как таковой, начало свободы от всяких форм, от всякого проявления и, следовательно, от всякого бытия; второй — начало, или *производящая сила бытия*, т.е. *множественности* форм. С одной стороны, абсолютное выше всякого бытия; с другой стороны, оно есть *потенция* бытия или первая материя<sup>1</sup> (курсив мой — П.Т.). Любая философия, любая наука (в том числе и та «Х-наука», о которой мечтал сам Соловьев в начальном периоде своего творчества) всегда уже выступает особой (единичной) реализацией опытов «различения» абсолютного. Различения, совершающегося в «вечности» в том смысле, что время (как внутреннее единство предметов конкретного опыта) по сути выступает лишь следствием этого осново-полагающего различения. Поэтому может быть онтологически различным в зависимости от исходных различающих пред-положений. Физическое время человеческого тела и время повествования (П. Рикер) его самости имеют общий корень в «вечности», которая «выше всякого бытия», всякого научного представления «есть».

В этом смысле опыт необходимо обращен к абсолютному несхватченному мыслью, но ее, эту мысль, порождающему началу. Поэтому, дело философии как выдвижения к «первому» — общему началу: «...откуда бытие, становление или познание» (Аристотель), по сути предстает как процедура осново-полагающего различия, повторяющаяся в каждом событии мышления. С необходимостью, само общее начало должно мыслиться «по ту сторону» (в этом смысл абсолютности) уже различных форм добра и зла, истины и заблуждения — «внутри необходимости *нового* полагания другого порядка против хаоса<sup>2</sup>». Внутри осново-полагающего повтора установления различий (интервалов осуществления чувства и мысли). Именно здесь, а не в особенных различенностях истины, правды, добра и зла (естественнонаучных, гуманитарных, традиционных, религиозных или философских), мысль встречается с «общим», которое *не обобщает* их, по-гегелевски снимая различия (превращая в диалектически соотнесенные моменты им сконструированной логической системы), а *сообщает* друг другу, создает между самозамкнутыми мирами различно различных идей «по-ту-сторонний» (в философском смысле) коммуникативный канал. *Канал общения без обобщения на некотором единственно истинном, кем-то найденном, интегральном основании.*

Полилог разумов у постели больного осуществляется в сложной коммуникативной среде конфронтирующих логических *универсалий*, биографически контекстуализированных *концептов* и *трансгрессирующих трансверсалий* — до- и вне-смысловых переключек слов (семан-

<sup>1</sup> Там же. С. 705.

<sup>2</sup> Хайдеггер М. Время и бытие / пер. В.В. Бибихина. М. : Республика, 1993. С. 107.



тических и внесемантических схождений, расхождений и переносов), которые совершаются вне поля внимания размышляющей речи, за спиной «автора»/«наблюдателя».

Подробности моих рассуждений читатель может найти в книге «На гранях жизни и смерти. Философские исследования оснований биоэтики» (МІР, СПб, 2011) и статье «Мир-машина: система и диастема» // Биоэтика и гуманитарная экспертиза / отв. ред. Ф.Г. Майленова. Вып. 8. М. : ИФРАН, 2013 (в печати).

## **К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОГО И ГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ**

*Шишков И.З.*

Как известно, с момента своего возникновения и вплоть до конца XIX столетия методологическое знание рефлектировало себя на основе и посредством логики. И только с неокантианцев Марбургской и Баденской школ начинается процесс отделения методологии от логики и возведения её на уровень философского анализа.

Ориентированная изначально на идеал естественнонаучного знания, прежде всего знания математического и физического (вспомнить хотя бы И. Канта: «в науке столь научности, сколько в ней математики» или знаменитые слова Г. Галилея о «книге природы», написанной Богом на языке математики»), методологическая парадигма долго и упорно утверждалась в европейском интеллектуальном сознании позитивистской доктриной. Методологическая монополия естествознания была разрушена неокантианцами, выдвинувшими идею методологического разграничения естественнонаучного и гуманитарного знания. При этом они исходили из предположения о принципиальном различии онтологий «наук о природе» и «наук о культуре». Это онтологическое различие обусловило необходимость использования двух абсолютно противоположных методологических процедур: процедура *объяснения* для естествознания и процедура *понимания* для гуманитарных наук.

Несмотря на то, что неокантианская методологическая концепция разрабатывалась как реакция на позитивистскую методологию, всё же между ними много общего: это две стороны одной и той же медали. И та, и другая являются двумя крайностями, первая абсолютизирует различие между разными типами знания, вторая, напротив, отрицает их специфику, утверждая методологический монизм.

Наряду с этими двумя, исключаящими друг друга методологическими парадигмами в современном методологическом знании сформировалась и третья традиция, в рамках которой преодолевается,

с одной стороны, неокантианское противопоставление процедур объяснения и понимания, с другой — позитивистский редукционизм и монизм. В рамках этой парадигмы проводится мысль о том, что между естественнонаучным и гуманитарным типами знания есть не только различие, но и определенное сходство, что позволяет им в равной степени пользоваться как методологией объяснения, так и методологией понимания. Это смещение акцента от методологического монизма к методологическому плюрализму было обусловлено в первую очередь принципиальным изменением онтологии современного научного знания: на смену классическому элементаризму, ориентированному на выделение элементарных составляющих мироздания, приходит неклассическое понимание объектов как открытых динамических систем, исследование которых должно осуществляться равно как в горизонтальном, так и вертикальном срезе. Такое комплексное системное исследование требует от ученых переориентации с элементарных составляющих исследуемых ими объектов на их функциональные, структурные связи и отношения. Хорошей иллюстрацией подобных модификаций служат открытые неравновесные системы в неклассической термодинамике, популяция в качестве эволюционной единицы в современной эволюционной теории, принципы дополнительности и неопределенности в квантовой механике.

Значительное усложнение онтологии современного научного знания привело с необходимостью к преодолению неокантианского противопоставления естественнонаучной методологии объяснения гуманитарной методологии понимания и требованию рассматривать их в единстве, как взаимодополняющих друг друга. Идущая еще от Аристотеля традиция телеологического объяснения в науке сблизилась две основные методологические процедуры, ибо *телеологическому объяснению* должно предшествовать *интенциональное понимание* человеческого поведения: прежде чем приступить к объяснению некоторых действий, следует сначала понять эти действия как выражение некоторых интенций. Следует заметить, что телеологическая модель объяснения и понимания применима не только к гуманитарному знанию. Великий русский философ В.В.Розанов, как известно, в понимании усматривал сущность науки. Ту же самую мысль проводил и М.Хайдеггер, который, возведя герменевтику в онтологию, практически раздвинул рамки первой, утверждая, что герменевтическим оказывается самое человеческое существование, т.е. понимание представляет собой вообще бытие. Тем самым Хайдеггер в сущности отказался от ограничения герменевтического подхода гуманитарными науками, распространив его и на естествознание. Возможность применения герменевтической методологии к современному естествознанию стала вполне реальной, по меньшей мере, по двум причинам. Во-первых, как отмечалось выше, изменился принципиально её

предмет: например, предметом современной физики выступает уже не природа «сама по себе», а «сеть отношений между человеком и природой». Во-вторых, трансформировался сам образ современной науки: на смену кумулятивистским представлениям о развитии научного знания пришли представления о росте научного знания как следствии противоборства, столкновения различных исследовательских программ, парадигм, требующих глубокого проникновения в культурно-семиотические, знаково-символические структуры. А это значит, что процедура понимания стала эвристичным методологическим средством построения естественнонаучных теорий, а само современное естествознание оказалось частью гуманитарных наук, и, следовательно, сферой герменевтики.

Методологическое единство объяснения и понимания вполне очевидно в контексте того, что в герменевтике именуется *герменевтическим кругом*. Этот метод — от объяснения к пониманию — предполагает и обратный путь постижения глубокой семантики текста: чтобы понять, необходимо объяснить, но чтобы объяснить, необходимо понять. Такого рода кругообразность существует не только в герменевтике, она вообще характерна для научной деятельности в целом, поскольку герменевтический круг представляет наиболее естественную логическую структуру любого подлинно научного познавательного акта. Если, например, предпосылки определяют заранее все аспекты научной деятельности — от критериев объяснения и до фактов — то, следовательно, в любой дискуссии между сторонниками научных программ, исходящих из разных предпосылочных контекстов (допустим, между последователями аристотелевской физики и галилеевской, между защитниками классического строгого детерминизма и квантового вероятностного детерминизма), будут разногласия. При этом оппоненты опираются на факты и аргументы, определяемые лишь их собственными допущениями. Логический круг обнаруживается и при отсутствии конкурирующей парадигмы потому, что в процессе подтверждения теория сопоставляется с фактами, которые, в свою очередь, определяются этой же теорией.

В естественнонаучном познании описанный процесс обнаруживается, прежде всего, в процедуре интерпретации фактов. Известно, что любой факт всегда концептуально, «теоретически нагружен», что приводит к вариативности его интерпретаций в различных контекстах. В качестве иллюстрации можно привести пример с вертикально подброшенным вверх камнем. Факт его вертикального падения вниз может быть истолкован по-разному в различных культурных контекстах. В контексте ньютоновской картины мира этот факт объясняется действием силы тяготения, а в контексте мифологической культуры — действием, например, силы злого духа. И для того, и для другого интерпретатора такое объяснение оказывается настолько

естественным, само собой разумеющимся, что оно не вызывает у них никакого сомнения.

Из всего вышесказанного можно заключить, что одной из характерных черт методологического плюрализма, обусловленного фаллибилистской природой современного научного знания, является соединение процедур объяснения и понимания. Последнее нашло свое выражение наиболее полно в современной физике, в частности, квантовой механике, в её известных субъективистской и объективистской интерпретациях. Что касается медицины, то её методологический плюрализм диктуется бурным развитием медицинских технологий, поставившим неклассическую медицину в сходное с физикой на рубеже XIX–XX вв. положение: она вышла на качественно новый уровень исследования и лечения больных органов — на микроуровень. Современный врач имеет в своем распоряжении сложную медицинскую технику, которая позволяет ему «работать» с больным органом на микроуровне. Результаты его обследования и диагностирования во многом зависят от взаимодействия элементов сложной системы: *врач — техника — болезнь* (точнее, *больной орган*), каждый из которых вплетен в многочисленные связи и отношения друг с другом. В своей попытке понять полученные в ходе обследования результаты врач оказывается в герменевтической ситуации, именуемой обычно герменевтическим кругом: состояние и лечение больного органа может быть адекватно истолковано лишь в контексте состояния всего организма, истории болезни, индивидуальных и личностных особенностей пациента, и, наоборот. Эту герменевтическую, уникальную ситуацию каждый врач разрешает и проживает по-своему, уникальным образом, что, по сути, означает, что характер, состояние и лечение болезни соотносится с его собственной личностью, идеями и ценностями. И как следствие вариативность подходов, идей, а, стало быть, и медицинских результатов, диагнозов.

Герменевтический характер медицины становится вполне очевидным, если медицину понимать как не *естественную*, а *гуманитарную* науку. Такой подход к медицине требует рассматривать её объект — человека как целостное существо. Если с позиции естественнонаучной парадигмы объект медицины — человек — уже изначально, по определению является объектом природным, ничем не отличающимся от тех объектов, которые изучает, например, физика, то гуманитарная парадигма, напротив, рассматривает человека как объект медицины в качестве объекта не природного, биологического, а личности, хоть и больного человека, но личности, *личности больной*. Смена объекта требует и изменения самой методологии медицины. В отличие от врача-естественника, нацеленного на овладение практиками инженерного типа, врач-гуманитарий ориентируется на уникальную гуманитарную ситуацию, которую он разрешает и

проживает по-своему, уникальным образом. Такой врач, так же как, например, и историк, имеет дело с тем, что индивидуально, уникально, неповторимо. Как в истории не существует двух совершенно одинаковых исторических событий, так нет и двух пациентов, у которых болезни протекали бы совершенно одинаково. Каждый пациент — это уникальная гуманитарная ситуация, которая, как уже отмечалось выше, должна разрешаться и проживаться врачом по-своему, уникальным образом. В соответствии с ситуацией герменевтического круга, требующей рассматривать часть через призму целого и, наоборот, целое через составляющие его части, пациент выступает во всей своей *целостности* как *личность*, постижимая через призму своих индивидуальных и личностных характеристик, и, наоборот, последние раскрываются через его целостность.

## ОБ АНАТОМИИ ПОСТЧЕЛОВЕКА

*Юдин Б.Г.*

Сегодня из статей и манифестов сторонников трансгуманизма мы уже хорошо знаем, что на смену человеку придет пост- (или транс-) человек. Вообще говоря, зарождение трансгуманизма — дело отнюдь не самых последних десятилетий. Его первое появление на свет можно датировать 1957 годом. В том, уже довольно далеком, году сэр Джулиан Хаксли опубликовал эссе, которое так и называлось — «Трансгуманизм»<sup>1</sup>. Дж. Хаксли был выдающимся биологом, одним из творцов синтетической теории эволюции и безусловным гуманистом во вполне традиционном смысле этого слова.

В своем эссе Дж. Хаксли набросал общую картину развития Вселенной с позиций того, что сегодня принято называть глобальным эволюционизмом. С точки зрения автора, важнейший итог эволюции, происходившей миллиарды лет, состоит в следующем: Вселенная начинает осознавать саму себя, обретает способность понимать свое прошлое и возможное будущее. Такое космическое самоосознание осуществляется на нашей планете впервые именно в наше время и притом силами одного из тончайших фрагментов Вселенной — немногими человеческими существами. Очевидно, под «немногими» Хаксли имел в виду тех мыслителей своего времени, которые придерживались примерно тех же взглядов на эволюцию Вселенной, ее движущие силы и общую направленность, что и он сам.

Новое понимание Вселенной, рассуждает Дж. Хаксли, открывается благодаря знаниям, накопленным за последние столетия психологами

---

<sup>1</sup> См.: Huxley J. Transhumanism // Huxley J. In New Bottles for New Wine. L., 1957, P. 13–17.

и биологами, а также учеными других специальностей, прежде всего археологами, антропологами и историками. И обладание новыми знаниями определяет новую меру ответственности и предназначение человека: отныне он должен выступать от имени всего остального мира в такого рода деятельности, которая направлена на максимально полную реализацию внутренних потенций, уже заложенных в этом мире. Человек, по мысли Хаксли, совершенно неожиданно получил новое назначение, стал управляющим самым крупным из всех возможных предприятий — эволюцией; причем его не только никто не спрашивал о желании возложить на себя это бремя, но даже не предупредил о предстоящей роли, тем самым лишив возможности как следует подготовиться. Более того, человек не может отказаться от данного предприятия в случае своего несогласия или неосознания того, что делает; фактически именно он определяет будущее направление эволюции на нашей планете.

И первое, что надлежит сделать человечеству, дабы подготовить себя к выпавшей на его долю космической миссии, — это исследовать природу самого человека, раскрыть заложенные в ней возможности, включая, естественно, и ограничения, как присущие ей изначально, так и налагаемые окружающим миром. В целом, констатировал тогда Дж. Хаксли, мы завершили изучение географии нашей планеты, научно исследовали природу, как неживую, так и живую, дойдя до такой стадии, когда более-менее четко стали видны ее общие контуры; в то же время исследование природы и возможности самого человека едва началось. «Громадный Новый Мир неизведанных возможностей, — пишет Хаксли, — еще ждет своего Колумба»<sup>1</sup>.

«Человеческий род, — завершает свое эссе Хаксли, — может, если того захочет, превзойти самого себя, и делать это не только спорадически: кто-то в чем-нибудь одном, кто-то — в чем-нибудь совсем другом, а совершенно иначе, в масштабах человечества в целом. Нам необходимо дать название этому новому убеждению. Возможно, здесь подойдет слово трансгуманизм: человек останется человеком, но превзойдет себя, реализуя новые возможности своей собственной природы. Коль скоро найдется достаточно людей, которые смогут твердо сказать: “Я верю в трансгуманизм,” — род человеческий достигнет порога новой формы существования и она будет столь же отличной от нашей, как наша отлична от пекинского человека. Тем самым человечество наконец-то приступит к осознанному выполнению своего подлинного предназначения»<sup>2</sup>.

Как видим, Дж. Хаксли говорит о грядущем переходе к новой форме человеческого существования если не с полной, то с очень большой уверенностью. Очевидно также его позитивное отношение

---

<sup>1</sup> Op. cit. P. 15.

<sup>2</sup> Op. cit. P. 17.

к такому переходу, возможность которого якобы уже заложена в природе человека, какой мы ее знаем; реализацию же этой возможности философ характеризует как выполнение человечеством своего предназначения.

Впрочем, при всех отличиях будущей формы человеческого существования от нынешней обе они принадлежат одному роду: «человек остается человеком». В своем эссе Дж. Хаксли весьма сжато говорит о специфических чертах будущего человека. Судя по всему, в представлении автора «Трансгуманизма» они близки тем свойствам, которые уже проявились в лучших представителях рода человеческого.

Можно полагать, таким образом, что в целом Дж. Хаксли имел в виду не столько радикальную переделку человека (о которой говорят многие современные приверженцы трансгуманизма), сколько максимально полную реализацию потенций, уже заложенных в его природе. В этой связи имеет смысл особо подчеркнуть отличие трансгуманизма, как его понимал (хотя, по понятным причинам, был не в состоянии отчетливо выразить) Хаксли, от многих современных трактовок трансгуманизма. И общая эволюционистская позиция Хаксли, и весь ход его рассуждений недвусмысленно свидетельствуют о том, что появление нового человека было для него закономерной стадией, продолжением естественно разворачивающегося глобально-эволюционного процесса. Напротив, современные приверженцы трансгуманизма более склонны акцентировать его конструктивное начало, видеть в нем могущество творческой мысли человека, способной преодолевать любые налагаемые природой ограничения.

Следует, впрочем, ответить, что в метафизическом отношении это различие не является таким уж жестким. Действительно, мы вполне можем рассматривать конструктивные возможности мышления как особую форму проявления природных потенций; вместе с тем, оставаясь на почве науки, мы исходим из того, что эти конструктивные возможности эффективно могут реализоваться лишь тогда, когда они опираются на закономерности, заложенные в самой природе и выявленные научным ее познанием.

Впрочем, в одном немаловажном вопросе позиция Дж. Хаксли представляется двойственной. С одной стороны, по его словам, «человек останется человеком», но с другой — «новая форма существования» человека «будет столь же отличной от нашей, как наша отлична от пекинского человека». В какой мере человек будущего станет продолжением (конечно же, улучшенным) человека нынешнего, а в какой, напротив, — чем-то совершенно новым? И насколько далеко могут зайти эти отличия, чтобы сохранялась разумная возможность употреблять после префикса пост- или транс- корень «человек»?

Эта двойственность, впрочем, характеризует не столько позицию Дж. Хаксли, сколько саму обсуждаемую им проблему. Последняя же



заключается в определении границы между человеческим существом и гипотетическим созданием, именуемым постчеловеком, и выяснении того, можно ли и, если да, то до какой степени считать постчеловека человеком? В этой пограничной проблеме тесно переплетены онтологические и аксиологические составляющие. Первые связаны с поиском тех или иных объективных критериев для отнесения некоего существа к категории человека либо постчеловека. Вторые же касаются, в частности, нашего желания (или нежелания) видеть в постчеловеке своего потомка и соответственно желания (или нежелания) постчеловека считать нас своими родственниками (не будет ли тот стыдиться своих столь несовершенных предков?). К тому же мы не можем с определенностью утверждать о первичности онтологических и вторичности аксиологических критериев сопоставления человека и постчеловека. Иными словами, осуществлять выбор тех или иных онтологических, «объективных» характеристик для различения человека и постчеловека едва ли возможно независимо от наших ценностных предпочтений.

Сегодня, в отличие от 50-х годов XX века, когда трансгуманизм был по большому счету всего лишь дерзкой мечтой, существует немало конкретных трансгуманистических проектов, в том числе детально разработанных<sup>1</sup>. Можно сказать, что одна из тенденций, притом несколько парадоксальная, в развитии представлений о постчеловеке заключается в отходе от антропоморфизма. В некоторых случаях в своих трансгуманистических проектах авторы столь далеко отходят от образа и подобия человека, что встает отнюдь не тривиальный вопрос: а какой, вообще говоря, смысл в том, чтобы, так или иначе, отождествлять, соотносить задуманный ими артефакт с человеком?

---

<sup>1</sup> См., напр., на сайте Российского трансгуманистического движения: URL: <http://www.transhumanism-russia.ru/>



# ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГУМАНИТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ

## ГУМАНИТАРНАЯ МЕДИЦИНА: ВОЗМОЖНОСТЬ ДИСКУРСА<sup>1</sup>

*Аверкина Е.И.*

Сегодня, когда вмешательство биомедицинских технологий в человеческую жизнь становится все более глубоким, навязчивым и непредсказуемым вполне понятна озабоченность культуры угрозой технизма и коммерциализации в медицине. Смысл синергичных усилий гуманитариев – сохранение медициной человеческого лица. Но возможна ли и в каком смысле можно говорить о гуманитарной медицине?

Как представляется, феномен гуманитарной медицины может быть рассмотрен в нескольких планах.

Во-первых, гуманитарную медицину можно рассмотреть как один из ликов современной философии медицины. Можно сказать, что философия медицины на современном этапе отказывается быть философией биомедицинской науки, которая всякое заболевание как болезненное состояние каузально редуцирует к некоторым специфическим биохимическим механизмам. В большей степени сегодня она хочет быть философией медицинской практики, врачевания, исцеления (Э.Пеллегрини, Д.Томасма)<sup>2</sup>. В рамках этого подхода устанавливаются смысловые различия между медициной как наукой и врачеванием как искусством; болезнью как нарушением физиологической структуры и функции и субъективным опытом переживания болезни пациентом; медиком – тем кто переводит язык страдания на язык патологии и врачом, тем, кто владеет искусством врачевания. В этой ситуации можно сказать, что гуманитарная медицина – это феномен, которым можно обозначить движение современной философии медицины как особой трансдисциплинарной рефлексии

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке РФГФ, проект № 13-03-00222 «Концепт гуманитарной медицины: фундаментальное и прикладное».

<sup>2</sup> Pellegrino E., and Thomasma D. A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy a. ethic of the healing profession. Oxford University Press, Oxford. 1981.

философов, социологов, медицинских антропологов, культурологов, феноменологов, этиков в сторону последовательного экзистенциального истолкования медицинского опыта, а значит и – в сторону реставрации и активизации клинического и персоналистического смысла медицины. В пространстве дискурса гуманитарной медицины болезнь представляет собой экзистенциальное событие для пациента. Болезнь, больное – это особое бытие человека в мире, это патологическое бытие в мире. Очень многое для понимания специфики данного феномена, для смены установки медицины с сугубо естественнонаучной на гуманитарную сделала экзистенциально-персоналистическая (В. Вайцзеккер, М. Босс) и феноменологическая философия медицины 30–50-х годов XX века (К. Ясперс, Я.Х. Ван ден Берг, Л. Бинсвангер). Опыт врачевания этих врачей-психиатров и его культурно-философская экспрессия может рассматриваться как предвосхищение нового типа медицины – гуманитарной медицины. Сегодня эту традицию продолжают западные философы медицины, медицинские антропологи, феноменологи, социологи, в частности А. Клейнман, Д. Морис, Ф. Свенауэс, К. Дернер.

Очевидный парадокс нашего времени состоит в том, что чем более безличной становится медицина, тем более философия медицины становится субъектно-ориентированной – стремящейся осмыслить в контексте культуры и ценностей незavidную роль пациента, размышляя, в частности, о связи болезни с жизненным миром личности. Мысль не новая. В начале XX века гуманитарность с ее спектром смысловых коннотаций, восходящих с одной стороны к «*studia humanitatis*» Возрождения, а с другой – к наукам о духе В. Дильтея, постепенно проникала в такую область как медицина, за которой на тот момент было прочно закреплено звание естественнонаучного знания. Опыт осмысления внутреннего мира пациента в философии медицины предлагала феноменологическая философия медицины более известная как феноменологическая психиатрия. Именно феноменологическая психиатрия, например, отметила нетождественность непосредственного опыта переживания болезни и болезни как устойчивой нозологической формы. Она же отметила тесную неразрывную связь жизненного мира пациента с окружающим его внешним миром: «Когда болен человек, болен его мир» (Я.Х. Ван ден Берг).

В сегодняшней обращенности философии медицины к гуманитарному знанию: этике, аксиологии, истории, по-видимому, проявляется ее озабоченность происходящими в реальной медицине процессами «исчезновения» пациента, превращения его в объект манипулирования, контроля, подчинения. Процесс вытеснения коммуникативной рациональности инструментальной и рыночно-административной в современной медицине отмечали М. Фуко и

Ю. Хабермас. Гуманитарная медицина в этом случае противопоставляет редуccionистской механизированной медицине услуг — образ всеми желаемого будущего.

Во-вторых, гуманитарная медицина может быть рассмотрена в виде реальной деятельности, практики, осуществляемой врачами и медицинским персоналом в отношении пациента. Медицинская практика рассматривается сегодня теоретиками медицины, пишущими от имени пациента, в русле своего традиционного понимания — как врачевание и лечение (греч. *tegaría* — забота, служение, лечение). В лечебной практике, понимаемой как забота и ответственность, от врача требуется не решение проблем, а внимательное вслушивание в историю больного — историю мучений и боли, но также и историю его любви, разочарований, иными словами, историю его жизни. Одна из таких современных практик гуманитарной медицины как врачевания — нарративная этика. Сошлемся на опыт медицинского факультета Колумбийского университета (США), где в ходе общения врач—пациент не просто пишется традиционная история болезни с точки зрения врача, который склонен строго придерживаться фактов. Врачу с позиций нарративной этики оказывается интересна история болезни с точки зрения самого пациента — его собственный реальный опыт переживания себя-в-болезни. Оказывается именно это — быть выслушанным, понятым — жизненно важно для пациента — и для его исцеления, и в целом самоидентификации. Пациент хотел бы, чтобы врач был для него и тем, кто был бы способен «долго слушать, так долго, сколько понадобится бы для того, чтобы самому понять, чего ему не хватает и что он должен делать»<sup>1</sup>. Врач необходим больному человеку, поскольку он может «помочь найти смысл неожиданного для нас поворота событий, объяснить нам наш опыт болезни»<sup>2</sup>.

Нарративная этика налагает на врача большую ответственность. Она состоит с том, что врач должен выступить для пациента Другим в диалоге с ним. Смысл (в данном случае смысл опыта болезни) — потенциально бесконечен, но актуализироваться он может только соприкоснувшись с другим (чужим) смыслом (в данном случае смыслом Врача). Врач, полноценный участник диалога, побуждая пациента рассказывать свои истории, каждый раз по-разному интегрирует болезнь в проект его жизни. Нарративная (диалоговая) этика не отменяет, она должна быть дополнительной к существующей биомедицинской этике. Нарративную этику можно расценить, как попытку уйти от нормативной этики сверху (биомедицинской этики) и дополнить ее этикой снизу (пациентской этикой). Это попытка нащупать имманентную этику врачевания, которая воз-

<sup>1</sup> Дернер К. Хороший доктор. М. : Алетейя, 2006. С. 73–74.

<sup>2</sup> Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом // Вестник Московского Университета. Серия 7. Философия. 1998. № 5. С. 37.

вращает персональность и врачу и пациенту. Нарративная этика дает возможность медицине не потерять свое человеческое лицо, ибо она предполагает сочувствие и сострадание участников диалога. Мои страдания значат нечто не только для меня, но и для кого-то еще. Результат — со-страдание, со-чувствие, которые меняют и пациента и врача. Разделение чувства — это тот необходимый факт, который превращает формальную, пустую, ложную коммуникацию (Ж. Бодрийяр) в подлинную коммуникацию — реальное исцеление. А отсутствие сочувствия и отзывчивого воображения у медицинских работников ведет к выхолащиванию этических кодексов и норм<sup>1</sup>.

Между двумя смыслами гуманитарной медицины есть глубокая связь. Может быть, она кроется в той значимости, которое приобретает сегодня слово. Гуманизм Возрождения вводя термин «*studia humanitatis*» в центр своих размышлений ставил словесность. В философии возрожденческого гуманизма царил культ прекрасной и чистой классической речи. Современная философия переживает лингвистический поворот, выражением которого может являться интерес к нарративу в медицине. Это выражается и философии медицины и реальной практике врачевания.

И еще: когда мы говорим о биомедицинской этике, мы принимаем два уровня ее существования: трансдисциплинарное теоретическое знание и институциональное воплощение — деятельность этических комитетов (Б.Г. Юдин). Аналогично этому, гуманитарная медицина может быть также рассмотрена и в рамках объединенной философско-гуманитарной рефлексии и реальной гуманитарной практики врачевания — нарративной этики. Таким образом, концепт гуманитарной медицины оказывается тем, что позволяет нам понимать, объяснять и проектировать наше существование в мире медицины.

## **ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОСМИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ**

*Барыбина Е.В., Меденков А.А., Нестерович Н.Б.*

Профессии летчика и космонавта относятся к особому виду трудовой деятельности, как по содержанию, так и по условиям осуществления. Они являются опасными профессиями из-за возможных трагических последствий отказов техники и аварий с летательными аппаратами или космическими кораблями и риском для здоро-

---

<sup>1</sup> Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом // Вестник Московского Университета. Серия 7. Философия. 1998. № 5. С. 41.

вья и жизни летчика и космонавта. В то же время эти профессии чрезвычайно востребованы в современной жизни, и без них невозможно решение многих транспортных, оборонных, экономических, экологических, научных и других задач. Не случайно авиастроение и космическая деятельность рассматриваются как приоритетное направление инновационного развития экономики и научно-технического прогресса.

Профессия летчика и космонавта предъявляет повышенные требования к уровню подготовки, профессионально важным качествам личности, функциональному и психологическому состоянию, психофизиологическим ресурсам и резервам организма. При этом эффективность и надежность профессиональной деятельности летчика и космонавта во многом зависит от этих факторов. И каждый из них способен стать причиной ошибочного, несвоевременного или неоптимального действия, ставящего под угрозу выполнение целей деятельности и безопасность полета. Отсюда следует, что раздельный учет этих факторов и оценка влияния каждого из них на эффективность профессиональной деятельности не может служить бесспорным основанием для оценки готовности к полету и допуска к нему. При этом существующие методы оценки и прогноза влияния факторов не могут однозначно гарантировать успешность профессиональной деятельности в полете. Факторы и условия полета способны влиять на функциональное состояние организма и в определенные моменты усиливать негативное влияние на надежность профессиональной деятельности. Все это означает, что модели интеграции влияния различных факторов на летчика или космонавта должны учитывать динамику параметров воздействия этих факторов и реакцию самого организма на их сочетанное воздействие.

В системе медико-биологического и социально-психологического обеспечения авиационных и космических полетов эти обстоятельства учитываются в обязательном порядке. При этом учет этих факторов организован как на этапе предполетной подготовки, так и в процессе самого полета, а также в период послеполетной реабилитации.

На надежность профессиональной деятельности летчика или космонавта в условиях быстротечного развития экстремальной или нештатной ситуации существенное негативное влияние оказывают эргономические недостатки оборудования и систем отображения информации и органов управления летательным аппаратом. Поэтому в прогнозе профессиональной надежности и при анализе причин ошибочных, несвоевременных или неоптимальных действий важно учитывать эргономические недостатки техники, информационного взаимодействия летчика или космонавта с бортовым оборудованием. В последнее время в средствах и условиях профессиональной деятельности летного состава и космонавтов произошли существен-

ные изменения. Усложняются программы, увеличивается продолжительность полетов. На рабочих местах и в кабинах летательных аппаратов устанавливается многочисленное оборудование, требующее для эксплуатации дополнительных знаний и навыков. Все это повышает напряженность умственной деятельности летчика и космонавта и требует от него большей функциональной готовности к деятельности и ее осуществлению в условиях воздействия неблагоприятных факторов полета. Между тем существенных изменений в уровне медико-биологического и социально-психологического обеспечения профессиональной деятельности летного состава и космонавтов не происходит. В результате могут возникнуть сбои в профилактике и предупреждении случаев снижения надежности их профессиональной деятельности. Таким образом, возникает необходимость проведения комплексных исследований влияния медико-биологических и социально-психологических факторов на профессиональную деятельность летчика и космонавта, оценки соответствия мер профилактики и их эффективности по предупреждению случаев снижения профессиональной надежности и разработки, при необходимости, новых технологий сохранения здоровья и работоспособности при воздействии совокупности неблагоприятных факторов авиационного и космического полета. В табл. 1 представлены примеры технологий, разработка которых представляется актуальной в интересах повышения безопасности полетов и профессиональной деятельности летчика и космонавта за счет учета психофизиологических характеристик и возможностей человека на стадиях и этапах разработки и эксплуатации авиационной и космической техники.

Таблица 1

**Структура инновационных технологий применительно к стадиям разработки и этапам эксплуатации техники**

<b>Стадии и этапы</b>	<b>Технологии</b>
1. Задание на разработку образца техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предпроектного обоснования эргономических требований</li> <li>• моделирования и прогнозирования эффективности образца техники</li> <li>• учета характеристик и возможностей человека</li> <li>• обоснования требований к человеку-оператору и его подготовке</li> </ul>
2. Проектирование образца техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• эскизно-технического проектирования деятельности</li> <li>• концептуального и математического моделирования процессов взаимодействия в системе человек-техника</li> <li>• оценки проектных решений в экспериментальных условиях</li> </ul>

Стадии и этапы	Технологии
3. Создание образца техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• системотехнического и аппаратурного обеспечения проектирования средств и алгоритмов решения задач</li> <li>• полунатурного моделирования и оптимизации характеристик образца техники</li> <li>• разработки и создания средств обучения и тренировки</li> </ul>
4. Испытания образца техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• экспертизы образца техники с использованием полунатурных комплексов и стендов</li> <li>• экспертизы средств, алгоритмов работы и условий профессиональной деятельности</li> <li>• оценки средств подготовки и тренировки</li> </ul>
5. Подготовка производства техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечения серийного производства техники и оценки ее качества</li> <li>• обоснования критериев и показателей оценки эффективности профессиональной деятельности</li> </ul>
6. Эксплуатация техники	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечения специальным снаряжением и эффективными средствами защиты</li> <li>• подготовки специалистов и тренировки профессионально важных качеств</li> <li>• оценки и контроля профессиональной надежности деятельности</li> <li>• проведения мероприятий по реабилитации функционального состояния</li> <li>• оценки эргономических свойств техники в процессе эксплуатации</li> </ul>

Научное обеспечение профессиональной деятельности летного состава и космонавтов становится приоритетным направлением интеграции потенциала многих наук и научно-практических дисциплин. Опыт интеграции медико-биологических и социально-психологических исследований профессиональной деятельности летного состава и космонавтов может использоваться и по отношению к другим профессиям.

## **ВРАЧ КАК ФИЛОСОФ-ЭКСПЕРИМЕНТАТОР: ОТ ЛЕЧЕНИЯ ДУХА И ДУШИ К ЛЕЧЕНИЮ ТЕЛА**

*Войцехович В.Э.*

Известен анекдот. *Больной: Доктор, я буду жить? Врач: А смысл?* Здесь врач выступает не как доктор, а скорее как философ-экзистенциалист, размышляющий и над смыслом жизни больного



(стоит ли ему жить?), а также и над смыслом собственной жизни (зачем?).

Действительно, философия размышляет над самыми глубокими вопросами бытия, а потому ставит вопрос о жизни и смерти, о грехе, о понимании и прощении, о воздаянии за грехи, даже о возможном бессмертии. Отсюда критика западной медицинской парадигмы, согласно которой человек — это прежде всего тело, понимаемое как механизм, как множество органов, а субъектное бытие, внутренний мир не имеет значения при лечении болезней тела.

Правилен ли основной тезис западной медицины: можно лечить тело независимо от духовного мира больного (а часто и независимо от специфических особенностей индивида)?

С нашей точки зрения, это тезис ложный, как с точки зрения теории, так и практики. Можно ли вылечить болезнь тела, если дух и душа не здоровы? Действительно, что такое человек?

Есть разные точки зрения, берущие за основу и природы, и человека то материальное тело, то духовное начало. Но наиболее выдающиеся мыслители и философы Востока, Запада, России выделяют вечное — духовное начало. Таковы Лао Цзы, Будда, Пифагор, Платон, Аристотель, Парацельс, Г. Гегель, В. Соловьёв и другие. Отсюда человек — это триединство, единство духа, души и тела. Дух — вечная часть человека, главный его, наиболее сложный элемент, существующий вне пространства и времени. Сходное понимание присутствует и на Востоке — в ведизме и буддизме, где дух называют Атманом, и на Западе, как в христианстве, так и у ряда философов нового времени. Например, Лейбниц трактует дух как вечную монаду (духовный атом). Душа — «мост», соединяющий вечное и конечное — дух и тело. С XVII века по примеру Р. Декарта душу отождествляют с психикой — вполне научным объектом, расположенным в пространстве-времени, а потому конечным. Тело — самая простая часть человека, «оболочка духа и души», т.с. «скафандр» для существования духа на Земле, на физическом плане бытия, в пространстве-времени. В человеке, как и в других объектах, более сложный элемент управляет более простым, поэтому дух управляет душой, а с помощью души и телом. Эволюция человека — это прежде всего развитие духа, направляющего и психику, и тело. Процесс эволюции (как и всякого развития) сложен и противоречив, поэтому постоянно возникают противоречия между описанными тут главными составляющими человека. Здоровье же человека — гармония между духом, психикой и телом. Отсюда источниками нездоровья могут быть как 3 описанных элемента, так и отношения между ними. Но главный путь оздоровления человека — восстановление целостности человека — единства духа, психики и тела (при ведущей роли духа), а также восстановление единства человека и природы,



космоса, Вселенной. Ясно, что в случае нездоровья духа и психики даже нормальное тело со временем также станет больным. Поэтому главный принцип истинной – интегральной и гуманитарной медицины: «У здорового духа – здоровое тело». Настоящий врач должен быть «духовником» пациента, т.е. высокодуховным, нравственным, красивым, интеллектуально развитым человеком. Лечение болезни нужно начинать не снаружи – с симптомов, а изнутри – с подсознания, мироощущения и мировоззрения человека. В идеале при обращении больного к врачу последний должен провести проверку целостности человека (наличия гармонии в системе «дух–психика–тело»), а затем исследовать здоровье духа (наиболее трудный вопрос), затем здоровье психики и только после этого обратиться к телу как элементу, управляемому духом и психикой. Конечно, мелкие нарушения целостности тела можно вылечить и относительно независимо от духовных проблем. Но крупные нарушения здоровья, тяжёлые болезни всегда связаны с сущностью человека – нарушениями в духовном атоме и психике. Если человек духовно здоров, то вопрос в гармонии трёх составляющих. Лечение – часть жизни человека, и потому оно должно восстанавливать гармонию личности, а не ломать её. Если же человек духовно болен (например, у него устойчивая депрессия и навязчивое стремление к суициду), то вылечить дух помогут философ, священник, психиатр или высоко развитый врач, выступающий в их роли. Но и сам больной (если это духовно развитый, образованный человек) способен помочь себе: переосмыслить смысл своей жизни, собственного существования, отбросить мнимые ценности прошлой жизни и лживой культуры, навязанной порочным обществом, полюбить себя и близких в высшем – духовно-вечном смысле. Тогда путь к оздоровлению открыт. Поэтому экзистенция (как внутреннее переживание человеком личного, субъектного мира, как восхищение свободой, творчеством, любовью) способна стать способом лечения души и тела человека. Медицина должна опираться прежде всего на «духологию», на личную психологию больного, а настоящий врач должен быть в первую очередь философом и психологом, а во вторую – физиком, химиком, биологом, инженером.

### Литература

1. Боэций. Утешение философией» и другие трактаты. / Сост. и отв. ред. Г.Г. Майоров. 2-е изд. М. : Наука. 1996. 355 с. (Серия «Памятники философской мысли»).
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. (Святитель Лука). Дух, душа, тело. Тула, 2012. 128 с.
3. Войцехович В.Э. Духовные основы здоровья // Мир психологии. № 4. М., 2000. С. 233–243.

# МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ: АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАЛОГА<sup>1</sup>

Гребенщикова Е.Г.

Специфика современного биоэтического дискурса во многом определяется комплексными проблемами, в которых пересекаются интересы пациентов и государства, страховых компаний и медицинских брокеров, а диалог становится необходимым условием рассмотрения и разрешения этических, юридических, социальных измерений упомянутой проблематики. Одним из аттракторов повышения внимания к коммуникативным площадкам биоэтики является проблема медицинского туризма, требующая не ситуативных и, по сути, паллиативных мер, а *конструктивного диалога органов здравоохранения и пациентов*<sup>2</sup>. При этом последний оказывается способом разговора на более масштабные темы – эффекты процессов глобализации и глокализации, выработка механизмов согласования различных интересов в обсуждении рискованных проблем биомедицины и поиск эффективных регулятивов растущего мирового рынка медицинских услуг.

В контексте отечественных дискуссий актуальность обозначенной проблемы детерминирована, по крайней мере, двумя обстоятельствами. Во-первых, российские пациенты все больше вовлекаются в растущую индустрию медицинского туризма, а, во-вторых, сравнительные модели, определяющие характер отечественной полемики, требуют более внимательного изучения «сложностных» проблем, возникающих по обе стороны государственной границы.

В общем виде медицинский туризм – это перемещение пациентов из одной страны в другую для получения медицинских услуг. Можно говорить о его специфике относительно *плательщика услуг, их законности* или же *возникающих этических и юридических проблем*<sup>3</sup>.

В первом случае речь идет о: 1) услугах, оплачиваемых непосредственно пациентами, если они не доступны в данной стране, их не покрывает медицинская страховка или же она отсутствует<sup>4</sup>; 2) туризме, поддерживаемом некоторыми частными страховыми компаниями, которые предоставляют скидки или другие формы стимулов для обращения в компании-партнеры; 3) государственно поддерживаемых программах лечения.

<sup>1</sup> Тезисы подготовлены при поддержке гранта РФНФ 11-33-00107a2.

<sup>2</sup> Medical Tourism. Exploitation of Vulnerable Persons or a Healthy Supplement to the Nordic Health Care System? / The Nordic Committee on Bioethics. URL: [http://ncbio.org/nordisk/arkiv/medical\\_tourism\\_2009\\_10\\_021.pdf](http://ncbio.org/nordisk/arkiv/medical_tourism_2009_10_021.pdf)

<sup>3</sup> Cohen G. How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics) // Developing World Bioethics. Vol. 12 Num. 1. 2012. P. 10.

<sup>4</sup> Согласно статистике в 2009 г. 50,7 миллионов американцев (16,7% населения) не имели медицинской страховки // Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009. U.S. Census Bureau. P. 22. Issued September 2010.

Второй возможный критерий демаркации — законность услуг. Во-первых, это практика, которая запрещена в обеих странах, как например, продажа органов. Во-вторых, получение медицинских услуг, которые нелегальны в стране пациента, но законны в другой стране. В этом смысле Г. Коэн говорит об «обходном туризме», который нередко конкретизируется в понятиях «репродуктивного туризма», «абортного туризма», «эвтаназийного туризма» и т.д. Например, согласно статистике Министерства здравоохранения Великобритании в 2011 году в общей сложности 4149 женщин из Ирландии, где аборт запрещен, обратились в медицинские учреждения Англии и Уэльса<sup>1</sup>. В-третьих, получение услуг, которые легальны в обеих странах. В последнем случае обращение может быть продиктовано существенной разницей в стоимости, временем ожидания, более высокой компетентностью специалистов другой страны. Именно эта группа связана с государственными программами финансирования в то время как пациенты, оплачивающие медицинские услуги самостоятельно, могут попасть в любую из вышеназванных категорий.

Ещё одна дистинкция — специфика возникающих юридических или этических проблем. В случае легальных медицинских услуг наиболее острыми оказываются вопросы ответственности за качество медицинской помощи, возможности её оценки и защиты интересов пациентов. Даже принимая во внимание различие процедур информирования в разных странах, особенности медицинского законодательства и т.п. очевидно, что медицина без границ в реальности наталкивается на языковые, культурные, бюрократические, юридические барьеры. Кроме того, возникают вопросы о помощи при осложнениях или необходимости последующего лечения. В 2004 году Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) опубликовал доклад о двенадцати американских женщинах, вернувшихся после косметической хирургии из Доминиканской Республики с микобактериальной инфекцией<sup>2</sup>. Вторая сторона проблемы — влияние подобного туристического бизнеса на систему здравоохранения принимающей стороны. Государственные инвестиции в развитие международных биомедицинских центров совсем не означают прямых выгод и расширения помощи для местного населения. Общий настрой этой полемики хорошо иллюстрирует «феномен вытеснения», ассоциирующийся с доступом иностранцев в лечебные учреждения Индии, Таиланда и Сингапура. В таком контексте позиция оппонентов — инвестиции государственных средств в профилактическую медицину и системы государственной

<sup>1</sup> UK abortion statistics 2012. URL:<http://www.ifpa.ie/node/501>.

<sup>2</sup> Brief report: Nontuberculous mycobacterial infections after cosmetic surgery – Santo Domingo, Dominican Republic, 2003–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53, 509.

медико-социальной помощи принесут больше пользы местному населению — звучит вполне убедительно и находит значительную поддержку.

Все вышеназванные проблемы релевантны и для «обходного туризма», рискогенный потенциал которого, безусловно, более значителен. Опасения вызывают как реальная практика, например, продажа органов, так и перспективы «скользкой дороги» — угроза трансформации норм традиционной морали и переоценки ценностей. Так, признание сверхценности человеческой жизни и негативное отношение к эвтаназии большей части жителей Великобритании, по мнению некоторых авторов, может трансформироваться под влиянием эвтаназийного туризма в Швейцарию. В тех же случаях, когда медицинские услуги незаконны в обеих странах проблема приобретает вид процесса мультипликации рисков.

Напомним, что категория риска в середине XX века стала исходным пунктом установления коммуникативных каналов между наукой, обществом и государственными структурами, сформировавших инициативы разрешения «сложностных» проблем технонауки. С этой точки зрения диалог сторон, заинтересованных в развитии медицинского туризма, может рассматриваться не только как поиск оснований сопряжения интересов и алгоритмов решения практических и юридических проблем, но и как стимул установления новых модальностей взаимоотношений, развития трансдисциплинарных форм социогуманитарной оценки и гуманитарной экспертизы проектов и практики биомедицины.

## **КОНЦЕПТ ГУМАНИТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ: О ДИАЛОГЕ, ПОЛИЛОГЕ И ПРИЗНАНИИ ЧУЖОЙ ОДУШЕВЛЕННОСТИ<sup>1</sup>**

*Доманова С.А.*

Движение к новому знанию начинается с осмысления эпистемологической ситуации по проблематике исследования, в нашем случае — о концепте гуманитарной медицины. Современным научным сообществом рассматривается ряд проблем, связанных с необходимостью по-новому осмыслить деятельность врача, с задачей преодоления технократического («инженерного») подхода во взаимоотношениях «врач—пациент». Исследователями констатируется назревшая необходимость «антропологического поворота» к пациенту, что напрямую связано с выработкой интегративных методов на основе трансдисциплинарных гуманитарных методологий, центром

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке РФНФ, проект № 13-03-00222 «Концепт гуманитарной медицины: фундаментальное и прикладное».

приложения которых является Человек в его коэкзистенциальном целом.

В современный научный дискурс вошли такие понятия как «нарративный поворот» в соматической медицине, «нарративное самоистолкование медицины», «нарративные практики врачей в ходе медицинской коммуникации с пациентом», «разговаривающая медицина» и т.п.<sup>1</sup>. Нарративами пронизана вся жизнь человека, в том числе и жизнь в момент ее ослабления, т.е. болезни<sup>2</sup>. Отношения между врачом и пациентом также могут пониматься как текст.

Поскольку речь идет о гуманитаризации медицины, вспомним, что М.М. Бахтин отмечал специфику гуманитарной науки, которая заключается в направленности «на чужие мысли, смыслы, значения... реализованные только в виде текста...»<sup>3</sup>. Если жизнь человека — текст, то необходимо рассматривать его как единицу коммуникации, в которой подчеркивается семиотичность, знаковость как устных, так и письменных текстов-сообщений. Любому тексту свойственна мифология и противоречивость интерпретаций. Достоверное прочтение текста-сообщения, его деконструкция даст результат — более целостное восприятие человека, его внутреннего мира, его проблем (понимание Другого). Понять то, что «безмолвно уже было высказано там», писал Мишель Фуко о первичном тексте, его умолчаниях и богатстве, акцентируя внимание на вербальной и невербальной составляющих текста<sup>4</sup>.

У Поля Рикёра «другой теперь — то страдающее существо, чье вакантное место мы непрестанно отмечаем в нашей философии действия, характеризизуя человека как действующего и страдающего, претерпевающего. Страдание определяется не исключительно физи-

<sup>1</sup> См., например: материалы Российской междисциплинарной конференции «Субъективные смыслы болезни: на пути к нарративной медицине» 1–2 июня 2012 г., СамГУ. URL: <http://www.phil63.ru/otchet-o-rossiiskoi-mezhdistsiplinarnoi-konferentsii>; Мещерякова Т.В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента // Вестник ТГПУ. 2010. №5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskiy-narrativ-v-bioetike-kak-kriteriy-ucheta-individualnosti-patsienta> (дата обращения: 22.05.2013).

<sup>2</sup> Вот какое определение дает Т.В. Мещерякова в указанной выше статье: «Нарративная медицина является **моделью гуманитарной медицинской практики**, ориентированной на идеал заботы об индивидуальном пациенте, на учет его уникальной исторической индивидуальности как целостности. Она не является новой специальностью, а представляет собой новую систему отсчета для клинической деятельности. Она призвана дать врачам навыки, методы для более эффективно-го понимания ситуации, в которой рассматривается единственный в своем роде человек»

<sup>3</sup> Бахтин М.М. Проблема текста в лингвистике, филологии и других гуманитарных науках: Опыт философского анализа // Русская словесность: От теории словесности к структуре текста. Антология. М., 1997. С. 227.

<sup>4</sup> Фуко М. Порядок дискурса // Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. М., 1996. С. 77.

ческой болью и даже не болью психической, но уменьшением и даже устранением способности к действию, возможности-делать, воспринимаемых как посягательство на целостность «Я»». В медицинском дискурсе мы видим пациента, потерявшего свою целостность, что может проявляться через нарушение соматического, психического и социального благополучия. Миссия врача по возможности вернуть эту целостность бытия. Первый шаг на этом пути — познание Другого (его нарративной идентичности) через диалог между врачом и пациентом, а на его основе формирование понимания индивидуальной медицинской ситуации и необходимости совместной выработки пути ее переосмысления, «пере-интерпретации».

Еще до вступления в вербальный диалог, опытный врач по тому, как пациент вошел в кабинет, его походке, включенности в общение, или наоборот — отстраненности, может многое узнать о его психологическом настрое. Далее пациент рассказывает о себе, перенесенных не только им, но и родственниками заболеваниях, своих ощущениях, недомоганиях, врач выступает в роли слушателя; затем — пациент слушает рассказ врача о диагнозе, способах лечения, прогнозе и т.д. Чем обстоятельнее, полнее, диалогичнее будет это общение, тем успешнее будет и сам процесс лечения, а главное — излечение. Сбор анамнеза — что это как не история, нарратив жизни уже не одного человека, а нескольких поколений «подключаемых» к диалогу между врачом и пациентом (и это уже элемент «заочного» полилога)<sup>1</sup>.

Вся культура, создаваемая от эпохи к эпохе, транслируемая от поколения к поколению — это «речь многих», культура пронизана полилогом, она результат полилога. В процессе воспитания и образования, приобщаясь к знаниям, накопленным цивилизацией, каждый человек выстраивает собственный диалог с прошлым, включается в полилог культуры. От глубины проникновения в него зависит уровень развития личности, ее культуры и профессионализма. Элитарность личности определяет стиль коммуникации вступающих в диалог и полилог.

И в профессиональной деятельности врача определяющее значение имеет общая культура личности, степень овладения теоретическими и практическими знаниями, способность мыслить, и в то же время чувствовать, т.к. именно эмпатия позволяет поставить в центр внимания индивидуальность пациента, перейти к диалогу с ним.

<sup>1</sup> Здесь уместно вспомнить одно из определений полилога, который дословно переводится с греческого как «речь многих», разговор многих участников. При этом предполагается, что роль говорящего переходит от одного лица к другому. В некоторых определениях полилог называют синонимом слова диалог, так как последний не ограничивается наличием ровно двух участников (греческий префикс диа- «через» в слове диалог и греческое ди- «два» лишь внешне схожи). В связи с этим утверждается, что в диалоге, как и в полилоге, может участвовать любое число участников.

Самое сложное для врача в выстраивании доверительного диалога с пациентом — это (перефразируя П. Рикера<sup>1</sup>) — преодолеть культурную отдаленность, дистанцию, отделяющую врача от чуждого ему текста (нарративной идентичности Другого), чтобы по возможности встать на один уровень с пациентом и таким образом включить смысл этого текста в свое понимание.

В основе концепта гуманитарной медицины должен лежать принцип «чужой одушевленности» и уникальности каждой личности, ее жизненной истории. Необходимо новое осмысление феномена культуры общения между врачом и пациентом на основе развития диалога как элемента полилога культуры. Тогда более успешно можно будет развивать эмпатический компонент, как гуманистической составляющей клинического мышления врача. Решение этой задачи — одна из ступенек, ведущих к гуманитаризации медицины.

## **МОРАЛЬНЫЕ И ИДЕЙНО-ПРАВСТВЕННЫЕ ОЦЕНКИ НАУЧНЫХ КРИТЕРИЕВ «НОРМА–ПАТОЛОГИЯ» В ПСИХОЛОГИИ И СЕКСОЛОГИИ**

*Жолобова И.К.*

В настоящее время многие вопросы теории и практики в том, что касается научных критериев сексологической нормы, перверсий и девиаций остаются нерешёнными.

При этом сложность заключается не только в дискуссиях имеющих место в сексологической, психиатрической, психологической и юридической литературе, но и тех моральных оценках общественности в адрес научных критериев и самой науки.

Невозможно говорить о критериях не изучив многообразие проявлений, которыми столь богата сексуальная жизнь, что подтверждается психиатрической и сексологической практикой.

Вечный спор между сциентистами и антисциентистами видится неразрешимым и возможно лишь урегулирование отдельных вопросов. К примеру, как это было сделано научным сообществом с введением контроля за исследованиями на человеке.

В целом к науке превалирует негативное отношение. И тому существует целая масса объективных и субъективных причин. С одной стороны огромное количество катастрофических последствий для социума и человечества имевшие место в истории, а с другой — непонимание научного языка большим количеством людей, их отстранённость, фрагментарность изучения научного материала.

---

<sup>1</sup> Рикер П. Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике. М., 1995. С. 4.



Моральное сознание людей не готово к восприятию информации от имени науки, не смотря на всю обоснованность доводов. Это закономерно приводит к тому, что с точки зрения сексологической и психологической науки критерии есть, но в силу того, что в представлении большинства наука не решает существующие проблемы и не отвечает на вопросы, а усугубляет ситуацию, преобладает интерес к ненаучным знаниям.

Доверие общества к науке, а, следовательно, и её моральный авторитет значительно снизились. В этом смысле моральные оценки научных критериев «норма—патология» зависят не от науки, а от моральной парадигмы в обществе.

В обществе происходит девальвация ценностей. Наблюдается размытость и отсутствие иерархической системы ценностей, слабо выражены в понимании людей такие вечные дихотомии как добро и зло, истинное и ложное, прекрасное и безобразное и т.д.

Так называемые «сексуальные свободы» и их всевозможные формы проявления столь рьяно отстаиваются, что малейшие попытки научных исследований в этой сфере в целях дифференциации по принципу «норма — отклонение от нормы» воспринимаются общественностью в буквальном смысле «во штыки».

Дезорганизованность человека, утратившего свой нравственный и моральный облик, с пошатнувшимися устоями приводит, как следствие, к его неспособности адекватно оценивать события, их последствия и реагировать на них, поскольку отсутствуют чёткие критерии оценки. В итоге идейно-нравственный плюрализм больше похож на некий ценностный кризис и хаос, который на практике приводит к разрушению ценностей. В том числе ценностей науки и науки как ценности. Отсюда тяга к целительству и народной медицине, парапсихологии — поиску альтернатив науке.

Очевидное моральное и нравственное падение заставляет многих людей искать выход из сложившейся ситуации в религиозности. В такой ситуации всё чаще звучат призывы держаться веры и религиозных устоев, что само по себе рождает очередную крайность. А это само по себе не менее опасно, ведь то, что противоречит церковным догматам — греховно. И точка — никакого обоснования и дискуссий.

Отсутствие единого научного критерия «норма — патология» в том, что касается психологической, психиатрической, сексологической и юридической практики, а также разобщённость и противоречивость имеющих место критериев, критика и неприятие, а также многообразное толкование мешает решению существующих проблем теории и практики (диагностика, терапия, решение экспертных вопросов). Неустойчивость моральных и ценностных устоев и норм приводит к отставанию научных исследований от актуальной наличной ситуации в обществе.



Сексологическая норма и патология, как связанные со столь значимой сферой в жизни отдельного человека и социума в целом, нередко приводят к личным трагедиям, а также общественно опасным деяниям на сексуальной почве. Более того, девиантное сексуальное поведение выступает предпосылкой совершения рецидивных, деяний. И от того как будут оцениваться эти деяния и состояния лиц их совершивших с точки зрения научных подходов и критериев зависит политика и действия государства в лице соответствующих органов, а также здоровье и жизнь реальных или потенциальных жертв.

Мы как представители науки не в силах изменить моральный статус людей.

Однако же упомянутые «сексуальные свободы», происходящая подмена науки теми же религиозными догматами и всевозможными вненаучными знаниями, их право на истину в последней инстанции заставляют задуматься над тем, к чему это всё приведёт в конечном итоге, если не пытаться найти адекватные сложившейся ситуации рациональные научные подходы и решения. Необходимо не останавливаться на пути научного поиска и переломить ситуацию недоверия к науке.

## **«НОВЫЙ ОРГАНИСТИЧЕСКИЙ СИНТЕЗ» И МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАНИЕ: МОДЕЛЬ ПОСТАНОВКИ ВОПРОСА**

*Захаров Д.В.*

Всякое движение в сторону полилога естественнонаучного и гуманитарного знания должно начинаться, наверно, с установления причин их монологизма. Раскол знания сам по себе есть следствие механистической картины мира, утвердившейся в Новое Время. В поле этого «ньютоно-картезианского» видения мира есть две непресекающиеся реальности – реальность мёртвая, равнопротяжённая и равноразмеренная – это природный «окружающий мир» и реальность живая, мыслящая и выбирающая – это человеческий внутренний мир. Над природой властвуют законы необходимости, её движение закономерно, поэтому ей можно и нужно управлять – человек же в своём мышлении свободен, поэтому он властен сам устанавливать законы собственного жительствова. Устами баденских неокантианцев этот ход мысли устанавливает правило: диалог (или, к тому же, полилог) научных дискурсов – естественнонаучного (науки о природе) и гуманитарного (науки о духе) невозможен. *Но на самом деле это не два различных подхода к знанию и его методам, а один, подчинённый моно-логике этого единого видения реальности.* За непроходимым

конфликтом и спором «физиков» и «лириков» по поводу человеческой природы — двух монологов — обнаруживается эта тотальная моно-логика. Механицизм моно-логичен. Он требует «подведения под общий знаменатель», он жаждет единства, но такое *Единство существует благодаря устранению различий*. Механистическая логика требует редукции к более простому; с одной стороны, всё сложное — духовное, свободное, человеческое редуцируется «физиками» к просто-физическому, просто-химическому, просто-биологическому, к *фактическому*. *Событие и поступок неизвестны «наукам о природе»*.

Но и с другой стороны, «со-бытие бытия» неизвестно самим «наукам о духе». Антропологизм и гуманизм последовательно отделяют человеческое от природного. *В природе нет события и поступка, в ней нет души, свободы и языка*. Это свойства человеческого духа. «Лирики» проигрывают потому, что впадают в гуманистический спиритуализм — как только рафинированная духовность опровергается физической, химической или биологической недостоверностью духа — рушится и весь гуманистический проект.

«Бога нет — это медицинский факт», — утверждает герой Ильфа и Петрова. Гуманитарии сами констатируют «смерть Бога» и «смерть человека». Тем более для медицинской реальности классической теории медицины нет места рафинированному духовному антропосу, инстанции отвлечённого Абсолюта. Гуманитарное знание в ВУЗе воспринимается как досадный довесок, отнимающий время у клинических специальностей. Пример тому этика и биоэтика — *без прояснения категории жизни на новых, неклассических основаниях* они никак не включаются в теорию медицины. *Человек никак не становится предметом медицинского знания*, а всякое приглашение к разговору на био-этические темы — воспринимается только как возможность поразмышлять всеу о моральности, например, убийства. Это первое.

Второе. Как только речь заходит о полилоге возникает вопрос о самой возможности поли-логики. Нонклассика утверждает приоритет многообразия, но за *простым многообразием* фигур (текста, речи, письма) пропадает Единство. Распад Единства в фигурах и формах — вот итог «эпохи Пост». *Единое пропадает в различиях и различениях*. Поэтому если понимать под полилогом только равенство различных дискурсов, то такое равенство может привести к аннигиляции основ их сопряжения. Такая «гуманитарная экспертиза» выглядит в глазах практиков как очередной крах «лирической» мудрости, как болезнь ума и бесполезный интеллектуальный изыск.

Возможно поэтому after-postmodernism «воскрешает» человека (субъекта) и смысловые координаты мира. Снова актуальной становится программа Бахтина — новый синтез знания в зоне концептов хронотопа, события и поступка. Сам же Бахтин интересен в контексте

русского мировоззрения, особым, трагическим образом прочувствовавшим власть моно-логической культуры. Русское мировоззрение выработало альтернативный проект «плюралистической реальности». *Его суть можно представить в тезисе: Единое существует не за счёт устранения многообразия (дискурс механицизма), многообразие не есть устранение Единого (дискурс постмодернизма) – Единое существует благодаря многообразию и различию (дискурс органицизма).* Жизнь и культура и есть «цветущее многообразие». Русская традиция рождает концепции симфонии и полифонии как единства в многообразии. Представляется, что исключительно на основаниях такой поли-логики единства в многообразии возможен новый синтез знания, его органистический синтез.

В сердце органистической картины мира лежит представление о всеобщем статусе жизни. В механистическом представлении жизнь – величина ничтожная в мёртвом, расчленённом и бездушном космосе. *В органическом мировоззрении мир есть живой целостный развивающийся организм; природа, общество, человек – суть лишь его части, уровни или способы организации.* Именно это понимание даёт представление о проекте синтеза наук. На его первой стадии (XIX в.) синтез представляется возможным на базе возрождённой натурфилософии («философии жизни»), на второй (XX в.) – на базе системной теории (новый позитивизм). Это не означает, что время натурфилософии «философии жизни» проходит – как раз наоборот – структуральный анализ в исследовании систем соединяет «философию жизни» и структурную аналитику.

Продолжением натурфилософии в XX веке является антропный принцип. Он возвращает смысловое (целевое) измерение в мёртвый космос новоевропейской научной картины мира. В ньютоновой вселенной время и пространство разделены; новое понимание *хронотопического единства мира возвращает ему смысловую координату, известную архаическим картинам «живого и говорящего космоса».* Примечательно, что понятие хронотопа, вслед за Бахтиным утвердившееся в гуманитарном знании как смысловая координата мира-текста, мира-мифа, уже прежде курсирует в поле естественных наук (Ухтомский – Эйнштейн – Лобачевский).

Архаические и традиционные системы с их натурфилософией становятся актуальными в построении новой научной картины мира. То, что в классическую эпоху считалось недостатком знания – то самое синкретическое единство знания о символических *смысловых* знаковых системах человеческого мира и принципиально, казалось, не-знаковых системах *эмпирических фактов* природы – с возвращением знака и смысла в природу в неклассическую эпоху становится стратегической программой новой эпохи научного знания. Вот и для медицины тот древний взгляд, что организм есть микрокосм,

сосредотачивающий в себе всё целое, что границы организма в его стабильном (здоровье) и нестабильном (болезнь) состоянии не кончаются его телом, или, лучше сказать, его тело-ландшафт вмещает в себя весь космос «живых и говорящих» вещей — оказывается программой медицины здоровья, понимающей последнее как «оптимум физического, психического и социального (а, на самом деле, — гораздо шире — Д.З.) благополучия».

Только при таком взгляде между этикой жизни и био-этикой уничтожается провал, образовавшийся после «Великой Дифференциации Наук». При таком взгляде *событие мира и человеческий поступок становятся точкой ответственного выбора, в котором мир-организм совершает выбор пути своего будущего.*

Синтетические процессы начались. Свидетельством тому та поли-фония направлений, концентрирующихся вокруг одной идеи. Органицизм, теория систем, холизм, космизм и антропокосмизм, витология — все они вырастают из одной традиции и применимы для построения новой теории медицины с известными издревле требованием к последней быть целостной картиной жизни.

И тут мы заканчиваем тем, с чего следовало бы, как раз, начать...

## **О РОЛИ ЭВОЛЮЦИОННОЙ ИДЕИ В РАЗВИТИИ ЗНАНИЯ О ПСИХИЧЕСКОМ: НА СТЫКЕ НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ, ПСИХОАНАЛИЗА И ФИЛОСОФИИ<sup>1</sup>**

*Игнатенко А.С.*

**1. Механицизм, эволюционизм, энергетизм в западном знании.** Позднее Возрождение и Новое Время — период становления западного позитивного знания, в основе которого лежат представления о механизме. Создавая все более сложные механизмы и наблюдая этот процесс усложнения рукотворных механизмов, западный человек быстро приходит к идее развития естественных живых «механизмов», таких как организм (Декарт, Борелли), общество, а позже и сознание. Создание сложного механизма парового двигателя, разработка понятия «движущей силы» (Карно, Клаузиус, Джоуль), которое позже будет заменено понятием «энергия» (Томсон)<sup>2</sup>, вкупе с эволюционной идеей (Спенсер, Дарвин) формируют западный эпистемический инвариант: развивающийся (повышающий свою сложность, уровень дифференциации) механизм (позднее «структура» или «система»), который есть совокупность элементов с циркулирующей по ним

<sup>1</sup> Тезисы подготовлены при финансовой поддержке РФФИ, грант № 13-06-00813а «Эволюционное мышление как основа междисциплинарного синтеза знания».

<sup>2</sup> Об этом см.: Кудрявцев П.С. Курс истории физики. М., 1982, С. 209, 225.

энергией, обеспечивающей взаимодействие этих элементов и заставляющей данный механизм выполнять некоторую работу.

**2. Зарождение эволюционной теории психического.** Позитивное знание на протяжении всей своей истории стремилось вывести все большую часть симптомов из-под юрисдикции потустороннего и привязать к телу. Место потустороннего заняло психическое, и причины болезни стали делиться на психологические (теория психогенеза) и органические (теория органогенеза). Когда изучение тела достигло того уровня, на котором стали возможны философские обобщения и работа с абстрактными понятиями, тело было уподоблено автомату (Борелли, Декарт), а вслед за телом механические принципы организации были приписаны и душе (Декарт, Гоббс, Локк). Важнейшим событием в истории психиатрии стало описание А.Л. Бейлем в 1822 году прогрессивного паралича: болезни, сопровождавшейся психической симптоматикой, которой соответствовали органические повреждения, легко выявлявшиеся при вскрытии (воспаление паутинной оболочки головного мозга). Фактически был открыт еще один вид механизмов: механизм нервных клеток и волокон, служащих проводниками «нервной энергии». Динамическое видение психопатологического процесса способствовало пониманию психической болезни как вырождения, процесса, обратного развитию (Б.О. Морель, Ч. Ламброзо). Г. Спенсер (1820–1903) в своих «Принципах психологии» (1855) представил ментальное развитие, эволюцию, как постепенный переход к все более сложным и дифференцированным состояниям, считая психику *механизмом* адаптации человека к окружающей среде. Обратный эволюции процесс он назвал диссолюцией.

**3. Дж.Х. Джексон: психическая болезнь как диссолюция.** Развивая идею диссолюции Спенсера, Джексон связывает повреждения определенных центров мозга с симптомами, наблюдаемыми у эпилептиков, выстраивая собственную эволюционную теорию организации нервной системы и представляя мозг как слоистое образование, каждый последующий слой которого отвечает за все более произвольные, менее автоматичные действия. Человек с физической точки зрения есть *автомат, сенсорно-моторный механизм*, по которому циркулирует *нервная энергия*, высшая часть его *нервной системы* наименее автоматична, эволюционирует от автоматических, обусловленных действий к свободе, которая необходима человеку для адаптации к новым условиям окружающей среды. Этот этический вектор – от обусловленности к свободе – важнейший подарок эволюционизма механицизму в результате прививки последнего на антропологическую почву.

**4. Фрейд: психический аппарат, энергия либидо и эволюционизм.**

**5. От эволюционной психиатрии к «Психиатрической эволюции».** Э. Минковски основывает в 1925 году журнал «Психиатрическая

эволюция», где продвигает во французской психиатрии идеи последователя Фрейда — Ойгена Блейлера, в том числе и впервые представленную им болезнь — шизофрению, которая быстро становится «эталонным» психическим заболеванием.

**6. Анри Эй: органо-динамизм, психическое тело.** Последователь Блейлера, Джексона и Минковски, А.Эй, стремясь уйти от противопоставления физического и психического, создает концепцию органодинамизма, в которой представляет тело и психику двумя крайними точками континуума. При этом он сохраняет структурную иерархизированную модель психики Джексона и трактует психическую болезнь как возвращение к эмбриональным фазам индивидуальной психической эволюции.

**7. М. Фуко: от микрофизики власти к техникам себя.** Признавая роль Фрейда, Минковски, Эя в теоретизации безумия, Фуко предлагает искать причину болезни в социальном конфликте. Вскоре он приходит к антипсихиатрическому выводу об определяющей роли социальных систем исключения в конструировании диспозитивов психической болезни и психически больного в условиях и средствами эволюционирующих дискурсивных структур власти-знания.

**8. «Капитализм и шизофрения».** Ж. Делёз и Ф. Гваттари развивают фукианскую критику нормализующей функции общества, психиатрического и психоаналитического знания, обличая Фрейда и его последователей в принудительном возвращении безумца в искусственно сконструированное детство к эдиповым конфликтам, в то время как симптому безумия на самом деле свидетельствуют о наступлении следующих за семейным этапом психической и личностной эволюции: социально-политического и духовного. Таким образом, эволюционная идея в ее применении к проблемами личности приводит нас к необходимости развития от личного к социальному, а затем и к духовному.

## **КОГНИТИВНАЯ БИОЛОГИЯ И БИОМЕДИЦИНА: СПОСОБЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО СИНТЕЗА<sup>1</sup>**

*Князева Е.Н.*

Один из новейших трендов в развитии неклассической эпистемологии и когнитивной науки основывается на достижениях когнитивной биологии. Последняя олицетворяет сближение когнитивных наук (cognitive sciences) и наук о жизни (life sciences).

---

<sup>1</sup> Исследование проводится при поддержке РФФИ (проект № 13-06-00816 «Эволюционное мышление как основание междисциплинарного синтеза знания»).

Именно на этой основе осуществляется кросс-дисциплинарная интеграция понятий, которая включает в себя исследование генетических компонентов культурных изменений и обратного влияния культуры на гены (теория генно-культурной коэволюции или теория двойного наследования), эволюции и развития, т.е. исследование взаимосвязи между эволюцией и развитием, между филогенезом и онтогенезом, между живым организмом и окружающей его средой, что обозначается ныне как *eco-evo-devo-perspective*. Биологическая эволюция понимается как часть глобального (универсального) эволюционного процесса, так называемой Big History. Именно по этому пути развивается сегодня эволюционная эпистемология, одна из версий натуралистической эпистемологии: в ней успешно применяются методы анализа сложных адаптивных систем, нелинейной динамики, когнитивных наук, в первую очередь когнитивной биологии и когнитивной психологии.

В качестве основы для междисциплинарного синтеза когнитивных, биологических и медицинских наук принимаются установки, предложенные австрийским биологом Паулем Альфредом Вайссом (1898–1989) и австрийским теоретиком систем Людвигом фон Берталанфи (1901–1972), которые ввели термин «теоретическая биология». Теоретическая биология в ее современном научном контексте представляет собой всеобъемлющую, кросс-дисциплинарную интеграцию понятий. Она включает в себя исследование генетических компонентов изменений, эволюции и развития, т.е. исследование взаимосвязи между эво-люцией и развитием, между филогенезом и онтогенезом. Теоретическая биология включает в себя все современные теоретические подходы – вычислительную (компьютеристическую) биологию, биосемиотику, когнитивные исследования, натуралистические сдвиги в философии науки и эпистемологии.

С одной стороны, новые теоретические вопросы в науках о жизни включают в себя изучение происхождения и организации форм биологических организмов, исследование взаимосвязи между эволюцией и развитием, фило- и онтогенезом, а также анализ биологических основ познания и функционирования мозга. С другой стороны, когнитивная наука претерпевает ныне третью волну в своем развитии. Первая волна в 50-х годах XX в. характеризовалась бихевиоралистическим подходом, ключевым словом всех исследований на том этапе была «информация». Вторая волна в 70-х годах XX в. определялась тем, что внимание сместилось на анализ материальных и энергетических основ поведенческой активности и ключевым словом стало понятие «мозг». в своем развитии. Третья волна, набравшая силу в первое десятилетие XXI века нацелена на соединение эволюционных аспектов и аспектов развития (*evo-devo-*), ключевым словом в ней становится «изменение» (*change*).



Когнитивная биология, воплощая соединение перспективы теоретической биологии и когнитивных наук, опирается на философию, психологию и физиологию в их историческом развитии, начиная с Декарта и до Дарвина, У. Джеймса и Н. Хомского. Теоретико-биологический подход применяется для понимания эволюции когнитивных способностей. Познание рассматривается не просто как построение репрезентаций внешнего мира, исследуется, насколько работает вычислительная, компьютерная аналогия и как возможно определение эмерджентных свойств мозга—тела—сознания в его физическом и биосоциальном встраивании в окружающую среду. Важным продвижением стало развитие когнитивной нейронауки — области, в которой изучается биологическая основа познания, прежде всего, нейронный субстрат ментальных процессов. Сейчас говорят о «нейроэтике», «нейроэстетике», «нейрополитике», «нейротеологии» и «нейрофилософии». С точки зрения эволюционных и нейронных основ исследуется понимание места, чисел, цвета, идентичности индивидов, коммуникации с другими индивидами или особями, причинных событий в когнитивной жизни биологических организмов. Выдающимся открытием стало соединение ментальных феноменов и образов в виде *mental imagery* (ментального воображения или перцептивного мышления). То, что было предвосхищено философами Беркли и Юмом, психологами В. Вундтом и У. Джеймсом, сегодня активно изучается как важные функции мышления и памяти. Когнитивная биология, таким образом, делает новые существенные шаги в исследовании динамического измерения эволюции и целостного рассмотрения сознания, мозга, тела и поведения в их структурной и синергичной связке с окружающей средой.

Вместе с тем и в современной медицине и биоэтике применяются достижения когнитивных наук и философии сознания. Наиболее плодотворными оказываются подходы холистический, экологический, динамический, а также подходы, развиваемые в теории сложности и теории сетей (*network science*).

Холистический (целостный) подход несет в себе, по меньшей мере, три смысла: 1) рассмотрение живого организма как целостной системы, где все органы и системы взаимосвязаны, поэтому и в поиске причин болезней (этиология) и эффективных методов лечения необходимо учитывать влияние какого-либо одного органа на другой или другие; также и в фармакологии действие лекарств многолинейно, комплексно, лекарственные средства могут вступать во взаимно усиливающее, синергичное взаимодействие, или противодействовать, компенсировать, тормозить действие друг друга; 2) учет тесной связи, взаимного сопряжения телесных и психических процессов (душевных переживаний и жизни духа), что в философии



предстает как проблема тела-сознания (mind-body problem), а в медицине как психосоматика; 3) обязательное принятие во внимание взаимосвязи живого организма и окружающей его среды, семейной среды, микросоциума или макросоциума (качества общественной жизни в стране). Всё чаще используется термин «холистическая медицина», который свертывает в себе все это многообразие смыслов и современных подходов.

Экологический подход выходит ныне далеко за пределы своей первоначальной области – биологического знания. Экологический подход оказывается перспективным в разных областях естественнонаучного, социального и гуманитарного знания, в том числе и в медицине. Сегодня говорят об экологии действия, экологии разума, экологии жизни, познания и творчества, экологии мысли и слова, экологии идей, экологии коммуникации и экологии управления. В медицинском плане можно говорить не только в привычном смысле о влиянии состояния окружающей среды и потребляемых продуктов питания на наше здоровье, но и об экологии здоровья (здоровой жизни) и экологии управления своим образом жизни, питания, лечения. Речь идет не только о поддержании гомеостаза, более или менее стабильного функционирования систем своего организма, не только о влиянии своего образа жизни на здоровье семьи и здоровую атмосферу в своем коллективе, но и о взаимном творении себя и окружающей среды, энактивности человека как живого существа, о коэволюционных ландшафтах как сложных конфигурациях взаимно «подогнанных» экологических, когнитивных, жизненных ниш.

Динамический подход также приобретает ныне все большую значимость. Появляется представление «динамическая болезнь», причем в это представление включаются не только традиционные врачебные клише о позитивной или негативной динамике течения заболевания. Динамика болезни может пониматься во всей полноте смыслов, раскрываемых в современной нелинейной динамике и теории сложных систем, а именно: эмерджентности, неожиданные скачки улучшения или ухудшения состояния больного, циклы течения хронических болезней и фрактальный, самоподобный рисунок накладывающихся друг на друга циклов (многолетние, сезонные, суточные изменения течения заболевания) и т.п.

В свете достижений современной теории сложных адаптивных систем (М. Гелл-Манн, Дж. Холланд и др.) и науки о сетях (А.-Л. Барабаши) подчеркнуты три важных момента для биомедицины. Первое. Типичным примером *сложной сетевой самоорганизующейся структуры* является иммунная система человека. Это система с чрезвычайно тонкой настройкой, так что любое даже самое умное вмешательство в нее, например действие иммуномодуляторов и

иммунопротекторов, способно ее разбалансировать. Известно, что такие аутоиммунные заболевания, как рассеянный склероз или системная красная волчанка, трудно поддаются лечению и причины их возникновения также очень сложно установить. Определенные надежды к раскрытию природы этих заболеваний могут быть связаны сегодня с развитием теории сетевых структур, в том числе и с математическим и компьютерным моделированием их функционирования. Исследования с биомедицинскими приложениями к иммунитету человеческого организма проводит в настоящее время группа исследователей в Гарвардском университете под руководством А.-Л. Барабаша. Показывается, что сеть – это структура, связанная определенными цепочками. Сеть постоянно растет, расширяется, ее агенты постоянно эволюционируют и адаптируются друг к другу. Связь с определенными агентами становится предпочтительной, это узлы. Наибольшее влияние в сети имеют узлы с наибольшим количеством связей. Предпочтительность определенного узла возникает вследствие соревнования и взаимной подгонки агентов. Новый элемент (агент или биологический вид) либо встраивается в цепочки связей сетевой структуры, либо он будет отторгнут ею. Если он выживает, он подстраивает под себя, видоизменяет связи в затрагиваемых им связях в сетевой структуре.

Второе важное представление, появившееся в теории сложных адаптивных систем, это представление об *автопоэзисе жизни и познания*. Опять подчеркну, что автопоэзис – это представление, давшее в 90-х годах XX века новый импульс развития для когнитивной науки, в которой появилась концепция triple EEE-cognition (embodied, embedded and enacted cognition) – концепция телесно воплощенного, встроенного в среду и в нейро-субстрат, энантивированного познания. А одновременно это представление было создано У. Матураной и Ф. Варелой, чтобы понять сущность жизни. Автопоэзис – это свойство самодостраивания, самовозобновления, самотворения сложных адаптивных систем, каковыми являются живые организмы. Автопоэзис – это развитие понятия гомеостазиса как способа поддержания здорового состояния и полного и спонтанного излечения от некоторых нетяжелых болезней. Это идея была предвосхищена в представлении К. Бернара о «внутренней среде организма» и в идее о «мудрости тела» У.Б. Кэннона. Жизнь обладает такой удивительной способностью, что она нацелена на поиск того, что расстроено, чего еще или уже не достает, и на самодостраивание целостности. Живая система постоянно поддерживает свою идентичность, свою тождественность, целостность тела и целостность духа, идентичность самосознания, самость, Яйность души. Жизнь направлена на то, чтобы распознать нарушения и восстановить систему.

Третьим существенно новым представлением, идущим из когнитивной науки, является представление об *энактивности*, т.е. *вдействовании* сложной системы в среду. Сложная система изменяется, трансформируется и обновляется во взаимодействии со средой и от среды, она строит для себя свою среду, свое окружение (Umwelt), которое, в свою очередь, обратно воздействует на нее, ее определяя. Система и среда связаны петлями нелинейных обратных связей, по сути дела, они взаимно детерминируют друг друга, т.е. находятся в отношении ко-детерминации, они используют взаимно предоставленные возможности, пробуждают друг друга, со-рождаются, со-творяются, изменяются во взаимодействии и благодаря ему.

Всякий живой организм является активной саморегулирующейся системой. Адаптация происходит не пассивно, а активно. Организм не просто подстраивается, а творит мир вокруг себя. Организм не абсолютно прозрачен, не абсолютно пластичен к любым изменениям окружающей его среды, как это думали первые эволюционисты, в том числе Г. Спенсер. Не только его отбирает среда (внешний отбор), но и он отбирает, избирает, строит свою среду (внутренний отбор), свой мир как Umwelt (термин Я. фон Иксюля). Познание есть не только реакция на внешний стимул, но и действие живого существа. Организм не просто реконструирует то, что «там вовне», а конструирует свое собственное видение объектов внешнего мира и строит свои собственные активные действия с ними в соответствии с тем, что он имеет «здесь внутри». Среда, в которой существует организм как сложная система, возникает вместе с ним, и все, что применимо к организму, применимо и к более или менее широкому его окружению, ибо имеет место сродство сложной системы и ее среды, их структурное сопряжение.

Концепция энактивизма выходит за пределы жесткого разграничения внешнего и внутреннего. Это так называемая позиция *extended mind*. Тело и сознание живого организма распределено, оно встроено в окружающую среду, которая является отчасти миром, созданным им самим, переделанным под его нужды. Энактивизм соответствует современной парадигме коэволюции сложных систем, активного движения по коэволюционным ландшафтам. Субъект и объект познания, когнитивный агент и среда его активности, воспринимающий организм и воспринимаемый им окружающий мир соединены общей историей, самим ходом эволюции. Не только организм (когнитивный агент) адаптируется к миру, но и мир — к организму. Полагаю, что концепция энактивизма открывает широкие перспективы для развития инновационных подходов в семейной медицине, валеологии, общественном здоровье и здравоохранении.

## **ЭКОФИЛОСОФИЯ КАК ПУТЬ СТАНОВЛЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОГО И ГУМАНИТАРНОГО ПОЛИЛОГА**

*Лисеев И.К.*

Экофилософия — это область философских исследований, изучающая философские основания различных направлений современного социоприродного взаимодействия. В своем развитии и содержательном наполнении она бросает вызов многим традиционным представлениям о бытии мира и человека, глубоко укорененным в современной культуре. В лоне ее исследований показывается, что человеческая цивилизация ныне находится как бы на распутье. Традиционно сложившиеся в культуре нормы и установки, исследовательские программы, познавательные модели, ценностные ориентации и деятельностные регулятивы близки к своему исчерпанию, плохо отвечают новым реалиям нашего времени. Мы живем в ситуации глубокого кризиса культуры, катастрофического состояния отношений природы и общества, кризиса норм и идеалов в науке, искусстве, политике, праве, педагогике, то есть во всем мировоззрении в целом. Сложившееся положение не является результатом какой-то ошибки или неправильно выбранной стратегии экономического, политического, социального развития. Оно представляет собой отражение глубинного кризиса техногенной цивилизации, охватывающего весь комплекс взаимодействий людей друг с другом, с обществом и природой.

Поэтому перед экофилософией стоят ныне задачи внесения вклада в новую цивилизационную проблематику культуры, осознания новых ценностно-нормативных отношений, позволяющих преодолеть отчуждение человека от природы, выработать экологическое мировоззрение, сформулировать экологические императивы взаимодействия общества и природы.

Всего этого возможно достичь, только обратившись к фундаментальным основаниям философского знания с целью их переосмысления в связи с требованиями времени. Экофилософия претендует на подобное переосмысление современной онтологической картины мира, представлений о природе, человеке, обществе и их взаимодействии.

В экофилософских исследованиях отмечается необходимость формулирования новых методологических принципов, отхода от традиционных аналитических установок, разработанных ранее, в пользу системных, коэволюционных, синергетических методологий, дающих принципиально иной взгляд на изучаемый объект.

Экофилософия констатирует необходимость смены ведущих направлений, определяющих характер приоритетов в развитии чело-

веческой деятельности: перехода от установок на неограниченный прогресс, беспредельный экономический рост к представлениям о пределах роста, гармонизации экономической экспансии и экологических лимитов, перехода от доминирования отношений господства, конкуренции, противостояния к идеалам сотрудничества, кооперации, сосуществования.

В экофилософских работах активно обсуждается вопрос о роли и задачах современного экологического образования и воспитания. Отмечается, что существующее ныне экологическое образование, основанное на аналитических знаниях о Природе, узко прагматически и потребительски ориентированное, не смогло повысить экологическую культуру населения, переломить доминирующие в обществе природо-разрушительные и природо-потребительские мотивы. Это говорит о необходимости коренного изменения философских оснований современного экологического образования в пользу целостного синтетического представления о мире и месте в нем человека. Это особенно важно в преддверии наступающей ныне эры нанотехнологий с целью предотвращения многих опасных последствий ее развития.

Ждут своего анализа все предлагаемые ныне сценарии будущего экоразвития человечества: антропоцентристский, социоцентристский, техноцентристский, космоцентристский, биоцентристский, теоцентристский, экоцентристский и прочие. Только в рамках экофилософии может быть показано, что видимость их альтернативности и взаимоисключительности может быть объяснена тем, что все они формировались в лоне традиционного, ныне изживающего себя мышления техногенной цивилизации.

Основной интенцией новых формирующихся представлений является становление естественнонаучного и гуманитарного полилога. В преодоление идущей от П. Риккерта установки о коренном различии и несовместимости естественных и гуманитарных наук, наук о Природе и наук о Культуре наше время позволяет (и не только позволяет, а и требует) увидеть их глубинное внутреннее единство.

В гениальных прозрениях В.И. Вернадского мысль о единстве научного знания проходит лейтмотивом через все его творчество. Ученый делает фундаментальной важности шаг, принципиальное значение которого трудно переоценить, выдвигая и обосновывая тезис о единстве естественнонаучного и гуманитарного познания в решении проблемы жизни. Жизнь, с его точки зрения, это не только природное, не только социальное начало. Жизнь связана со всей Био и Социо сферой. И далее: жизнь есть явление не специально земное, а явление космическое.

Эти догадки во многом опередившие свое время, долго не признаваемые официальной наукой, сейчас требуют своего современного

методологического осмысления, открывая путь не только к новым теоретическим конструктам видения реальности, но к новым практическим путям ее освоения, как в биологии, так и в медицине.

## **ПРОБЛЕМА СООТНОШЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОГО И ГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ**

*Летов О.В.*

Если представители неопозитивизма подчеркивали разрыв, якобы, существующий между гуманитарными и естественными науками, то М. Полани, Н.Р. Хэнсон и др. представители постпозитивизма отвергали антагонизм этих областей знания. Чарльз П. Сноу остро поставил проблему «двух культур» — естественнонаучной и гуманитарной — в своей лекции, прочитанной в 1959 г. Согласно его позиции, одна из основных причин глубокого размежевания этих двух областей кроется в узкой специализации их представителей. Обычным людям, например, трудно понять основы современной теоретической физики. М. Полани не отрицал наличие отмеченной Сноу специализации. Однако причину «пропасти» между двумя культурами он усматривал в другом, а именно — в современном ему понимании науки. Подобное понимание зародилось в период научной революции XVII в., укрепилось в период Просвещения и нашло свое кульминационное выражение в позитивизме. Разрыв между естествознанием и гуманитарными исследованиями — это логическое следствие позитивистского представления о науке. Как пишут Полани и Прош в работе «Смысл»: «Если мы будем придерживаться полных отстраненности позитивистских представлений о науке и гуманитарных исследованиях, мы едва ли избежим искаженного представления о человеке»<sup>1</sup>.

Полани подчеркивал не только различия, существующие между наукой и другими формами духовной жизни, но и их общность. Если Генрих Риккерт и его последователи четко разделяли науки о природе и науки о культуре, то Полани придерживался иной позиции. Сторонники разделения наук указывали на то обстоятельство, что историки, как представители гуманитарных наук, изучают поступки, в то время как естествоиспытатели исследуют события. Полани приводит в ответ следующие контраргументы. Во-первых, он подвергает сомнению противоположность между поступком и событием, ссылаясь на психологию животных как дисциплину, которая относится к естественным наукам и в то же время, где изучаются поступки

---

<sup>1</sup> Polanyi M., Prosch H. Meaning. Chicago, 1975. P. 25.

животных. Во-вторых, человеческое познание, согласно Полани, включает в себя аксиологический момент. «В противоположность общепринятому мнению, любая область естественных наук включает в себя оценочные суждения того или иного вида, — указывал он в работе «Исследование человека». — Каждый оценивает особенности, которые формируют свой собственный предмет исследования...»<sup>1</sup>. В качестве характерного примера практики оценки в области естественных наук Полани приводит такую дисциплину, как кристаллография.

Таким образом, естественные науки и исследования человека, согласно Полани, относятся к одной и той же сфере: различия между ними — это различия степени. То общее, что их объединяет, — это личностная вовлеченность субъекта в процесс исследования. Это представление о науке «открывает дверь для нашего постижения человеческой личности, — писал Полани в книге «Научная мысль и социальная реальность», — в его целостном моральном, религиозном и художественном мировоззрении, как носителя исторического сознания, политической и правовой ответственности»<sup>2</sup>.

## **ИНТЕГРАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ «СОЗНАНИЕ–ТЕЛО»**

*Набильская О.В., Сосновский Н.А., Шашков И.И.*

1. В своей работе «AQAL — интегральная карта Кена Уилбера» Кен Уилбер пишет: «Нет никакой иной сферы, в которой польза от интегральной модели приносилась бы столь незамедлительно, как в медицине, и она становится всё более популярной в здравоохранительных учреждениях всего мира»<sup>3</sup>.

И далее: «...подлинно эффективный и всесторонний медицинский план будет всесекторным и всеуровневым: идея попросту состоит в том, что 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»<sup>4</sup>.

Но возникают вопросы:

*Какой должна быть интегральность, чтобы достигалась полнота единения различных секторов (уровней)? И насколько в этом смысле интегральна концепция самого Кена Уилбера?*

*Достигается ли в результате интегрирования полнота описания картины мира?*

<sup>1</sup> Polanyi M. The Study of man. Chicago: university of chicago press, 1959. P. 80.

<sup>2</sup> Polanyi M. Scientific thought and social reality: essays. P. 96.

<sup>3</sup> AQAL — интегральная карта Кена Уилбера.

<sup>4</sup> Там же.



*Каковы конкретные механизмы связи физического, эмоционального, ментального и духовного?*

2. Скотт Паркер в своей работе: «Интегральна ли интегральная концепция Кена Уилбера?» выдвинул такой критерий интегральности:

«Следуя мысли Эрвина Ласло, я предлагаю критерий, которому должна соответствовать серьезная интегральная теория. Она должна отвечать на три вопроса:

1. Как всё взаимосвязано (описание).
2. Почему всё взаимосвязано именно так (объяснение).
3. Как разрешается проблема «сознание-тело»<sup>1</sup>.

Как отмечает Скотт Паркер, Уилбер не дает достаточно четкого ответа ни на один из этих вопросов, в частности, практически не касается вопроса о причинах, механизме такого устройства «Всего», какое мы наблюдаем в действительности.

3. С точки зрения интегральной медицины, наиболее важным представляется третий критерий: Как разрешается проблема «сознание-тело».

Соответственно, в рамках Интегрального сообщества (ИС), открыт проект по решению проблемы «сознание – тело», единой в себе две важнейшие проблемы философии и психологии: психофизическую и психофизиологическую<sup>2</sup>.

Решение этой проблемы предлагается на основе интегрального подхода, осуществляемого в неовсединстве, Интегралике и других направлениях, реализуемых в рамках Интегрального сообщества.

4. Практически во всех известных учениях (как традиционных, так и эзотерических), единение противоположных сущностей, к каким относятся, в частности, сознание и тело, не имеет доказательного обоснования. Соответственно, нет такого обоснования и у Уилбера.

Преимущество интегрального подхода, осуществляемого в Интегральном сообществе, состоит в том, что именно он позволяет объединить в себе совершенно разные феномены, в том числе и логически несводимые один к другому (такие как сознание и тело).

5. В работах по Интегралике показывается, что полная картина мира имеет три начала-полюса, связанных между собой в резонансный треугольник: человека (психология, антропология), природного мира (физика) и Мира как целостности (метафизика)<sup>3</sup>.

Связь этих трех полюсов означает, что в своей полноте психология, физика и метафизика не только коррелируют между собой, но и однозначно определяют друг друга. Это как раз и позволяет,

<sup>1</sup> Scott Parker. Is Wilber's Integral integral? <http://www.integralworld.net/parker2.html> (Перевод Т.В. Тарасюк).

<sup>2</sup> О проекте «сознание-тело» см. на сайте ИС <http://integral-community.ru>

<sup>3</sup> Тарасюк Т.В., Шашков И.И. Всё из ничего. С. 144–146.



в конечном счете, выявить конкретные механизмы связи сознания и тела.

6. Соответственно, в Интегралике дается следующее объяснение этого механизма связи:

В кольце коммуникативного резонанса<sup>1</sup>, в котором единятся сознание и тело человека, психический и физический уровни, при полноте редукции сущности оказываются неразличимыми, разделенными только во времени. Это как бы одна и та же полная сущность, которая в колебательном процессе переходит с одного уровня на другой, и наоборот (физическая энергия переходит в психическую, и наоборот). Иными словами, одна и та же сущность *во времени наблюдения* может восприниматься внешним наблюдателем то как физическая, то как психическая.

Предполагается, что основанный на этом механизм связи сознания и тела позволит в будущем делать не только качественные выводы (например, о связи намерений и поведения), но и получать некоторые количественные характеристики (с помощью, в частности, логико-математического аппарата философии неовсединства).

#### **РЕЗЮМЕ:**

- Интегральный подход Кена Уилбера дает только относительное, субъективное *описание* картины мира и не дает, по сути, никакого *объяснения* — *почему* картина мира такая, а не какая-то иная. И, тем более, оставляет за скобками вопрос о механизме взаимодействия различных уровней бытия, в частности, физического (тело) и ментального (сознание).
- В Интегралике показывается, что положительные, однозначные ответы на соответствующие вопросы возможны, если интегрирование проводить как по общему, так и по противоположному в интегрируемых сущностях. При этом механизм единения сущностей основывается на феномене парадоксального кольцевого коммуникативного резонанса (КР).

## **О МЕХАНИЗМЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛИЧНОГО И КОЛЛЕКТИВНОГО ПСИХИЧЕСКОГО**

*Набильская О.В., Шашков И.И.*

1. В своей работе «AQAL — интегральная карта Кена Уилбера» Кен Уилбер пишет о необходимости учета в медицинской практике всех секторов и на всех уровнях<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Там же. С. 85–88.

<sup>2</sup> AQAL — интегральная карта Кена Уилбера.

Однако конкретные механизмы взаимодействия между секторами и уровнями им практически не рассматриваются

2. В настоящем сообщении мы частично заполняем этот пробел на основе интегральной модели психики (ИМП), разрабатываемой в рамках КР-психологии – философской психологии, основанной на парадоксальном единении в кольце *коммуникативного резонанса*<sup>1</sup> (КР) физического и психического, объективного и субъективного, индивидуального и коллективного. Конкретно речь будет идти о межуровневых взаимодействиях в нижнем левом секторе:

«Нижний левый сектор включает всё бесчисленное количество *межсубъективных* факторов, являющихся существенно важными для любого человеческого взаимодействия...

...к примеру, больные раком, имеющие группу поддержки, живут дольше, чем те, кому такая культурная помощь недоступна. Некоторые из наиболее важных факторов из нижнего левого сектора, тем самым, являются жизненно важными в любой комплексной медицинской помощи»<sup>2</sup>.

3. Рассмотрение осуществляем на основе трехуровневой модели личного и коллективного психического<sup>3</sup>.

Важнейшим понятием КР-психологии (и Интегралики в целом) является *полнота*<sup>4</sup>, включающая в себя сущности любого уровня множественности; это отвечает, в частности, тому, что всякое физическое многое может быть взятым как единое в его полноте. При этом единое оказывается пограничным, единящим внешний и внутренний миры, единящим физическое и психическое.

4. Для мертвых физических предметов такое «психическое» осуществляется как законы природы; для человека – как его личное сознание (С) и бессознательное (БС), образующие его психическую целостность.

Естественно предположить существование психического единого и у различных человеческих сообществ; такое психическое будем подразделять на коллективное сознание (С<sub>к</sub>) и коллективное бессознательное (БС<sub>к</sub>).

1 О коммуникативном резонансе см., например, в книге: Тарасюк Т.В., Шашков И.И. Всё из ничего. С. 85–88. В КР-психологии рассматриваются четыре основных вида резонанса:

- 1) между метафизикой, физикой и КР-психологией в их предельном развитии;
- 2) между людьми (например, раппорт);
- 3) «внутри» психики человека, например, между сознанием и бессознательным, между различными устойчивыми структурами психики (УСП);
- 4) «внутри» отдельных УСП в полноте их развития.

2 AQAL – интегральная карта Кена Уилбера.

3 Набильская О.В. Моделирование сознания на основе представления о многоединстве. С. 47–49.

4 О полноте см., например, в книге: Тарасюк Т.В., Шашков И.И. Всё из ничего. С. 70–84.

5. В своей полноте личное и коллективное психическое связаны между собой через наличие у них общего референта — человека в его понимании как образа многоединства (единое — человек как вид, многое — множество отдельных людей, составляющих данную человеческую общность).

6. Обоснование и основные характеристики такой связи предложил И.И. Шашков в своей работе «Личное и коллективное психическое: трехуровневая модель»<sup>1</sup> (2004 г.).

В частности, в этой работе показана связь между уровнями трехуровневой модели, в которой:

- верхний уровень — коллективное бессознательное (БС<sub>к</sub>);
- средний уровень — личное сознание (С);
- нижний уровень — личное бессознательное (БС<sub>л</sub>).

7. Сознание при этом понимается как скачок от бессознательного, при котором устойчивые структуры психики (УСП) в бессознательном (БС) достигают полноты (т.е. завершают свое развитие в БС) и «всплывают» на поверхность БС.

Сознание и бессознательное оказываются дополнительными друг для друга; связь между ними осуществляется через квантовое соотношение неопределенностей.

Единичным сознание является тогда, когда бессознательное является множественным.

8. Аналогично связаны между собой средний и верхний уровни (личное и коллективное психическое).

«Коллективный разум» невидим для индивидуального сознания (находящегося на среднем уровне), находящегося между личным и коллективным БС.

9. Связывая уровни соотношениями неопределенностей, получаем формулу психических отношений:

$$\text{БС}_к/\text{С} = \text{С}/\text{БС}_л.$$

Из этой формулы следует, что сознание человека является средним геометрическим между личным и коллективным бессознательным.

10. Это означает, в частности, что:

- невозможно личное сознание у человека, никаким образом не связанного с другими людьми;
- личное сознание базируется на бессознательном; невозможно одномоментное возникновение сознания — сначала должно «нарасти» до определенной «критической массы» его личное бессознательное.

11. В Интегралике показывается, что элементарное структурирование полноты является двойственно-тройственным, частичность

<sup>1</sup> Шашков И.И. Личное и коллективное психическое: трехуровневая модель // Сайт «Касталия».

же моделируется, в основном, в рамках двоичности, описывается в соответствии с непротиворечивой двоичной оппозиционностью да – нет.

Обращение к краевым, полным сущностям, каковой является сознание, отвечает переходу от традиционной двоичной парадигмы (отвечающей многому) к троичной парадигме (отвечающей единому) при парадоксальном сохранении двойственной парадигмы.

12. Единение двоичной (многое) и троичной (единое) парадигм в интегральном многоедином, а затем выход на еще более высокий уровень – в транс-науку<sup>1</sup>, это, по нашему мнению, магистральный путь современной философии и науки, одной из важнейших тем которых является изучение психики человека в ее высших осуществлениях.

### **Литература**

1. AQAL – интегральная карта Кена Уилбера. <http://lifedesign.net.ua/158>
2. Моисеев В.И. Медицина как транснаука // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 4: Фундаментальное и прикладное: Сборник. М.: Изд-во «Принтберри», 2010.
3. Набильская О.В. Моделирование сознания на основе представления о многоединстве. // Интегральная философия. №2. <http://integral-community.ru/journal>
4. Сайт Интегрального сообщества <http://integral-community.ru>
5. Сайт «Касталия» <http://www.kastalia.narod.ru/IP/IP1.htm>
6. Тарасюк Т.В., Шашков И.И. Всё из ничего. Основы интегрального выведения мира. К.: Изд-во Лаборатории Интегралки, 2010.

## **ПРОБЛЕМА ТРАНСЛЯЦИИ БИМЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ В СИСТЕМНОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ ВРАЧА**

*Новикова Т.В.*

Естественнонаучный и гуманитарный полилог в медицинском образовании рассматривается в контексте воспитания клинического мышления – способности врача интуитивно, как бы внутренним взглядом охватить клиническую картину как целое и связать её с прежними наблюдениями. Решение приходит внезапно, как эффект озарения, и ассоциируется с эмерджентным системным эффектом. Это наводит на мысль о семантическом сходстве представлений о системности и клиническом мышлении.

Проблема трансляции теоретического знания в образовательной практике обсуждается со времен Сократа и охватывает процессы

---

<sup>1</sup> Моисеев В.И. Медицина как транснаука. С. 5–7.

передачи знаний, их усвоения и создания мыследеятельностной платформы практического применения<sup>1</sup>.

В клинической ситуации врач располагает четырьмя типами информационных ресурсов: обобщённое знание практической медицины, фактографические данные, архивы историй болезни, теоретические знания. Остановимся на теоретической компоненте, в которой узкоспециализированные биомедицинские знания сочетаются с представлениями о системных механизмах жизнедеятельности. Проблема преподавания состоит в том, чтобы вложить знание в мировоззрение врача так, чтобы оно стало основой мышления, поддерживаемого не только проникновением в тончайшие биологические структуры, но и умением видеть их влияния в масштабах целостного организма. На роли «трансляторов» отбираются понятия, схемы и фундаментальные принципы, полученные в результате философского осмысления и трансдисциплинарного обобщения достижений частных наук по применению моделей кибернетики, синергетики, теории динамических систем, управления, общей теории систем.

Системное мировоззрение представим как совокупность ментальных репрезентаций реальных сущностей, обуславливающих организацию и самоорганизацию частей в целое, часто непредсказуемые и, на первый взгляд, необъяснимые его проявления. Системное мировоззрение является источником особого отношения человека к миру, когда он, руководствуясь критериями полноты и безыбыточности в отношении поставленной цели, стремится найти связи между событиями, рассмотреть объект с различных точек зрения, раскрыть его внутреннюю структуру и внешние взаимодействия, логически выстраивает свои действия. Изоморфизм системных свойств объектов различной природы служит предпосылкой успеха в деле формирования системного мировоззрения.

Системное мышление определим как функцию в когнитивном пространстве системного мировоззрения, которая реализуется посредством сменяющих друг друга ментальных образований, которые, подобно морфофизиологическим функциональным системам, спонтанно генерируются в этом пространстве под влиянием мыслей, возникающих в условиях задачи. Рассмотрим системное мышление с позиций трёх основных результатов психологии творческого мышления: поисковая модель и поисковая область, антиципирующая схема, ориентировочная основа умственных действий<sup>2</sup>. Когда человек знакомится с задачей, требующей творческого поиска, он

---

<sup>1</sup> Громыко Н.В. Деятельностная эпистемология и проблема трансляции теоретического знания в образовательной практике : автореф. дис. ... д-ра филос. наук. М., 2011.

<sup>2</sup> Гальперин П.Я. Лекции по психологии : учебное пособие для студентов вузов. М. : Книжный дом «Университет» ; Высшая школа, 2002. С. 310–326.

задумывается над тем, что и где нужно искать. Так появляются образы поисковой модели и поисковой области. Когниции системного подхода исходят из репрезентации целостного объекта и направляются к представлениям о частях. Поэтому главной здесь является операция декомпозиции, которую выполняет эксперт. Функцию поисковой модели в работе эксперта выполняет модель—основание для декомпозиции. Модель мысленно накладывается на объект и в нём выделяются части и отношения, соответствующие элементам и связям модели. В результате раскрывается поисковая область — пути к недостающей информации. Другое направление в исследовании мышления исходит из теории антиципирующей схемы. В попытках решить задачу человек входит в систему объективных условий, которая отображается в его психике. Наконец он понимает, что исчерпал все возможности, но задача не решена. Однако он продолжает поиск, полагаясь на случай, неожиданное впечатление. К этому времени образ задачи содержит всю информацию, которую удалось добыть в попытках решения, и определяется как антиципирующая схема — психическое образование, готовое к восприятию подсказки. Схема остаётся незамкнутой, пока не найдена подсказка. В случае удачи антиципирующая схема «узнаёт» подсказку, мгновенно замыкается, и субъект переживает «ага реакцию». Таким образом, антиципирующая схема имеет два звена: знание и пробел. Соответственно выделяются два свойства мышления: умение отбирать и включать в схему истинные сведения о ситуации и способность подхватить подсказку. Предполагается, что схема складывается неосознанно, стихийно, и в таком виде управляет течением мыслей. Поэтому основное внимание в обучении творческому мышлению уделяется стимуляции ассоциативных навыков и сензитивности к подсказкам. Если предположить, что схема, которая рождается в ходе «беспорядочной эмиссии догадок», верна не всегда, то возникает задача поэтапного формирования структуры, детерминирующей мыслительный процесс. П.Я. Гальперин назвал такую структуру ориентировочной основой умственных действий и показал, что она может формироваться целенаправленно в учебном процессе. Например, объектом анализа в клинической ситуации является проблема пациента. Теория диагностики предлагает строить диагноз по схеме: симптом, синдром, диагноз<sup>1</sup>. Результат декомпозиции: описания симптомов, синдромов и диагностическая гипотеза, полученные на клинических данных больного. Но «гипотеза, построенная с помощью различных методов исследования, остаётся гипотезой, и нет такой меры, с помощью которой можно было бы измерить степень её доказанности». Поэтому представление врача о состоянии больного, которое складывается

<sup>1</sup> Тетенев Ф.Ф., Бодрова Т.Н. Проблемы методологии и методики построения клинического диагноза // Бюллетень сибирской медицины. 2003. № 2. С. 43–48.

в лечебно-диагностическом процессе, можно интерпретировать как схему, замыкание которой может произойти в момент «озарения, открытия» или «по осмысленному с теоретических позиций знанию». Подобное осмысление возможно в результате сопоставления клинической картины с репрезентациями механизмов жизнедеятельности, усвоенными врачом при изучении теоретических дисциплин.

Таким образом, трансляция биомедицинского знания в мировоззрение врача должна способствовать созданию репрезентаций двух типов: общие схемы, подобные моделям-основаниям для декомпозиции, и представления об отдельных системных эффектах. Первые предназначены для формирования ориентировочных схем, вторые — для заполнения пробелов. Например, базовой для биологии и медицины является модель, которая отражает концепцию гомеостаза в терминах теории управления. Если проинтерпретировать способы управления для живых организмов, то можно получить подсказку<sup>1</sup>. Полезные репрезентации можно сформировать на основе знаний, полученных на молекулярно-клеточном уровне, если посмотреть на них системно<sup>2</sup>.

В целом процесс трансляции биомедицинского знания в обучении врачей следует выстраивать так, чтобы создаваемое мировоззрение объективировалось в последовательности: поисковая модель, поисковая область, антиципирующая схема, подсказка, осознание ясности клинической картины, диагностическая или прогностическая гипотеза. В итоге понимание взаимосвязей между теоретическими, клиническими и профилактическими дисциплинами трансформируется в единый психический образ — «внутренний опыт», превосходящий будущую практическую деятельность врача.

## **ГУМАНИТАРНАЯ МЕДИЦИНА И ГУМАНИТАРНАЯ БИОЛОГИЯ<sup>3</sup>**

*Олескин А.В.*

В кратком сообщении рассмотрено соотношение двух инновативных областей — *гуманитарной медицины и гуманитарной биологии*.

<sup>1</sup> Новикова Т.В. Системная когнитология: Трансдисциплинарный поход к познанию. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG. Saarbrücken, Germany, 2012. С. 126.

<sup>2</sup> Новицкий В.В., Рязанцева Н.В. Структурная дезорганизация мембраны эритроцитов как универсальная типовая реакция целостного организма при болезнях дизрегуляции // Дизрегуляторная патология / под ред. Г.Н. Крыжановского. М.: Медицина, 2002. С. 395–405.

<sup>3</sup> Работа выполнена при поддержке РФНФ, проект № 13-03-00222 «Концепт гуманитарной медицины: фундаментальное и прикладное».



Последняя «охватывает все возможные вклады современных наук о живом в области наук о человеке и социуме» и «включает в себя междисциплинарные биолого-гуманитарные научные направления, в том числе биополитику, биоэтику, биоэстетику, биосемиотику и др.»<sup>1</sup>. В той мере в какой медицина связана с биологией, допустимо аналогичное построение здания гуманитарной медицины, которая призвана охватить возможные аспекты значения медицины в связи с науками о человеке и обществе. Причём, автор убежден в возможности создания компонент гуманитарной медицины, также вполне аналогичных компонентам гуманитарной биологии. В числе таких медико-гуманитарных наук могли бы фигурировать:

1. *Медицинская политика*, причем она вполне логично выводится из биополитики, особенно понимаемой в духе школы Мишеля Фуко как совокупности политических мер по воздействию на биологическое («жизненное») начало в человеке и контроль за ним ради общественных целей<sup>2</sup>. Тогда медицинская политика охватывает осуществляемые медицинскими средствами воздействия ради общественных целей, включая пластическую хирургию и вмешательства на мозге ради приведения тела и психики в соответствие с политическими нормами и задачами и элиминации отклонений от этих норм. Скажем, пациенту в буквальном смысле (скальпелем) вправляют мозги, дабы он лишился революционности, политической оппозиционности, реформаторского духа.

2. *Медицинская этика*. Биоэтика может быть в широком смысле определена как «философски-прикладная область знания, охватывающая моральные проблемы, имеющие давнюю историю, такие как отношение человека к диким и домашним животным, а также проблемы, возникшие недавно в связи с бурным развитием биотехнологии и биомедицинских исследований»<sup>3</sup>. Медицинская этика в этом контексте — и по содержанию, и терминологически не представляется чем-либо принципиально новым: это конкретизация этических норм в приложении к медицинским ситуациям — абортam, трансплантациям, эвтаназии — всему тому, что В.И. Моисеев обозначает как «биоэты». Не назвать ли их еще и медэтами?

3. *Медицинская эстетика* — медицинская вариация на тему биоэстетики как «учение о прекрасном, его законах и нормах в живой природе, в том числе в восприятии человека как части БИОСа»<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Олескин А.В. Биополитика. Политический потенциал современной биологии. М. : Научный мир, 2007. С. 494.

<sup>2</sup> см. Фуко М. Интеллектуалы и власть: избранные политические статьи, выступления и интервью. М. : Практикс, 2002.

<sup>3</sup> Лукьянов А.С., Лукьянова Л.Л., Чернавская Н.М. Биоэтика. Альтернативы экспериментам на животных. М. ; Изд-во МГУ, 1996. С. 6.

<sup>4</sup> Ботвинко И.В. Биоэстетика // Гуманитарная биология. Терминологический словарь (тезаурус). М. : Изд-во МГУ, 2009.



Красота проникает в медицину в тысяче ликов! Опытный хирург не просто оперирует — он проводит красивую операцию. Терапевт не просто лечит — пациент оказывается очарован стройностью и гармоничностью предложенного лечения. Своя эстетика в диетологии, сестринском уходе и, главное, в гармоничной пропорции между лечением сомы и врачеванием души больного, что особенно актуально в связи с новыми данными о психосоматических недугах, об арома-, фито- и зоотерапии.

Можно дополнить изложение и другими потенциальными или уже актуальными компонентами гуманитарной медицины, аналогами компонент гуманитарной биологии. Основное то, что за деревьями надо бы видеть лес, за компонентами гуманитарной медицины ее целостную сущность.

## **КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТИ КАК ИСТОЧНИК ГУМАНИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ**

*Осинов М.Е.*

Место психологии в ряду наук о человеке до сих пор остается неопределенным даже для самих психологов. Причиной, с методологической точки зрения, называется ситуация непрекращающегося кризиса, выражающегося прежде всего в множественности представлений о предмете науки, а также в серьезном рассогласовании между академической наукой и психологической практикой<sup>1</sup>.

Однако кризисные явления в современной психологии являются не ее своеобразной характеристикой, а отражают общее кризисное состояние естественнонаучной парадигмы и в целом модели человека, сложившейся в Новое время<sup>2</sup>. В связи с этим последние годы в психологии идет активный поиск новых методологических оснований, позволяющих, с одной стороны, отойти от представлений о человеке характерных для классической науки, а с другой — ассимилировать в рамках новой модели психологической науки уже накопленные знания и опыт. В качестве такого нового основания психологии рассматривается так называемая «гуманистическая парадигма». (Новые идеалы) Но и на этом пути психология сталкивается с привычной уже для нее сложностью, заключающейся в несопоставимости различных теоретических концепций, так или иначе отвечающих гуманистической парадигме.

---

<sup>1</sup> Психология и новые идеалы научности // Вопросы философии. 1993. № 5. С. 5–43.

<sup>2</sup> Юревич А.В. Системный кризис в психологии // Вопросы психологии. 1999. № 2. С. 3–11.

Для отечественной психологии ситуация осложняется еще и тем, что общее развитие науки в рамках марксистской методологии (а, вернее сказать, идеологии) не предполагало гуманизации психологического знания. Долгое время единственно верной теоретической концепцией в отечественной психологии являлась психологическая теория деятельности в интерпретации А.Н.Леонтьева. Несмотря на активные исследования личностного аспекта деятельности человека, начальные положения теории деятельности А.Н.Леонтьева основывались на субъект-объектной дихотомии, которая лежит в основе всего естественнонаучного мировоззрения и является одной из причин его современного кризиса. Следовательно, классическая советская психологическая теория была принципиально далека от гуманистических позиций. Таким образом, современная отечественная психология оказывается в сложной ситуации, когда ей необходимо полностью пересматривать свои методологические основания, пытаясь при этом сохранить накопленные знания и опыт.

В таком контексте внимание исследователей обращается к культурно-исторической психологии Л.С.Выготского. Хотя теорию А.Н.Леонтьева традиционно рассматривают как логическое продолжение исследований Л.С.Выготского, такая их взаимосвязь может быть поставлена под сомнение. Основанием для этого является, прежде всего, различия в начальных методологических основаниях этих двух теорий (хотя и взятых из одного источника, работ К.Маркса). В рамках онтологической базы, которую строил А.Н.Леонтьев, взаимодействие между человеком и миром, отраженное Л.С.Выготским в понятии переживание, осуществляется в «конкретном акте человеческой деятельности»<sup>1</sup>. Таким образом, в теории деятельности А.Н.Леонтьева между человеком и миром всегда находится чувственная материальная реальность, предмет, обретающий свою «предметность» через психическое отражение его свойств, осуществляемое в деятельности субъекта. В культурно-исторической теории взаимодействия между человеком и миром стоит нематериальный, но объективный посредник (медиатор, в терминах В.П.Зинченко), понимаемый, прежде всего, как символ<sup>2</sup>. Таким медиатором в оригинальной теории Л.С.Выготского является переживание, которое реализует в сознании реальное взаимодействие личности и среды. Личность же является не одним из феноменов, рассматриваемых в рамках теории Л.С.Выготского, а во-первых, знаком, воплощающим в себе основное для психологии представление о человеке и его взаимодействии с миром, и во-вторых, методологической аномалией

<sup>1</sup> Леонтьев А.Н. Учение о среде в педологических работах Л.С.Выготского (критическое исследование) (1937) // Вопросы психологии. 1999. № 1. С. 108–124.

<sup>2</sup> Зинченко В.П. Кризис или катастрофа? (материалы «круглого стола») // Вопросы философии. 1993. № 5. С. 3–43.

так и не разрешенной самим Л.С. Выготским. Таким образом, поскольку образ человека изначально присутствовал в теории Л.С. Выготского в качестве ее основания, а не следствия, можно говорить о том, что культурно-историческая теория изначально гуманистична. Следовательно, именно она может выступать в качестве основы для построения новой гуманистической методологии отечественной психологии. Тесные категориальные связи теории Л.С. Выготского с психологической теорией деятельности могут только способствовать интеграции накопленного опыта в новую психологию.

## **РАЗВИТИЕ АФФЕКТИВНОЙ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ В ТЕЛЕСНОМ ДВИЖЕНИИ: СОЕДИНЕНИЕ НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ И КУЛЬТУРНЫХ ПРОЦЕССОВ**

*Попова Н.Т.*

Опыт реализации моделей достойной жизни для людей с инвалидностью вносит в нашу жизнь новые представления о фундаментальных процессах культурно-исторического и индивидуального развития человека. И в обществе и в научном мире пересматривается значение телесно-аффективных практик, по-новому начинают звучать такие темы как коллективное и/или индивидуальное, стереотип и/или ритуал, проявление патологии и/или выражение неудовлетворенной жажды в культурном общении с другими<sup>1</sup>. Инклюзия запускается как широко монтажный многоуровневый процесс и одновременно инструмент, вскрывающий наболевшие проблемы и открывающий области ресурсного развития человека

В качестве инклюзивных используются также и социокультурные практики, которые выделяются в их ряду своей очевидной результативностью. Так, например, произведения творчества людей с ментальными нарушениями поражают нас своей аутентичностью, непосредственностью, аффективностью, простотой и вместе с тем — универсальностью. Это позволяют провести аналогию между ними и артефактами других, более ранних и архаических культурных эпох, что возвращает нас к истокам культуры. Произведения творчества этих людей наглядно действенным образом заново включает нас в переживание наших собственных жизненных основ, способствуют осознанию процесса культурного развития человека. Правы те идеологи инклюзии, которые подчеркивают наличие даже у людей с серьезными ментальными нарушениями собственного аутентичного

---

<sup>1</sup> Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Инклюзия в культурологической перспективе // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 74–82.

культурного мира, способности осмысленного выражения этого мира и неудовлетворенной (как правило) потребности в коммуникации (Klotz J., 2003<sup>1</sup>; Hickey-Moody A., 2003<sup>2</sup>).

Для развивающей и реабилитационной работы – особенно в парадигме инклюзии, когда невозможна культурная ассимиляция (т.е. невозможно включение человека в современный социум обычным образом), важно увидеть за особенностями человека не то, что привычно воспринималось как проявления патологии, а выражение культурных потребностей; и найти способ включения на основе его потребностей и предоставить возможность овладения культурой посредством собственной активности. По сути, речь идет о перешифровке патологического симптомокомплекса в культурный потребностный.

Такая перешифровка возможна потому, что нейробиологическое развитие, становление нервных процессов и функций человека реализуется как становление культурное, т.е. шаг в продвижении развития нервных процессов расширяет возможность для культурной коммуникации, а новые культурные возможности инициируют и задействуют новые нейробиологические процессы. Патологизация и медикализация жизни любого человека (в том числе людей с нарушениями) непродуктивна как концепция его жизни, так как природа человека строится как социальная и культурная. И именно эту перспективу развития необходимо учитывать и при организации любых систем помощи образованию людей с инвалидностью. Организация творческой деятельности интегрированного коллектива по необходимости носит экспериментальный характер, так как любое совместное действие в этом коллективе требует новых решений, а достижение результата опирается на продумывание и обеспечение особых (партнерских) условий существования этой группы, требует постановки адекватных для нее целей и задач. Интегрированные театральные коллективы являются уникальной моделью развития процессов социальной и культурной инклюзии. В такой интегрированной театральной студии, в которой наряду с актером без ограничений здоровья занимается человек с аутистическим расстройством или с интеллектуальным нарушением, создание каждого тренинга, этюда, сцены, спектакля с их участием предстает как экспериментальная задача. Различные измерения этих форм театральной работы (психологическое, социокультурное, эстетическое) перекликаются: они дублируют друг друга, контрастируют и, переплетаясь, образуют новое единство.

<sup>1</sup> Klotz J. The Culture Concept: Anthropology, disability studies and intellectual disability // Disability Studies and Research Institute (DSaRI) Symposium, 12/9/2003.

<sup>2</sup> Hickey-Moody A. 'Turning away' from Intellectual Disability: Methods of Practice, Methods of Thought. // Melbourne Studies in Education, 2003. Vol. 44, №1.

Подобная деятельность может быть реализована только в том случае, когда в тренинге и исполнительской практике интегративной группы удастся смоделировать возможную социокультурную общность. Для этого необходимо ставить задачи развития такого коллектива с самого глубокого, первоначального уровня. От биологических закономерностей, запечатленных в механизмах следования, подражания станвится возможен переход к развитию социальности и творчеству. Такой подход позволяет попасть в поле актуальных задач любого участника этого интегрированного коллектива. При этом открываются законы культурного развития как такового. В начале этого развития само первичное знание, запечатленное в теле (о таком телесно запечатленном знании говорил уже М. Мерло-Понти<sup>1</sup>), несет социальный смысл: его содержанием является переживание связанности с другими. На этом уровне взаимодействия происходит создание коллективного тела, признание присущих ему, разделяемых на телесном уровне ценностей. Как следствие, закладывается телесно-эмоциональный базис для возникновения общей картины мира. Лишь на этом фундаменте строится в дальнейшем осознание себя и другого, формируются разнообразные формы рефлексии (способов осознания мира и себя самого). В процессе создания подобного культурного коллективного тела возникает телесно-аффективный код данной группы, служащий основой невербального языка коммуникации в ней, а затем и вербального общения. Изучение этих процессов позволяет в телесно-экспрессивных практиках наблюдать и исследовать рождение символической деятельности, изучать социальный генезис символа, процессы становления субъектности, в фундаменте которого лежит овладение своим аффектом в коллективном действии и в варьировании способов самопрезентации. Если эта самопрезентация находит отклик в группе, разделяется, принимается, воспроизводится, варьируется, то субъективность человека укрепляется. Если этого не происходит, самопрезентация становится навязчивой, выступает в форме стереотипии, и получает наименование патологической, а мир Другого отбрасывается как не понятый и неразделенный.

## ПРИНЦИПЫ АРЕТЕИ

*Пронин М.А.*

Номенклатура и система принципов работы с виртуалами формируется и сегодня сводится к следующему.

Диагностика и коррекция (аретей) аномий исходит из активности человека страдающего — физически, психологически (интеллекту-

---

<sup>1</sup> Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. М., 1999. С. 299.

ально/рационально, эмоционально/иррационально, личносно, расстройтвами воли, душевными коллизиями), социально... Человек такой в виртуалистике называется аретентом, специалист, проводящий диагностику и аретею (коррекцию) — аретевтом.

Аретент не может быть без сознания и не может не понимать того, что происходит: он действующее начало во всей аретее — человек думающий (осознающий, сопоставляющий, вспоминающий, представляющий и пр.), переживающий (участвующий, страдающий, страждущий и пр.), а значит активный и действующий. Этот же принцип можно рассматривать как описание ограничений методов аретей. Границы условные, так как есть операции, которые аретент должен провести, например, во сне (процедура девиртуализации первичного энуреза — ночного недержания мочи), что выводит нас за пределы общепринятого понимания соотношения сознания и бессознательного и оставляет открытым вопрос об ограничении метода и/или самого аретента — его «антропологической зрелости» — способности управлять своим виртуальным человеком.

Принципиальное замечание. Общеизвестно, что человек теряет сознание, приходит в сознание, сознание его может быть ясным, спутанным, затемненным, человека может быть без сознания, в коме... Вопрос откуда оно — сознание, — приходит и куда уходит в большинстве своем не рассматривается.

На наш взгляд, сознание — порожденное образование, обладающее всеми признаками виртуальной реальности: порожденность, автономность, актуальность и интерактивность. От его структуры зависят все остальные процессы и объекты, порождающиеся в нем как в константной для них реальности. Изменив онтологическую структуру сознания — следует выделять его оболочку (в виртуалистике это собь) и тело — содержание сознания: общеизвестные объекты исследования в психологии, — можно поменять всю палитру виртуальных образований, способных возникнуть или никогда не возникающих (!) в его пространстве. Аретея позволяет модифицировать онтологическую структуру оболочки виртуального человека (реальностей телесности, сознания, личности, воли и внутреннего человека), но мы забежали вперед. Ни аретент самостоятельно, ни аретевт без согласия и участия (!) аретента такие результаты получить не могут.

Гуманитарные следствия принципа активности аретента для аретей, как для комплексного медико-социо-психологического направления модификации человека, глобальны: осознанная, произвольная, а не случайная и ненамеренная, — активность аретента априори предполагает информированное согласие последнего, оставляет ему право выбора на «развилках решений» и снимает целый ряд очевидных этических вопросов и проблем.

Процедуры аретеи можно рассматривать как операторы. Это утверждение следует перевести в еще один принцип – динамической операциональности аретеи и ее процедуры.

Последняя априори предполагает множественность – пакет, батарею (если говорить психологическим языком), комплексность, этапность, этио- и патогенетичность и пр., что принято в медицине, систему мероприятий и пр. – в пространстве социальной реабилитации: аксиоматика виртуалистики стоит на принципе полионтизма – множественности реальностей, имеющих самостоятельный – автономный, – онтологический статус.

Оператор работы с объектами порожденными, актуальными, автономными, не имеющими с модуса вечности – скоротечными, интерактивно влияющими на породившее его состояние не может не быть специфическим. Так оператор диагностики в аретее носит название «рест» – от «реальный статус» у конкретного виртуала или группы таковых у конкретного человека без привязки к среднестатистической норме в отличие от теста в традиционной психологии.

Конструирование оператора аретеи, как диагностического, так и аретического – аттракции, девиртуализации, виртуализации, синонии, замещения и пр., опирается также на следующие принципы.

Принцип простоты, быстроты и легкости доступа – коррекция может происходить из любой реальности, участвующей в порождении виртуала болезни или страдания. Выбирается та из реальностей или тот элемент виртуального образа, с которой проще, быстрее и эффективнее работать.

Из этого вытекает следующий принцип – минимальной достаточности – достаточно модифицировать один элемент виртуала – возможно будет понятнее, если скажем элемент виртуального образа, как вся система виртуальных отношений меняется. Запускается процесс самоорганизации – «медицина, как известно лечит, природа – исцеляет»: не надо подменять собой природу!

Следует понимать теоретическую структуру виртуала. В общем виде задача решена в инвариантном моделировании на основе теории гиперкомплексных динамических систем (А.Н. Малюта – 1989, 1990, 1991).

Размер виртуала может быть выражен численно, во-первых, через его порядок, в виде мономерной (!) дроби:

$$П = a, b, c, \dots,$$

где: П – порядок виртуала, а – максимальное число элементов на верхнем иерархическом уровне виртуала, b – максимальное число элементов на следующем (на одну ступень ниже) иерархическом уровне, c – максимальное число элементов на следующем, более низком иерархическом уровне, и так до самого нижнего иерархического уровня.



И во-вторых, через оценку параметров его габаритов:

$$\Gamma = h \cdot a,$$

где:  $\Gamma$  – габариты виртуала,  $h$  – обозначает максимальное количество уровней иерархии пирамиды виртуала (его высота),  $a$  – число исходных элементов (систем) нижнего иерархического уровня (ширина виртуала).

Габариты помогают оценить как теоретически возможную и физическую реализованную у конкретного человека иерархию его виртуального человека, так и выявить патологию или дисфункции в пирамиде виртуалов.

Качественное разнообразие задается размерностью теоретического конструкта «виртуальный человек», включающего реальности телесности, сознания, личности, воли и внутреннего человека.

Понимание размерности пирамиды виртуала – качественной и количественной, позволяет оценивать целостность проведенной процедуры и полученного результата, что может быть названо принципом целостности при проведении аретеи: это касается всех ее процедур – аттракции, девиртуализации, виртуализации и пр.

Иными словами, мы имеем все переменные для решения задачи ситуационного анализа и задачи адекватности при проведении аретеи. Так, например, целостная девиртуализация должна включать или не включать (если в этом нет необходимости) компоненту телесности, эмоциональности, иррациональности, рациональности/логики, воли и пр.

При проведении подобных оценок и операций действует – с необходимостью должен быть реализован, – принцип ковиртуальности: пребывание участников аретеи – аретевта и аретента, – в общей для них реальности.

Первый, к слову, представляет дивергентную, а второй роторную (гирационную) ее составляющие. Речь идет о дуальном разложении реальности, в котором выделяются соответственно разомкнутая и замкнутая (циклическая, воспроизводящаяся, гирационная) компоненты, геометрически ортогональные друг другу.

Иногда, а скорее даже всегда, о виртуальных реальностях полезно мыслить скульптурно – мыслить в пространстве, понимая, что у человека есть ограничения на способность представить многомерность: точку, прямую, куб... Виртуальный образ, к слову, – точка сечения ортогональных проекций пространств, задействованных в его актуальной жизнедеятельности.

Ну, и наконец, аретей должна быть адекватна уровню или этапу выраженности виртуальной образности, которая задается уровням треугольной модели, описывающей процесс порождения новой виртуальной реальности. Модель, отражая генез виртуала – его виртуолюцию, в конечном итоге позволяет говорить о типе виртуалов.



Последние проходят следующую виртолюцию: 1) вязанный виртуал, автоном – родовое наименование для 2) ситуационных и 3) операциональных виртуальных образов.

Таким образом, тип виртуала предопределяет стратегию и тактику его диагностики и аретеи, которые имеют принципиальные отличия.

## **ЦЕННОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ИСТИНЫ В МЕДИЦИНСКОМ ЗНАНИИ**

*Рюмина М.Т.*

Современная медицина являет собой пример сочетания естественнонаучного и гуманитарного знания. Еще М. Фуко определял человека в медицине как «физику и химию тела», можем добавить «и биологию тела», но, все-таки, не забудем и о душе, болезни которой проявляются в психических заболеваниях, которыми занимаются психиатрия и клиническая психология. Социальный и культурный аспекты существования человека как носителя здоровья и болезни как модусов его бытия являются предметом исследования других гуманитарных наук – философии, социологии, юриспруденции и т.д. Все эти науки вносят свой вклад в формирование медицинского знания как интегрального и междисциплинарного знания. Возникает вопрос: каким образом возможно достижение истины в рамках современного междисциплинарного интегрального знания, каковым является и медицина, ведь естественнонаучные представления об истинном знании отличаются от гуманитарного подхода к истине?

В современной науке и философии само понятие истины ставится под сомнение, говорится о плюрализме и относительности истины, отрицается даже сама возможность истины. Постмодернизм доводит эти рассуждения до своего логического завершения, утверждая равноценность всех точек зрения, всех концепций в науке, ибо они все до конца недоказуемы и непроверяемы. Но тогда становится бессмысленной и сама наука, ведь целью ее является достижение истинного знания. Под удар попадает и научная рациональность, возможность разума познавать мир. Проблема истины сложна и имеет давнюю историю. Именно в вопросе об истине наиболее отчетливо проявляется столкновение парадигм классической и неклассической науки, а также различие между естественными и гуманитарными науками. Гуманитарные науки по сравнению с естественными имеют непосредственный выход на жизнь человека, культуры и общества. Они не могут быть нейтральными к происходящим в обществе процессам. Теории, которые вырабатываются в социо-гуманитарном знании, и технологии, которые с ними связаны, могут активно воз-

действовать на жизнь человека и общества, воздействовать не только созидательно, но и разрушительно. И медицина, обладающая гуманитарным компонентом, в полной мере несет в себе возможность активного влияния на жизнь общества и культуры.

Классическая наука, сформировавшаяся в XVII—XVIII вв., исходила из существования абсолютной и объективной истины, достижимой в процессе познания. Истина понималась как соответствие субъективных представлений объективной реальности. Такое понимание истины основывалось на утверждении существования универсальных законов мироздания, которые рано или поздно будут открыты во всей возможной полноте. В качестве источника заблуждения, прежде всего, рассматривался субъект, его способности, погрешности его разума, а также воли. Классическая наука была основана на жестком детерминизме, исключении случая, стационарном состоянии объекта, обратимости времени, запрете противоречия, исключении субъекта из предмета исследования. Неклассическая наука рассматривает объект в развитии, основана на теории вероятности, то есть вводит случайность в причинный ряд явлений, а также вводит противоречие в свой предмет, анализирует необратимость нелинейных процессов, а значит их развитие, говорит о переходе случайности в необходимость в точке бифуркации и т.д.

В неклассической науке истина понимается как относительная и утверждается плюрализм истин. Идеи, которые составили основание неклассической науки, вырабатывались в философии XIX века. Они были восприняты сначала гуманитарными науками, науками о духе, которые в конце XIX века осознали свою специфичность по сравнению с естественными науками. Например, принцип историзма или эволюционизма был выработан в философии и сначала стал достоянием социально-гуманитарных исследований (Гердер, Гегель, Маркс, Спенсер и др.), и уже позже был введен в биологию Ч. Дарвиным. Только в XX веке принцип эволюционизма был воспринят и естествознанием. Неклассическая наука основана, прежде всего, на принципах относительности, дополненности и неопределенности. Принцип относительности Эйнштейна говорил о всеобщей взаимосвязи и изменчивости явлений, отменял абсолютную систему координат, утверждал, что ни один исследователь не может претендовать на позицию привилегированного субъекта, которому открывается абсолютная истина о мире. Принципы дополненности и неопределенности имели своим следствием утверждение многомерности познаваемого пространства.

Опыт развития естествознания в XX—XXI вв. показал, что существует глубокое сходство между естественными и гуманитарными науками в процессах получения истины. И это сходство проявляется не только в принципах историзма и релятивизма, но и в ценностном

измерении как гуманитарного, так и естественнонаучного знания. Кроме того, плюрализм концепций в науке обусловлен особенностями теоретического мышления, невозможностью абсолютно надежного эмпирического базиса любых концепций, а также неустрашимостью из науки неявного и личностного знания. Герменевтика или интерпретация смыслов наблюдаемого социального явления является фундаментом гуманитарного исследования. А где присутствует интерпретация, толкование, там субъективно-ценностный момент очень значителен.

А достижима ли в социо-гуманитарном знании объективная истина, если она оспаривается даже в естественных науках, которые всегда выступали идеалом научности и рациональности? Ведь субъективность и относительность проявляются и в оправдании исходных позиций интерпретатора и в выборе интерпретационной методологии. Одна из попыток ответа на этот вопрос – это так называемая «интервальная методология». Ее авторы (С.А. Лебедев, Ф.В. Лазарев) полагают, что в рамках определенных пространственно-временных «интервалов» многомерной реальности возможна объективная и даже абсолютная истина. Ее возможность обусловлена единством воспринимаемых индивидами условий, хотя они корректируются различием целей, ценностей, норм и мотивов. Эта концепция заслуживает внимания, но она требует дальнейшей разработки. Во всяком случае, она дает некоторый ответ на вопрос о возможности истины объективной и абсолютной, потребность в которой остро ощущается в научном сообществе, ведь, несмотря на субъективизм, релятивизм и плюрализм истин в неклассической науке, не затухают попытки построения универсальной теории мироздания.

Субъективизм, релятивизм и плюрализм в интерпретации проблемы истины способствуют переводу решения вопроса об истинности теоретических проблем в операциональный и технологический план. «Полезно, значит истинно», – вот императив прагматистского подхода, который доминирует в постнеклассической стадии развития науки. На этой основе формируется конструктивистский тип мышления, который все рассматривает как искусственно созданное и потому потенциально изменяемое, улучшаемое сообразно цели и потребности человека. Медицина, в которой практика соединяется с теорией, гуманитарные науки с естественными, становится, фактически, моделью науки как таковой, на материале которой проигрываются сценарии будущего вектора развития не только науки, но и общества и культуры в целом. Например, евгеника как наука об улучшении человеческой природы получает новый импульс своего развития. Однако важно, чтобы современный конструктивизм не приобрел дегуманистическое направление.

## ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДЕЛЫ ГУМАНИТАРНОГО ПОЗНАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

*Слесарев В.О., Белова Л.А., Макарова Ю.А.*

Развитие науки и медицины носит комплексный, интегративный характер. Значимость вненаучного и гуманитарного познания, признается представителями западной классической науки<sup>1</sup>. Оно все более активно используется даже в точных науках, демонстрируя высокий эвристический потенциал и мощные практические потенции.

Мировая медицина представляет совокупность исторически возникших школ и направлений, большинство из которых являются вненаучными. Она является точкой реального существования различных форм научного и вненаучного знания. Высокая степень адекватности вненаучного знания в медицине визуализирована громадным пластом феноменологических проявлений, которые активно «эксплуатируются» как инструменты диагностики и терапии. Именно в медико-биологической сфере, проявляется не только амбивалентность научного и гуманитарного познания<sup>2</sup>, но и амбивалентность самого человеческого существования. Однако отечественное направление медицины (аллопатия) сформировалось на базе диалектического материализма, вульгаризировавшего научные методы познания. Оно не сформировало механизмов позитивного восприятия продуктов вненаучного познания. Отсутствуют когнитивные конструкции позволяющие определить место вненаучного знания в структуре медицинского познания, его методологию, пределы компетентности и т.д., что обедняет потенциал отечественной медицины.

В то же время в медицине научное и вненаучное знание недостаточно четко очерчены. В силу этого любое медицинское знание с точки зрения критериев многих других естественных наук является «не вполне научным». Поэтому, следует понимать, что термин «научный» означает лишь соответствие метода критериям, которые «здесь, и теперь, и нами» представляются «научными». Так, одним из значимых критериев «научности» с точки зрения евро-американской медицины является легитимность финансирования (а стало быть, адекватность приборов, квалификации персонала, «интересов» заказчиков и исполнителей исследований). С этой точки зрения, значительная часть исследований, осуществляемых в России (которые возникают «ниоткуда» с финансовой и юридической точек

<sup>1</sup> Бор Н.О. Понятиях причинности и дополнительности // Избранные труды. Т. 2. М. : Наука, 1971. С. 396.

<sup>2</sup> Александрова Р.И. Проблемы естественнонаучного и гуманитарного познания // Материалы первых Меркушкинских научных чтений. Саранск : Красный Октябрь. 1997. С. 223.

зрения), «научными» не признаются, и в качестве таковых не рассматриваются.

Понимание относительности критериев «научного» в познании выступает как основание возможности синтеза и методов научного и вненаучного познания. С другой стороны отмечается и тенденция к расширению когнитивного базиса и самого научного знания в медицине за счет включения в него психологии, социологии и вообще гуманитарного знания<sup>1</sup>, которое еще недавно таковым не считалось. Так, например, анализируя теорию и практику психоанализа, К. Поппер<sup>2</sup> утверждал, что она является псевдонаукой, несмотря на его несомненную практическую эффективность.

Важным свойством медицинского вненаучного знания является то, что оно является «деятельным» гораздо в большей степени, чем знание любой другой области. Вне деятельности вненаучное знание в медицине не существует. Верификация вненаучного знания может происходить в феноменах первичной и вторичной объективной реальности, или в феноменах субъективной реальности. Неверифицируемые «надстройки» многих медицинских направлений, а также построения типа теософии<sup>3</sup>, применительно к медицине, по нашему мнению, не могут быть отнесены к знанию, пусть даже и вненаучному.

Концептуальный характер научной медицины формировался как средство анализа воздействий на организм тех или иных факторов внешней среды. Методологической основой этого подхода является представление о внешней каузальности как о действии одной вещи на другую<sup>4</sup>. На наш взгляд, сфера компетенции научного знания в медицине ограничивается сферой действия прямой (непосредственно и явно выраженной) каузальности.

В теоретическом отношении научное познание мы определяем как исследование «исторически» обоснованных явлений мира. Вненаучные формы познания, по нашему мнению, относятся к явлениям, не имеющим причинных оснований в наличном бытии. Одна из границ между научным и вненаучным познанием проходит через сознание. Вненаучные формы познания направлены на то, что происходит «после» сознания и касается механизмов его воплощаемости в реальность. С другой стороны, продукты деятельности сознания сами являются эпифеноменами наличной реальности. Вненаучное «медицинское» (имеющее потенциальность в сфере медицинской практики) знание оперирует на территории некаузальности или такой каузальности, которая

<sup>1</sup> Васюков Н.Н. Некоторые особенности онтогенеза человека // *Философия и медицина*. Сб. науч. тр. Л. : Изд-во Ленинградского университета. 1986. С. 142.

<sup>2</sup> Поппер К. *Логика и рост научного знания*. М. : Прогресс, 1983. С. 247.

<sup>3</sup> Блаватская Е.П. *Тайная доктрина: Синтез науки, религии и философии*. В 3-х т. М. : КМП Сирень, 1993. Т.3. 571 с.

<sup>4</sup> Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г. *Диалектический материализм и теоретические основы медицины*. М. : Медицина, 1986. С. 86.

опосредуется нематериальными компонентами мира (обладающими собственной системой каузальности, отличной от «объективной»). В этом случае, научное знание может ограниченно исследовать механизмы взаимодействия каузальности первого и второго рода, но не саму систему внутрикаузальных связей второго рода. Научное знание не применимо к исследованию механизма возмущения каузальности первого рода каузальностью второго рода, т.к. оно не имеет причинных оснований внутри самой каузальности первого рода. Кроме того, вненаучное знание может оперировать в областях субъективного «разрыва» каузальности первого рода. В этом случае, научное знание самостоятельно не может обнаружить объект исследования, однако после «указания» на него может быть задействовано в его изучении.

Наука – инструмент исследования каузальности первого рода каузальностью второго рода. Наука также является сферой деятельности, основанной на экспликации естественных рядов каузальности первого рода в желательном направлении. Вненаучное знание выступает как инструмент исследования каузальностью второго рода самой себя путем рефлексии над самопроекцией в каузальность первого рода, а также род деятельности, который использует отпечатки этой самопроекции как инструменты управления каузальностью второго рода.

С точки зрения теории диссипативных структур<sup>1</sup>, организм представляет собой классический вариант неравновесной структуры, который в физиологическом состоянии находится в пределах детерминистической фазы, а в состоянии болезни приближается к процессу флуктуации. В условиях «слабой детерминации» характерной для бифуркационных стадий развития (коей является болезнь) вненаучные методы, специфически предназначенные для анализа, описания и коррекции событий некаузального ряда, по своей познавательной и деятельной активности становятся не менее значимыми, чем научные.

## **ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК СФЕРА ДИАЛОГА ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОГО И ГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ<sup>2</sup>**

*Шеманов А.Ю.*

В современной культуре творчество обычно связывается с ориентацией индивида в своей деятельности на создание нового,

<sup>1</sup> Николис Г., Пригожин И. Самоорганизация в неравновесных системах. М. : Мир, 1979. 512 с.

<sup>2</sup> Работа выполнена при финансовой поддержке РФНФ, грант № 12-03-00499 «Становление субъектности и рефлексивности человека в практиках культуры».

оригинального и нетрадиционного. С тех же позиций нередко рассматривается и народное искусство или детское творчество, хотя эта деятельность ориентирована преимущественно на воспроизведение культурных образцов. П.Г. Богатырев и Р.О. Якобсон<sup>1</sup> еще в 70-х годах XX В убедительно показали некорректность противопоставления в устном фольклорном творчестве произведения и воспроизведения, индивидуального и коллективного. Ими было показано, что творческая активность фольклорного исполнителя выражается главным образом не в создании оригинального произведения, а в *выборе* традиционных или заимствованных извне форм и образцов, в *изобретательности и вариативности* их использования, в *достижении соответствия* создаваемых результатов требованиям культурной группы (обычно явно не формулируемым) и т.д. Новации и оригинальность исполнения входят в традицию только в качестве соответствующих ей форм выражения, если они принимаются культурной группой, к которой они обращены.

Учитывая этот подход, нет никакой необходимости, в том числе и размышляя о развитии и онтогенетическом становлении творческой деятельности, ограничивать ее понятие индивидуально осознанным созданием новых оригинальных результатов в какой-либо сфере деятельности. Творческая деятельность предполагает собственную активность деятеля, которая может проявляться как в создании нового результата, так и в вариативном воспроизведении образцов и схем деятельности. Последнее означает активный отбор воспроизводимых форм, а также активную ориентацию на конкретный культурный контекст (в том числе на аудиторию), в котором будет существовать творческий результат. Причем важно, чтобы культурный контекст не определял однозначно выражаемые ценности и предпочтения участника творческой деятельности, допуская, по крайней мере, множественность форм их реализации. Поэтому существенным для определения творческой деятельности можно считать, по-видимому, направленность подобной деятельности на достижение не предзаданного однозначно результата, создание которого требует собственной активности деятеля.

В этом смысле воспроизведение и освоение детьми в процессе своего онтогенетического развития культурных образцов и способов деятельности социального окружения, в котором они растут, если оно реализуется как их собственная активность с заранее непредзаданным результатом, должно рассматриваться как творческая деятельность. Такая активность может осуществляться ребенком только в том случае, если она сама и ее результат имеет для него смысл и ценность, могут стать и являются частью его жизненного мира (в смысле

---

<sup>1</sup> Богатырев П.Г., Якобсон Р.О. Фольклор как особая форма творчества // Богатырев П.Г. Вопросы народного творчества. М. : Искусство, 1971. С. 369–383.



близок к пониманию Ю. Хабермаса), коммуникативно разделяемого со значимыми другими. В том случае, если это не так, внешне осваиваемые способы деятельности остаются объектом механической имитации, не становятся своими в процессе их воспроизведения и не входят в творческий репертуар ребенка.

В свете современных когнитивных исследований может показаться, что онтогенез человека можно исчерпывающим образом представить как внутри идущий естественный процесс, в процессе которого развивающийся индивид активно, т.е. избирательно и на основе внутренних процессов (изнутри его природы), осваивает и присваивает окружающую его среду. По мере усложнения формирующихся когнитивных структур становятся доступны для освоения также и все более сложные культурные образцы и модели поведения. Имеются работы, в которых показано наличие у человека (и приматов) особых «зеркальных» нейронов (*mirror neurons*), которые активируются как при выполнении действий, так и при наблюдении за аналогичными действиями другого. Функционированием этих нейронов объясняют высокий уровень способности человека к подражанию поведению другого, к освоению внешних образцов поведения в процессе социального общения, а также в распознавании намерений другого. При этом может упускаться из виду, что культурное освоение и социальное общение никак не могут быть сведены к имитации, даже в самых ее сложных и культурно опосредствованных формах, а символ и знак нельзя понять только как орудия коммуникации, направленной, в конечном счете, на достижение инстинктивно заданных биологических целей и мотивированной этими целями. Активно дебатированный вопрос, представляет ли собой система зеркальных нейронов у человека врожденный механизм или он формируется в процессе сенсомоторного развития<sup>1</sup>, не является решающим для прояснения роли этих нейронных систем в развитии человека. Эта дискуссия не принимает во внимание того соображения, что человек как культурное и социальное существо сам строит свои отношения и с собой и с окружающим его миром. А это означает, что в процессе становления человеком он постепенно начинает вычленять себя из находимой им перед собой ситуации, как внешней, так и внутренней. Поэтому любой фактор, будь то его собственный нейронный механизм или внешние обстоятельства, становятся для него лишь материалом их осмысления, субъективного преобразования.

Первые поведенческие проявления вычленения себя из ситуации появляются уже на достаточно ранних стадиях индивидуального

<sup>1</sup> Cook R. The ontogenetic origins of mirror neurons: evidence from 'tool-use' and 'audiovisual' mirror neurons // *Biology Letters* Published online before print 9 May 2012 doi: 10.1098/rsbl.2012.0192 *Biol. Lett.* rsbl20120192.

развития (примерно с 2 лет). Как отмечает А.Д. Кошелев<sup>1</sup>, ребенок научается использовать указательный жест в его *знаковой* функции, отличенной от хватательной (эксперименты П. Герденфорса (P. Gärdenfors)), примерно в тот же период, как у него формируется способность вычленять объекты из переживаемой им ситуации и объединять их в независимые от ситуации системы. На этом примере видно, что формирование *обобщенного* отношения к переживаемой ситуации и открытие *самостоятельной реальности знака* происходит у ребенка одновременно. В данном случае *обобщенный* характер отношения к переживаемой ситуации является проявлением, или другим выражением *независимости* объектов от включающей их ситуации переживания. В этом *отличие* данного типа обобщения опыта от обобщения, описанного у животных, также способных обобщать свой опыт. Человека обобщает опыт на основе создаваемых культурными средствами моделей ситуаций при одновременном освобождении от захваченности их переживанием.

Подобный тип обобщения включает в себя субъективный акт, подобный *дереализации* в смысле М. Шелера. Дерееализация означает способность видеть мир идеально, в его сущности, а не в свете проекций своего витального интереса, привязывающего человека к переживаемой им ситуации. Эта способность присуща только субъекту, который может строить отношение к отношению, овладевая субъективной дистанцией по отношению к собственным актам восприятия или поведения. Упомянутые когнитивные исследования дают представление о системе «инструментов» органического тела человека, которые, наряду с другими, неорганическими, осваивает человек как субъект культуры. Это один аспект дополнительности естественнонаучного и гуманитарного подходов к феномену человека. Другой аспект опирается на представление о теле, как целостном мире, к которому нужно уметь прислушиваться и с которым необходимо строить отношения<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Кошелев А.Д. О качественном отличии человека от антропоида // Разумное поведение и язык. Вып. 1. Коммуникативные системы животных и язык человека. Проблема происхождения языка. М., 2008. С. 201–205, 218–223.

<sup>2</sup> Попова Н.Т. Пластико-когнитивный стиль движения. Методическое пособие. Часть 1. М. : Круг, 2010.

# ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОЕ И ГУМАНИТАРНОЕ ИЗМЕРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

## БИОМЕДИЦИНА В ФОКУСЕ МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

*Михель Д.В.*

В 70-е гг. XX в. многие медицинские антропологи на Западе стали активно исследовать различные традиции народного врачевания и народной фармакопеи, что вполне соответствовало новым веяниям ВОЗ, поощрявшей врачей и антропологов шире изучать традиции народной медицины. В те же годы в Советском Союзе некоторые этнографы и собиратели народного фольклора также более охотно стали сосредотачивать свое внимание на изучении народной медицины. Многие антропологи и этнологи были склонны воспринимать медицинскую антропологию, прежде всего, как «этномедицинскую науку»<sup>1</sup>, т.е. комплекс исследований народной (неконвенциональной) медицины. Однако вскоре стало ясно, что этим дело не ограничивается.

В первой половине 80-х гг. XX в. впервые стали предприниматься попытки переключить внимание на изучение западной медицинской традиции. Пионерами здесь выступили американские антропологи Роберт Хан и Этвуд Гейнс<sup>2</sup>. Они предложили рассматривать западную медицину как случай еще одной «этномедицины», как особую «культурную систему», что предполагало отказаться от привычного даже для медицинских антропологов различия между «наукой» и «культурой». Они выделили три характерные черты западной медицины: 1) ее культурное своеобразие и отличие от других областей культуры, таких, как религия, политика и экономика; 2) отчетливое

<sup>1</sup> Fabrega H. The Need for an Ethnomedical Science // Science. 1975. Vol. 189 (4207). P. 969–975.

<sup>2</sup> Hahn R.A., Gaines A.D. Physicians of Western Medicine: An Introduction // Culture, Medicine, and Psychiatry. 1982. Vol. 6 (3). P. 215–218; Hahn R.A., Gaines A.D. (eds.) Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice. Dordrecht: Reidel, 1985.

иерархическое разделение труда и профессиональных ролей, хорошо понятное для остальных членов общества; 3) внутреннее воспроизводство социальных и культурных смыслов через неформальную социализацию. Довольно скоро работа Хана и Гейнса привлекла внимание других коллег-антропологов<sup>1</sup>, вследствие чего произошло формирование особого направления исследований, которое принято называть *антропологией биомедицины*.

Принятие большинством медицинских антропологов термина «биомедицина» несколько шло вразрез с присущим медицинскому сообществу разграничением между «клинической медициной», «социальной медициной» и «биомедициной» как областью передовых лабораторных исследований. Для антропологов вся современная западная медицина отныне воспринималась как биомедицина. Причиной этого стало осознание того факта, что передовые биомедицинские исследования уже в 1980-е гг. фактически стали определять все содержание медицинского знания и медицинской практики.

В 90-е гг. XX в. некоторые антропологи стали проводить полевые исследования в стенах научно-медицинских центров, лабораториях и других пространствах, где развернулась так называемая «биотехнологическая революция». По понятным причинам пальма первенства принадлежала североамериканским исследователям, причем особенно успешно продвигались в этом направлении канадские антропологи. Одним из примечательных проявлений такой работы стал сборник статей «Живя и работая с новыми медицинскими технологиями», подготовленный антропологами из университета имени Мак-Гилла в Монреале<sup>2</sup>. В фокусе внимания исследователей оказались такие проблемы, как влияние биомедицины на социальную природу, клинической и лабораторной материальной культуры, появления новых биомедицинских сетей в связи с развитием новых медицинских технологий.

Растущий интерес медицинских антропологов к биомедицине стал свидетельствовать о том, что антропологи способны фокусироваться не только на «экзотических», но и на вполне «мейнстримных» культурах. Привнеся собственные методы в мир западной медицинской традиции, они осмелились превратить всю медицину в собственное поле исследования специфическими для антропологии средствами. По сравнению с клинически прикладной антропологией, которая начиналась с анализа взаимоотношений врача и пациента в условиях

---

<sup>1</sup> Hahn R.A., Kleinman A. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions // Annual Review of Anthropology. 1983. Vol. 12. P. 305–333; Rhodes L.A. Studying Biomedicine as a Cultural System // Johnson T.M., Sargent C.F. (eds.) Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method. New York: Praeger, 1990. P. 159–173.

<sup>2</sup> Lock M., Young A., Cambrosio A. (eds.) Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

«клинической реальности»<sup>1</sup>, антропология биомедицины решительно продвинулась в тех направлениях, где нередко отсутствовали врачи, пациенты и даже клиническая реальность. При этом речь все равно шла о медицине, которая, однако, уже не была прежней. Новые рубежи, которых достигла биомедицина в самом начале XXI в., оказались не менее увлекательным местом для исследования, чем те миры, в которых продолжала обретаться медицинская традиция, восходящая к культурному опыту Нового времени. Показательным примером такого антропологического любопытства стала работа одной из наиболее авторитетных канадских исследовательниц Маргарет Лок и ее коллеги Вин-Ким Нгуена, посвященная биомедицине как культурному явлению и одновременно ансамблю быстро развивающихся технологий<sup>2</sup>.

Характерной чертой антропологических исследований применительно к биомедицине стало своего рода освобождение от ее магических чар. Биомедицина предстала не просто как порождение культуры Запада, но и как детище западного капитализма, выступающее в роли особого культурно-идеологического ресурса, способствующего обеспечению социального неравенства и легитимации существующего общественного порядка. В постколониальном мире биомедицина, кроме того, оказалась предметом демонстративного потребления, позволяющим наиболее обеспеченным слоям местного общества подчеркивать свою цивилизованность и утверждать престиж. Ведущие представители критической медицинской антропологии, такие, как Ханс Баер и Мерилл Зингер, задали весьма высокую планку для оценки социальной ценности биомедицины, когда усомнились в том, что биомедицина и используемые ею средства способны сделать этот мир более здоровым. Им удалось показать, что биомедицина часто выступает не только средством модернизации постколониальных обществ Третьего мира, но и средством для усугубления их проблем в сфере здоровья<sup>3</sup>.

В апреле 2012 г. группа руководителей ряда крупных российских центров биомедицинских исследований обратилась к президенту России с предложением более активно поддержать их работу, прежде всего, в области «клеточной медицины». Их обращение получило поддержку, как и целый ряд аналогичных просьб «снизу», что отражает формирование нового вектора в системе российской государственной научной политики. Есть все основания ожидать, что

---

<sup>1</sup> Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.

<sup>2</sup> Lock M., Nguyen V.-K. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.

<sup>3</sup> Baer H., Singer M., Susser I. *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger, 2003.

сфера биомедицинских исследований в России будет развиваться все более интенсивно, возможно с опорой на западный опыт. Биомедицина в России все более явно становится одним из государственных приоритетов. Как будет развиваться эта сфера в ближайшие годы пока неясно. Однако можно предположить, что осуществление гуманитарно-научной экспертизы применительно к этой области может оказаться весьма полезным. Свое слово предстоит сказать и медицинской антропологии.

## **МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ И ФИЛОСОФИЯ МЕДИЦИНЫ**

*Мирасова Н.А.*

1. С развитием антропологического знания связано появление медицинской антропологии как отрасли культурной и социальной антропологии. Одной из предпосылок появления данной отрасли знания можно назвать всеобщий процесс интеграции знаний, характерный для современного *постнеклассического* этапа развития научных знаний. Этот этап характеризуется появлением междисциплинарных направлений, к которым можно отнести и медицинскую антропологию. Возникнув на границах социальной, культурной и биологической антропологии, медицинская антропология стала комплексом знаний о медицинских системах, существующих и существовавших в разных обществах, о традициях врачевания, о культурном контексте медицинских практик и о социо-культурных аспектах производства медицинских знаний.

Медицинская антропология, отвечая на потребность современной медицины в гуманитаризации знания и практики, обращая внимание к внутреннему миру человека и социо-культурным аспектам его бытия, становится практически востребованной в медицине. Благодаря результатам исследований медицинской антропологии, современная западная медицина начинает учитывать в своей деятельности такие важные факторы, как этническая и религиозная принадлежность больного, его пол, строение его тела, возраст и т.д.<sup>1</sup> Этические вопросы, лежащие в области медицинской антропологии, выявляют общее проблемное поле с биоэтикой и требуют комплексного подхода, и медицинская антропология способна внести свой значимый вклад в осмысление и решение этих вопросов.

2. Однако роль медицинской антропологии отнюдь не сводится к исполнению требований и запросов господствующей медицинской

<sup>1</sup> Поповкина Г.А. «Медицинская антропология: проблемы и перспективы исследования на Дальнем Востоке»// Россия и АТР. 2010. № 2. С. 190.

модели. Исследования медицинской антропологии могут оказывать влияние на формирования медицинского знания, наполняя новым содержанием такие понятия, как болезнь, здоровье, лечение, лекарство, тело и т.д. От того, какую смысловую нагрузку несут в себе эти понятия, зависит и врачебная практика. Взгляды рефлексотерапевта и остеопата, шамана и народного целителя сильно отличаются и в объяснении причин заболевания и в выборе методов его лечения. Медицинская антропология способна оценить различия и оформить их в систематизированную область знания. Специфика медицинской антропологии заключается в культурологической призме, через которую западная культура, несмотря на значимость, представляется как всего лишь одна из мировых культур, а западная медицинская модель воспринимается как одна из систем медицины. Медицинская антропология признает право и привилегию на существование каждой медицинской системы и рассматривает их как систему особых сообществ со специфической культурой, ритуалом, формами общения и как систему медицинских учреждений, где происходит взаимодействие врача и пациента.

Таким образом, медицинская антропология признает право на существование в своем поле мифологического, религиозного и научного, а также повседневного дискурсов, что характеризует её как трансдисциплинарную дисциплину и выражает определения современного постнеклассического этапа развития научного знания. «Развитие медицинской антропологии стало составной частью процессов глобализации, а медицинская антропология стала играть роль агента, способного пересекать культурные границы и переформатировать региональные социально-гуманитарные дискурсы»<sup>1</sup>.

3. Проблемное поле медицинской антропологии имеет большое число пересечений с проблемным полем философии медицины, в основе этих пересечений лежит внимание к человеческому измерению и к результатам человеческой деятельности в сфере медицины. К таким общим вопросам можно отнести этические проблемы, вопросы взаимодействия медицинских систем, многокритериальность понимания болезни и здоровья, проблемы взаимодействия теории и практики, социо-культурные аспекты производства медицинских знаний и т.д.

Отмечая общность проблемных полей, нам представляется интересным выделить одну из исследовательских областей медицинской антропологии – прикладную медицинскую антропологию и на ее примере показать ценность взаимодействия медицинской антропологии и философии медицины. В рамках этой области медицинская антропология разрабатывает вопросы профилактики заболеваний,

<sup>1</sup> Михель Д.В. История социальной антропологии (медицинская антропология): учебное пособие для студентов. Саратов : изд-во «Техно-декор». 2010. С. 5.



а также социо-экономические и законодательные аспекты медицинской практики. Медицина здоровья, несомненно, является актуальным направлением современной медицины, стремящейся к формированию более целостной системы медицинского знания, востребованного современным обществом. Важным вопросом на этом уровне, уровне профилактики, является вопрос о возможной интеграции различных медицинских систем. Исследования в этой области могут приблизить и облегчить формирование более целостного образа медицины, интегрирующей элементы различных медицинских систем в единое практическое поле деятельности.

Для получения информации о теории и практике медицинских систем ценность представляет полевой метод сбора информации, используемый антропологами, и данные по различным медицинским системам. Изучая жизненный мир, погружаясь в традицию, антропологу видно то, что может ускользнуть от внешнего (постороннего) взгляда исследователя. В полевом методе антрополога происходит сближения субъекта и объекта изучения, что характерно для трансдисциплинарных областей знания. Использование этого метода может привести к новому взгляду на различные аспекты человеческого бытия, связанные с медицинским знанием и практикой, а также к формированию более целостного понимания человеческой природы.

Для анализа и прогнозирования дальнейшего развития медицинского знания ценность представляют методы философии науки, применяемые к сфере философии медицины. Общее проблемное поле является основой для интеграции медицинской антропологии и философии медицины. В этом поле взаимообмена и соразвития знания могут возникнуть новые открытия, значимые для развития современного медицинского знания и практики.

## **АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗУМА КАК ПЕРВИЧНОЙ РЕАЛЬНОСТИ (ПО Д. ДЕНNETУ И Д. ХОФШТАДТЕРУ)**

*Красильникова М.Н.*

Понимание разума – обсуждаемый вопрос в научной среде как гуманитарных, так и естественных наук. Вопрос о том, есть ли вообще разум (сознание) у человека, занимает биологов, физиков, психологов и философов уже очень давно. Исследования Д. Деннета и Д. Хофштадтера лежат в области философии сознания, философии науки и философии биологии, а именно на стыке философии и естественных наук.

Для начала стоит отметить, что само понятие «разума» — это философская категория, выражающая высший тип мыслительной деятельности. Вопрос существования разума достаточно важен для естественных наук, так как разум наблюдателя является необходимым элементом в структуре теории. Любой эксперимент невозможно поставить и провести, если учесть, что разума как такого не существует. Необходим «сознательный наблюдатель» для любого измерения и эксперимента. Поэтому на определенном этапе научного развития и физики, и биологи пытались объяснить философское и гуманистическое значение своих результатов. К примеру, физические события и человеческий разум не делимы, поэтому физики стали рассматривать сознание как существенную часть структуры физики. Х.Дж. Моравиц пишет о том, что загадки квантовой механики и загадки разума едины.

Разум — это такая категория, которая объединяет многие естественные и гуманитарные науки, своего рода мост между всеми знаниями, а резюме этого знания подводит философия, т.к. может свести воедино те результаты, которые дадут естественные науки. Наша нервная система — это не обособленная или нейтральная система по отношению к телу (в отличие, к примеру, от системы управления на современном корабле). Многие философские идеи основывались на том, что Я — это не мое тело, но Я — хозяин моего тела. В случае операции по пересадке сердца человек хотел бы быть реципиентом, а не донором, но в случае операции по пересадке мозга — хотел бы быть донором, так как человек переходит с мозгом, а не с телом. Таким образом, из примера Д.Деннета, видна важность нашей нервной системы и нашего разума. Разум определяет, прежде всего, кто мы есть, именно он самоидентифицирует нас так или иначе. Но нельзя разум отделять от тела, несмотря на то, что такого рода дуализм постоянно встречается не только в академической среде. Тело содержит также много информации о человеке (ценностей, способностей, воспоминаний и склонностей), благодаря которой человек есть тот, кто он есть. Следовательно, сознание нельзя считать частью человека; сознание и есть человек в целом. Одна из особенностей разума заключается в его исключительности, а точнее то, как мы его познаем. Каждый знает ровно одно сознание изнутри, и никакие два человека не знают изнутри одно и то же сознание, ничто иное человек не познает таким же образом.

С другой стороны, наши тела уже обладают собственной психикой, поэтому стало не ясно, зачем телу еще наше сознание. Деннет задается вопросом: достаточно ли одной психики для тела? Ведь старая «телесная» психика довольно долго выполняла тяжелую работу по жизнеобеспечению тела, но действует относительно медленно. Ее интенциональность имеет малый радиус действия. Она легко попа-

дается на обман. Для более сложных контактов с внешним миром нужна более быстрая и дальновидная психика, которая способна на лучшее будущее. Каждый человек знает путем собственного интроспективного анализа, что механизм выживания породил свойство, которое принято называть «сознанием».

Вопрос о разуме важен и в обсуждении этических проблем медицины. Только носители разума могут о чем-то беспокоиться, и их может заботить происходящее. Если в отношении человека делается то, что для него нежелательно, это имеет моральное значение. В моральном аспекте людей беспокоит вопрос о том, кто обладает разумом: всякая предлагаемая корректировка границ класса носителей разума имеет большое этическое значение. По Д. Деннету дискуссии об абортах связаны с такого рода корректировками. Одни считают очевидным, что десятидневный зародыш обладает психикой, другие считают очевидным обратное. Если правы вторые, то верно утверждение, что «зародыш» имеет не больше интересов чем, к примеру, нарывающий зуб — его можно удалить ради спасения жизни или просто ради удобства того носителя разума, частью которого он является. Если же «зародыш» обладает разумом, тогда необходимо учитывать и его интересы наряду с интересами того, кто дает ему временное пристанище.

Таким образом, любые проблемы медицины должны решаться с позиций, где сознание и тело идут рядом, где разум и материя сливаются.

## **ИММОРТАЛИЗМ КАК СПОСОБ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРАХА СМЕРТИ**

*Башилов Р.Н., Башилова С.М.*

Рефлексия над феноменом «иммортиализация» указывает на динамику её расширительных толкований, трансформацию её семантики, причин её «оправдания».

Идея иммортиализации исходит из того, жизнь для человека — великое, всеобъемлющее благо, а смерть — закономерная граница жизни после которой ничего не происходит.

Мы только умираем — никакой загробной жизни, никаких вторых возможностей, никакой реинкарнации. Таким образом, то, что мы испытываем сейчас и жизнь, которая у нас есть сейчас, демонстрирует отсутствие альтернативы. В результате осознания безысходности, появляющийся страх смерти порождает естественное желание для человека продлить жизнь, максимально отдалить наступления смерти.

Причем страх смерти у человека по своей природе и предметному содержанию в большей степени социален. Если животное испытывает страх смерти только в момент, возникновения непосредственной угрозы жизни, и этот страх для него является лишь проявлением инстинкта самосохранения, то человеку мысли о смерти могут приходить в самые разные моменты его жизни, нередко в условиях полной безопасности, когда он молод и физически здоров.

Страх смерти – особое переживание, свойственное человеку. «Страх смерти, писал А.А.Токарский, без идеи смерти невозможен, и в то же время совсем нельзя утверждать, что всякий страх заключает в себе, хотя в зачаточном состоянии, идею гибели. Сочетание чувства страха с идеей гибели есть факт человеческого сознания, и, следовательно, мы напрасно будем искать его в сфере инстинктов»<sup>1</sup>.

Как считает большинство психологов, страх смерти есть сложное переживание, в котором переплетаются самые разнообразные осознаваемые и неосознаваемые мотивы, имеющие широкую вариацию ценностных предпочтений и смысловых акцентов. Если трактовать страх смерти как нравственно-психологическое переживание, то он не поддается однозначной оценке.

Несмотря на различия в трактовке феномена страха смерти, практически все исследователи сходятся в его оценке как нежелательного или вредного явления. Страх смерти один из самых мучительных психологических страданий личности. В этом страдании сконцентрирован трагический пафос жизни человека как разумного существа. Страх смерти составляет предельное испытание духовной стойкости и достоинства человека.

Одним из способов психологической защиты, служащей для преодоления страха смерти, можно рассматривать иммортализацию. Как объясняет в книге «Обман» Д.И.Дубровский: «Человек не может постоянно находиться под гнетом осознания неизбежности своей смерти. Он вытесняет это осознание, стремится не думать о смерти, упрочить то качество своего внутреннего, субъективного мира, благодаря которому он в нем как бы вечен, ибо не имеет сознательного опыта о своем рождении и не может иметь сознательного опыта о своей собственной смерти. К тому же человек развивает различные способы компенсации, формирует в своей психике структуры соответствующей символики, которую справедливо именуют символикой бессмертия или иммортализации. Эти структуры иммортализации как раз и служат в качестве психической защиты, обеспечивают человеку полноценную жизнь в условиях понимания и ожидания своей смерти»<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Токарский А.А. Страх смерти // Вопросы философии и психологии. М., 1987. Кн. 5(40). С. 942.

<sup>2</sup> Дубровский Д.И.Обман. Философско-психологический анализ. М. : РЭИ, 1994. С. 120.

Д.И. Дубровский делает ссылку на Р.Лифтона, который выделял пять категорий или способов иммортализации, каждый из которых, основываясь на соответствующих ценностях, затрагивает определенную этическую проблематику.

Во-первых, это биологическое бессмертие (надежда на продолжение жизни в потомстве), творческое бессмертие (надежда на продолжение жизни в результатах своей деятельности), теологическое бессмертие (различные религиозные формы трансцендирования смерти путем установления связи с вечными духовными ценностями), натуралистическое бессмертие (надежда на бессмертие путем слияния с природой, способ иммортализации, развитый в японской и других восточных культурах), чувственная трансценденция (здесь механизм иммортализации основан на непосредственном личном опыте, связанном с достижением различных субъективных состояний, таких, как потеря чувства времени, просветление, экстаз, расширение сознания и т.п.)<sup>1</sup>.

По мнению М.В. Соловьева «научно ориентированный» иммортализм сегодня – это философское направление, которое включает в себя: 1) естественнонаучное обоснование возможности радикального продления жизни человека вплоть до достижения им физического бессмертия; 2) поиск оптимальных социально-экономических моделей устройства общества, состоящего из бессмертных индивидуумов; 3) мировоззрение людей, которые хотят быть физически бессмертными, считают, что это достижимо научными средствами и что бессмертие является благом для человечества<sup>2</sup>.

Практические пути преодоления страха смерти представлены в идеях трансгуманистов о новых способах иммортализации с использованием новейших биотехнологий, таких как крионика, клонирование, генная инженерия, нанотехнологии, фармакотерапия и др.

Здоровье, молодость, бессмертие – новая триединая глобальная проблема. Эта триада стала велением нашего времени – начала XXI в.

Таким образом, восстановление, укрепление деградирующего здоровья современного человека, сохранение его молодости (как оптимальных параметров телесной и духовной жизнедеятельности) путем использования новейших биомедицинских технологий, достижение практического бессмертия, т.е. биоэтически и социально детерминированной способности долгого индивидуального бытия личности, становится актуальной практикой адаптации.

<sup>1</sup> Lifton R., Olson E. Living and dying. N.Y., 1974.

<sup>2</sup> Соловьев М.В. Формирование научного иммортализма // Конф. «Наука, философия и культура в России и на Западе: XVII–XX век» (2–3 июня 1997 г., С.-Петербург, в рамках Первого российского философского конгресса): Тез. докл. и сообщ. СПб., 1997. С. 32–33.

# СМЕРТЬ КАК ОБЪЕКТ НАУЧНОГО КОНСТРУИРОВАНИЯ<sup>1</sup>

*Попова О.В.*

**1. Целерациональное отношение к смерти.** В современном мире процесс умирания конструируется и контролируется в соответствии с социально-экономическими задачами, стоящими перед обществом. Общество способно как преподнести дар смерти, так и отбирать его. Процесс конструирования отношения к смерти сопряжен с выстраиванием деонтологии умирания, с характерным для нее представлением о должном способе умирания, соответствующем парадигме смерти, разделяемой сообществом. Повсеместно разделяемая парадигма смерти сконструирована таким образом, чтобы сама смерть была подключена к закону воспроизводства человеческих ресурсов. На примере диагноза смерти мозга очевидно, что контроль умирания характеризуется прагматическим эффектом (возможностью продлить жизнь другому за счет умирающего). Смерть приобретает признаки инструментальности при дополнении ее смысла коннотациями, продуцируемыми практиками трансплантологии. Она экономически эффективна и одновременно включена в структуру дара (донорства) и обмена социальными благами. Смерть становится даром со стороны сообщества и при рассмотрении таких практик, как эвтаназия или аборт. В отношении первой фиксируется право на выбор формы собственной смерти, основанием которого является распоряжение собственным телом. В отношении второй практики (аборта) распоряжение собственным телом трансгрессирует в акт распоряжения телом Другого, который видится инородным элементом собственного тела, Чужим, представляющим угрозу.

**2. Императивный характер пролонгированной жизни.** Императив «не умри» — «во всяком случае умри не как угодно, а только с дозволения закона и медицины» (Ж. Бодрийяр) определяет характер отношения к смерти как к артефакту. Он создан, с одной стороны, особой технической средой, дающей возможность пролонгирования жизни, с другой, особым отношением экспертов в области констатации смерти (врачей и юристов), определяющих момент наступления смерти, факт смерти как таковой, занятых научным конструированием смерти.

**3. Артефактная естественность смерти.** Современное представление о естественной смерти оказывается эквивалентно представлению о смерти как объекте научного контроля: сформированные медико-биологическими науками законы умирания и критерии констатации смерти воспринимаются как нечто само собой разумеющееся. Бессмысленность смерти и ее иррациональность подлежат осмыслению в

---

<sup>1</sup> Тезисы подготовлены при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 12-33-01419.

различных формах творчества и также подлежат «освоению». Смерть как схваченная и освоенная эстетическим взглядом данность является плодом схватывания, осуществляемого наукой, порождающего мир абстракций, по сути, мир мертвых объектов. Как отмечает Ж. Бодрийяр, «Реальность» науки и техники — это опять-таки реальность разделения живого и мертвого. В эту разобщенность вписывается и сама целевая установка науки как влечения к смерти (желания знать): в этом плане объекты бывают только мертвыми, то есть водворенными в инертно-безразличную объективность, как были в нее водворены прежде всего смерть и мертвые»<sup>1</sup>. Человек умирающий (речь идет прежде всего о пациентах с диагнозом смерти мозга) также оказывается в тисках научного процесса абстрагирования, в результате которого у него отторгается его имя — «человек» и происходит приписывание ряда других имен: неоморта, растения, артефакта технологической поддержки, определяющих его онтологический статус по аналогии со статусом либо ненужного мертвого объекта либо по аналогии с природным артефактом, представляющим ценность для общества.

**4. Внесимволический характер смерти.** Статус человека как мертвого объекта определяется его неспособностью свидетельствовать в пользу собственного бытия. Жизнь, поддерживаемая с помощью искусственных мер, заставляющая тело дышать, а сердце биться при наличии необратимости прекращения всех функций головного мозга в рамках утвердившейся современной научной конвенции не свидетельствует о жизни, достойной того, чтобы она продолжала длиться. Коммуникативное понимание смерти (как отсутствие открытости миру и людям, вызванное биологическим состоянием умирающего-пациента со смертью мозга) является одним из аспектов современного научного конструирования смерти<sup>2</sup>, между тем, оно игнорирует символический, аксиологический характер смерти<sup>3</sup>, связанный с мировоззрением не столько научного сообщества, сколько с представлениями конкретной социальной общности (семьи, религиозной общины и т.д.), разделяющей событие смерти, а также с отношением к научной интерпретации смерти со стороны самого субъекта. Лишь в случае возможности забора органов у умершего символический характер смерти может

<sup>1</sup> Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000. С. 243.

<sup>2</sup> Так, в докладе Президентского совета по биоэтике США были обозначены базовые модальности человеческого бытия: открытость миру, то есть восприимчивость к стимулам и сигналам из окружающей среды, способность оказывать влияние на мир с целью удовлетворения собственных потребностей, базовой способности ощущения, дающей возможность организму действовать так, как он должен действовать и получать то, в чем он нуждается, и что его открытость делает возможным. Непроявленность этих модальностей (в отношении пациента с диагнозом смерти мозга) означает смерть. См.: Controversies in the Determination of Death. The President's Council on Bioethics. Washington, D.C. 2009.

<sup>3</sup> Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, 2000.



проявиться в форме дара (донорства) — идеи, обеспечивающей одну из форм идентичности социальной общности.

**5. Публичность и приватность смерти.** Таким образом, «естественная смерть», вписанная в строй законов науки и права, игнорирует публичный характер смерти, смерть вытесняется за пределы социального мира, она констатируется и ее причины выявляются в особых пространствах: медицинских учреждениях и лабораториях. Вместе с тем смерть оказывается отделенной и от самого субъекта: его статус как живого или мертвого, а по сути, человека или нечеловека, также оказывается задан внешним образом, задан научной парадигмой. И он сам становится таким образом артефактом, порожденным научно-исследовательскими практиками, реанимационными технологиями и социокультурными факторами (донор как артефакт), инструментализирующими его тело как в целях пролонгирования жизни, так и в целях ее прекращения. Человек как артефакт отражает формы социальной жизни, ее этос (в частности, этос отношения к смерти и умиранию), но в равной степени и слабость самого субъекта перед этосом науки и ее властью.

**6. Смерть и сопротивление смерти.** Событие смерти втиснуто в рамки современных научных представлений. Между тем, имея дело с объективностью смерти, ученые сталкиваются с реальностью, способной возражать тому, что о ней сказано<sup>1</sup>. С этим связан казус плюралистического характера смерти. Речь идет о различных дефинициях и критериях смерти, разработанных и принятых в контексте различных научных практик, о разнице в стандартах диагностики смерти (что характерно для практики констатации смерти мозга), о социокультурных вариациях отношения к смерти и неприятию неврологического критерия смерти, выражающимся в том числе и в возможности субъекта осущетвлять выбор относительно той или иной дефиниции смерти (как это имеет место, например, в Японии).

## **ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ В КНИГЕ ЭПОХИ ПОСТМОДЕРНА: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ**

*Соколова И.С.*

Естественные науки и науки медицинские имеют присущие именно им особенности наряду с общими, едиными чертами. И общее, и особенное наук этих групп важно учитывать в ситуации

---

<sup>1</sup> Об объектах науки, способных возражать, см.: Латур Б. Дайте мне лабораторию и я переверну мир // Логос. 2002. № 5–6 (35).

популяризации естественнонаучных и медицинских представлений. Рассмотрим специфику популяризации естественнонаучных и медицинских знаний с помощью книги — в современных условиях одного из многих, но и одного из до сих пор сохраняющих наибольшую эффективность каналов распространения таких сведений в силу системности изложения материала. В нашу эпоху — эпоху постмодерна — наблюдаются определенные перемены в самых разных областях человеческой жизни и жизни социума, в науках, относящихся к различным типам. В частности, все более настойчиво заявляет о себе отход от понимания исследователя как совершенно объективного наблюдателя и экспериментатора, лишь фиксирующего, протоколирующего изменения, происходящие с объектами. В естественных науках в результате сформировалась идея о том, что изучаемый объект природы не является абсолютно независимым от исследователя. Например, в научно-популярной монографии «Мир, созданный химиками: От философского камня до графена» П.А. Образцова (М. : КоЛибри : Азбука-Аттикус, 2011. (Galileo)) написано: «Есть такая теория, что мир не только не познаваем, но и зависит от того, кто его познает, — исследователь неизбежно влияет на результат эксперимента. Градусник, помещенный в кипяток для измерения температуры, на тысячную долю градуса сам охлаждает воду. И потому есть множество одновременно существующих Вселенных с различающимися свойствами. Можно сказать, что наша Вселенная, состоящая сейчас из примерно 120 элементов, устроена Дмитрием Ивановичем Менделеевым» (с. 30). В медицинской сфере происходит постепенное смещение от патерналистской медицины к медицине сотрудничества, когда пациент начинает пониматься как самостоятельная личность. Первую П.Д. Тищенко характеризует следующим образом: «Пациент рассматривается как особого рода субъект, вся субъективность которого заключена в постоянном дисциплинированном самоисключении из любой осмысленной коммуникации, *поле терапевтического (в широком смысле) действия очищено от “субъективных переживаний” страждущего для объективных свидетельств его тела.* Рядом с пациентом как пассивным субъектом эти же практики постулируют врача как активного субъекта»<sup>1</sup>. Появление медицины сотрудничества порождает подготовку и выход в свет таких книжных изданий, в которых читателю предлагается заглянуть в традиционно замкнутый мир профессиональных медиков, обычно закрытый для «непосвященных». Таково, скажем, издание Б. Голдакра «Обман в науке» (пер. с англ. М.: Эксмо, 2010. (Открытия, которые потрясли мир)). В аннотации говорится: «Почему многие ученые и журналисты выступают против использования вакцины от

<sup>1</sup> Тищенко П.Д. На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб. : Мирь, 2011. С. 76.

кори, краснухи и других опасных болезней? Зачем фальсифицируются данные о медицинских исследованиях? ... Как связаны между собой политика и медицина? Вы узнаете ответы на все эти и многие другие вопросы» (с. 4). Однако такое отличие популяризации естественнонаучных и медицинских знаний, как значительно более ярко выраженный прагматизм знаний второго типа и соответствующих текстов, их репрезентирующих, сохраняется, удерживается и в эпоху постмодерна, ибо данное отличие предопределяется существованием не только медицинских наук, но и медицины в качестве сферы практической деятельности, тогда как естественные науки существуют «сами для себя», направлены только на «открытие истины», имея практические приложения уже за собственными границами — в тех же медицинских, сельскохозяйственных, технических науках. Прагматическому тексту присущи специфические характеристики: локальность, описательность, фактологичность, безоценочность, деритуализация, конструктивность, прогностичность<sup>1</sup>. Сопоставим два научно-популярных издания естественнонаучной и медицинской тематики, имеющих однотипные названия и вышедших в рамках одной и той же серии «Galileo» московских издательств «КоЛибри» и «Азбука-Аттикус» — «Десять самых красивых экспериментов в истории науки» Д. Джонсона (пер. с англ. 2011) и «Десять величайших открытий в истории медицины» М. Фридмана и Д. Фридланда (пер. с англ. 2012). В первой работе обнаруживаем такой, к примеру, фрагмент (идея приоритета): «В пьесе “Кислород”, премьера которой состоялась в 2001 году, два химика, Карл Джерасси и Роальд Хоффман, придумали сюжет, в котором шведский король пригласил этих троих ученых в Стокгольм, чтобы решить вопрос о том, кого из них считать первооткрывателем кислорода. Шееле был первым, кто выделил газ, а Пристли первым опубликовал работу, в которой говорилось о его существовании, но только Лавуазье понял то, что им удалось открыть» (с. 82). Во второй научно-популярной монографии читатель видит, в частности, следующий текст (идея пользы): «Сегодня большинство кардиологов убеждены в правоте Аничкова, утверждавшего, что холестерин, поступающий в организм с пищей, способствует развитию атеросклероза. Согласны они и с высказанным позже мнением Аничкова о том, что в окончательном закрытии коронарной или мозговой артерии свою роль играют и другие факторы. ... И все же Аничков был совершенно прав, говоря о том, что богатая холестерином пища является основным фактором, вызывающим самое опасное из заболеваний современного человека. ... И даже сегодня, хотя всем известно, что не хлебом единым жив человек, очень маловероятно, чтобы люди отказались от яиц

<sup>1</sup> Пронина Е.Е. Психология журналистского творчества: учеб. пособие для вузов. М.: КДУ, 2006. С. 144–145.

и множества других продуктов питания, богатых холестерином» (с. 302). Популяризация медицинских знаний всегда была насыщена метафорами войны или преступления. «Уже ситуация хронического заболевания уязвляет моральное самосознание врачебного сословия, оказавшегося вынужденным мириться с собственной неспособностью добиться окончательной победы, – рассуждает П.Д. Тищенко. – Признать умирание как неизбежное состояние (несмотря на его очевидность) – означает капитуляцию перед “врагом”»<sup>1</sup>. В издании Д.С. Сакс «Микробы хорошие и плохие: Наше здоровье и выживание в мире бактерий» (пер. с англ. М.: АСТ: CORPUS, 2013) часть первая так и называется – «Война с микробами». В известной научно-популярной монографии П. де Крюи «Охотники за микробами» (пер. с англ. М.: Астрель: Полиграфиздат, 2012) читаем: «В конце концов он снял обвинение в переносе малярии с двадцати различных видов комаров; он вынес оправдательный приговор всем видам серых и пестрых комаров, которых встречал ну просто повсюду: в трактирах, в спальнях, в ризницах соборов...» (с. 380). Отличие популяризации естественнонаучных и медицинских представлений еще и в том, что вторые значительно ближе к повседневной, обыденной жизни человека, первые же – это по большей части абстракции. Человек (читатель) пытается моделировать ситуации собственной жизни – здоровья, нездоровья, обращаясь, в том числе, и к изданиям. Д.В. Дунас отмечает: «Индивидуальную картину мира (мировоззрение, мировосприятие и мироощущение человека) составляют личный, социальный и – в современном обществе – медиатизированный опыт. Зачастую индивид сталкивается с комплексным опытом, приобретенным в результате взаимодействия всех трех видов. Но очень часто знания и представления человека о мире не выходят за пределы медиатизированного опыта... Медиатизированный, то есть опосредованный, опыт может противоречить социальному и личному опыту, а также оставаться сугубо “самим собой”, не поддающимся “выходу” вне сферы данного опыта»<sup>2</sup>. Например, в разделе «“Народные” вопросы» издания «Гормоны правят миром: Популярная эндокринология» А.А. Каменского, М.В. Масловой и А.В. Граф (М. : АСТ-ПРЕСС, 2010. (Наука и мир)) приводится такой вопрос: «Говорят, что любое расстройство здоровья отражается на расположении складок уха, а сама форма уха напоминает эмбрион человека. Можно ли, воздействуя на активные точки уха, исправить какие-либо эндокринные нарушения?» (с. 128).

<sup>1</sup> Тищенко П.Д. С. 93.

<sup>2</sup> Дунас Д.В. «Человек медийный» в контексте медиаантропологии // Ежегодник 2010: Экономика и менеджмент СМИ. М. : Факультет журналистики МГУ им. М.В.Ломоносова: Изд-во Московского университета, 2011. С. 175.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕЛИГИЯ КАК ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ ОБЛАСТИ ЧЕЛОВЕКОВЕДЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

*Фанталова Е.Б., Кудачкова М.В.*

Вопрос о стыковке психотерапии и религии становится в последнее время все более актуальным. Отчасти это связано с тем, что внедрение различных психотерапевтических техник в нашей стране приобрело широкий резонанс и «споткнулось» об одну очень важную для русского менталитета проблему, а именно: не приносят ли вред многочисленные западные психотехники русской духовности, не искажают ли её? В чем их цель, если наша отечественная, культурно-исторически обусловленная психотерапия и так заложена в таинстве исповеди, покаяния, если сама русская церковность несет (или, по крайней мере, онтологически должна нести) исцеление и очищение души?! Ответы на эти вопросы не имеют до сих пор единой точки зрения как среди психотерапевтов, в т.ч. религиозных, так и среди психологов и философов, психоаналитиков. Это связано и с различием точек зрения на природу человека вообще, и на понимание функций психотерапевтического процесса, в частности. Частичному анализу этих вопросов и посвящена данная работа.

Еще недавно было невозможно представить, чтобы открыто возрос научный интерес к такому явлению, как религиозная психология, которая в советское время была подвергнута предвзятой и незаслуженной недооценке в связи с известными идеологическими установками. Социально-экономический и политический кризис, переживаемый Россией в 90-е годы XX века, негативным образом повлиял на морально-психическое состояние общества. В психологическом плане такая ситуация находит выражение в постоянном физическом и духовном напряжении, состоянии стресса, фрустрации, чувстве социальной незащищенности. Это вызывает поведенческую дезадаптацию, ведет к деформации человеческой личности (психосоматические и психогенные расстройства) и, как следствие, к компенсаторно-иллюзорным формам поведения, таким, как алкоголизм, наркомания и др. 15 января 2013 года «Российская газета» сообщила о результатах проведенного Институтом социологии РАН исследования уровня религиозности россиян. По данным этого исследования, в 2012 году к православным себя отнесли 79% жителей страны. 4% – к мусульманам, 9% верили в «высшую силу», а атеистами себя назвали 7%.

Одновременно наблюдается рост популярности практической психологии, связанной с религией, а также рост организаций («Ассоциация трансперсональной психологии», «Институт холотерапии», «Институт парапсихологии», «Ассоциация свободного дыхания» и

др.), использующих разновидности эзотерической (трансперсональная психология), околонаучной (холодинамика, дианетика) психологии, опирающейся на духовный опыт различных вероучительных систем.

Интерес к этой проблематике актуален и тем, что за последнее десятилетие в нашей стране появился широкий круг публикаций как зарубежные, так и отечественных авторов, посвященных религиозной тематике в психологии. В отечественной психологии в работах Б.С. Братуся<sup>1</sup>, Т.А. Флоренской<sup>2</sup>, Ф.Е. Василюка<sup>3</sup> и других исследователей предприняты попытки заложить основы подлинно духовной психологии как особой формы знания о становлении субъективного духа человека в пределах его индивидуальной жизни.

*Цель* настоящего исследования – анализ отношения к религии и психотерапии у различных контингентов студентов, а именно: группа 1 – Студенты Библейско-богословского института Св. апостола Андрея (факультет христианской культуры), группа 2 – Студенты Московского государственного медико-стоматологического университета (факультет клинической психологии), группа 3 – Студенты Московского государственного технического университета имени Н.Э. Баумана (факультет электронно-вычислительной техники).

Каждая группа студентов состояла из 20 человек. Все исследуемые – студенты 3 курса. Общее количество исследованных – 60 человек. Для проверки *гипотезы* о специфичности отношения к взаимосвязи психотерапии и религии у трех исследуемых групп студентов нами была разработана анкета: «Психотерапия и религия: аспекты функционирования в индивидуальном сознании» (составитель Е.Б. Фанталова).

В основу анкеты были положены различные аспекты возможности взаимосвязи функционирования религии и психотерапии. Приведенные в анкете вопросы направлены на выяснение отношения к взаимодействию психотерапии и религии при решении психологических проблем, на совместимость и несовместимость психотерапевтических и религиозных методов. Кроме того, они отражают культурный аспект при рассмотрении религии и психотерапии и дают представление о возможности их интеграции при оказании психологической помощи. Полученные результаты показали следующее.

Студенты, обучающиеся в Библейско-богословском институте, обнаружили религиозную направленность при решении вопроса о возможном взаимодействии психотерапии и религии, их ответы были

---

<sup>1</sup> Братусь Б.С., Воейков В.Л., Воробьев С.П. и др. Начала христианской психологии. Учебное пособие для вузов, 1995. С. 198–201.

<sup>2</sup> Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. Наука о душе. М. : Гуманитарный издательский Центр «Владос». 208 с.

<sup>3</sup> Василюк Ф.Е. Переживание и молитва (опыт общепсихологического исследования). М. : Смысл, 2005. 191с.

«в пользу религии», а не психотерапии. В ответах преобладало, прежде всего, доминирование религиозного мировоззрения в отношении психологической помощи человеку.

Студенты-психологи в целом выступали за интеграцию психотерапевтического и религиозного подходов. Однако в этой группе получились много промежуточных, «неуверенных» ответов, которые могут указывать на неоднозначность личностной позиции в рассматриваемых вопросах. Отчасти это может быть объяснено спецификой приобретаемой студентами профессией, поскольку психология является, в некотором роде, интегративной наукой, в которой сочетаются общенаучные и культурные принципы. В связи с этим можно сказать, мировоззренческие позиции данной группы студентов занимают промежуточное положение между религиозной и естественнонаучной парадигмой.

Последней рассмотренной группой были студенты Московского государственного технического университета имени Н.Э.Баумана. Спецификой этой группы является преобладание во взглядах естественно-научных принципов в отношении психотерапии и религии, что было отражено в результатах анкеты, а именно: эти студенты не представляли возможности интеграции психотерапии и религии.

В целом можно резюмировать, что формирование отношения к особенностям функционирования и взаимосвязи психотерапии и религии у разных групп студентов во многом обусловлено их мировоззренческими установками, непосредственно связанными с содержанием получаемого образования.

## **ВИРТУАЛЬНАЯ СМЕНА ТЕЛЕСНОСТИ И ТАНАТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ШАМАНИЗМА**

*Чеснов Я.В.*

1. В шаманских костюмах белые полосы и металл обозначают скелет шамана, т. е. его тело разъято и вывернуто. У него «мертвая» телесность. Будучи «живым мертвым» он получает способность излечивать пациентов через процедуру смены их телесности. Шаманская идея лежит в основе некоторых совершенно странных лечебных практик. Таков редко встречающийся случай, где лекарство принимает вместо больного другой человек. Отмечено кое-где в Африке. Я изучал данный феномен у народов Кавказа, особенно у абхазов.

2. У многих народов считается, что животные сами не умирают. Поэтому зарождение плода воспринимают зооментально — как проникновение в тело женщины эмбриона в виде животного. Распространенно также толкование болезни как внедрение в тело иной



субстанции в виде животного или «духа». Зато истощение личного потенциала жизни осмысливается фитоментально. У абхазов совершенно дряхлого человека называют «высохшим деревом». Ореховую палку у них на похоронах держит человек, к которому надо подходить для соболезнования. В настоящем сообщении уделим основное внимание фитоментальной смене телесности.

3. Она наиболее ярко проявлена в случае смертельно опасного укуса змеей. В странном обряде заклятия жизни смерть становится средством возрождения. Логика обряда такова. Укушенный должен немедленно сесть на землю. (Он обездвижен, «мертв»). Кто-то из товарищей отламывает ветку лещины и спешит к знахарке. Молча ей показывает ветку. (Молчание всегда маркирует предел жизни). Знахарка быстро готовит снадобье, которое выпивает вестник («Лекарство» и «яд» по-абхазски обозначаются одним словом: вестник «отравлен», он «мертв»). Он бежит к укушенному. Касается его ореховой веткой. (Апогей всей ситуации: ореховая ветка трилеммически дает выход к жизни переизбытку смерти в мире в лице укушенного и отравленного). Укушенный встает, жизнь продолжается.

4. Эта логика смены телесности проявляется также в ритуале моления на высоко чтимом святилище Дыдрипшныха в горах: молящийся о своей жизни и близких отламывает веточку граба и бросает внутрь каменной ограды священного дерева. В этот момент он «мертв», как и его близкий. Но уходит он снова живым. (Реконструкция обряда обсуждалась мной в 80-е годы XX в. с жрецом святилища Володей Чичба).

Во время новогоднего гадания о жизни и смерти на перекрестке дорог ни в коем случае нельзя касаться своего тела рукой. Если зачесалось какое-то место, надо использовать любую палочку. (Плоть нельзя дублировать. Поэтому скрещенные на груди руки – знак траура повсюду в мире).

5. Танатотерапевтической практике шаманских лечений, где в роли «живого мертвого» выступает сам шаман, очевидно, исторически предшествуют молчаливые жестовые ритуалы, близкие по логике к описанным реалиям абхазской культуры. Но в этой культуре представлены и вербализованные танатотерапевтические ритуалы. Таковы «поминки по живому», устраиваемые за счет уважаемого человека в его честь. Они генетически сходны с обычаями раздачи благ вроде потлача у североамериканских индейцев. Этот обычай раздачи имущества часто рассматривается в научной литературе как источник ресурсов социального ранга. Теперь в нем можно видеть также танатотерапевтический обряд смены телесности и прохождения ритуальной смерти ради пополнения витальности.

«Поминки по живому» находятся в смысловой связи с абхазским обычаем погребать умерших в укромном месте их семейной усадьбы.

Кладбищ как таковых нет. В этом случае абхазскому долгожителю некуда «уходить» и остается в своем доме вести бодрую жизнь, проходя в ее течении танатотерапевтические рубежи. Так пополняется витальность долгожителя, которая может быть очень высокой даже при наличии каких-то заболеваний.

## **ИНСТИНКТЫ ЧЕЛОВЕКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ТЕЗИСЫ**

*Абиев А.К.*

1. История развития инстинктов. Хрисипп – автор термина инстинкт. Вклад ученых – Ч. Дарвина, З. Фрейда, И.П. Павлова, В.А. Вагнера, К. Лоренца, Г. Харлоу, Г. Селье. Библия.

2. Роль инстинктов в философии, биологии, медицине, психологии – весьма важное, но пока имеет больше общетеоретическое значение, чем практическое применение. Нет единого представления о количестве инстинктов, нет связи с конкретными анатомо-физиологическими и клиническими категориями.

3. Западная концепция инстинктов. Наиболее масштабно отражена в теории З. Фрейда, в разработанном им методе психоанализа сексуальных неврозов. Теорию стресса Г. Селье также можно рассматривать в этом аспекте.

4. Восточная концепция инстинктов. Восточная медицина не применяет этот термин, он скорее всего завуалирован под категориями специфической трактовки болезни. Китайская медицина применяется для помощи больным в начальных стадиях болезни, имеет преимущественно профилактический характер, в отличие от западной медицины.

5. Объединение западной и восточной модели инстинктов. Изучение доступной печатной литературы и сети Интернет на тему инстинктов у человека не выявило общей концепции, точек соприкосновения в какой-либо плоскости взаимодействия. Пока можно сказать, в этой области до сих пор ситуация находится под крылатой фразой Р. Киплинга – «Запад есть запад, восток есть восток, и вместе им никогда не сойтись».

6. Предпосылки создания новой специальности – клинической инстинктологии. После случайного (скорее закономерного с точки зрения философии) сравнения своих исканий в области инстинктов человека с китайской теорией У Син появилась возможность поиска новых перспективных алгоритмов диагностики и лечения.

7. Клинические наблюдения подтверждают правильность выбранного направления. Более 10 лет понадобилось для установления действенности связи инстинктов с первоэлементами У Син.

8. Инстинктология как модель трехмерной (3D) концепции – философии, биологии и медицины. В современной медицине есть тенденция к узкой специализации и преимущественно технологической деятельности. Огромный набор дискретных данных обследований пациента (многие из которых могут иметь неспецифический характер) может иметь отрицательный результат без системного осмысления и понимания трехмерной модели болезни пациента.

9. Психосоматическая медицина и инстинкты. Восточная медицина психосоматическая, западная медицина впервые обозначила термин психосоматика в 1818 г. (Хайнрот). До сих пор эта наука как системный предмет в тени узких специальностей.

10. Перспективы развития клинической инстинктологии. Все признают и жонглируют терминами – материнский инстинкт, инстинкт самосохранения и т.д., но кроме отдельных (не совсем удачных) попыток выйти на клинический уровень ситуация не продвинулась. Метод З. Фрейда активно используется по настоящее время, но он также завуалирован под древнегреческими мифами. Это обстоятельство, с одной стороны, вызвало неприятие метода известными психиатрами и неврологами Европы, с другой стороны, затруднило дальнейшее изучение и развитие теории его последователями. Требуется новый взгляд на старые проблемы для дальнейшего совместного решения многих проблем здоровья людей.

## **ПРОБЛЕМА ЦЕЛОСТНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ГОТОВНОСТЬ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ К СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Перхуров А.М.*

Высокий уровень рекордных достижений и острая конкурентная борьба в спорте предъявляют к подготовке спортсменов все большие требования. Это касается всех ее сторон, особенно в видах спорта, развивающих выносливость. Идет постоянный поиск дополнительных возможностей повышения тренированности – общей и специальной. Наиболее уязвимыми, часто имеющими отставание, являются функциональная и психологическая аспекты подготовки. У спортсменов высокой квалификации во время соревнований, как и десятки лет назад, бывают досадные промахи, обусловленных недостаточной функциональной готовностью.

Возможности повышения функциональных способностей организма соотносятся с двумя факторами: наличием функционального резерва и целостной структурой функционирования. Функциональный резерв деятельности СС-системы организма хорошо изучен. Для

спортсменов высокого класса отработаны нормативные величины показателей, достижение которых свидетельствует о наличии, а их отставание — об отсутствии резерва адаптации к большим физическим нагрузкам. К примеру, в легкоатлетическом беге, при частоте сердечных сокращений в покое на уровне 70–80 уд/мин., высокий результат показать невозможно. К сожалению, в спортивной кардиологии преобладают направления, связанные с изучением не нормы, а патологии СС-системы. Хорошо известно, что их разделяет «третье состояние», к которому относят случаи несовершенного функционирования или отсутствие резерва СС-системы — так называемые «донозологические состояния» организма (В.П. Казначеев, Р.М. Баевский, 1978).

Нами разработана методика (А.М. Перхуров, 2006) оценки функционального состояния организма (ФСО) спортсменов, основанная на комплексном анализе данных электрокардиографии. С ее помощью можно достоверно выявить ряд качеств: функциональные возможности и уровень метаболических сдвигов в миокарде, а также фазы адаптации к нагрузкам. Полученные характеристики сопоставимы с соревновательным индексом, выделяющим (по числу соревнований за сезон и занятых призовых мест) уровень спортивного мастерства в избранном виде спорта. Оказалось, что из общего числа обследованных, у 50% лиц, со средним уровнем результатов, установлено наличие утилитарной нормы с невысоким адаптационным резервом. Для нарастания тренированности спортсменам этой подгруппы, как правило, необходимо усиление тренировочного режима и применение средств восстановления.

Проведенные исследования укрепляют во мнении, что признаки функционального резерва наиболее целесообразно выявлять из синтеза качеств, т.е. целостного состояния организма-личности, которое делает надежным достижение высокого результата. Рекордные выступления могут быть случайными (удачная тактическая стратегия при недостаточно высоком классе участников, хороший инвентарь, травмы у соперников и проч.), а могут иметь личностной характер. В этом случае рекорды являются проявлением феноменологических особенностей целостности атлета. В состоянии «спортивной формы» все физические качества и функциональные характеристики сводятся в одну точку, психически организуясь в целостность субъекта.

В проявлении своих социальных качеств, спортсмены высокого класса, как правило, гомогенны. Однако это не исключает сохранения у них яркой индивидуальности, без которой достижение рекордных выступлений вряд ли возможно. Каждому выдающемуся спортсмену присуща уникальность внутреннего мира, обуславливающего неповторимость спортивных достижений. Для окружающих,

как и в других сферах творческого переживания жизни, большой мастер всегда остается загадочным явлением. Круг его непостижимости включает в себя психофизические качества, вызывающие к жизни определенную форму монолитности. Рекордное достижение в спорте, как новая реальность, воспроизведенная субъектом в условиях целостного функционирования, в своей природе имеет общечеловеческое звучание.

При оценке уровня здоровья или телесного развития, как и данных психофизической сферы, спортсмены высокого класса являются собой эталонное явление антропомаксималистики. Установление спортсменами выдающихся рекордов при низкой функциональной или психологической подготовке, маловероятно.

Рекорды, поставленные спортсменами с участием целостности субъекта (организма-личности, индивидуальности, концентрации воли), чаще бывают серийными («каскад рекордов»).

В отличие от клиники, где все сводится к нозологической форме диагноза, в биологии при изучении организма здорового человека используют понятие «состояние», под которым понимают определенную совокупность происходящих в организме процессов, степень развития и целостность его структур (А.М. Голдовский, 1977).

Совершенствование (преобразование) спортсмена проходит в своем развитии несколько этапов, от целостного функционирования – до функционирования целостности.

Вначале происходит выравнивание уровня функционирования систем, коррекция состояния перегрузок и перенапряжений, выявленных у спортсмена, улучшение функционально-слабого звена. В фазе дезадаптации атлетам усиливают режим тренировочных нагрузок, назначают средства фармакотерапии, включают в подготовку занятия психорегулирующей тренировкой.

Формирование **целостного функционирования** организма-личности проявляется в достижении спортсменом нормативных величин ФСО, экономизации деятельности, совершенстве автоматизма управления, однородности психофизического статуса.

Высшее проявление **функционирования целостности** находит отражение в *состоянии постадаптации*, (Дж. Симпсон, 1948). В его характеристике у спортсменов нами (А.М. Перхуров, 2006) выделены: автономность структуры и функции, их синергизм, освобожденность (отставленность) функционирования, преобладание сферы Инь над сферой Ян, сопровождающих переживание бытия, активное творческое напряжение в соревновательном процессе и др.

Как подчеркивает Е.Н. Князева (2011), основными свойствами живой системы служат: сохранность ее идентичности, поддержание своей тождественности, укрепление целостности. Целостное функционирование, присущее каждому живому существу, выступает в

индивидуальной форме отражения. Для человека – это процесс моделирования утраченной первичности своего жизнеощущения.

Целостность явлений (процессов, структур) природы всегда находилась в сфере интересов философов разных эпох. Совершенно очевидно, что преобладание в гуманитарных науках этико-эстетического подхода («моральный облик человека»), не помогает раскрытию многих сторон целостности. Без прояснения естественнонаучными методами, описание человеческой деятельности в любой сфере остается неполным.

Отсутствие разработанной концепции о синтезе психофизического и телесного статусов – одно из важных упущений в научной стратегии подготовки спортсменов.

Каждая из сторон подготовки спортсмена (физическая, функциональная или психологическая) должны быть развиты до максимума своей целостности, что надежно обеспечивает устойчивость функционирования в условиях предельного напряжения соревновательных нагрузок.

# БИОФИЛОСОФИЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОМЕДИЦИНА

## СОЦИОГУМАНИТАРНЫЕ РИСКИ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИННОВАЦИЙ<sup>1</sup>

*Асеева И.А.*

Последние десятилетия активно обсуждается идея целенаправленного или спонтанного изменения человеческой природы. Менее, чем за столетие она превратилась из некоей маргинальной концепции, вызывающей довольно жесткое неприятие и отторжение со стороны гуманистической философии и общественности, в один из доминирующих трендов развития современной ментальности. Главные проблемы на этом пути, на наш взгляд, это – как далеко мы можем зайти и оправданы ли те социогуманитарные риски и трансформации, которые неизбежно возникают при активном внедрении биомедицинских инноваций.

Пожалуй, первым, кто высказал идею устранения дисгармонии в сущности человека, его био-, социо- и духовных началах, был Ф. Ницше. Следующий шаг сделал Ч.Р. Дарвин, полагавший, что возможна эволюция природы, которая может привести к появлению высокоразвитых новых видов без вмешательства всемогущих сверхъестественных сил. Российский генетик Николай Вавилов ввел в научный лексикон выражение «эволюция, направляемая волей человека»<sup>2</sup>. В ряду авторов идеи управляемой эволюции необходимо упомянуть также Джулиана Хаксли, Джона Холдейна и других ученых и философов, высказывавших сходные мысли. Однако именно Вавилов конкретно обозначил суть и задачи человеческой деятельности по практическому изменению мира. Он говорил о селекции, создании новых сортов сельскохозяйственных растений и пород домашних животных, которое в то время основывалась на исполь-

<sup>1</sup> Публикация подготовлена при поддержке гранта РФФИ № 12-13-46001а/Ц «Биоэтические измерения генетики: прогностический вектор и социогуманитарная экспертиза».

<sup>2</sup> Вавилов Н.И. Избранные произведения. М.: Наука, 1966. С. 169.



зовании гибридизации, мутагенезе и отборе. Возникновение новых комбинаций оставалось процессом неуправляемым, случайным с точки зрения преследуемых селекционером целей. Тем не менее, перспективы руководства эволюционным процессом были осознаны многими естествоиспытателями и гуманитариями. Еще в начале XX века Илья Мечников писал о неизбежности перехода человека к рациональному управлению собственной биологической природой: «Человеческая природа, должна быть видоизменена сообразно определенному идеалу. Садовник или скотовод не останавливаются перед данной природой занимающих их растений или животных, но видоизменяет их сообразно надобности. Точно так же и ученый философ не должен смотреть на современную человеческую природу как на нечто незыблемое, а должен стремиться изменить ее ко благу людей»<sup>1</sup>. Близкую мысль высказывал психолог Л.С. Выготский (1927 г.): «Когда говорят о переплавке человека, как о несомненной черте нового человечества, и об искусственном создании нового биологического типа, то это будет единственный и первый вид в биологии, который создаст себя сам»<sup>2</sup>.

Однако в начале XX века возможность целенаправленно воздействовать на мышление и организм человека еще воспринималась как научная фантастика или утопические проекты. Рождение генетической инженерии в корне изменило ситуацию. Бурно развивающаяся наука, расшифровав ДНК, в исследовательской эйфории не видит реальных препятствий для смелых генетических экспериментов. Рутинными процедурами стали смелые манипуляции с клетками и их фрагментами, синтезирование новых генных рядов, молекулярное клонирование, перенос и интеграция генов и их структурных элементов в геном другого организма, искусственное оплодотворение животных и людей. Уже сейчас понятны методологические схемы и возможности применения новых биомедицинских технологий. Специалисты пишут о создании организмов с модифицированным геномом, не имеющим аналогов в природе (например, создан сорт картофеля, в геном которого введены гены «тюрингенской бациллы», синтезирующей токсин, смертельный для некоторых насекомых, но безвредный для позвоночных животных и человека. Такие сорта не поражаются колорадским жуком); генотерапии — лечении наследственных болезней с помощью введения нормальных генов в клетки носителей генов наследственных болезней; генодиагностике, выявляющей наследственную патологию, предрасположенность к определенным заболеваниям, генетически обусловленную реакцию организма на конкретные лекарственные препараты; тотальном ге-

<sup>1</sup> Мечников И.И. Этюды оптимизма. Изд. 6. М.: Наука. 1987. С. 269–270.

<sup>2</sup> Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса (методологическое исследование) // Собрание сочинений в 6 т. М.: Педагогика. 1982. Т. 1. С. 43.

нетическом контроле, выявляющем носителей патологических или нежелательных генов; генетической дактилоскопии — идентификации личности на основании ее генетических особенностей; наконец, клонирование целого организма и его отдельных органов.

Для современных генетических технологий не существует, по оценкам экспертов, никаких принципиальных теоретических ограничений в конструировании любых мыслимых комбинаций наследственных признаков новых, искусственно выведенных организмов. Это значит, вопрос о будущем человека переходит из философских рассуждений и фантастики в сферу прикладной науки, этики и политики.

Новый импульс управляемой эволюции дала NBIC-инициатива, сформулированная в 2001 году под руководством Национального научного фонда США. Уже тогда идея создания HI-HUME технологий (по аналогии с HI-TECH технологиями) предполагала широкомасштабное манипулирование человеческой природой от кардинального улучшения здоровья до расширения человеческих способностей.

В настоящее время HI-HUME технологии представлены уже не отдельными модификациями технологических схем, представляющих собой реализацию нескольких базисных теоретических парадигм. Сейчас они носят системный характер и затрагивают все сферы психосоматического бытия человека. Ф.Фукуяма выделил четыре сферы, где уже сейчас возможно трансформирование сущности человека<sup>1</sup>:

- нейрофизиология и эволюционная психология человека;
- нейрофармакология и техника модификации эмоций и поведения человека;
- геронтология и разработка технологий продления индивидуальной человеческой жизни;
- генная инженерия.

HI-HUME технологии предполагают совершенствование человека. Впрочем, это не означает, что разум человека может быть единственным носителем информации, таким образом, идея «управляемой эволюции» оказывается шире, чем использование HI-HUME технологий. Компьютерная техника и программирование, в частности, самообучающиеся и самопрограммирующиеся системы с искусственным интеллектом; роботы; киборги; «ассемблеры», познающие и позиционирующие в пространстве химически активные структуры вплоть до отдельных атомов и их группировок<sup>2</sup>, не обязательно предполагают наличие человека<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. Пер. с англ. М.: АСТ, 2004. С. 3–7.

<sup>2</sup> Drexler, E. Nanosystems. New York: John Wiley & Sons. Inc. 1992.

<sup>3</sup> Schmidt J.C. NBIC-Interdisciplinary? A Framework for a Critical Reflection on Inter- and Transdisciplinary of NBIC-scenario // Georgia Inst. of Technology. Working Paper. 2007. Apr. № 26.

Одно допущение, что технические устройства с подобными качествами могут быть созданы и использованы значительно повышают степень социального риска многократно. Однако сама манера преподнесения некой информации как данности снижает порог критичности к восприятию идеи. А это в свою очередь означает, что период, когда необходима объективная социогуманитарная экспертиза инноваций, может быть пройден обществом незаметно. Превратившись в объект ловких целенаправленных манипуляций научно-технической и политической элиты или став жертвой непродуманных нововведений, человечество может стать на «скользкий скат», вернуться по которому в прежнюю культурную традицию станет невозможно. А это в свою очередь может привести к разрушению существующего социокультурного кода человека, представленного в языке, ценностях, универсалиях и т.д.

В 1998 году была основана Всемирная Трансгуманистическая Ассоциация. Суть новой доктрины, по мысли одного из ее основателей Ника Бострома, такова: «Трансгуманизмом в широком смысле слова называют движение, развивающееся в течение последних двух десятилетий, которое можно определить как междисциплинарный подход к объяснению и оценке возможностей для усиления человеческих способностей и самого человеческого организма, открывающихся в результате технологического прогресса. Сюда включаются радикальное улучшение состояния здоровья, искоренение болезней, устранение неоправданных страданий и увеличение интеллектуальных, физических и эмоциональных возможностей человека. Другие темы, разрабатываемые трансгуманизмом, включают в себя колонизацию космического пространства, создание машин, обличающих искусственным интеллектом, и иные потенциальные усовершенствования, которые способствовали бы прогрессирующему улучшению человеческих способностей». Трансгуманизм видится ему как дальнейшее развитие и усовершенствование гуманистической концепции в новой исторической ситуации: «Трансгуманизм можно описать как продолжение гуманизма, от которого он частично и происходит. Гуманисты верят, суть людей в том, что лишь отдельные личности имеют значение. Мы можем не быть идеальными, но мы можем улучшить положение вещей и содействовать рациональному мышлению, свободе, терпимости и демократии. Трансгуманисты согласны с этим, но они также придают особую важность тому, кем мы потенциально можем стать. Мы не только можем использовать разумные способы улучшения положения человека и окружающего мира; мы также можем использовать их, чтобы улучшить себя, человеческий организм. И доступные нам методы не ограничены теми, которые обычно предлагает гуманизм, такими как образование. Мы можем использовать технологические способы, которые в итоге позволят

нам выйти за пределы того, что большинство считает человеческим»<sup>1</sup>. Но Фукуяма в своем интервью редакции журнала «Foreign Policy» высказался, на наш взгляд, гораздо откровеннее об определении понятия трансгуманизм и целях нового движения: «Не более и не менее, как освобождение человеческой расы от биологических оков»<sup>2</sup>.

То есть, ключевыми категориями трансгуманизма являются «постчеловек (posthuman)» — потомок человека, модифицированный до такой степени, что уже не является человеком, и «трансчеловек (transhuman)», отличающийся от современных людей такими признаками, как улучшение тела имплантатами, бесполость, искусственное размножение и распределенная индивидуальность. Допускаются и более кардинальные инновации: создание бездефицитной экономики изобилия на основе развития нанотехнологий; неограниченная перестройка экосистемы и даже перенос человеческой личности из мозга в компьютер. О миссии человека и его обязательствах перед природой и культурой сейчас много размышляют и отечественные ученые и философы. Как считает В.С. Степин, в сложившейся ситуации приоритетным направлением должен быть поиск эффективных этических регулятивов, обеспечивающих «точки роста новых ценностей» современной цивилизации, переживающей эпоху быстрого научно-технического развития<sup>3</sup>.

Однако процесс расширения возможностей человека (human enhancement (НЕТ)) рискует стать неуправляемым, разнонаправленным и многофункциональным. Так, интерфейс «мозг — машина (компьютер)» первоначальной целью может иметь устранение, например потери зрения, но созданная для этого технология может, подобно сотовой связи, сама по себе обрести множество дополнительных функций в диапазоне человеческих возможностей. Траектории различных путей изменения человека размываются и переплетаются, вовлекаясь в конвергенцию различных технологий, становясь все более непредсказуемыми. Известный украинский генетик акад. В.А. Кордюм считает, что человечество вышло на завершающую стадию антропогенеза, характеризующуюся трансформацией его биологической формы эволюции в социально-культурную. Это возникает временной разрыв, когда стабильность биосферы уже близка к минимуму, а ноосферные (социокультурные) механизмы саморегуляции еще не могут обеспечить достаточный уровень стабильности. Глобальный экологический кризис грозит перейти в фазу глобального

<sup>1</sup> Бостром Н. Что такое трансгуманизм // Экогеософский альманах, СПб.: 2000. № 3. С. 59–67. Цит. по: [www.really.ru/review/faq.html](http://www.really.ru/review/faq.html)

<sup>2</sup> Цит. по: Вельков В.В. Смысл эволюции и эволюция смысла // Человек. 2005. № 5. С. 5–67.

<sup>3</sup> Степин В.С. Перелом в цивилизационном развитии. Точки роста новых ценностей // Глобальное будущее 2045. Конвергентные технологии (НБИКС) и трансгуманистическая эволюция. Под ред. Д.И. Дубровского. М., 2013. С. 10–25.

кризиса человеческой цивилизации — Первый Ноосферный кризис<sup>1</sup>. По этому сценарию, с возникновением новой формы (постчеловек), благодаря которой осуществляется процесс глобальной эволюции, доминирующая до этого форма (человек), если и не уничтожается, то оказывается в подчиненном положении. Она уже не успевает за возросшими темпами эволюционных преобразований. Допущенные в клиническую практику биомедицинские (в т.ч. генетические) инновации постепенно, но фатально разрушают основы человеческой цивилизации, человек утрачивает генетическую идентичность, вид *Homo sapiens* теряет целостность и исчезает в проигранной борьбе за существование.

Иммануил Кант в свое время писал, что человек как разумное существо, способное выдвигать цели, автономные от законов природы, перешел из царства необходимости в царство свободы. Этот тезис может быть лозунгом современной доктрины прав человека, а может рассматриваться как предупреждение об опасности разрушения естества человека. С возникновением генетических и информационных технологий кантовская деонтология обрела эмпирическую базу и уже поэтому превратилась в свою противоположность. Став абсолютно свободным по отношению к собственной биосоциальной природе, человечество вновь особенно остро ощутило свою зависимость от нее.

Вопрос о природе человека стал кардинальной проблемой, от решения которой зависит наше будущее. НИ-НУМЕ технологии дают нам возможность самоконструирования в соответствии с заранее поставленными целями. Но сценарий грядущего, к которому мы стремимся, зависит от нашего нравственного выбора, от наших представлений, что есть Добро и что есть Зло. А они меняются вместе с нами. Будущее человека и будущее того мира, в котором он живет, все больше зависит от него самого, но по-прежнему открыто и по-прежнему непредсказуемо.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ КАТАРСИСА**

*Артёмьев Т.М.*

Термин «иммунитет» вошел в медицинскую практику, когда им стали обозначать «освобождение от болезни». Термин «катарсис» намного старше и происходит от древнегреческого глагола *katharein* — очищать. В катарсисе нуждался как больной, так и соучастник. После ритуала очищения все участники помещались во временный «карантин». В этом правиле явно прослеживается закон, согласно

---

<sup>1</sup> Кордюм В.А. Биоэтика — ее прошлое, настоящее и будущее // Практична філософія. 2001. № 3. С. 4–20.

которому для нераспространения очага поражения, ограничиваются в контактах все, кто имел контакты с заразой, так как существует угроза передать недуг от нездорового к здоровым через очистителя. Историк греческой религии Эрвин Роде утверждал: «Общая цель катартики — она вместе и медицина, и мантика — оздоровление души и тела посредством удаления из них элементов или качественно дурных и обращающихся в существо человека как заразы, или же вредных только количественно...»<sup>1</sup>. Цитату можно использовать в качестве определения иммунитета, хотя современная медицина не предполагает такой способности у иммунитета — оздоравливать душу. Но мы предполагаем и попытаемся доказать.

В практике учеников Пифагора катарсис достигался действием целой аскетической системы. Можно упомянуть известного всем пифагорейца Эмпедокла, основателя риторики. Его произведение под названием «Очищения» рапсод Клеомен исполнил в Олимпии на открытии игр от начала до конца, коей чести удостаивались лишь произведения Гомера и Гесиода, чьи статуи соседствовали со статуями античных богов. Неистовым стремлением в постижении Бога описывается достижение очищения по Платону в диалоге «Федр». Одержимые этим стремлением удостаивались в качестве главного приза статусом человека с «неприкосновенностью от окружающих зол»<sup>2</sup>. Зло же у Платона, как и любой порок — это «болезнь в теле и безобразия»<sup>3</sup>. Быть неприкосновенным для окружающих зол, как болезней, так и прочего безобразия, конечно же, невозможно без осуществления иммунитетом своей прямой и главной обязанности. Наиболее емко и одновременно загадочно высказался о катарсисе ученик Платона Аристотель. В средние века насчитывалось около десятка различных интерпретаций термина «катарсис», а в XX веке количество таких интерпретаций увеличилось до полторы тысячи. Петербургский исследователь Аристотеля М.В. Позднев подразделяет столь значительную массу интерпретаций на основные теории числом более сорока. Иммунологическая теория пока не разрабатывалась.

Термин «катарсис» Аристотель раскрывает в трактате «О поэтике». Те, кто подвержен состоянию жалости и страха, получают катарсис наряду с «как бы исцелением»<sup>4</sup>. О чем мог говорить философ, лекарь, как не о заболевании, не об исцелении, но о чем-то близком к ним. Наряду с очищением, этимологическое значение коего предлагает превращение грязного в чистое, некое отделение, выведение из состояния болезни, но и не само исцеление как таковое. Предлог «как бы» может быть использован в качестве описания нереальности

<sup>1</sup> Иванов В. Дионис и прадионисийство. СПб., 1994. С. 199.

<sup>2</sup> Платон. Федон, Пир, Федр, Парменид. М., 1999. 244 е, С. 153.

<sup>3</sup> Там же. 228 а, С. 290.

<sup>4</sup> Аристотель. Сочинения. Том 4. Поэтика М., 1983. С. 642, 1342а10.

происходящего, например, в значении сходном со значением слова «как будто», когда говорят в смысле шутки или обмана, но в этом тексте более похоже на другое смысловое значение, используемое Аристотелем в качестве описательной аналогии термина исцеления. Таким метафорическим приемом часто пользуются при открытии чего-то нового, не имеющего своего названия, однако поддающегося объяснению в сравнительных характеристиках. С высот современной медицины можно утверждать, что речь идет об иммунитете. Аристотель, по-видимому, предполагал, как врач, о наличии в организме человека механизма на границе заболевания и исцеления, но не было на тот момент этому доказательств. К разряду граждан, которых описывает Аристотель в трактате как энтузиастов, можно отнести пифагорейцев. Именно они практиковали упреждающее воздействие музыки и слова на тело и душу ради собственно здоровья, стимулируя тем самым иммунную систему.

Пифагорейским катарсис называет и Олимпиадор, когда «лечение болезни понимается как использование в малой дозе той болезни, которая существует в большой дозе»<sup>1</sup>. Этот тип катарсиса формулирует принцип иммунитета, при котором организмом выдается иммунный ответ на раздражитель.

В 1857 году появляется медицинская теория катарсиса, когда Я. Бернайс объявляет, что Аристотель понимал катарсис наподобие «очищения желудка». С точки зрения «медицинского» толкования сущность катарсиса состоит в возбуждении аффектов с целью их разряжения. Мысли о катарсисе как очищении, «которое удаляет, выталкивает из организма вредные для него вещества (а из души — вредные для неё возбуждения), высказывали «А. Бек (1830) и Г. Вейль (1848)»<sup>2</sup>, а также многие исследователи в эпоху Возрождения. Слово «катарсис», утверждал Бернайс, имело в древнегреческом языке два конкретных значения: культового очищения, искупления вины, достигаемого с помощью определенного жреческого ритуала, и устранения или облегчения болезни благодаря врачебному средству. В основу аристотелевского понимания трагического катарсиса легло его медицинское знание, а также наблюдения из практики экстатических культов. «Катарсическое» лекарство доставляет телу исцеление, изгоняя из него болезнетворное «вещество» и на таком же принципе основан давний жреческий способ воздействия на «экстатический элемент души», который гасит движение, буйную душу — буйной песней. Аристотель воспользовался медицинским термином, чтобы посредством сравнения с патологическим телесным явлением наглядно разъяснить патологический душевный процесс.

<sup>1</sup> Лосев А.Ф. История античной эстетики. Кн. 2. М., 1994. С. 86.

<sup>2</sup> Беляев М. Катарсическая предыстория психоанализа // Шестаков В.П. Метаморфозы трагического сознания. СПб., 2007. С. 53.



Следующий исторический шаг был сделан Бройером и Фрейдом. Бройер вылечил свою пациентку от истерии, посредством применения гипноза. Бройер назвал этот метод – «катарсическая терапия». Фрейд, будучи хорошо знаком с Бройером, изучил этот случай и присоединился к исследованиям. В результате они создали новый метод психотерапии, изложенный в их совместном труде. Впоследствии Фрейд пересмотрел свои взгляды и начал разрабатывать новую теорию назвав её психоанализом. Вся теоретическая конструкция психоанализа стала воздвигаться Фрейдом для объяснения открытия Бройером эффекта «катарсической терапии».

В театре, куда рекомендовал ходить для катарсиса Аристотель, зрители концентрируются на сцене, но события разворачиваются внутри каждого зрителя. Например, получив катарсическое воздействие на просмотре трагедии Шекспира «Отелло», любой человек получает порцию *антиаффекта*<sup>1</sup> ревности, гасящего его разрастание в следующем событии его жизни, вызывающем аффект ревности. Ведь иммунные клетки единственные, наряду с нервными, обладают памятью. «Всё то, что совершает искусство, оно совершает в нашем теле и через наше тело»<sup>2</sup>. Борьба за сохранение гармоничного существования не дает внешним агентам, несущим опасный, либо чужой код, проникать во внутреннее пространство организма и в том и в другом случае. Если же они проникают, как заметил Пастер, ослабленными или убитыми, в случае инфекции, или в искусственном виде, в случае жизненного волнения, включается иммуно-катарсическая реакция.

Катарсис производит действия, ведущие к результатам аналогичным, что и у биологического иммунитета. Выяснилось, что они тесно связаны и являются взаимоотражениями. Следствие этого вывода – любые психосоматические проблемы должны иметь решение только в связке катарсиса и иммунитета.

## **БОЛЕЗНЬ КАК «ПОЗИТИВНЫЙ» ФЕНОМЕН В ЗАПАДНОЙ МЫСЛИ XX ВЕКА**

*Билибенко А.В.*

Философия XX века во всем многообразии своих направлений переосмысливает понятие болезни. Это происходит в результате появления новых технологий, давших толчок к развитию медицинского знания, которое окончательно переходит от наблюдения за симптоматикой отдельно взятых случаев и попыток их систематизировать

<sup>1</sup> Термин введен для объяснения нейрофизиологического механизма катарсиса.

<sup>2</sup> Выготский Л.С. Психология искусства. М., 1986. С. 320.

«в слепую» к более целостному подходу к больному и болезни как к объектам. Этот процесс, начавшийся еще в XIX веке, приводит к формализации знания о болезни, явившего собой «нечто большее, чем отказ от теории и старых систем, открывающий возможность клинического опыта...» и снявшего «...старый аристотелевский запрет: на индивида можно, наконец, распространить структуру научного рассуждения»<sup>1</sup>. С этого момента «Вся темная изнанка тела, что ткалась в долгих, непроверяемых глазом фантазиях, разом оказалась оспоренной в своей объективности редукционистским дискурсом врача, и стала рассматриваться его позитивным взглядом как объект»<sup>2</sup>, позволив обратить внимание на болезнь как феномен, требующий пристального изучения.

В современном мире болезнь принято рассматривать в негативных категориях, тем не менее, даже на органическом уровне это понятие не является однозначно отрицательным. Целесообразнее здесь рассматривать болезнь как позитивный феномен, «позитивный» — не в смысле положительный и полезный для человека, а как несущий собственную ценность и обладающий собственным содержанием, собственной историей. Во всех подходах к болезни, развитых в рамках западной философии XX века, подчеркивалась эта позитивная сущность.

В рамках *феноменологического подхода* болезнь осмысляется через понимание отдельных переживаний больного, составляющих патологический опыт его болезни и представляющих собой его жизненный мир, посредством феноменологической редукции. Этот подход позволяет подойти к сущности болезни и не предполагает систематического сбора информации о мире, используя лишь в отношении к субъективным фактам. Схватывание переживаемых сущностей в нем связано с такими способностями человека как эмпатия и интуиция, что подразумевает использование метода феноменологической редукции. Так во всей целостности воссоздается феноменальный мир болезни.

В *психоаналитическом подходе* болезнь осмыляется через понятие вытесненного влечения и проявляется через расстройство органа в результате возникновения связи между содержанием конфликта и симптомами. При этом символическое значение и связь с содержанием конфликта определяет «выбор» органа. Симптом в данном случае является заместительным проявлением нереализованного влечения, в результате активации психологической защиты Эго, перед лицом реальности, делающей невозможным удовлетворение влечений Ид. Следует отметить, что данная концепция не воспринимается всерьез современной наукой. Тем не менее, отдельные элементы психоана-

<sup>1</sup> Фуко М. Рождение клиники. М. : Смысл, 1998. С. 15.

<sup>2</sup> Там же. С. 10.

литической теории до сих пор активно используются в философских концепциях XX века.

*Социологический подход.* Впервые, болезнь, как социальное явление, была рассмотрена Т. Парсонсом, предложившим концепцию роли больного<sup>1</sup>. Эту концепцию он основывает на классических социальных теориях в сочетании с элементами психоаналитического учения. Согласно ей, болезнь легитимизируется институтом медицины, как явление, нарушающее привычный ход социальных отношений, что автоматически наделяет врача, помимо терапевтической функции, функцией социального контроля. Больной, соответственно, наделяется обязанностью контролировать болезнь под наблюдением специалиста и правом не быть ответственным за свое состояние. Это приводит к возникновению нескольких моделей властных отношений между врачом и пациентом: активно-пассивной (классическая модель для парсоновской концепции, в которой врач полностью контролирует больного), модели контролируемого взаимодействия и модели равного взаимодействия. Однако включение болезни в систему властных отношений произошло именно благодаря превращению клинического опыта в форму познания и базируется на стремлении описать патологию в рамках дихотомии «здоровье—болезнь». Данное стремление, великолепно описанное М. Фуко в работе «Рождение клиники», приводит к возникновению дискурса, в рамках которого болезнь наделяется именем, актуализируясь в пространстве тела. Иными словами, врач, устанавливая диагноз, распространяет на индивида структуру научного рассуждения, которая становится отправной точкой взаимодействия знания и власти. Человек как обладающий болезнью включается в пространство медицины, подавляющее и закрепощающее его путем надления статусом «больного», приводящего к дискриминирующей индивида стигматизации.

*Аксиологический подход* к пониманию болезни принято реализовывать на индивидуальном, общественно-историческом, социокультурном и религиозном уровнях<sup>2</sup>. Однако в целом, ценностное отношение к болезни проявляется через мотивацию, возникающую в ответ на болезнетворный фактор и провоцирующую общественные изменения. Болезнь, безусловно, имеет положительные аспекты, в качестве одного из которых можно обозначить формирование смысла жизни. Как отмечает К. Ясперс: «Если существование более не поддерживается душевными силами, становится невыносимым в невозможности даже постигнуть его значение, человек устремляется в свою болезнь, которая как нечто обозримое охватывает

<sup>1</sup> Парсонс Т. О социальных системах. М. : Академический проект, 2002; Волкова И.И. Болезнь как социальный феномен // Труды СГА. М., 2007. С. 95–103.

<sup>2</sup> Неделеяева Н.Н. Ценностное отношение к болезни как феномен массового сознания // Молодой ученый. 2012 . № 2. С. 172–177.

его и защищает»<sup>1</sup>. Однако в целом в рамках аксиологии болезни признается, что феномен болезни носит негативную окраску, закрепощая человека как в индивидуально-личном, так и в социальном планах бытия.

Феномен болезни влияет на все сферы человеческой жизнедеятельности и выступает своеобразным индикатором состояния общества. Болезнь тесно вплетена в систему социальных отношений вследствие ее взаимосвязи с понятием нормы, которое остается весьма размытым. Трансформируя индивидуальный способ бытия-в-мире, болезнь может способствовать личностному росту и переосмыслению ценностей. Таким образом, понятие болезни не всегда носит ярко выраженную негативную окраску, а сам феномен болезни нуждается в более пристальном его изучении не только с медицинских позиций (как негативного феномена), но и с позиций философии: как феномена переживания, ценностного феномена, социального феномена и феномена индивидуально-психологического.

## ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНИ И АБСОЛЮТ

*Борчиков С.А.*

О болезнях и здоровье написано столько, что и многомого обозрения не хватит. Зачем повторять сказанное? Не буду.

Скажу лишь, что всё это относительно. Есть живые существа, у них есть какие-то свойства и характеристики. Одни из характеристик считаются здоровьем, другие — болезнью. Если человек съедает курицу, это называется питанием, диетой, поддержанием здоровья, для курицы же это не только не здоровье и даже не болезнь, а вообще смерть. Если глисты для человека — болезнь, то для глистов пребывание в человеке — здоровый образ жизни, диета, так сказать. Для человека жизнь в бревенчатом доме полезна, а задумаешься, брёвна — это ведь трупы деревьев, противоречие какое-то получается: жизнь среди трупов. Оказывается, что одни характеристики намеренно считаются здоровьем, жизнью, а другие — нет, да всё это еще размусолено в тысячах книг и миллиардах человеческих голов.

На языке метафизики все знания, в том числе о здоровье и болезнях, именуются *сущностями*. Все эти сущности *инспирированы* человеком. Ни деревья, ни глисты, ни даже курицы таких сущностей не инспирируют. Они просто живут, как дадено, и умирают, когда придет время. Человек же, помимо материального, объективного существования, вовлечен еще в целый пантеон сущностей, который в отологическом плане именуется *регионом сущностей*.

<sup>1</sup> Ясперс К. Власть массы / Ясперс К., Бодрийар Ж.. Призрак толпы. М. : Алгоритм, 2007. С. 65.

Регион (или, как говорил Д.Сантаяна, *realm*) сущностей имеет достаточно самостоятельное бытие, относительно независимое и непосредственно не редуцируемое ни к материи, ни к объективному миру. Бывает так, что один элемент в разных регионах тоже имеет различные оценки. Например, подвиг, закончившийся смертью, в биологическом аспекте есть просто преждевременная смерть организма, умаление жизни, а в социально-культурном — событие, обеспечивающее человеку приобщение к вечности, победа над смертью.

Относительность различных характеристик как внутри региона, так и между регионами не означает их надуманности и ложности. Гносеология в этом плане, начиная с Канта, уже решила эту проблему. За всякой сущностью-для-нас стоит вещь-в-себе. И поэтому сущность-для-нас, будучи нами инспирированной, во-первых, имеет всё же какое-никакое объективное основание, а во-вторых (и это главное), сам процесс ее инспирации, даже будучи субъективно направленным, объективно свершается во времени и пространстве региона сущностей.

Что из этого следует? Из этого следует, что любая сущность не может болтаться в безвоздушном пространстве, а напротив, объективно увязана с другими сущностями. А поскольку все сущности так или иначе друг с другом пересекаются и взаимодействуют, то оказывается, что весь регион сущностей представляет некое целое, или многоединство, полностью увязанных и так или иначе скоординированных сущностей.

Больше того, метафизика учит, что если существует многоединое целое, то у него обязательно имеется, как минимум, один элемент или одна сущность, которая выделяется среди других по функции координатора, управителя, организатора, детерминатора всего целого. И как таковая эта сущность именуется первоначалом или высшим началом для данного единства. Для региона сущностей в целом таким первоначалом издревле признается Абсолют. Абсолют есть первоначало, первопричина, детерминанта всех сущностей.

А раз так, то, следовательно, Абсолют детерминирует и такие сущности, как здоровье и болезни, знаем мы это или не знаем.

Если мы это не знаем, следовательно, мы не инспирируем сущность под именем «понятие «Абсолют»». Если мы ее не инспирируем по незнанию, следовательно, мы не являемся философами. Не являясь философами, можем ли мы вообще говорить о сущности здоровья, и болезней, непонятно каким образом и зачем заимствуя из философии слово-понятие «сущность»? Если же мы являемся философами и нарочито не признаем Абсолют, то тем самым инспирируем обратную истину: «Абсолют не существует». А следовательно, должны понимать и объяснять, что это такое «Абсолют», т.е. то, чего существовать, по нашему убеждению, не может. И если отвергаем Абсолют, то должны предложить иное понятие на роль первоначала.

Но как только мы предложим иное первоначало, так оно сразу вступит в отношения с другими первоначалами других философов и других наук, и мы вынуждены будем рассматривать систему всех первоначал, для которой тоже должны подыскать первоначало. И в результате нам ничего иного не останется, как водворить на это место отвергнутый Абсолют, потому что он так и определяется — как начало всех начал.

Таким образом, получается, что Абсолют непосредственно или опосредованно детерминирует такие сущности, как «болезнь» и «здоровье», независимо от того, знаем мы это или не знаем. Лучше бы знали. Как говорится, знание диагноза — уже шаг к выздоровлению, а в психотерапии — даже само лекарство и почти половина выздоровления. Следовательно, если не знаем, то уже больны — больны *явросом метафизической близорукости*.

Что такое яврос? *Яврос* — это *ноогенный* (по В. Франклу) невроз, представляющий конфликт Я с самим собой, выражающийся либо в вознесении Я на неподобающую ему высоту, либо в невознесении Я на причитающуюся ему высоту культурно-философского предназначения. (Подробно о явросе см. мою одноименную статью в альманахе: *Размышления о...* Вып. 2. М.: Диалог-МГУ, 1999).

Применительно к теме настоящих тезисов речь может идти о *метафизическом явросе*, появляющемся в связи с недооценкой или переоценкой Абсолюта. Если человек не признает Абсолюта и сам от его имени выносит суждения о распределении сущностей здоровья и болезни, жизни и смерти, бытия и небытия и т.д., то он, по сути, приравнивает свое Я к Абсолюту и тем самым впадает, так сказать, в манию величия, считая себя вправе выносить абсолютные суждения. Если же человек признает силу и могущество Абсолюта и полностью подчиняется ему, не считая себя в силах рассуждать о сущностях мироздания, то он настолько умаляет свое Я, что перестает исполнять свою личную сущность, или роль, заключающуюся в предоставленной ему исторической возможности инспирировать абсолютные сущности.

Осознание же этого метафизического явроса приводит к выходу, а именно к эквilibрированию на тонкой проволоке между совершенной покорностью перед Абсолютом и совершенным волюнтаризмом при его забвении. А значит, обеспечивает *психо-ноогенное здоровье*, позволяющее эффективно исполнять свое предназначение на земле — насколько это возможно, инспирировать повседневные, научные и метафизические сущности, в том числе сущности болезни и здоровья.

А сущностей этих (как я отметил в начале тезисов) инспирировано уже столько, что и многотомного труда для их обозрения не хватит. Вот и я, не желая того, добавил к этому сонму мою толику, а

следовательно, (не знаю уж внес что-то новое в пантеон знаний или нет, но) задачу свою по поддержанию *мыслездорового образа бытия*, призванного удерживать многое в единстве, не поработавшись многим и не гипертрофируя единое, как сам чувствую, выполнил.

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АВТОТРОФНОСТЬ

*Введенская Е.В.*

Идея автотрофности традиционно входит в круг научных интересов русских философов-космистов. Впервые идеи автотрофности коснулся Н.Ф. Федоров. Он рассматривал механизм автотрофности с естественно-футурологических позиций, не употребляя непосредственно термин «автотрофность». Автотрофность рассматривалась им как механизм воссоздания человеческого организма из атомов и молекул, способствующий всеобщему воскрешению человечества. Воссоздание человеческого организма, «тканетворение» должно осуществляться через питание как сознательно-творческий процесс обращения человеком элементарных космических веществ в минеральные, потом растительные, а затем живые ткани. К.Э. Циолковский развивает идею автотрофности, полагая также как и Федоров, что человек должен работать над «метаморфозой» вещества своего организма на уровне атома и его частей, что позволит человеческому организму принципиально химико-биологически перестроиться. Человек не будет нуждаться в питании другими живыми организмами, он станет «животным космоса», ассимилирующим в своем питании солнечные лучи и элементарные вещества среды.

В.И. Вернадский разрабатывает идею автотрофности более детально. Автотрофность как независимость одних живых организмов в своем питании от других, по мнению Вернадского, позволяет качественно изменить жизнь человечества. «Непосредственный синтез пищи, без посредничества организованных существ, как только он будет открыт, коренным образом изменит будущее человека»<sup>1</sup>. Ученый считает это вполне достижимой задачей, отмечая, что «для получения синтетическим путем пищи необходимо синтезировать те изотопические смеси (химические элементы), которые отвечают природным состоянием химических элементов в живых системах...». «Для синтеза пищи необходимо будет не только создать те химические тела и их смеси, которые в виде хлеба, мяса и т.п. употребляет в пищу человечество, но и изменить изотопические смеси некоторых из входящих в их состав химических элементов, и это, кажется нам,

<sup>1</sup> Вернадский В.И. Автотрофность человечества // Русский космизм: антология философской мысли. М. : Педагогика-Пресс, 1993. С. 301.



по крайней мере сейчас, может быть сделано»<sup>1</sup>. Бурное развитие химии полимеров в настоящее время, создающей различные искусственные заменители природным продуктам, дает нам надежду на возникновение автотрофного человечества. Люди уже научились получать из нефти и искусственные белки, и жиры, и сахар.

Создание синтеза пищи освободит человека от зависимости от других живых существ. Человек из существа «социально гетеротрофного», паразитического, станет существом «социально автотрофным», то есть, созидательным.

В современных условиях зависимость человека от живого целого в силу необходимости его питания определяет все его существование. Сейчас человек может жить только благодаря усвоению других организмов или продуктов их жизнедеятельности. Человек должен уничтожать живые существа для удовлетворения своих потребностей, иначе ему грозит гибель. Социальный уклад человечества в течение всего хода истории определялся именно этой необходимостью, такого рода питанием. «В конце концов, именно это неукротимое стремление управляет миром человека, строит и всю его историю, и все его существование»<sup>2</sup>. Голод становится движущей силой социального строя общества. Существующим порядком питания объясняется по Вернадскому непрочность человеческого существования, его необеспеченность и даже возможность «падения человечества». Поэтому проблемы питания и производства должны быть основательно пересмотрены. Лишь тогда наступит переворот в самых социальных принципах, в морально-этических нормах, управляющих человеком. Для решения социального вопроса, необходимо изменить не только форму питания, но и источники энергии, которые используются человеком. Источником энергии социальной жизни Вернадский считает уголь. Запасов угля недостаточно для удовлетворения социальных нужд. Ученый находит выход в использовании неистощимых запасов энергии, находящихся в распоряжении разума. «Сила приливов, отливов и морских волн, радиоактивная, атомная энергия, теплота Солнца могут дать нужную силу в любом количестве»<sup>3</sup>.

Идея автотрофности как проект преобразования формы питания, в конечном счете, приводит Вернадского к идее глобальной автотрофной цивилизации, ассимилирующей не только биосферу, но и область Космоса.

---

<sup>1</sup> Вернадский В.И. Автотрофность человечества // Труды. Воспоминания современников. Суждения потомков / сост. Г.П. Аксенов. М. : Современник, 1993. С. 486.

<sup>2</sup> Вернадский В.И. Автотрофность человечества // Русский космизм: антология философской мысли. М. : Педагогика-Пресс, 1993. С. 291.

<sup>3</sup> Вернадский В.И. Автотрофность человечества // Русский космизм: антология философской мысли. М. : Педагогика-Пресс, 1993. С. 301.

# ЧЕЛОВЕК КАК ДИНАМИЧЕСКАЯ СОВОКУПНОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО, СОЦИАЛЬНОГО И ДЕЯТЕЛЬНОСТНО-СОЗИДАТЕЛЬНОГО НАЧАЛ

Гринченко С.Н.

Положение, вынесенное в заголовок, связано с и определяется взглядами автора на системы: 1) неживой природы, 2) живой природы и 3) личностно-социально-производственной природы (т.е. Человечество) как на *информатико-кибернетические самоуправляющиеся системы*, совместно образующие триаду Природы (Мироздания, Универсума etc.)<sup>1</sup>. Модельным представлением механизмов реализации самоуправления в системе Природы является хорошо известный в технической кибернетике инструментарий экстремального управления (другими словами – адаптивной поисковой оптимизации, в данном случае – в её иерархическом варианте, целевых критериев энергетического характера). Человек как психико-интеллектуально-социально-деятельностно-созидательный объект занимает (иерархически) центральное место в системе № 3, а как биолого-психический объект – соответствующее ему место в иерархии системы № 2. Система № 1 выступает фоном для формирования и функционирования (приспособительного поведения) двух остальных систем. Очевидно, что в историческом плане соотношение между биологическим, психическим, интеллектуальным, социальным и деятельностно-созидательным началами в человеке перманентно меняется. На этапах формирования «Пред-пред-Человечества-1» «пред-пред-людьми» *Hominoidea*, использующими «пред-пред-интеллектуально-информационную технологию (ИИТ)» сигнальных поз и неинтонированных звуков (~28,2–1,86 млн. лет назад), а также формирования «Пред-Человечества-2» «пред-людьми» *Homo ergaster/Homo erectus*, использующими «пред-ИИТ» мимики/ жестов и интонированных звуков (~1,86–0,123 млн. лет назад), превалировали биологическое и психическое начала, причём с акцентом на первое, на фоне монотонного возрастания роли социального и деятельностно-созидательного начал. На этапе формирования Человечества-3 собственно людьми *Homo sapiens'*, использующими ИИТ артикулированной устной речи/языка (~123–8,1 тыс. лет назад и далее), акцент сместился с биологического на психическое начало, в условиях возникновения интеллектуального и на фоне дальнейшего

<sup>1</sup> Гринченко С.Н. Системная память живого (как основа его метаэволюции и периодической структуры). М. : ИПИРАН, Мир, 2004. 512 с.; см. также: <http://www.ipiran.ru/publications/publications/grinchenko/>; 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/](http://www.ipiran.ru/publications/publications/grinchenko/book_2/)

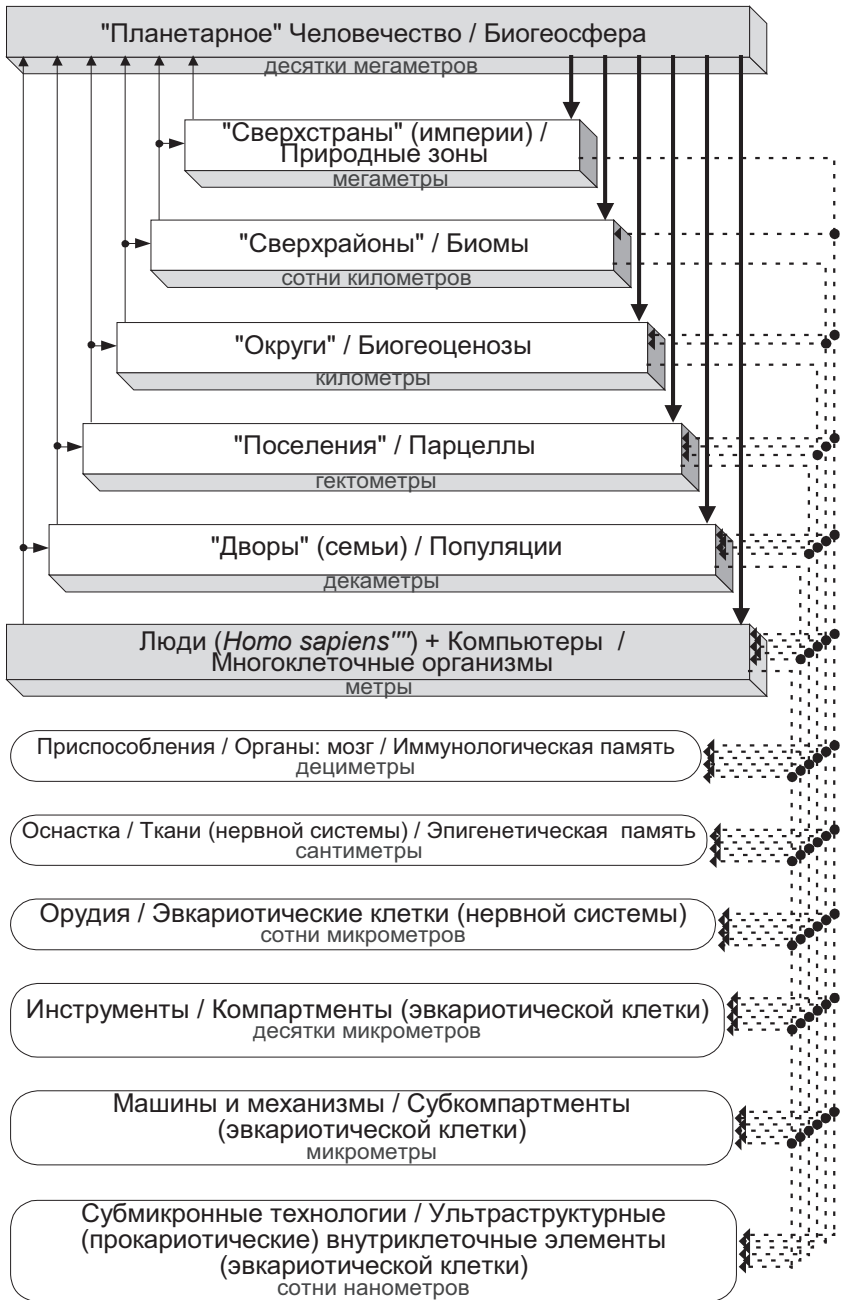


Рис. 1. Упрощённая схема кибернетической системы Человечества-6

монотонного возрастания «удельного веса» социального и деятельностно-созидательного начал. На этапах формирования Человечества-4 и Человечества-5 последовательно усложняющимися генерациями людей соответственно *Homo sapiens*"", использующими ИИТ письменности (~8,1 тыс. лет назад — ~1446 г. н.э. и далее) и *Homo sapiens*"", использующими ИИТ тиражирования текстов/книгопечатания (~1446–1946 гг. и далее), «удельный вес» биологического начала в общем их спектре продолжал понижаться при дальнейшем монотонном возрастании роли интеллектуального, социального и деятельностно-созидательного начал. На этапах формирования Человечества-6 и Человечества-7, продолжающимися последовательно усложняться генерациями людей *Homo sapiens*"", использующими компьютерные ИИТ (~1946–1979 гг. и далее — см. рис. 1) и *Homo sapiens*"", использующими сетевые ИИТ (~1979–1981 гг. и далее), понижающийся «удельный вес» биологического начала в общем спектре (при продолжающемся возрастании роли остальных начал) достиг некоторого критического уровня, ниже которого уже возникает проблема **выживания человека как биологического вида**. Последний (начавшийся около 1981 г.) этап формирования Человечества-8 наиболее «продвинутыми» *Homo sapiens*"", на базе перспективных нано-ИИТ, эту тенденцию усугубляет, тем более, что на этом этапе достигается максимум иерархического усложнения субстрата психики человека<sup>1</sup> — фактор, отнюдь не безразличный для биологического его начала. Ergo, налицо **системный кризис** человека как такового!

## КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПОНЯТИЯ ЗДОРОВЬЯ

Денискин С.А.

Современное содержание проблемы здоровьесбережения обусловлено изменением соотношения человек—среда: переходом человека от естественной к искусственной среде обитания с рядом повреждающих факторов. Её решение базируется, во-первых, на социально обусловленном образе здоровья, который «из очевидности самой повседневной жизни задается медику и в качестве «нормы здоровья», и в качестве цели (...), и в качестве критерия»<sup>2</sup> возможных воздействий

<sup>1</sup> Гринченко С.Н. Об эволюции психики как иерархической системы (кибернетическое представление) // Историческая психология и социология истории. 2012. Т. 6. № 2. С. 60–77.

<sup>2</sup> Рыбин В. А. Социокультурное истолкование понятия «здоровье» как предпосылка новой парадигмы философии медицины [Текст] / В.А. Рыбин // Философские проблемы биологии и медицины : Выпуск 2 : Междисциплинарные аспекты биомедицины : Сборник. М. : изд-во «Принтберри», 2008. 408 с. С.11.

по отношению к человеку, а во-вторых, на научном представлении об организме, вырабатываемом в биологии, как теоретической основе методов медицинской практики.

Наиболее общим основанием здоровьесбережения является тезис о том, что здоровье человека не сводится к биологическому функционированию, а предстаёт в образе Человека, воплощающего в себе полноту человеческих возможностей конкретной культуры<sup>1</sup> как способность воспроизводить во всей полноте условия своего существования. Такое понимание здоровья зафиксировано в Уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ, 1947 г.).

Переход от культурологически заданного образа здоровья к онтологически обоснованной медицинской модели здоровья требует выделения совокупности однозначных количественных показателей, как это принято в естественнонаучных дисциплинах. Однако из-за отсутствия на сегодняшний день теоретической модели живого объекта выразить качественно заданный образ здоровья как полноту жизненных функций пока не удаётся. Поэтому состояние и функционирование организма задаётся в виде набора количественных показателей, составляющих «статистическую норму». Но статистическая норма есть внешняя мера, не отражающая внутренние закономерности существования данного организма, это привнесённый извне эталон.

На таком базисе медицинской практики в условиях нарастающей полидисциплинарности медицины и постепенном превращении её в субъект рыночных отношений растёт набор узконаправленных лечебных методик и препаратов, способствующих в большей степени получению материальной выгоды, чем реальному оздоровлению. Совершенно естественно оказываются невостребованными профилактические практики, призванные *выявлять* на ранних стадиях отклонения в показателях здоровья и *предупреждать* заболевания. По всем имеющимся оценкам это самый эффективный путь здоровьесбережения, но наименее эффективный с позиции рыночных отношений.

В данной ситуации уместно вспомнить, что в нашей Конституции Российская Федерация провозглашена социальным государством, т.е. государством с социальными приоритетами. Соответственно возникает необходимость сделать акцент на культурологическом понимании здоровья и выработать теоретические основания социально-ориентированной концепции здоровьесбережения, доступные для понимания всем гражданам.

Философские основания теоретической концепции живого имеются в учении о целесообразности природы, восходящего к Аристотелю и наиболее полно разработанном Кантом и Шеллингом.

---

<sup>1</sup> Там же, С.12.

Живой объект представляется как самоорганизующаяся *органическая целостность*, возникающая в процессе собственного развития. Условием самоорганизации является *согласованность противоположных процессов*, что обеспечивает динамическую устойчивость живой единицы. Нами предложено расширить понимание органического целого до *органической целостности* как единицы живой реальности<sup>1</sup>. Существенным моментом её организованности является *сопряжённость*, согласованность, гармоничность процессов и частей в рамках целостности. Такое понимание жизненности и её проявление, фиксируемое в понятии здоровья как равновесие жизненных сил, прослеживается и в нашей культуре со времён античности, и в восточной культуре. Поддержание и восстановление этого равновесия служило в прошлые времена теоретической основой практик целительства.

С этих позиций концепция уровней здоровья может быть представлена следующим образом.

**Здоровье** – полнота жизненности; гармоничность, сопряжённость всех процессов жизнедеятельности (физиологических, психологических, социальных – в соответствии с определением ВОЗ). Цель практики здоровьесбережения – *поддержание* гармоничности.

**Функциональное расстройство** – нарушение согласованности процессов; результат – неполноценная «способность к делу». Цель оздоровительных мероприятий – *профилактика*, т.е. выявление функциональных расстройств и их *коррекция* по интенсивности и длительности.

**Болезнь** – изменение морфологии (структуры и состава) тканей. Оздоровительные процедуры – практики *лечения*.

При таком понимании первой задачей социальной программы здоровьесбережения становится разработка методов выявления функциональных расстройств, а второй – практик их коррекции с целью *предупреждения* заболеваний.

Сложность решения первой задачи обусловлена тем, что у нас нет научно обоснованной функциональной модели организма. Но есть понимание того, что результатом сопряжённости процессов является стабильность внутренней среды, обозначаемая понятием «гомеостаз». В медицине имеется ряд параметров гомеостаза, например, температура тела, уровень холестерина, сахара и пр., но их совокупность не отображает структурно-функциональную целостность организма. В качестве примера удачного решения наиболее общей диагностики состояния гомеостаза можно указать на метод ЛКС-теста, фиксирующего спектр размеров частиц, образующих внутреннюю среду

---

<sup>1</sup> Денискин С. А. Познание живого: теоретико-методологические основы : монография. Челябинск : Цицеро, 2010. С. 133.

организма<sup>1</sup>. Достоинство этого скрининг-теста состоит в том, что он фиксирует все диагностически значимые вещества, что позволяет с максимальной надёжностью определить характер функционального расстройства и принять необходимые меры по дообследованию и корректровке.

В качестве примера эффективного метода решения второй задачи — коррекции — можно указать лечебное голодание, применяемое в древности (Авиценна, Пифагор, Гиппократ) и внедрённое в практику современной официальной медицины благодаря усилиям профессора Ю.С. Николаева<sup>2</sup>. Суть такого рода практик сводится к тому, чтобы поставить организм в ситуацию ограниченных ресурсов. Реализуя стратегию выживания, как внутреннюю необходимость, организм оптимизирует свою жизненную стратегию как внутрь (биологическая оптимизация), так и наружу (социальная оптимизация) в их согласованном единстве. Необходимым условием реализации таких практик является осознанное отношение самого человека к проводимым мероприятиям, что предполагает его активно-позитивную жизненную позицию.

Таким образом, учение о целесообразности природы создаёт концептуальный базис для теоретического представления культурно обусловленного понятия здоровья, различения его уровней и выделения эффективных практик его поддержания и коррекции. Однако реализация этих практик невозможна без активного участия самого человека, что актуализирует просветительскую и профилактическую компоненты здоровьесберегающих проектов.

## **ФЕНОМЕН БОЛИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ АНЕСТЕЗИИ**

*Евстифеева Е.А., Макаров А.В.*

Феномен боли — неотъемлемая часть нашего повседневного существования. Боль мы экзистенциально переживаем, психологически принимаем или вытесняем, проецируем, редуцируем, социально психиатризуем, сопереживаем или отчуждаем. Онтологически боль представлена как данность, реальность боли, как бытие-в-боли. Боль

---

<sup>1</sup> Пашков И.А. Клинико-лабораторное обоснование применения лазерной корреляционной спектроскопии (ЛКС) плазмы крови в качестве скрининг-метода по формированию групп повышенного онкологического риска среди населения, подвергшегося облучению : автореферат дис.канд.мед.наук. Москва, 1999. URL: <http://лкстест.рф/>

<sup>2</sup> Николаев Ю. С., Нилов Е. И., Черкасов В. Г. Голодание ради здоровья. М. : Советская Россия, 1988. URL: <http://lechebnoegolodanie.ru/>



— это внутреннее давление, которое вызывает напряжение, которое в свою очередь может обратиться в саморазрушающую агенсу, если его вовремя не снизить, не дать ему исход.

В чем смысл боли? Боль индивидуализирует. Она заявляет нам встречу с самим собой и напоминает о собственном существовании — как телесной конституции, как активного или реактивного образования, как самосохраняющегося поведенческого модуса, как психосоматического «комплекса». «Социальная данность» боли сразу говорит о зависимости, ранимости, смертности, экзистенциальном одиночестве.

Современная жизнь «анестезирует» нас, учит «неумению» преодолевать боль, быть нетерпимым к боли, интолерантно относиться к боли своей и чужой. Как преодолеть физическую, психическую, психологическую, социальную боль, анальгезировать её, используя современные технологии коммуникации как социально-психологические практики анестезии?

Сегодня уже введено в гуманитарный дискурс понятие «общество ремиссии», обозначающее общество, в котором границы между болью, болезнью и здоровьем фактически не обозначаются, не идентифицируются, разрушены. Обычная «дихотомическая» формулировка здоровья как нормы, боли и болезни как отклонения от нормы, поставлена под вопрос. Современное общество хронически больно, у него статус «хроника». А это, по определению, абсолютная необратимость процессов, в смысле исповедуемого и принимаемого большинством потребительского (с его дурной бесконечностью) и технологической извращенностью), саморазрушительного образа жизни.

Если в узком толковании боль — это давление и возникающее напряжение, которое мы испытываем психофизиологически, то социальная боль — это давление со стороны социума, его социальных институций и предписаний, сказывающееся на нас. Сегодня, например, это принуждение к выбору, которое порождает избыточную податливость личности, форсажно ускоряемому и непрерывному потоку изменений. Мы живем в модусе вовлеченности, мы вовлечены в социальные потоки, сети, где нет традиционных опор — ценностей, смыслов, авторитетов, дисциплины. Социальная жизнь в модусе «вовлеченности» побеждает. Он инициирует большую зависимость, социальную реактивность, манипулируемость, тотальную наблюдаемость, исчезает авторство, авторитет, приватная жизнь, автономия, самость, аутентичность, персональная идентичность и процветает анонимность, маргинальность, гибридность. Это подготовленная и плодородная почва для психиатризованной боли (М. Фуко).

А.Ю. Ветлесен в книге «Философия боли» раскрывает онтологический смысл боли. «Боль — будь она физической, психической или комбинацией их — имманентна человеческому существованию

как таковому, и каждый проживает — терпит — её сам, хотя, на мой взгляд, боль в гораздо большей степени можно разделить с другими, подвергнуть трансформации при помощи культуры... Она происходит, говоря простым языком, от неизбежной уязвимости, которая всегда была частью человеческой природы, но которую мы (и в этом заключается культурное и историческое отличие нынешней эпохи от прежних) разучились терпеть — как в себе, так и в окружающих»<sup>1</sup>.

Современная эпоха отличается нетерпимым отношением к боли, как своей, так и чужой, неумением терпеть и преодолевать боль, поиском все новых способов анестезии. Здесь как раз и играют свою роль современные технологии коммуникации как технологии принуждения: мобильные сервисы, интернет-пространство, массмедиа среда. Речь идет о принуждении к выбору, о лишении автономии и приватности человека, о невозможности последнего самому определить границы возможного и невозможного, дозволенного и запрещенного, справиться самостоятельно, хотя бы с экзистенциальной болью и страданием, которые В. Франкл полагал как высшие ценности, влекущие смысл. Всё это вызывает множество конфликтов, неврозы и депрессии, которые спровоцированы социальным давлением принудительности выбора. Основная функция технического прогресса — расширение возможностей, в первую очередь, в отношении получения и передачи информации и поддержания связи с другими людьми. Отдаленные люди становятся ближе и доступнее — всегда можно узнать о них, связаться с ними, а они могут связаться с тобой. В то же время, такая доступность часто становится чрезмерной: человек может связаться «с кем угодно» и «когда угодно», без учета каких бы то ни было психологических правил и границ общения. Говоря метафорическим языком, человек «открыт» окружающим — психологические границы при таком общении «стерты», приватность нарушена. Опасность совершенствующихся технологий заключается ещё и в том, что они выскальзывают из-под контроля государств, вменяемых правительств.

Новейшие технологии, предельно расширив мир человека, сделали его своим придатком, «рабом». Интернет, мобильная связь, вместе с другими новейшими средствами коммуникации, всё в большей степени оказывают влияние на степени свободы человека, объективируя последнего, подсовывая ему своеобразный наркотик, чтобы заглушить боль и страдание, порождаемыми экзистенциальным вакуумом. Для человека — как личности неприемлема зависимость, всякое вторжение, включая насилие над своим внутренним миром. Так, «по определению», личность должна оставаться свободной, всегда отдельной и «другой». Боль всегда «своя», «личная»!

<sup>1</sup> Ветлесен А.Ю. Философия боли : пер. с норв. М. : Прогресс-Традиция, 2010. С. 231–232.

Проблема боли долгое время оставалась в фокусе только медицинского исследовательского внимания с соответствующими практиками врачевания. На «периферии» осмысления остается широкое, гуманитарное истолкование боли, философская рефлексия целостности феномена боли. Сохраняющаяся дифференциация боли как телесного акта, душевного переживания, психологического чувствования и страха, указывает на её многогранную явленность и не проясненность. Современная социальная ситуация показывает значимость идеи целостности («холизма») в понимании боли, требует интегративных подходов к изучению этого сложнейшего, неоднозначного феномена, что верифицируется проведенными на базе психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала кафедры психологи и философии Тверской государственной медицинской академии<sup>1</sup>.

## **СОВРЕМЕННЫЙ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС: ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ**

*Желнин А.И.*

Современное состояние цивилизации общепризнано характеризуется как кризисное. По своей сути, антропологический кризис имеет комплексную природу. До недавнего времени большинство теоретиков концентрировалось именно на социальных и духовных его проявлениях. Однако в современной ситуации имеет место кризис в отношении самих биологических оснований человеческой жизни. Это связано с целостностью человеческой природы, взаимосвязанностью в ней социального и биологического. Вместе с тем нельзя утверждать их равноправие, интегративной ролью для человека обладает социальное, биологическое же находится в подчинённом, снятом виде. Соответственной этому многие в принципе отрицают в биологии человека какие-нибудь существенные изменения, рассматривая её в качестве инвариантного базиса социальной жизни. Однако эта точка зрения не верна, так как изменения биологии понимаются буквально, в смысле эволюционных. Человеческая же

1 Евстифеева Е.А., Казаков Ю.И., Павлов Е.В., Филиппченкова С.И. Психологические особенности и предикторы выбора метода обезболивания больными, перенесшими каротидную энтертерэктомия // *Философия и психология здоровья: новые модели врачевания. Коллективная монография / под ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппченковой.* Тверь : РИЦ ТГМА, 2010. С. 124–136; Филиппченкова С.И., Власенко Н.Ю., Загорко М.В. Особенности психологического статуса больных с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава // *Гуманитарное измерение боли и практики социальной анестезии : коллективная монография / под ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппченковой.* Тверь : РИЦ ТГМА, 2012. С. 162–168.

биология сама по себе имеет универсальный характер и способна видоизменяться в широком диапазоне. Этому могут свидетельствовать общецивилизационные тенденции такие как акселерация, брахикефализация, грациализация и тд. Соответственно биология человека изменяется по собственным законам, но источники изменений носят социальный характер.

В соответствии с этим можно выдвинуть центральный тезис о том, что и кризис биологии человека не может быть рассмотрен изолированно, а должен быть осмыслен именно как социально-биологический кризис. Только это позволит понять его истинные причины, а, следовательно, и выработать адекватные способы его разрешения. Вместе с тем и здесь возникает проблема: каким образом социальное развитие может сочетаться с данным кризисом, если по многим параметрам оно сейчас оценивается как прогресс. В связи с этим необходимо констатировать отличие состояния кризиса от регресса. Под кризисом в нашем случае необходимо понимать пограничное, нестабильное состояние, которое способно в будущем привести к регрессу (перерасти в катастрофу), но сохраняет вероятность обратимости. То есть кризис содержит в себе как негативные, так и позитивные тенденции.

По всей видимости, причины антропологического кризиса ввиду детерминированности биологии человека кроются именно в сфере социального. Во-первых, это амбивалентный характер социального прогресса. Крайний односторонний техноцентризм современного прогресса приводит к отрицательным экологическим последствиям, что опосредованно влияет на человеческой организм как часть экосистемы. С другой стороны, можно констатировать и увеличивающееся прямое действие на биологию человека, со стороны новейших информационных и биомедицинских технологий. Недаром первые часто рассматриваются как внешние расширения человеческих органов чувств (Маклюэн). Их влияние связано с возрастающими изолированными нагрузками на нервную систему при отсутствии соответствующего стимулирования остальных систем организма. Как результат, происходит разбалансировка физиологического и психического, «переизбыточность возбуждения» и ограниченность его «разгрузки» (Гелен) приводит к росту психических проблем в популяции развитых стран, астенизации, «коллективному неврозу» (Фромм). Что касается биотехнологий, то их влияние тоже двойственно. С одной стороны, они способствуют прогрессу медицины в терапии патологий и открывают перспективы для доразвития человеческой биологии. С другой, всё более усиливающееся искусственное влияние на организм может результатиться в частичном нарушении естественных адаптационных способностей организма и ослаблении его гомеостаза. В частности, речь идёт об ослаблении естественного

иммунитета в связи с обширной фармакологизацией, хронизацией заболеваний ввиду односторонности терапии, роста специфических «болезней цивилизации» (Гюан, Дюссер). До сих пор широко дискутируется проблема «генетического груза» (Дубинин) человеческой популяции, связывающаяся с ослаблением действия естественного отбора, в первую очередь за счёт медицинского прогресса. Проблематизируется также и этическая сторона вмешательства в биологию человека. Ряд мыслителей (Хабермас, Фукуяма) видят в новых технологиях опасность расширения биовласти, средства для возможного сознательного манипулирования биологией человека.

Другой причиной этих проблем служит не столько социальный прогресс сам по себе, сколько сложность соотношения социального и биологического в динамическом аспекте. Многократно ускорившиеся социальные (в том числе технологические) изменения предъявляют возросшие требования к биологии человека, которая, несмотря на свою пластичность, является более консервативной структурой. Следовательно, при постоянно усиливающемся давлении человеческая биология лишена возможности для адаптации. Такое состояние может характеризоваться термином «шок будущего» (Тоффлер). В свою очередь, по логике обратной связи дезадаптация биологической основы может дестабилизировать социальный прогресс (Добжанский), внося в него новые противоречия и ставя ограничения. Соответственно наиболее закономерным кажется необходимость гармонизации соотношения социального и биологического в человеке. Для этого необходимо, во-первых, скорректировать вектор влияния социального на биологическое, сделать его менее стихийным. С другой стороны, речь идёт не об ослаблении, а об усилении влияния в условиях необходимости усовершенствования человеческой биологии. Однако последнее не должно пониматься в качестве прямого искусственного вмешательства, а скорее как реализация потенциально заложенных возможностей человеческой биологии в силу её универсального характера.

## **QUO VADIS, HOMO SAPIENS?**

*Кожевникова М.*

Человеческая природа, о существовании и содержании которой спорят ученые и философы всех эпох, стоит на пороге колоссальных перемен, вызванных резким развитием биотехнологий.

Такие разработки как, например, перенос генов между разными биологическими видами, ксенотрансплантация, «проектирование» детей на заказ, выращивание искусственных органов, модификации тела с помощью механических имплантатов, обещают изменить

физические и психологические качества человека. Возможно также возникновение человекоподобных новых форм жизни (гибридов и химер человека и животного, киборгов и др.). В связи с этим появляются вопросы из области философии науки и этики, которые требуют серьезного рассмотрения. Неизбежным становится изменение понятия природы человека.

Мы предлагаем такую формулировку этого понятия, которая позволит включить в него новые формы жизни и расширить моральный статус человека.

Итак, природу человека мы понимаем как совокупность черт, присущих человеку, изменчивых во времени и пространстве, которые позволяют другим людям на интуитивном уровне определить данного индивида как человека. Природа человека изменчива и раскрывается лишь по отношению к чему-то или кому-то Другому (как любая форма «мы» в отличие от «они»). Ее главной чертой является то, что определение происходит на интуитивном уровне и сохраняет некую «маргинальность» (как яркое несовпадение с господствующим идеальным конструктом человека – в смысле построенной модели, не существующей объективно), в которую попадают, например, психически больные или дети «маугли». Это создает пространство для новых форм жизни, а связано оно с тем, что идеальный конструкт приходится подчинять практике.

Вероятно, что те изменения, которые произойдут с нами в ближайшем будущем в результате развития биотехнологий, являются не концом человечества, а лишь новым этапом нашего развития, к которому необходимо тщательно подготовиться.

## **ЭВОЛЮЦИЯ ФИЛОСОФСКИХ ВЗГЛЯДОВ НА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КОСМОСЕ**

*Меденков А.А., Нестерович Т.Б.*

Человечество стоит на пороге освоения дальнего космоса. Нет сомнения, что масштабные проекты создания научных лабораторий на Луне и экспедиции на Марс взбудоражат умы и станут мощным побудителем новых философских представлений о жизни и путях развития человечества. В связи с этим представляется актуальным обратиться к эволюции философских взглядов на медико-биологические исследования в космосе.

Идеи К.Э. Циолковского, предвосхитившего межзвездные полеты, во многом основывались на философских представлениях о жизни и ее обустройстве в космосе, освоение которого он рассматривал в динамике приспособления к невесомости и специфике межпланет-

ных путешествий. В своих представлениях он ориентировался на достижение «высших целей в использовании ракетных приборов и покорении межзвездного пространства через индивидуальное и общественное совершенство» и оставил потомкам концептуальные представления о возможности жизни в космическом пространстве.

Особая роль в реализации идей освоения космического пространства принадлежит Ф.А. Цандеру. В своей практической деятельности он исходил из философских взглядов того времени на решение общих и частных проблем жизни и деятельности в космосе и необходимости взаимосвязанного учета потребностей человека. Логика его философских воззрений опережала время и стала основой многих научных исследований и практических разработок.

Практические идеи освоения космического пространства, реализованные С.П. Королевым, были пронизаны философией исследования влияния космоса на биологические объекты, на живое существо. Они легли в основу медико-биологической программы исследований по обеспечению возможности и безопасности орбитального полета космического корабля с человеком на борту. Руководил этой программой в Институте авиационной и космической медицины В.И. Яздовский. Он организовал медико-биологические исследования высотных и космических полетов. Философско-методологический характер этих исследований заключался в представлении о том, что биологические объекты и живая материя в космическом полете функционируют в условиях окружающей среды, пребывание в которой без средств защиты невозможно. Правильность его воззрений была подтверждена исследованиями на животных как этапа биологического зондирования возможности пилотируемых космических полетов.

Под руководством В.И. Яздовского проведены исследования по медицинскому обеспечению безопасности пилотируемых полетов, обоснованы медико-технические требования к кабине космического корабля, разработаны системы регенерации воздуха и обеспечения пищей и водой, поддержания необходимой температуры и влажности, катапультируемое кресло, скафандр, носимый аварийный запас и аппаратура для дистанционного контроля состояния космонавтов. Все это позволило принять окончательное решение о возможности полета Ю.А. Гагарина на космическом корабле «Восток».

А.И. Григорьев считается одним из основоположников космической биологии и медицины. Под его руководством выполнены эксперименты, позволившие разработать и внедрить в практику космических полетов средства профилактики неблагоприятного воздействия невесомости и методы контроля, прогноза и управления состоянием космонавтов при продолжительном пребывании на орбитальных космических станциях. Для этого пришлось сменить парадигму обеспечения безопасности полета на философию обеспе-



чения жизни и деятельности человека в космическом полете при отсутствии биологических ограничений на осуществление космических экспедиций большой продолжительности. Все это привело к пересмотру концепции организации жизни и деятельности космонавтов во время космического полета и разработке новой философии медуко-биологических исследований и стратегии освоения человеком космического пространства.

Автором этих философских взглядов является Г.М. Заракowski. В их основу положены результаты анализа категории прогресса как движения вперед и совершенствования человеческого общества в процессе развития. Он выделяет прогресс локальный и глобальный. Локальный прогресс касается ограниченной части человеческого общества и относительно непродолжительного отрезка времени. Глобальный прогресс, устремленный в бесконечность, касается человечества в целом и связан с развитием авиационно-космической отрасли, находящейся на острие мирового инновационного процесса.

Прогресс по отношению к человечеству Г.М. Заракowski рассматривает как генеральную направленность развития в целом, выделяя адаптационно-гомеостатический механизм жизнедеятельности людей, нацеленный на сохранение жизни как таковой в биологическом и социально-психологическом смысле, и механизм прогрессивного, инновационного «восходящего» развития человечества. Первый механизм представляет собой процесс самосовершенствования людей, роста их духовности, то есть развития свойственных человеку высших психических функций и обеспечения созидательной деятельности инновационного характера. Второй механизм реализует генеральное направление человеческой жизнедеятельности — экспансию во Вселенной, обеспечивающую достижение реального бессмертия человечества, в качестве условия реального достижения которого выступают постоянное поддержание параметров природной, антропогенной и социальной сред в рамках, необходимых для биологического сосуществования людей, и инновационное развитие науки, технологий и техники.

Отсюда вытекает понимание целевой сущности жизни людей как процесс экспансии, направленный на сохранение и развитие жизни человечества во все более широких границах природных условий путем научно-технического и социального прогресса, в том числе личностного совершенствования человека. Его реализация предполагает переселение людей на другие планеты. Реальные возможности для этого в далекой перспективе заложены в авиационно-космическом инновационном процессе, результативность которого во многом будет зависеть от «человеческого фактора». Ядром его активации должны стать меры, направленные на стимуляцию заинтересованности в энергичной работе на поприще инновационного развития и

на создание условий для самореализации каждого человека планеты. В целом концептуальные представления Г.М. Зараковского можно рассматривать в качестве основы новой философии жизни и космической деятельности человеческой цивилизации.

Из изложенного выше следует, что в эволюции философии космонавтики можно выделить этапы концептуальных представлений о возможности жизни в космическом пространстве; концептуального приложения идей и решений по обеспечению межпланетных перелетов; практической реализации технических идей и решений по выходу в космос; обеспечения безопасности работы и жизнедеятельности человека в условиях космоса; создания условий для длительного пребывания и жизни в космических условиях; определения стратегии жизни и космической деятельности человеческой цивилизации.

Основное содержание доминирующих на этих этапах философских взглядов содержится в трудах и концепциях К.Э. Циолковского, Ф.А. Цандера, С.П. Королева, В.И. Яздовского, А.И. Григорьева и Г.М. Зараковского.

Покорение космических высот и освоение космического пространства является результатом исследований, открытий, разработок, самоотверженного труда многих ученых и специалистов. Продвижение по этому пути становится все более сложным и ответственным, требует комплексирования усилий, объединения материальных ресурсов, интеграции интеллектуального потенциала специалистов многих стран.

## **ПОНЯТИЕ МЕЗОКОСМА КАК ЧЕЛОВЕКОРАЗМЕРНОГО МИРА<sup>1</sup>**

*Моркина Ю.С.*

Мезокосм, по Г. Фоллмеру, введшему в оборот это понятие, — «когнитивная ниша человека»<sup>2</sup>. «Это мир, который наш мозг воспринимает посредством органов чувств»<sup>3</sup>. Это мир средних размерностей, он средний между Макрокосмом (Вселенная) и Микрокосмом (микроскопические объекты и процессы). По Фоллмеру, именно к мезокосму приспособлено повседневное восприятие человека, приспособлено в процессе биологической эволюции. Фоллмер отрицает пригодность познавательных структур, в ходе биологической эволюции приспособленных к мезокосму, для познания всех процессов,

<sup>1</sup> Работа осуществлена при поддержке РФФИ проект № 13-06-00813а «Эволюционное мышление как основание междисциплинарного синтеза знания».

<sup>2</sup> Фоллмер Г. Эволюционная теория познания. Врожденные структуры познания в контексте биологии, психологии, лингвистики, философии и теории науки. М., 1998. Цит. по: <http://www.evolkov.net/VollmerG/>

<sup>3</sup> Там же.

в том числе процессов микро- и макро- миров. По Фоллмеру «научные понятия и теории всё больше отдаляются от повседневного языка и повседневного знания»<sup>1</sup>. Но в соответствие, в том числе, с учением В.И. Вернадского<sup>2</sup>, на смену биологической эволюции пришла эволюция социальная, научная и культурная, несравнимая по темпам с биологической. Органы чувств заменяются приборами, а область размерностей, о которых человек может рассуждать, строить гипотезы и теории, расширяется. Искусство как форма познания в свою очередь дает доступ к особому онтологическому срезу реальности — миру человеческого бытия.

В связи с вышесказанным, мы можем использовать понятие мезокосма для обозначения не повседневной телесно-биологической ниши человека, но именно, как и указывал Фоллмер, *гносеологической ниши*. Тогда понятие мезокосма станет обозначать все, уже охваченное человеческой мыслью в науке и искусстве, за пределами же мезокосма останется мир, еще не охваченный человеческой мыслью, кантовская «вещь в себе». Итак, мы понимаем мезокосм в широком смысле не как мир средних величин, но как человекоразмерный мир, охваченный человеческим разумом. В этом смысле в него входят микромир и макромир настолько, насколько их образы-понятия присутствуют в сознании человечества. На когнитивном уровне человек всегда имеет дело с мезокосмом. Но, если понимать мезокосм как человекоразмерный мир, доступный для познания человека, то мы наблюдаем на протяжении культурной и научной эволюции человека трансформацию мезокосма: культурную (включение в мезокосм произведенных человеком «подручных» предметов и произведений искусства), научную — освоение человеком микрокосма и макрокосма как в интеллектуальных понятиях так в производимых научных приборах. При этом биологические, когнитивные границы человека и его телесности не преодолеваются, но трансформируются, изменяются, оставаясь при этом границами, за пределами которых — неведомое. Трансформируется и мезокосм, становится иным, все новые и новые феномены получают статус человекоразмерных. Мезокосм образуется человеком. Наука и искусство — проявления энактивности человека, взаимной трансформации его самого и его мира. Но средствами культуры и науки человек не вырывается из мезокосма, он расширяет его в определенных пределах, оставаясь принадлежащим ему. Таким образом, все взаимодействие с миром для человека сводятся к взаимодействию с его мезокосмом — взаимному изменению мезокосма и когнитивных, а также творческих особенностей человека. Мезокосм лежит в основе знания и творчества, и он же является результатом

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> См. Вернадский В.И. Научная мысль как планетное явление. Цит. по <http://vernadsky.lib.ru/e-texts/archive/thought.html>

всякого знания и творчества. В основе трансформации мезокосма, изменения его конфигурации – трансформация смыслов. И человеческое тело, и мезокосм, в который тело входит, представляют собой феномены. Мезокосм скреплен связями, которые мы называем ассоциативными, хотя, возможно, следует назвать их как-то иначе, например, феноменообразующими. Мезокосм как феномен целостен благодаря этим связям. Это связи смыслов в сознании, отражающие человекообразность мезокосма, являющуюся одновременно когнитивной и онтологической. Орхан Памук в романе «Меня зовут Красный» так передает ассоциативные связи смыслов:

«Цвет – это прикосновение к глазу, музыка глухих, слово, звучащее в темноте. Тысячи лет я слушаю, как в книгах и предметах разговаривают души – это похоже на гул ветра, – и потому смею утверждать, что коснуться меня – все равно что коснуться ангела. Я состою из двух частей: тяжелой – она здесь и разговаривает с глазами людей – и легкой – она летает в воздухе с вашими взглядами...

– Тогда объясни тому, кто ни разу не видел, чувство красного цвета.

– Если бы мы могли прикоснуться к нему кончиком пальца, было бы ощущение железа или меди. Если бы взяли в руку, обожглись бы. На вкус этот цвет оказался бы сытным, как соленое мясо. Он быстро заполнил бы рот. Запах у него резкий, как у коня. А если сравнить этот запах с цветком, то цветок оказался бы ромашкой, а не красной розой»<sup>1</sup>.

Постоянны ли, регулярны ли эти связи? Очевидно, нет. Но они являются тем «сцеплением мыслей» (Д. Юм)<sup>2</sup>, которое рождает (здесь) художественное, творческое понятие красного цвета. Понятия и образы в свою очередь образуют системы, и самая большая из них сложная система, охватывающая все образы и понятия человечества, и является мезокосмом.

Познавая мезокосм, человек познает себя, строя мезокосм как свой мир, человек вдействуется в него, оперирует с ним и мысленно, и физически. Не принадлежащая мезокосму, не о-смысленная вещь бессмысленна для человека, не о-смысленные явления остаются для него чужими как аномалии Т. Куна, выпадают из целостности, а значит, человек не может с ними оперировать. Но наступает момент включения таких аномалий в теорию, их ассимиляция мезокосмом сначала научного сообщества, затем всего человечества. Мезокосм меняет конфигурацию, благодаря науке, философии, искусству – вообще культурной составляющей человеческого общества.

Отличить наше понятие мезокосма от понятия жизненного мира (при том, что последний тоже трансформируется человеком и несет

<sup>1</sup> Памук О. Меня зовут красный. СПб.: Амфора. ТИД Амфора, 2011. С. 220.

<sup>2</sup> См.: Юм Д. Исследование о человеческом познании. М., 2009. С. 23.

экзистенциально-онтологическую функцию) позволяет тот факт, что жизненный мир образуется исключительно из привычного, повседневного для человека, охваченного здравым смыслом, в то время как мезокосм, включая в себя и жизненный мир, простирается шире, инкорпорируя результаты пограничных состояний, творчества, научные гипотезы и теории (в том числе противоречащие современному здравому смыслу) — он заключает в себе как материальные, так и идеальные системы (произведения искусства и результаты научного творчества являются сложными идеальными системами по преимуществу).

Целостность — очень важная черта, отличающая мезокосм. Построенный из различных и даже разнородных восприятий, впечатлений, мыслей, образов, понятий он отличается целостностью в системном смысле, где целое не равно сумме частей, но приобретает особые эмерджентные свойства. Являясь феноменом, он является в то же время сложной системой. Итак, приспособление к мезокосму — результат биологической и культурной эволюции. И если приспособление к мезокосму в узком смысле (миру средних величин) — результат биологической эволюции, то приспособление к феноменологическому мезокосму — результат культурной эволюции, знакового взаимодействия человека в мир, в результате которого рождаются наука, философия, искусство — все они работают с человеческими смыслами, из которых складывается мезокосм, динамический, постоянно изменяющийся, но остающийся целостной сложной системой феномен.

## **БИОФИЛОСОФИЯ В ЭПОХУ НБИК-ТЕХНОЛОГИЙ**

*Петрова Е.В.*

Многие проблемы биофилософии в эпоху НБИК-технологий<sup>1</sup> должны быть осмыслены по-новому. Более того, появляются такие проблемы, которых раньше просто не существовало. Прежде всего это связано с развитием биотехнологий. На современном этапе развития биотехнологий ученый-биолог уже не изучает реальность, а создает, конструирует ее. Стало возможным создание таких биообъектов, которые естественным путем появиться не могут (клоны, генетически модифицированные организмы и т.д.). То есть, человек, по сути,

<sup>1</sup> Взаимовлияние информационных технологий, биотехнологий, нанотехнологий и когнитивной науки получило название NBIC-конвергенции (по первым буквам областей: N-нано; B-био; I-инфо; C-когно). Термин введен в 2002 г. Михаилом Роко и Уильямом Бейнбриджем, авторами крупнейшего исследования по данной проблематике, отчета «Converging Technologies for Improving Human Performance», подготовленного в 2002 году на базе Всемирного центра оценки технологий (WTEC).

берет на себя роль Творца. Здесь-то и скрыты многие «подводные камни». Нельзя забывать, что в таких областях исследований, как биотехнологии, ученый работает с живыми объектами и системами. Возможности манипулирования с ними, их изменения при помощи генной инженерии, технологий клонирования и т.д. поистине безграничны, а их последствия пока еще не вполне прогнозируемы. Это означает, что действовать нужно крайне осторожно, налагая на свою деятельность определенные ограничения, а в чем-то даже запреты. Страшно подумать, что может случиться, если в природную среду попадут, например, генетически модифицированные болезнетворные микроорганизмы, не участвовавшие в эволюционном процессе.

Развитие новых областей биологических исследований и достигнутые в них успехи требуют переосмысления существующих в биологии теорий, создания новых, их осознания с методологических, мировоззренческих и ценностных позиций.

Трансформации предмета биологии ведут и к изменениям предмета философии биологии.

Очень четко эта мысль выражена в работах И.К.Лисеева: «...На современном этапе 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 других имеющих широкие выходы за пределы собственно биологии – в науку и культуру в целом. Все эти новые проблемы и включаются в предмет современной биофилософии»<sup>1</sup>.

Прежде всего, пересмотру подвергнется понятие «человек». С такими проблемами, как определение момента возникновения и угасания человеческой жизни, человечество столкнулось уже давно в связи с практикой абортов, эвтаназии и забора органов для трансплантации. Встал вопрос о применимости понятия «человек» к эмбриону на разных стадиях его развития, а также о предельной границе существования человеческого существа (клиническая смерть, смерть мозга). По мере перестройки человека с помощью современных биотехнологий вопрос о границах «человечности» будет поставлен еще более остро.

Биологические основы человеческой цивилизации изменяются. Уже сегодня многие люди обязаны жизнью современным медицинским технологиям. В будущем этот феномен станет проявляться все ярче: генная инженерия, использование искусственных и выращен-

<sup>1</sup> Лисеев И.К. Предмет философии биологии и его эволюция // Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 4: Фундаментальное и прикладное. М., 2010. С. 46.

ных органов и другие медицинские технологии будут ответственны за снижение смертности и растущую продолжительность жизни. Кроме того, люди, модифицированные и улучшенные с помощью конвергентных технологий, начнут составлять все большую долю населения. Постепенно важность искусственного компонента (созданного или контролируемого с помощью био- и когно- технологий) будет возрастать.

Биологическая эволюция человека переходит на качественно новый уровень. Сотни тысяч лет назад предки современного человека претерпели значительные биологические изменения, в итоге приведшие к появлению разума. Человек стал использовать свой интеллект для обеспечения себе адаптивно-эволюционных преимуществ (одежда, теплые комфортные жилища, орудия труда, лекарства и т.д.). Это привело к постепенному уменьшению значения биологического естественного отбора. Генетически современный человек мало отличается от своих доисторических предков. Но неверно было бы полагать, что биологическая эволюция человека завершена.

В ближайшем будущем она, вероятно, будет реализована уже на новом уровне, с помощью прямого вмешательства в генетический код и в процессы жизнедеятельности человека<sup>1</sup>.

## **БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ В РАЗНЫХ НАУЧНЫХ ПАРАДИГМАХ**

*Рогачева Т.В.*

Современная психология в настоящее время существует одновременно в разных методологических парадигмах, что, с одной стороны, существенно затрудняет определенность в выборе предмета, методов, технологий и способов решения стоящих перед ней проблем, а с другой — предоставляет психологу широкие возможности для решения поставленных задач. Это и есть кризис, который выступает принципиально важным моментом развития современной психологии. Кризис — это свидетельство того, что прежние источники исчерпали свои ресурсы, и процессы распада сложившихся структур стали преобладающими. Вместе с тем кризис — это новые возможности, поскольку дезорганизация открывает шлюзы новой организации, процессу самоорганизации. Однако известно, что проблему кризиса в психологии начали обсуждать еще в XIX веке (работы Н.Н. Ланге, Ф. Brentano, К. Бюлера), классики отечественной психологии

<sup>1</sup> Frankel M., Chapman A. Human Inheritable Genetic Modifications: Assessing Scientific, Ethical, Religious, and Policy Issues. AAAS. September, Washington, 2000. URL: <http://www.aaas.org/spp/sfrl/projects/germline/report.pdf>



(С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский и др.) также посвятили серьезные работы обоснованию кризиса. Чем постулированный классиками кризис отличается и отличается ли вообще от современного кризиса? Нам кажется принципиальным отличием отказ современных подходов от классической картезианской дихотомии, от проблемы поиска единственного, т.н. системообразующего параметра, субстанции человека, чего не смогли (по объективным причинам) совершить отечественные психологи середины XX века.

Современный кризис психологии знаменует «полный опасностей шанс» воссоздать того самого «слона», о котором образно написали Р.Стернберг и Е.Григоренко<sup>1</sup>. Но необходимо четко обозначить, на какой методологической платформе мы пытаемся это сделать и, следовательно, какие ограничения встретятся при решении.

Рассмотрим основные концептуальные варианты решения такой сложной задачи на примере проблемы био-психо-социальной модели болезни.

Как известно, в классическом типе научности критерии научного познания таковы, что внимание исследователя сосредотачивается на характеристике объекта при элиминации всего того, что связано с субъектом. Неклассическая рациональность учитывает соотношенность характеристик объекта и средств познания, используемых субъектом. Постнеклассический тип соотносит знания об объекте не только со средствами, но и с целевыми установками познающего субъекта. Решая вопрос о взаимосвязи биологических и социальных факторов в болезни, следует ориентироваться в методологических проблемах. Патологические явления, связанные в своем генезе с врачебной деятельностью, нередко имеют совершенно необычный морфологический субстрат и функциональный образ. Отнести эти явления к «социальным» нельзя, т.к. речь идет о деятельности органов и систем тела. В то же время природа таких форм не порождает и породить не может. Приходится говорить о «второй природе» болезни. Этот термин был введен К.Марксом для обозначения материального тела цивилизации, создаваемого человечеством в ходе истории, в том числе и «искусственных органов» человека. Им отмечалось, что вся материальная культура есть совокупность природных же, но только «очеловеченных» сил и вещей. В этой природе предметы «...уже не являются природными в том виде, как эти последние непосредственно даны природой»<sup>2</sup>. Таким образом, изменяя предметы внешней природы, человек на протяжении истории меняет и свою собственную природу. В итоге «очеловеченной», «второй» оказывается не только среда обитания человека, но и его внутренняя, психическая

<sup>1</sup> Sternberg R., Grigorenko E.L. Unified psychology // American Psychologist. 2001. № 12. P. 1071.

<sup>2</sup> Маркс К. Немецкая идеология // К.Маркс, Ф.Энгельс. Соч. Т. 42. С. 164.

природа. Так естественные, природные явления превращаются не в социальные, а в природные же, но искусственного происхождения. Применительно к болезни можно говорить об особых клинико-морфологических явлениях, которые могут быть поняты через антитезу «естественное — искусственное», в которой и первое, и второе понимается как природно-биологическое, а не социальное.

Постнеклассика представлена в научном дискурсе постмодерном. Постмодерн, достаточно четко охарактеризованный И.П. Ильиным, указывает на химеричность данной парадигмы, подчеркивая, что «в нем существует несоединимое: бессознательное стремление к целостному и мировоззренчески-эстетическому постижению жизни и ясное сознание изначальной фрагментарности, принципиально несинтезируемой раздробленности человеческого опыта»<sup>1</sup>. Основными чертами постмодерна выступают: во-первых, отвержение принципа системной организованности, целостности и структурной упорядоченности как общества, так и индивида, социальная реальность рассматривается как множественность, состоящая из отдельных, единичных, разрозненных элементов и событий; во-вторых, социальные изменения носят нелинейный, многовариантный характер и никогда до конца не детерминированы. Такое видение социальной реальности исходит из отказа от идеала всеобщего прогресса, имеющего глобальный и необходимый характер; в-третьих, интерес к маргинальности во всех ее видах; в четвертых, сам индивид лишается целостности — это фрагментированный, разорванный человек, который перестал восприниматься как тождественный самому себе, своему сознанию; он характеризуется кардинальным и неизбежным несовпадением социальных, персональных и биологических функций и ролевых стереотипов. Его ориентация приобретает контекстуальный, а не универсальный, характер, его Я размывается и расчленяется фрагментированным опытом; и в-пятых, отказ от «логоцентричности», понимаемой как озабоченность рациональностью, логикой. Эмоциональные и эстетические ориентации приобретают большее значение, чем рациональные. Отсюда интерес постмодернистов к той «пограничной» области, где человек уже не болен, но и не может считаться больным. Таков, например, знаменитый Мерсо из «Постороннего» А. Камю, равнодушный ко всем общественным институтам: суду, семье, морали и пр. Для Мерсо суд — игра защиты и обвинения, правила которой для него за семью замками, ходы игроков загадочны, рождают у него головокружение, мысль о призрачности всего происходящего. В повести «Чужое лицо» А. Кобо все носят маски, каждый прячет лицо. При этом повесть построена в форме дневника человека со странной психикой — принадлежащей двум разным лицам. Здесь болезнь может приобрести любую форму,

<sup>1</sup> Ильин И.П. Постмодернизм от истоков до конца столетия. М., 1998. С. 5.

она может быть био-психо-социальной, может — социо-психо-биологической и т.п. На самом деле становится неважно, какова модель, на передний план выступает переживание, которое присутствует на всех уровнях экзистенции болеющего человека. На биологическом как конкретные гормональные, био-химические, физиологические реакции тела, на психическом как переживание ситуации болезни, на социальном — как означение смысла и оценивания болезни социумом и индивидуальной системой ценностей болеющей личности, а также его значимого окружения. Поэтому как никогда актуальны размышления Дж. Макдауэлла о психотерапевтическом эффекте Нагорной проповеди: «Если сложить все без исключения авторитетные статьи самых выдающихся психологов и психиатров по вопросам психической гигиены, хорошенько их сократить и очистить от словесной шелухи, т.е. если взять только самую суть, и если самый талантливый в мире поэт сумеет кратко выразить эти чистейшие зерна научного знания, то в результате получится лишь примитивный и неполный пересказ Нагорной проповеди»<sup>1</sup>.

## **О ДЕТЕРМИНАЦИИ РАЗВЕРТЫВАНИЯ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ КОМПОНЕНТЫ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ИСТОРИИ И АНТРОПНОГО ВРЕМЕНИ: АТТРАКТОР СМЕРТИ И АТТРАКТОР ЖИЗНИ**

*Ханжи В.Б.*

В одной из предыдущих публикаций (Ханжи, 2013) в рамках антропологической парадигмы времени была предложена концепция исторического процесса, в основании которой — идея человеческой истории как единства детерминации и свободы воли. Периоды исторического процесса, в рамках которых разворачивание исторического процесса и устремленность адекватного ему антропного времени имеют обусловленный характер (в качестве детерминирующих начал выступают объективно сущие цели-программы, именуемые аттракторами), были обозначены как *фазы упорядочивания*. Аттракторы истории, о которых шла речь, — это *аттрактор жизни* и *аттрактор смерти*: попадание в конус притяжения того или иного из них влечет за собой событийность, фундированную соответствующим смыслонесущим вектором. Вместе с тем, в истории наблюдаются и принципиально иные периоды — те, в течение которых главным регулятором человеческого бытия становится свобода воли (*фазы хаотизации*). Данная работа посвящена конкретизации заявленных

<sup>1</sup> Макдауэл Дж. Не просто плотник. М. : Соваминко, 1991. С. 33.

положений: влияние упомянутых выше аттракторов будет показано сквозь призму научно-технических исканий человечества. Таким образом, *целью исследования* является осмысление разворачивания научно-технической компоненты человеческой истории и сопровождающего ее антропного времени в аспекте их устремляемости и интенсификации аттрактором смерти и аттрактором жизни.

Развитие научной и производственной отрасли в той ее составляющей, которая предметно ориентирована на разработку и создание смертоносных орудий, достигло в последние десятилетия грандиозного размаха. Если в начале 80-х годов XX в. общемировая сумма ежегодных военно-промышленных расходов, согласно данным Стокгольмского института по исследованию проблем мира (SIPRI), составляла 500 млрд. долларов в год<sup>1</sup>, то в 2012 – в 3,5 раза больше – 1,75 трлн. долларов<sup>2</sup>. Дело здесь, разумеется, не столько в инфляции денежной единицы США, а, в первую очередь, – в испоконвечной склонности человечества наращивать мощности для, как минимум, обретения силового преимущества над врагом, как максимум – физического его устранения.

Наиболее широко известными порождениями глобальной индустрии смерти являются ядерное, химическое и бактериологическое оружие массового поражения (ОМП). Боевое применение ядерного оружия, осуществленное лишь дважды (6 и 9 августа 1945 года атомной бомбардировке были подвергнуты японские города Хиросима и Нагасаки), унесло жизни (на август 2009 года – последствия дают о себе знать до сих пор в виде врожденных патологичных состояний у детей, рожденных женщинами, которые были подвергнуты воздействию проникающей радиации и радиоактивного заражения) более 413 тысяч человек<sup>3</sup>. От применения химического оружия только во время Первой мировой войны пострадало 1,3 млн. солдат, в т.ч. 91 тыс. – погибли (всем памятно «геройства» немецкой армии, применившей хлор, фосген и иприт)<sup>4</sup>. Уже после подписания Женевского протокола 1925 года химическое оружие было используется как локально (например, в Корее в 1951 году), так и массово (война во Вьетнаме). Следует отметить и значительный потенциал ряда государств вести бактериологическую войну: их военно-промышленными

<sup>1</sup> World Armaments and Disarmament: SIPRI Yearbook / Introduction by Frank Barnaby. Stockholm : Taylor & Francis Ltd, 1981. 518 pp. P. XVII.

<sup>2</sup> 15 April: World military spending falls, but China, Russia's spending rises, says SIPRI [Electronic resource]. Access mode: [http://www.sipri.org/media/pressreleases/2013/milex\\_launch](http://www.sipri.org/media/pressreleases/2013/milex_launch)

<sup>3</sup> Атомные бомбардировки Хиросимы и Нагасаки [Электронный ресурс]. URL: [http://jaderfizik.3dn.ru/index/atomnye\\_bombardirovki\\_khirosimy\\_i\\_nagasaki/0-7](http://jaderfizik.3dn.ru/index/atomnye_bombardirovki_khirosimy_i_nagasaki/0-7)

<sup>4</sup> Stockholm International Peace Research Institute (SIPRI). The Problem of Chemical and Biological Warfare. Vol I The Rise of CB Weapons. New York : Humanities Press, 1971. P. 127.

комплексами разработано и произведено колоссальное количество вооружения на основе возбудителей оспы, чумы, сибирской язвы, туляремии и других инфекционных заболеваний.

При том, что суммарное количество запасов обозначенных выше видов вооружений позволяет уничтожить все живое на планете несколько раз, влияние аттрактора смерти продолжает значительным образом устремлять человеческую историю и антропоное время в русло разработки и производства новых способов уничтожения. Пролонгация тенденции смертоносности обнаруживается в планах по созданию таких новых видов ОМП, как, например, инфразвуковое, геофизическое, лучевое, волновое.

Однако, к счастью, не менее действенным является влияние аттрактора жизни, и в вечной борьбе и вечном единстве начал жизни и смерти проходит становление человечества. Вечное противоборство жизни и смерти в каждом из людей и причину перманентного поиска «эликсира бессмертия» показал в своем знаменитом изречении Станислав Лем: «Люди не хотят жить вечно. Люди просто не хотят умирать»<sup>1</sup>. И на сегодняшний день разработка средств, гипотетически дающих бессмертие или, по крайней мере, замедляющих старение человека, является одним из приоритетных направлений биологии, медицины, фармации.

Осознание направленности и интенсивности развития технологической составляющей в указанных областях науки позволяет во многом связать их будущее с нанотехнологиями. Под этим термином понимается междисциплинарная область фундаментальной и прикладной науки и техники, целью которой является теоретическое обоснование, а также практика создания и применения объектов с заданной атомной структурой, то есть тех, которые конструируемы и контролируемы на уровне атомов и молекул (нанометр (нм) — единица измерения длины, равная одной миллиардной части метра). На основе нанотехнологий уже разработаны: биологически совместимые материалы, из которых конструируются искусственные ткани, призванные заменить подверженные заболеванию ткани естественные (костные, мышечные, сухожильные); лаборатории-на-чипе (labs-on-a-chip), позволяющие раннюю диагностику и эффективное лечение заболеваний; нанобиосенсоры (используются в химии, фармацевтике, косметологии; способствуют своевременности принятия мер по защите окружающей среды, борьбе с биологическим терроризмом)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Лем С. Из воспоминаний Ийона Тихого: II [Изобретатель вечности; Бессмертная душа; Открытие профессора Декантора] [Электронный ресурс]. URL: <http://lib.misto.kiev.ua/LEM/dekantor.txt>

<sup>2</sup> Чекман І.С. Зелені нанотехнології й нанопродукти: досягнення та перспективи дослідження / І.С.Чекман. Наука та інновації. Т. 7. 2011. № 1. С. 26–32.

Итак, именно нанотехнологии, по мнению адептов этого подхода, призваны избавить человека от проблем, по меньшей мере, двух типов: 1) неизлечимости в рамках культивируемых современной медициной стратегий от ряда заболеваний и 2) устранения последствий криогенного замораживания (для сохранения тела до того времени, когда медицине будет под силу решать неподъемные ранее клинические задачи) в виде повреждений, полученных как на клеточном, так и на тканевом уровне. Осуществление необходимых манипуляций будет доверено нанороботам — машинам, способным благодаря размерам, сопоставимым с размерами молекулы (менее 10 нм), непосредственно взаимодействовать с мельчайшими объектами. Впервые возможность выполнения работ на клеточном уровне посредством нанороботов (наноботов) описал американский ученый Эрик Дрекслер<sup>1</sup>. «Молекулярные доктора» смогут осуществлять молекулярную репарацию клеток, диагностировать рак на ранней стадии и целенаправленно доставлять лекарства к пораженным местам, выполнять функции биомедицинского инструментария в процессе хирургического вмешательства, очищать кровеносную систему от отложений холестерина, организм в целом — от микробов и т. д.

Итак, в работе была показана детерминация развертывания научно-технической компоненты человеческой истории и антропного времени со стороны аттракторов жизни и смерти. В наших планах — углубление и расширение предложенных позиций. Кроме того, не меньший интерес вызывают фазы хаотизации истории, началом которых является точка бифуркации (точнее, мультифуркации). Человек, вырвавшийся из конуса притяжения того или иного аттрактора, предстает перед широчайшим полем альтернатив дальнейшего саморазвития — последующая эманация исторического процесса и антропного времени осуществляется на фундаменте самодостаточной свободы воли.

## **ДАРВИНИЗМ КАК НАУЧНАЯ ТЕОРИЯ И ФИЛОСОФСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ**

*Хен Ю.В.*

Все множество теорий эволюции, существующих сегодня, можно условно разделить на «дарвиновские» и «недарвиновские». Сторонники каждой группы приводят в защиту своей позиции серьезные аргументы, каждая группа полагает доводы противной стороны недостаточно вескими. Это противостояние — принципиальное

---

<sup>1</sup> Drexler K. E. Engines of Creation: The Coming Era of Nanotechnology / Foreword by Marvin Minsky. 2-nd published. NY: Anchor Press / Doubleday, 1987. 299 p.

(нет согласия даже по поводу того, является ли естественный отбор фактором эволюции) и насчитывает уже полторы сотни лет. Задача автора – показать, насколько незначительна роль научной аргументации в споре о концептуальной позиции, а также выявить связь между простотой теории и ее популярностью.

Сегодня большинство людей уверено, что теория Дарвина хорошо объясняет происхождение видов, но в действительности это не так. Критика дарвинизма многообразна и разностороння и насчитывает более полтора столетия. При этом наиболее серьезное возражение затрагивает самое «сердце» теории и состоит в том, что «естественный отбор» способен только *отбирать* конкурентоспособные особи, но не *создавать* новые, а потому не годится на роль механизма эволюции видов. Однако, несмотря на очевидную справедливость этого возражения, дарвинизм продолжает пользоваться большой популярностью и имеет множество сторонников, в том числе и среди эволюционистов. Причина «всемирной» любви, на мой взгляд, главным образом заключается в том, что теория Дарвина дает простое объяснение природным процессам, которые прежде воспринимались не иначе как «загадка жизни» или «тайна бытия».

Другой причиной долголетия дарвинизма стало признание его в качестве «официального» представителя науки. В течение всего XX века, времени торжества материалистического мировоззрения, теория Дарвина оценивалась как серьезное достижение в борьбе с обскурантизмом и служила излюбленным доводом в атеистической пропаганде. Что вообще-то странно, учитывая образ мыслей ее создателя. Приписывая дарвинизму тождество с материалистическим мировоззрением не следует забывать, что непосредственно перед своим знаменитым путешествием на «Бигле», Ч. Дарвин в течение трех лет изучал богословие в Кембриджском университете. Несоввершенство созданной им теории эволюции исчезает, если предположить, что изначально она конструировалась как система *естественного богословия* (во времена Дарвина была такая дисциплина). Если включить Бога в эволюционный механизм Ч. Дарвина, то вся система заработает гораздо эффективнее, поскольку действительной движущей силой дарвиновской эволюции является вовсе не естественный отбор, а Бог, который этот отбор осуществляет. Удаление этого «двигателя» делает весь механизм неработоспособным, что и стало причиной «оголтелой» (по выражению В.Г. Борзенкова) критики дарвинизма со стороны его противников, фактически с момента первой публикации «Происхождения видов...» и до сего дня.

Два слова о сторонниках креационизма, которые в последнее время (!) все чаще вызывают о публичном и официальном признании. Прежде всего, на мой взгляд, их концепции, не представляют никакого интереса для «пытливого ума», т.к. для них не существует



вообще никаких загадок и проблем («мир устроен так, как устроен, потому что этого хочет Бог»). Кроме того, наука — это (по определению) такая «игра», правила которой требуют объяснять действие природных механизмов, не прибегая к сверхъестественным силам. Такая установка, среди прочего, предполагает, что мироустройство, а стало быть, и теория, описывающая его, не должны быть особенно сложными. Слишком сложный механизм обязательно потребует присутствия «программиста» или диспетчера, верховного судии или надзирателя. Так, теория Дарвина только *выглядит* простой, и эта иллюзия порождается тем обстоятельством, что из нее удалена сердцевина, т.е. самая сложная часть. В действительности для получения новых видов посредством естественного отбора требуется *постоянное* участие «селекционера», тогда как допустимый максимум божественного присутствия в научной картине мира — это «перво-толчок» (как это было в ньютоновской механике). В терминах науки можно обозначить этот фактор как «границу неведомого», т.е. тот предел, дальше которого мы *пока* условились не углубляться. Далее механизм должен работать автоматически. Любое объяснение, опирающееся на идею творения или вмешательства инопланетян (что по сути одно и то же), или даже вполне научная теория панспермии (теория инопланетного происхождения жизни, «семена» которой были занесены на Землю) представляется мне *неподлинным* ответом на вопрос о зарождении и эволюции жизни, поскольку только откладывает (в широком смысле слова) объяснение «на потом».

Философы нередко используют научные теории для иллюстрации собственных идей, но при этом забывают, что наука не стоит на месте. Теории меняются, а философы продолжают оперировать изжившими себя концепциями. Философия традиционно рассматривает естественные науки как один из источников фактов, подтверждающих истинность ее теорий, но при этом собственно наука зачастую остается в стороне ввиду сложности для понимания теорий, не адаптированных для восприятия «простецов». Как правило, наука присутствует в дискуссиях философов в виде набора штампов, общеизвестных истин и набивших оскомину примеров, призванных проиллюстрировать рассуждения философа, привязать его к некоторой объективно существующей реальности наподобие расписного театрального задника без которого, как мы отлично знаем, хороший актер всегда может обойтись. На теоретических семинарах нередко приходится слышать как докладчик, походя, ссылается на Дарвина, имея в виду естественный отбор как механизм видообразования. Часто обсуждается совсем другая тема, а пример просто «приходится к слову», как нечто настолько очевидное, что можно не сомневаться, что будет всеми присутствующими понято одинаково. Обычно именно таким образом «наука» принимает участие в философских

дискуссиях, и такое ее использование является одной из причин «посмертной» популярности некоторых ее доктрин.

«Мы стремимся жить в мире уверенности твердокаменных представлений: мы убеждены, что вещи таковы, какими мы их видим, и не существует альтернативы тому, что мы считаем истинным. Такова ситуация, с которой мы сталкиваемся изо дня в день, таково наше культурное состояние, присущий всем нам способ быть человеком»<sup>1</sup>. Этот отрывок из книги Матураны и Варелы «Древо познания» как нельзя лучше передает то, что я пытаюсь сказать: хотя мы со школьной скамьи знаем, что абсолютная истина недостижима, тем не менее, наш «способ бытия человеком» предполагает, что на каждом этапе познания нам необходима целостная (завершенная) картина мира. Отсюда рефлекторное стремление все упрощать, пытаться свести сложное к простому, выразить невыразимое, расчленив его на части и т.п. Понятно, что при этом многое теряется, но если не иметь упрощенной, «временной» картины целого, никакая деятельность не будет возможна. Летящая стрела действительно покоится в любом из отдельно взятых моментов, но, не задумываясь об этом, вполне можно поражать намеченные цели. То же и с нашими теориями эволюции: абсолютная истина никогда нам не будет доступна, но пытаться приблизить к ней мы обязаны, до тех пор, пока существует наука. При этом надо все время иметь в виду, что окружающий мир слишком сложен, чтобы его можно было описать одной красивой теорией, но также помнить, что чрезмерная сложность теории, возможно, свидетельствует о неправильном ракурсе, как это было в астрономии с эпициклами (совершенно точно описывавшими видимое движение планет). Понадобилась «коперниканская» революция, чтобы представить небесную механику в ее подлинной простоте.

## ЦЕЛОСТНОСТЬ В БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

*Чебанов С.В.*

Категория целостности является одной из ключевых для биологии и медицины. Вместе с тем, она недостаточно разработана концептуально, несмотря на необозримое количество литературы по этому вопросу. В связи с этим целесообразно хотя бы перечислить относящиеся к этой области проблемы.

1. Целое и семиотический статус его словарного гнезда. Целое — цель — целение. «Ziel» — мишень. Паронимия и её последствия. Целование как целение. Хилеры и хилинг. Мизоджи.

<sup>1</sup> Матурана У., Варела Ф. Древо познания. М.: Прогресс-Традиция, 2001. С. 13–14.

2. Интенция целого через гирлянду примеров. Не обломок, не фрагмент. Единое. Связанное. Непрерывное. Исторически стабильное. Типологически определённое. Трансцендентная и имманентная целостность. Процессуальная целостность.

3. Рефлексия целостности. Рефлексирующая и нерелексированная холистичность.

4. Холистичность практики и её воспроизводимость. Нехолистические, холистические и гиперхолистические практики. Благостные и вредоносные целостности. Тоталитарность.

5. Целостность морфологии и хаоса. Целостность как энтелехиальное единство.

6. Синкретизм и синтетизм и их отношение к целостности.

7. Целостность как предмет и как подход. Их соотношение

а) Идеальное

Предмет	система	числа	космос	эманации	ипостаси	организмизм	история	связность	комплексность
Подход системный	а					н	е		
пифагорейский		д	а	д	е	к	в	а	т.
космический			е						
эманационный				к					
ипостасный	н	е			в				
организмический						а			
исторический							т		
связностный	а	д	е	к	в	а	т.	н	
комплексный									ый

б) Эмпирическое

	система	числа	космос	эманации	ипостаси	организмизм	история	связность	комплексность
Механизм	+								
Арифмология		+	+						
логология			+	+					
Логология			+		+				
тейярдизм						+			

	си- стема	чис- ла	кос- мос	эма- нации	ипо- стаси	орга- низм	исто- рия	связ- ность	ком- плек- сность
Прогрес- сизм						+	+		
Нумероло- гия		+						+	
Синерге- тика						+	+	+	
Комплек- сность									+

При этом могут быть некоторые адекватные целостные подходы к целостному предмету, когда тип целостного подхода совпадает с типом целостного предмета, и может быть ситуация, когда к данному типу целостного предмета обращаются с помощью целостного подхода другого типа, и тогда возникают некоторые неадекватности. Эти неадекватности будут тоже целостными, но это будут целостности неадекватные. Может быть поставлена задача: добиться использования только адекватных целостностей.

С другой стороны, время от времени порождаются неадекватные целостности. Их следует рассматривать в ходе анализа. Например, такое несоответствие мы получим, если будем рассуждать о том, что молекулы взаимодействуют по закону любви. Это пример того, как используется неадекватно предельно целостное представление. Когда возникают такие ситуации, можно говорить о гиперхолистичности, т.е. сверхцелостности, например, когда молекулярные процессы, которые обладают, как кажется, заметно меньшей целостностью, чем любовь у людей, будут описываться, как проявления любви молекул. В данном случае более целостный подход используется в отношении значительно менее целостного образования.

## **ГОМЕОПАТИЯ И ВИТАЛИСТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ**

*Ясинчук А.А.*

Основной принцип гомеопатического метода – подобное лечится подобным (*Similia similibus curantur*). В основе этого принципа гомеопатии более универсальный закон, который в науке называют принцип подобия природных систем<sup>1</sup>. Этот закон приме-

<sup>1</sup> Принцип подобия природных систем (закон аналогий Гермеса). Фрактальная организация систем. <http://www.in-nov.ru/node/177>

няют в математике (фрактальный анализ), физике и других областях современной науки. Его также называют закон аналогий Гермеса, этот закон связан с идеалистической философией. В медицине используют также принцип *Contraria contrariis curantur* – противоположное излечивается противоположным, который называют принцип аллопатии. На этом принципе основано действие большинства лекарств, которые применяют в конвенциональной медицине. Многие лекарственные вещества используют для изготовления как гомеопатических, так и аллопатических лекарств, при этом дозы и показания у таких лекарств совершенно разные. Оба эти принципа медицины впервые были описаны древнегреческими врачами (в том числе Гиппократом). У каждого из этих подходов есть свои показания, преимущества и недостатки (см. примечание 1). Самуэль Ганеман предложил объяснение закона подобия гомеопатии с позиций витализма: «Когда человек заболевает, ... жизненная сила, повсеместно присутствующая в его организме, первоначально поражается динамическим влиянием болезнетворного, враждебного жизни агента; ... при каждом гомеопатическом излечении этот жизненный принцип, динамически поврежденный естественной болезнью, захватывается несколько более сильным искусственным болезненным проявлением через назначение лекарственной потенции, выбранной в точности в соответствии с подобием симптомов. Благодаря этому ощущение естественной (более слабой) динамической болезни ослабевает и исчезает. Эти болезненные проявления не существуют более для жизненного принципа, который теперь захвачен и управляется более сильной искусственной болезнью. Искусственная болезнь вскоре утрачивает свою силу, и пациент оказывается излеченным»<sup>1</sup>. Ганеман впервые в медицине предложил проводить испытания лекарств на здоровых испытуемых, то есть гомеопатия была первым научным методом лекарственного лечения. Специалист по философии науки профессор Сильвио Чибени отмечает: «Хотя основная идея витализма очень стара, Ганеман интегрировал ее в логически последовательную усовершенствованную теоретическую структуру, способную смягчить ее неопределенность. Это представляет собой шаг в правильном направлении, так как главным упущением виталистических объяснений философы науки считают попросту недостаток точности»<sup>2</sup>. Есть плацебо-контролируемые исследования, которые подтверждают лечебное действие гомеопатических препаратов<sup>3</sup>. Есть исследования,

<sup>1</sup> Самуэль Ганеман. Органон врачебного искусства (6-е изд.). §11, 29 URL: <http://homeoint.ru/homeopathy/works/organon6.htm>

<sup>2</sup> Сильвио С. Чибени. Ганеман и объяснение феномена гомеопатии. // Journal of American Institute of Homeopathy 2001–2; (94)4: 222–226 (<http://homeoint.ru/homeopathy/essence/chibeni.htm>).

<sup>3</sup> Scientific framework of homeopathy. Evidence Based Homeopathy. After 64rd LMHI congress. [http://liga.iwmh.net/dokumente/upload/556c7\\_SCIEN\\_FRA\\_2009\\_final\\_approved.pdf](http://liga.iwmh.net/dokumente/upload/556c7_SCIEN_FRA_2009_final_approved.pdf)

которые подтверждают профилактическое действие гомеопатических препаратов<sup>1</sup>. Для физиологического обоснования действия гомеопатических препаратов приведу фрагменты из публикаций по иммунологии, поскольку состояние иммунной системы важно для лечения и профилактики наиболее распространенных болезней: «...в 1998 г. профессором Хартмутом Хайне был запатентован механизм действия комплексных гомеопатических препаратов, в основе которых лежит так называемая “иммунологическая вспомогательная реакция”...»<sup>2</sup>.

«...Г. Шульц опубликовал ряд работ, которые изучали действие различных видов отравляющих веществ на дрожжи. Эти работы показали, что почти все эти агенты в низких дозах оказывают легкое стимулирующее действие на метаболизм дрожжей. ... Это явление в настоящее время вполне признается в биологии клетки, где ему дается несколько объяснений на молекулярном уровне, и иммунологии, где известно, что системные и местные ответы сложным образом зависят от дозы»<sup>3</sup>. Другой принцип гомеопатии — принцип малой дозы. Согласно закону Авогадро, гомеопатические препараты в высоких разведениях более 12-го сотенного не содержат лекарственное вещество. Следовательно, в разведениях гомеопатических препаратов, которые применяли в исследованиях, приведенных в этом докладе (30-е, 200-е сотенное и более), лекарственное вещество физическими и химическими методами обнаружить невозможно, при этом в исследованиях доказано значительное лекарственное действие препаратов. На основании этого можно предположить, что лечебное и профилактическое действие гомеопатических препаратов в высоких разведениях можно использовать, как материальный объект, с помощью которого можно исследовать закономерности жизненной силы организма (фактор целостности организма), которая не поддается материалистической локализации и объяснению. Теория неовитализма может иметь важное практическое значение для медицины, поскольку, согласно представлениям витализма: нарушение жизненной силы является причиной болезней, устранение нарушения жизненной силы может излечивать болезни, профилактика нарушения жизненной силы может предупредить болезни. Гомеопатические препараты можно применить для решения некоторых наиболее актуальных задач медицины, например:

<sup>1</sup> Large-scale application of highly-diluted bacteria for Leptospirosis epidemic control. [http://www.sphq.org/pdf/leptospirosis\\_epidemic.pdf](http://www.sphq.org/pdf/leptospirosis_epidemic.pdf)

<sup>2</sup> Гарашенко Т.И. Комплексные гомеопатические препараты в лечении воспалительных заболеваний ЛОР-органов. // Русский медицинский журнал. 2002. № 20 URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_1104.htm](http://www.rmj.ru/articles_1104.htm)

<sup>3</sup> Беллавите П., Конфорти А., Пиазере В., Ортолани Р. Иммунология и гомеопатия // Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2005; 2(4): 441–452 URL: <http://homeoint.ru/homeopathy/essence/immunology1.htm>

— лечение аллергических болезней, гомеопатические лекарства действуют на причину аллергии: «Известны 4 позитивных систематических обзора по лечению аллергии методом гомеопатии. Существуют концептуальные и исторические связи между гомеопатической медициной и аллергической десенсибилизацией. В обоих случаях применяют малые дозы субстанций, которые могут вызывать симптомы с целью предотвращения или лечения гиперчувствительного состояния»<sup>1</sup>;

— на основе теории неовитализма и гомеопатии можно создать новый научный подход к этиологии и профилактике злокачественных новообразований. «Согласно представлениям витализма и гомеопатии, различные болезни из группы злокачественных новообразований имеют одну первоначальную причину — нарушение жизненной силы пациента. Если, до развития в организме структурных изменений, устранить эту общую причину с помощью регулирующего (динамического) действия гомеопатических препаратов — можно предупредить многие болезни этой группы (для лечения онкозаболеваний эти препараты не показаны). Этот подход можно обосновать также с позиций иммунологии. Важное значение для предупреждения злокачественных новообразований имеет состояние иммунной системы, противоопухолевый иммунитет. На основе гомеопатических лекарств можно создать препараты для улучшения противоопухолевого иммунитета и применять их с целью профилактики у людей из групп повышенного онкологического риска»<sup>2</sup>. (См. примечание 2).

Можно сделать выводы:

— исследование и применение гомеопатического метода позволяет соединить возможности разных подходов в науке: холизма и редукционизма — для более эффективного решения актуальных задач медицинской науки (в частности, лечение аллергических болезней, профилактика злокачественных новообразований);

— на основе рационального холизма можно создать новый научный подход к этиологии, лечению и профилактике болезней;

— исследования действия гомеопатических препаратов в высоких разведениях можно использовать для экспериментального подтверждения виталистических теорий медицины и биологии.

### Примечания

1. «Доминирующая фармакология намного более определена, когда известен точный механизм заболевания, в этом случае можно

<sup>1</sup> Томкевич М.С. Клинические исследования в гомеопатии (обзор литературы) // Традиционная медицина. Журнал. 2011, № 3. С. 20.

<sup>2</sup> Ясинчук А.А. Профилактика наиболее распространенных тяжелых неинфекционных болезней с помощью гомеопатических препаратов // Холизм и здоровье. 2012. № 1(6). С. 52–59 (опубликовано на сайте конференции <http://zdor.poisk2020.org>)



назначить специфические лекарства. ... Этот подход работает при ряде условий, но когда нарушение вызвано многими факторами или его причины неясны, возникают трудности с идентификацией всех специфических биохимических блоков или специфических молекул, которые могут потребоваться. ... В таких случаях гомеопатия может быть более эффективной, с учетом сложности механизма болезни и более тонкой регуляции. Гомеопатический подход может быть полезен особенно потому, что он фокусируется не на причине болезни, а на телеономии реакции пациента.» [7 — <http://homeoint.ru/homeopathy/essence/immunology5.htm>]

2. Цель моих публикаций — организовать совместно с учеными исследования предложенного метода профилактики. Для научного обоснования этого метода профилактики сначала нужно провести исследования лечебного действия предложенных гомеопатических препаратов в отношении заболеваний и нарушений иммунной системы, затем использовать результаты исследований для доказательства профилактического действия этих препаратов. Гомеопатические лекарства в высоких разведениях не оказывают токсическое и аллергенное действие на организм, даже при длительном приеме, это особенно важно при необходимости длительно принимать препарат с целью профилактики. Изготавливают гомеопатические лекарства, в том числе, в отечественных гомеопатических аптеках.

## БИОЭТИКА И СМЫСЛОВЫЕ ТРАНСПОЗИЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПРИНЦИПА МАКСИМАЛЬНЫХ СВЕРХНАГРУЗОК В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Васильев О.С.*

Одной из проблем современной научно-практической медицины является междисциплинарная неоднозначность трактуемых медицинских понятий. Биоэтика, являясь гуманитарной дисциплиной, нередко произвольно расширяет смысловой контекст медицинских и естественнонаучных понятий, переводя научные обсуждения в плоскость логически неразрешимых дискурсов.

Примером прецедента подобного расширения смыслов является принцип минимальной сверхнагрузки, применительно к детской практике.

Биоэтическое осмысление данного принципа, как правило, переводит дискурс в этическую плоскость «хорошо — плохо» с приписыванием атрибута насилия с соответствующим оценочным характером. Тем самым ставя под сомнение правомерность применения такого принципа в практической медицине.

При этом в естественнонаучном контексте под сверхнагрузкой понимают любую, вызывающую психофизический стресс нагрузку. Минимальная сверхнагрузка — это минимальная нагрузка вызывающая стресс-реакцию, которая является физиологической нормой существования человека. А в развитии ребенка стресс с первых секунд жизни (и даже до рождения) играет одну из ключевых ролей.

Заметим, что на принципе минимальной сверхнагрузки базируется вся фармакология. Лекарственные средства действуют только в определённом терапевтическом коридоре доз, выход за пределы которого порождает либо токсический эффект, либо лишает эффекта само медикаментозное воздействие.

Однозначно относиться к понятию сверхнагрузки также не следует. Ведь это не абсолютная, а относительная характеристика на-

грузки и определяется она состоянием организма человека в данный конкретный момент времени и его реакцией на строго определенный вид нагрузки.

Организм ребенка, в отличие от организма взрослого, отличается повышенной адаптационной пластичностью. Для выведения организма ребенка на режим оптимального терапевтического эффекта необходима и достаточна (с позиции безопасности) именно минимальная сверхнагрузка. Величина минимальной сверхнагрузки будет пропорционально возрастать по мере повышения адаптивных функций организма, его работоспособности в процессе его восстановления.

Традиционными средствами и методами лечебной физкультуры (ЛФК) далеко не всегда удается полностью восстановить организм ребенка после травмы. Например, такие состояния как устойчивая мышечная гипотрофия, сгибательные контрактуры и др. могут создавать определенные проблемы с восстановлением в течение ряда месяцев и более.

Современные исследования показали, что ЛФК эффективна только тогда, когда она базируется на принципах спортивной тренировки. В чём же секрет такой эффективности? – в принципе экстремальности; ребенку дается минимальная сверхнагрузка. При этом сверхнагрузка – это не что-то запредельное, а то, что заставляет ребёнка «напрягаться» чуть больше обычного либо работать в непривычной для него среде. Оказалось, что значимый восстановительный эффект достигается при назначении не просто пониженной тренировочной, а именно минимальной спортивной сверхнагрузки (стресс-нагрузки).

В рамках типичного тренировочного процесса смоделировать минимальную сверхнагрузку не сложно. Для этого достаточно поставить юного спортсмена в выполнимые, но непривычные для него условия.

Так при восстановлении функции плечевого пояса у мальчиков и юношей можно использовать средства и методы художественной гимнастики, которые заведомо будут им координационно непривычны: броски мяча, булав, обруча и т.п. При выполнении бросков можно использовать нетипичные и нестандартные предметы, например, утяжелённый мяч.

Если восстанавливаете плечевой пояс девочке, то лучше также использовать «противоположный» снаряд, например, кольца или параллельные брусья, которые традиционно считаются мужскими.

По такому принципу можно подобрать восстанавливающие упражнения для любых самых сложных запросов и потребностей. Заметим, что на принципе минимальной сверхнагрузки базируются восстановительные мероприятия в подавляющем большинстве восточных оздоровительных систем (например, в Тайцзи Цуань).

Заключение. Биоэтика, рассматривая правомерность применения определённых средств и методов воздействия на ребёнка, должна

анализировать не столько сами средства и методы как таковые, сколько характер и механизм их воздействия. Подобным образом скальпель является не предметом рассечения тканей, а средством лечения и восстановления здоровья.

## **ЭЛИЗАБЕТ КЮБЛЕР-РОСС И ФИЛОСОФИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ/ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ**

*Введенская Е.С., Быкова Л.К., Шилова О.В.*

Развитие хосписного движения напрямую связано с гуманистическими традициями, которые декларировали особое отношение к смерти. Переворот в общественном мнении по отношению к смерти произвела книга Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании» (1969 г.). После ее выхода в свет тема смерти и умирания стала широко обсуждаться как в медицинских, так и в общественных кругах.

В книге рассматривается, как важно для умирающих осознание того, что их жизнь не прошла зря, что они успели в последние дни осмыслить прожитую жизнь, завершить дела, помириться с близкими, продумать и многое понять. Исследование Кюблер-Росс, проведенное в 60-е годы XX в. и основанное на наблюдении за 400 умирающими больными и их родными, не только существенно расширило ее знания о смерти и умирании, но и вызвало к этой проблеме публичный интерес. Благодаря Э. Кюблер-Росс в США и Западной Европе отношение к умирающим стало более гуманным.

Э. Кюблер-Росс родилась в Вене и окончила медицинский университет в Цюрихе. Большую часть своей жизни она посвятила изучению смерти и умирания. Ее потрясло бездушное отношение к умирающим пациентам, существовавшее в больнице, где она работала: «Их избегали и злоупотребляли их положением, никто не был честен с ними».

Потрясающее впечатление на Э. Кюблер-Росс произвело посещения освобожденного в 1945 году концлагеря, которое определило весь ход ее дальнейшей жизни. Представляя невыразимый ужас Холокоста, Кюблер-Росс поднимает вопрос о природе зла в человеке и о корнях этого зла. Она также делится своими размышлениями по поводу страха, отрицания и неуверенности, которые характеризуют отношение западной гуманитарной науки к смерти.

Она создала свою «школу изучения смерти», перешагнув барьер отчужденности и недоверия, всегда существовавший в отношениях с умирающими больными. Она стала разговаривать с ними об их страхах и переживаниях, об их жизни и надеждах. В отличие от своих коллег, она ввела в практику полноценное общение врача с

умирающими пациентами, признав необходимость посидеть около больного и выслушать его. Все больные старались излить ей свою душу. В своих лекциях она рассказывала о том, что говорили ей умирающие больные. «Моя цель состояла в том, чтобы прорваться через слой профессионального сопротивления, которое запрещало пациентам выговориться обо всех самых важных для них переживаниях», — пишет она.

Доктор Э. Кюблер-Росс и ее соратники в своих трудах подчеркивают, что психическое состояние человека, заболевшего смертельным недугом, не остается постоянным, а изменяется, проходя несколько стадий. Большинству больных, в конечном счете, удается прийти к более или менее спокойному приятию неизбежного.

Доктор Кюблер-Росс и ее ученики описали пять стадий, через которые проходит современный (неверующий) человек, узнав о приближающейся смерти. Не все знают, что именно доктор Кюблер-Росс выделила пять стадий принятия известия о приближающейся смерти или принятия горя:

1. Отрицание. Больной не может поверить, что это действительно с ним случилось.

2. Гнев. Возмущение работой врачей, ненависть к здоровым людям.

3. Торги. Попытка заключить сделку с судьбой. Больные загадывают, допустим, что они поправятся, если монетка упадет орлом.

4. Депрессия. Отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни.

5. Принятие. «Я прожил интересную и насыщенную жизнь. Теперь я могу умереть».

Кюблер-Росс умела вызвать больного на откровенный разговор, и оказывалось, что у них всегда было на душе много такого, о чем хотелось поговорить, рассказать, расспросить. До этого родственники и знакомые не могли помочь им, так как они сами боялись говорить о смерти. Они сами не знали ничего о смерти, прятались от нее и замалчивали проблему, считая, что так лучше им и самому больному. А больному хотелось поговорить о главном, и он тоже не смел и не получал облегчения. Выразить искреннюю симпатию, горе, даже поплакать родственники не могли, боясь обеспокоить больного. И у родных горе не получало выхода, и больному легче не становилось.

Одна из пациенток доктора Э. Кюблер-Росс незадолго до смерти написала в письме ухаживавшим за ней в больнице сестрам: «Я умираю, и я боюсь. Вы приходите, измеряете мое давление, и я чувствую, что вы, зная, что я скоро умру, боитесь. И это делает мой страх еще сильнее. Вы боитесь и не знаете, что делать. Но просто признайтесь, что вы думаете, и позаботьтесь обо мне. Это — то, чего мы ищем».

Отвечая на вопрос, почему человек умирает, подчас в молодом возрасте, Э. Кюблер-Росс говорит: «Для людей, которые находятся

в гармонии со своими физическим, эмоциональным, интеллектуальным и духовным квадрантами, смерть может быть окончанием школы жизни. Очень просто, они умирают, когда они выучили все свои уроки – после того, как они научились и научили всему, чему они должны были научиться и научить. ... Я больше не верю, что смерть – есть окончание; я вижу смерть только как переход».

Когда я работала с умирающими пациентами, то начала понимать, что мы все одинаковы. Мы все люди. Мы родились одним и тем же образом. И мы все обычно умираем одинаково. Опыт смерти и после смерти один и тот же. Он зависит только от того, как вы жили. Э.Кюблер-Росс написано более десятка книг на тему о новом понимании смерти, среди которых «Вопросы и ответы о смерти и умирании», «Помни секрет», «Жить до последнего слова «прощай», «Жить рядом со смертью», «Смерть. Последняя стадия духовного роста». Доктор Э.Кюблер-Росс, оценивая последние научные открытия, писала, что сейчас происходит возрождение идей о смысле жизни и смерти, о творении, о Творце и о его присутствии в каждом из нас: «Я думаю, что мы подходим к новой эре в жизни человеческого общества».

Организация медицинской помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, с прогрессирующими хроническими заболеваниями на поздних стадиях развития, в том числе умирающим больным, представляет собой одну из сложных и до сих пор не решенных проблем не только в России, но и во всех странах мира. Помочь страдающему инкурабельному больному призвана паллиативная помощь.

Вступивший в силу с 1 января 2012 года федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвердил новый для отечественного здравоохранения вид медицинской помощи – паллиативную медицинскую помощь (статья 32)<sup>1</sup>. Хосписная помощь, хосписы, являются компонентом паллиативной помощи, основная задача которой – оказание холистической помощи умирающим и поддержка их родственников.

Приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н утверждён Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, который устанавливает правила и формы оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, в том числе умирающим больным.

Но оказание паллиативной помощи должного качества невозможно без воплощения в жизнь философии хосписа, гуманного и бережного отношения к пациенту, уважения его неповторимой лич-

<sup>1</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>

ности, открытого обсуждения философских вопросов жизни, смерти и умирания, правдивого, но профессионального разговора о неизлечимой болезни, неблагоприятном прогнозе и неизбежности смерти.

## **ПРИНЦИП АВТОНОМИИ: ОТ ИНДИВИДУАЛИЗМА К СОТРУДНИЧЕСТВУ**

*Гаспаров И.Г.*

Доминирующим подходом в биомедицинской этике сегодня является принципиализм, согласно которому моральные решения в медицине должны приниматься на основании некоторого количества базовых моральных принципов. Эти принципы были разработаны американскими этиками Т. Бичампом и Дж. Чайлдрессом<sup>1</sup> и почти одновременно с этим были закреплены в Бельмонтском докладе<sup>2</sup>. Это принципы уважения автономии пациента, непричинения вреда, благодеяния и справедливости. Бельмонтский доклад понимает принцип автономии как совокупность двух убеждений. Во-первых, что индивиды должны рассматриваться как автономные агенты. Во-вторых, что индивиды, необладающие достаточной автономией, имеют право на защиту. При этом «автономной личностью» называется «индивид, способный к обдумыванию личных целей и к действию в соответствии с результатом такого обдумывания»<sup>3</sup>. Уважение автономии, согласно Бельмонтскому докладу, заключается в том, чтобы придавать значение мнениям, которые возникли в результате личных размышлений индивида, и принимаемых им решений; и в воздержании от препятствования в осуществлении индивидами действий, если эти действия явным образом не наносят вреда другим. Неуважение к автономии индивида состоит в отказе признавать мнения автономной личности, отрицании индивидуальной свободы действовать в соответствии с собственными суждениями, или не предоставлении информации, необходимой для формирования таких суждений при условии, что нет особых причин для того, чтобы воздерживаться от ее предоставления. Одновременно с этим в докладе отмечается, что не все люди способны к принятию автономных решений в силу различных обстоятельств, в том числе и болезни, психического расстройства или отсутствия личностной зрелости. Эти люди нуждаются в особой защите, в том числе и от собственных действий, способных нанести вред им самим. Кроме того, в Бельмонтском докладе отмечается, что принцип автономии

<sup>1</sup> Beachamp T., Childress J. Principles of Bioethics. 5th ed. Oxford, 2001.

<sup>2</sup> URL: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>

<sup>3</sup> Belmont Report. Part B. 1.



не свободен от моральной дилеммы. В качестве примера последней приводится случай заключенных, которые, с одной стороны, имеют право участвовать в медицинских экспериментах, а с другой, должны быть защищены от принуждения участвовать в них. Далее, составители доклада приходят к заключению, что в наиболее трудных случаях, связанных с принципом уважения автономии личности, мы часто вынуждены балансировать между соперничающими требованиями, вытекающими из самого принципа автономии.

Бичамп и Чайлдресс выделяют в принципе автономии три основных элемента: 1) обязательство со стороны других воздерживаться от контролирующего вмешательства; 2) обязательство со стороны других предоставлять информацию, необходимую для принятия решения; 3) способность к принятию решений со стороны самой личности. Таким образом, наличие и степень обязательств 1) и 2) принципиальным образом зависит от третьего элемента. По мнению некоторых авторов, главный вопрос биомедицинской этики в контексте принципа автономии: является ли выбор пациента автономным? Следовательно, невозможно предполагать автономию как неотъемлемую характеристику субъекта, относительно которого принимается медицинское решение, и его воля не может быть безусловным критерием моральности принятого решения. Однако, сама способность самостоятельного принятия решений в ряде случаев оказывается предметом медицинского исследования, так как, как утверждается в Бельмонтском докладе, «некоторые индивиды лишены этой способности полностью или частично в силу боли, психического нарушения или обстоятельств, значительно ограничивающих свободу». Кроме того, автономия пациента не является постоянной величиной, а изменяется в зависимости от многих факторов, в том числе возраста, наличия или отсутствия информации. Поскольку уважение автономии пациента предполагается в качестве одного из фундаментальных принципов при принятии медицинских решений, то он не может быть заменен каким-либо другим из оставшихся базовых принципов. Таким образом, возникает затруднительное положение, когда при принятии решения мы не можем руководствоваться ни самим принципом уважения автономии пациента, так как сама автономия является предметом решения, ни каким-либо другим из базовых принципов биомедицинской этики, так как вопрос об автономии не может быть решен на основе какого-либо другого фундаментального принципа биомедицинской этики. Следовательно, принципиализм в его современном виде допускает возникновение «серых зон» при принятии биомедицинских решений. В связи с чем следует более глубоко продумать фундаментальные основания принятия биомедицинских решений.

На мой взгляд, такие основания могут лежать в понимании человеческой природы как изначально коллективной. С начала Нового

времени укоренилось индивидуалистическое понимание человеческой личности, согласно которому каждая личность представляет собой замкнутую в себе психическую единицу. Ее размышления, планы и желания являются чем-то сугубо приватным, недоступным для постороннего взгляда и участия. Если такая точка зрения и подвергалась критике, то скорее с позиции внешнего коллективизма, где коллектив мыслился как внешняя детерминанта индивидуальной личности. Неудивительно, что эти две позиции находились в отношениях жесткой конфронтации, которая подчас приводила к трагедиям мирового масштаба, когда отдельные социальные или национальные группы пытались навязать другим свои, как им казалось, универсальные ценности. Во многом принцип автономии призван оградить людей от негативных последствий коллективистского патернализма. Вместе с тем в ряде случаев, если его интерпретировать исключительно с индивидуалистической точки зрения, он заводит в тупик и парализует принятие медицинских решений. Однако, если понимать его, исходя из идеи, что каждая человеческая личность — автономная или нет — имеет коллективную природу, то есть имеет определенную динамическую репрезентацию других в себе и себя в других, то возможно избежать тех противоречий, о которых шла речь выше. Цель подобной структуры взаимодействие между людьми, для осуществления которого необходимо «считывать» психические состояния другого, то есть его мнения, намерения, желания и т.п., поскольку без этого была бы невозможна реализация многих социальных практик. Эмпатия является психическим механизмом, который лежит в основе такого «считывания». Исходя из вышеизложенного можно представить себе, что автономная личность благодаря хорошо развитой эмпатии может осознать «истинный» выбор другой личности, даже если та — по тем или иным причинам — неспособна осознать его сама. Таким образом, в рамках эмпатийного подхода процесс принятия решения понимается как коллективное действие между медицинским работником и пациентом, в котором каждому отводится роль партнеров в общем деле реализации моральной автономии.

## **ВРАЧЕВАНИЕ ИЛИ ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ: ПРОБЛЕМА ВЫБОРА**

*Гоглова О.О., Гоглова Ю.О.*

Основная часть населения Российской Федерации получает медицинскую помощь в бюджетных медицинских учреждениях. В результате активного проникновения рыночных отношений в здра-

вохранение, в бюджетные медицинские учреждения стали широко внедряться платные медицинские услуги, часто совершенно неоправданно.

Перечень платных услуг, прејскурант открыто вывешиваются в медучреждениях на дверях кабинетов врачей и т.д. Распространена практика платных анализов при оформлении направления в больницу. В рентгеновском кабинете пациента обязывают оплатить плёнку за рентген зуба! (Затраты плёнки 2×3 см). Обследование в поликлиниках переводится в основном в разряд платных услуг. Мотивировка часто такая: очередь, придётсѧ долго ждать.

Распространено навязывание услуги. Пациенту сначала сделали укол и вылечили зуб, а затем назвали сумму, которую он должен заплатить, объясняя, что это оплата не работы, а лекарств и материалов. Медики стали выставлять счёт за услуги, которые раньше были бесплатными (оформление медицинской справки для бассейна, промывание уха и т.д.).

Важно разобраться: граждане РФ получают медицинскую помощь или медицинскую услугу? Для этого, во-первых, необходимо чётко определить суть понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга».

Конституция РФ является основой для всех нормативно-правовых актов РФ, которые должны лишь развивать её положения, не вступая в противоречие. Ст. 41 Конституции декларирует право каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Тогда как постановление Правительства РФ № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» от 13.01.1996 г. открыло возможность для распространения платных услуг практически во всех лечебных учреждениях, в том числе государственных и муниципальных, чем нарушило Конституцию.

К тому же в документах нет чёткого определения различий в терминах «медицинская помощь» и «медицинская услуга», что приводит к подмене одного другим как непреднамеренно, так и умышленно.

Реализация конституционного права на бесплатную медицинскую помощь осуществляется посредством выполнения нормативно-правовых актов федерального и регионального уровней. На федеральном уровне такими документами являются закон «Об основах охраны здоровья граждан» (2011 г.) и Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, включающая в себя базовую Программу обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако эти документы, гарантируя гражданам России бесплатную медицинскую помощь, не определяют понятия

«медицинская помощь» и «медицинская услуга». Так в одном из основных нормативно-правовых документов в современной системе здравоохранения РФ Законе РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», регламентирующем вопросы, как оказания медицинской помощи, так и медицинской услуги названные термины употребляются как синонимы.

Так как в документах не отражена разница между терминами «медицинская помощь» и «медицинская услуга», эти понятия трактуются произвольно. Произвольность трактовки позволяет многое перевести в разряд услуг. По устоявшемуся сегодня пониманию, все действия в отношении пациентов, не связанные с жизненно важными показаниями для них, могут быть отнесены к услугам.

Разница между медицинской помощью и медицинской услугой заключается в оплате. Медицинская помощь оказывается бесплатно, услуга оплачивается. Но в данном случае услуга уже оплачена налогами пациента и страховыми взносами, т.е. пациенту предлагают заплатить в 3-й раз.

Можно сколько угодно говорить о дополнительных услугах (палаты повышенной комфортности, разные виды наркоза и т.д.) но коммерциализация медицины, превращение её в сферу дорогостоящих услуг прослеживается совершенно очевидно. На деле палата повышенной комфортности оказывается обычной палатой после косметического ремонта, причём выполненного на деньги предыдущего платёжеспособного пациента, а предлагаемые перед операцией варианты наркоза «плохой» и «хороший» вообще вызывают много вопросов. Почему без дополнительной платы применяется наркоз с худшими характеристиками?

Необходимо совершенствование нормативно-правовой базы. Сочетание платных и бесплатных услуг в одном бюджетном учреждении недопустимо. Это приводит к многочисленным нарушениям. Созданные на государственные средства ЛПУ используются для извлечения прибыли. Условия для этого уникальные: здания, вся инфраструктура, оборудование, обслуживающий персонал используются для оказания платных услуг.

Стратегия неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной не отражена в официальных документах и нормативных актах, тем не менее, реально существует. Замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно, платные услуги в государственных учреждениях оказывают те же медики и на том же оборудовании, что и в случае бесплатной помощи. Это создаёт условия для злоупотреблений и развития теневой экономики в здравоохранении.

Кроме того в России отсутствует дифференцированная сетка оплаты относительно доходов пациента. В результате бедные от-

носителем своих доходов платят очень много, а богатые недоплачивают.

Кроме финансирования из налогов здравоохранение должно иметь и другие источники поступления финансовых средств: акцизные сборы, налоги и штрафы, устанавливаемые на табачные изделия, алкогольные напитки, экологические нарушения, игорный бизнес и другие виды деятельности, оказывающие неблагоприятное влияние на здоровье.

Дополнительным источником финансирования может стать гибкая налоговая политика, предоставляющая льготы организациям и отдельным лицам, занимающимся медицинской благотворительностью.

Необходимо внести поправки в действующее налоговое законодательство, предусматривающее изъятие личных расходов на медицинскую помощь из налогооблагаемой базы исчисления подоходного налога. Сейчас процедура возврата части налога чрезвычайно сложна, поэтому используется небольшим числом граждан.

Оказание платных услуг должно быть перемещено строго в частные медицинские организации. При введении понятия «услуга» в медицину, врач становится продавцом медицинских услуг, а не врачом-терапевтом.

Заметим, что употреблённые термины несут принципиально разный смысл и ориентируют на принципиально разные действия. Совершенно очевидно, что и врач и пациент в этом случае оказываются в неловком положении. При этом суть врачебной профессии совершенно выхолащивается. Если врач будет думать о том, как и за что ещё взять денег с пациента и побольше, ни о каком врачевании, морали и личной озабоченности врача здоровьем и благополучием пациента не может быть и речи.

Русский философ Иван Ильин, находясь на лечении в Женеве, прислал письмо московскому врачу. Содержание в пересказе следующее: Мы в Женеве горюем без Вас. Здесь хорошая медицина, замечательные врачи, но мы часто вспоминаем ту медицину, которая исходила от Вас и которая отличается от швейцарской. У Вас инструменты, приборы, лекарства хуже, но Вы — настоящий целитель. Скажите, Вы владеете каким-то особым методом? Московский врач ответил ему приблизительно так: Мы, русские врачи, воспитаны в христианских традициях, в основе которых — любовь к ближнему. И мы всегда рассматривали больного человека не как средство жизни, а как возможность ему служить.

Такое понимание врачебного долга необходимо сегодня воспитывать, распространять и закреплять в медицинской среде. Установка: служить больному человеку, должна стать заповедью всех эскулапов.

## **БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ СПОРТСМЕНА КАК МЕХАНИЗМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ЧЕСТНОЙ ИГРЫ (FAIRNESS)**

*Гурылева М.Э.*

В спорте высоких достижений, когда победа в турнирах приносит не только славу самому победителю, его клубу, его стране, но и хорошее денежное вознаграждение (призовой фонд крупных спортивных мероприятий огромен: например, у Уимблдона в 2013 году он составил 22,6 млн. фунтов стерлингов, у Чемпионата мира по легкой атлетике — 7,2 млн. долларов, у Лиги чемпионов УЕФА — 900 млн. евро) вопросы морали и нравственности отходят на задний план и о Кодексе спортивной этики, принципах справедливой игры, здоровьесохраняющем поведении вспоминают лишь при разгорающихся скандалах вокруг очередной аферы, громких допинговых нарушений, фактов смерти знаменитых спортсменов на финише соревнований. Несмотря на то, что понятие честного соблюдения правил (fairness) родом из спорта, однако, к сожалению, в спорте дело обстоит не так. И проблема не только в «договорных» матчах и «честных» фолах. Сегодняшний спорт для того, чтобы оставаться зрелищным, требует от атлетов новых и новых рекордов, сенсаций, что влечет за собой острое соперничество, работу не просто на пределе возможностей, но уже и за их пределами. При таких установках атлет готов применять любые средства повышения работоспособности организма, которыми располагает современная медицина: от гормонов и прогормонов, кровяного допинга до генных изменений организма и нанотехнологических вмешательств. Как и во всех сферах деятельности человека запреты в спорте не являются эффективными. Несмотря на четкое определение понятия «допинг», постоянно обновляемый список лекарственных средств и методов, отнесенных к допинговым, строгую процедуру тестирования спортсменов со стороны Всемирного антидопингового агентства и спортивных федераций, объединяющих атлетов по видам спортивной активности, число нарушений не снижается. Подход антидопинговых организаций к проблеме однозначный: использовать допинг для повышений спортивного результата нельзя. Спортсмены ответственны за то, что они пьют и едят, какие лекарственные средства и биологические добавки принимают. Если в их организме обнаружено допинговое вещество — они в этом виновны. Не имеет значения, каким именно способом вещество попало в организм — по незнанию, небрежности или умышленно — использование запрещенной субстанции или запрещенного метода считается нарушением антидопинговых правил. В течение несколько десятилетий стратегия антидопинговых меро-

приятый строилась на попытках обнаружить запрещенные вещества в биологических жидкостях спортсмена и постепенно стала ареной состязания для фармацевтических компаний: они сначала разрабатывали новые средства стимуляции работоспособности спортсменов, а затем — методы их обнаружения. Все было бы очень просто и однозначно, если бы вещества, отнесенные к допингу, были только чужеродными для организма человека. В ряде случаев допингом является вещество, которое характерно для человеческого организма, вопрос только в его количестве. Современные технологии позволяют синтезировать искусственные вещества неотличимые от природных. И здесь проблемой является то, что эти вещества не только синтезируются у каждого человека, но и уровень их индивидуален у каждого. Это касается числа форменных элементов крови (в первую очередь эритроцитов и их предшественников), гормонов и прогормонов.

Чем выше уровень эритроцитов в крови спортсмена, тем лучше его мышцы снабжаются кислородом, тем выше вероятность спортивного рекорда. Но число эритроцитов зависит от разных причин: пола, возраста, наличия кровопотерь или, наоборот, переливания крови с целью крововосполнения, нахождения человека в горах или на уровне моря, характера питания, уровня физической нагрузки и др. В конце 90-х годов XX в. появился эритропоэтин (ЭПО), полученный с помощью рекомбинантных генетических технологий, доказать его причастность к введению из-вне крайне затруднительно и ряд спортивных федераций (в том числе Международная федерация лыжного спорта и Международный союз велосипедистов) установили ограничения по маркерам эритроцитопоеза: в случае превышения определенного количества эритроцитов в крови спортсмена его отстраняли от соревнований. Пострадали известные спортсмены, чьи индивидуальные нормы показателей крови не укладывались в среднестатистическую норму.

Как быть? Придерживаться презумпции виновности спортсмена не справедливо. Антидопинговым организациям нужно было менять свою тактику. Новая тактика была утверждена четыре с половиной года назад: в 2009 году Всемирное антидопинговое агентство утвердило руководство по созданию биологического паспорта спортсмена. Теперь борьба с допингом заключается не в заборе отдельных анализов у спортсмена и поиске запрещенных субстанций, а в мониторинге биологических параметров в течение всей его спортивной карьеры. Идея биопаспортов возникла давно, но определенно о них стали говорить с 2002 года, потребовалось еще семь лет для их внедрения в практику.

На сегодня методология составления биологических паспортов разработана, она надежна, валидна, результаты ее воспроизводимы и уже известны случаи, когда спортсмена дисквалифицировали



только на основании изменений в его организме, а не на основании выделения в биопробе допинговой субстанции (немецкая конькобежка Клаудия Пехштайн, пятикратная олимпийская чемпионка, итальянский велогонщик Данило ди Лука и др.).

Биопаспорт – это систематизированный отчёт, составленный из 10–25 и более анализов, которые берутся у спортсмена на протяжении не менее 2 лет и постоянно пополняются новыми пробами. На основе этих проб строится график специфичный для каждого атлета. После формирования биологического паспорта появляется возможность сравнивать величины маркеров не со средними величина по популяции, а с показателями самого спортсмена, то есть спортсмен выступает в роли эталона для самого себя. Если атлет в последнее время имеет показатели, значительно отличающиеся от тех, что фиксировались у него обычно, есть основания для подозрений в возможном применении допинга или наличии каких-либо заболеваний. И то и другое требует проведения углубленного медицинского обследования, которое выявит или факт злоупотребления или заболевание. И то и другое является поводом для медицинского вмешательства.

В концепции биологического паспорта спортсмена важным моментом является тот факт, что биологический паспорт спортсмена – не только и не столько дискриминационная мера для профессионала, но и возможность для спортсмена отстаивать свои права. Наличие стабильно высоких показателей подтверждает, что спортсмен находится в своем естественном физиологическом состоянии и обвинить его в обмане нельзя. Как считают эксперты, обмануть биологический паспорт крайне сложно. Провести какие-то манипуляции в собственном организме, чтобы привести в норму свои параметры по мановению волшебной палочки не представляется возможным. Именно поэтому биологический паспорт спортсмена многими экспертами рассматривается как будущее антидопингового контроля.

Нужно подчеркнуть, что БПС – это не застывший документ. Он будет изменяться и дополняться в зависимости от достижений научной мысли, в первую очередь в области протеомики, геномики, метаболомики и др. Ожидается, что в скором времени биологический паспорт спортсмена будет дополнен «генетическими профилями экспрессии» – информацией о работе генов, которая также подвергается изменениям при воздействии допинга.

Глава Российского антидопингового агентства объявил, что на Олимпиаде в Сочи каждый спортсмен без исключений будет иметь полноценный биологический паспорт как гарантию его защищенности от возможных подозрений и необъективных оценок.

Хочется выразить надежду на то, что в XXI веке осуществится мечта Пьера де Кубертена и честная спортивная игра будет организована через методичный научно обоснованный контроль.

# **ФЕНОМЕНЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРИНЦИПОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ И БИМЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОЕКЦИИ ТЕКСТОВ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В ПСИХИАТРИИ**

*Гуткевич Е.В.*

В современных условиях развития общества, медицины и науки оказание медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, включая вспомогательные репродуктивные, молекулярно-генетические, клеточные и другие технологии, проведение биомедицинских исследований и клинических испытаний лекарственных средств актуализируют проблему безопасности жизни и здоровья человека.

Границы между лечением (медицинской, клинической практикой или медикализацией) и клиническим исследованием заключаются в том, что первое – это воздействие, единственной целью которого является улучшение самочувствия или предупреждение заболевания у конкретного пациента, при этом имеются разумные шансы на успех, а исследование – это деятельность, призванная проверить гипотезу, сделать выводы и, таким образом, развить или внести свой вклад в подающееся обобщению знание. Особенности исследований психического здоровья и психических расстройств являются, прежде всего, наличие «уязвимых групп» (сбор чувствительной информации личного характера, нередко о совершенных противоправных деяниях и т.д., путем опроса), эпидемиологические исследования в психиатрии и наркологии; исследования биологических материалов, в том числе генетических, когда генетизация и создание биологических банков может привести к трансформации рисков, в частности, неосознаваемого пациентом риска доступа посторонних к конфиденциальной информации.

Клиническая практика в психиатрии регламентируется такими основными документами, как Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. и Федеральный закон «О внесении изменений в закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 67-ФЗ от 06.04.2011 г. При этом устанавливается обязательное получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство для взрослых лиц; юридически ответственных представителей – родителей или иных замещающих их лиц несовершеннолетних пациентов в возрасте до 15 лет. В этом документе пациенту сообщается информация о предлагаемом варианте лечения, полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания; о распорядке и правилах

лечебно-охранительного режима лечебно-профилактического учреждения; о характере планируемых диагностических процедур, целях проводимой терапии, возможных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма в случаях, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В свою очередь пациент обязуется правдиво сообщить врачу обо всех проблемах, связанных со здоровьем, перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств; регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, не использовать самовольно медицинский инструментарий и оборудование.

Клиническое исследование обычно описывается при помощи протокола, в котором указываются планируемые цель и задачи; длительность исследования, количество испытуемых и критерии отбора, включая критерии включения и исключения; методология и методы анализа данных и исследования; определение конечных показателей эффективности и отчетность по безопасности; сопутствующая терапия. При этом соблюдаются три принципа: научная обоснованность, соотношение пользы и риска, информированное согласие. В «Информационный листок» включены положения о том, что данное исследование представляет собой научные изыскания; цели и задачи исследования, его продолжительность; предмет и процедуры исследования, включая все неинвазивные и инвазивные процедуры; аспекты исследования, которые носят экспериментальный характер; возможные риски; разумная ожидаемая польза и ожидаемый эффект от исследования; информация о том, что монитор(ы), аудитор(ы), ЛЭК и официальные инстанции будут иметь право прямого доступа к первичной медицинской документации субъекта с целью проверки процедур клинического исследования и/или данных без нарушения конфиденциальности субъекта, в той степени, в какой это разрешено законами и правилами; субъект или его законный представитель будут своевременно проинформированы, если станут известны данные, могущие повлиять на желание субъекта продолжить участие в исследовании. В текст «Информированное согласие», являющееся продолжением текста «Информационный листок» включено положение о добровольном согласии, чтобы данные, полученные в ходе исследования, использовались в научных целях и были опубликованы с условием соблюдения правил конфиденциальности, добавлено положение «Я получил (а) экземпляр «Информации для пациента и Информированного согласия пациента».

Таким образом, в отличие от клинической практики, клиническое исследование служит, помимо интересов испытуемых, чисто научным целям, не имеющим непосредственного значения для испытуемых с точки зрения диагностики и лечения; развитию и усовершенствованию

нию методов диагностики и лечения в будущем; получению данных о причинах и прогнозе заболевания; получению эпидемиологических данных. Добровольное информированное согласие отвечает принципам защиты прав испытуемых, права пациентов, планируемых для включения в исследование, не нарушены. Эти особенности отражены в текстах информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и информационного листа и информированного согласия на клиническое исследование.

Для обеспечения гарантий социальной защиты и безопасности здоровья населения при оказании медицинской и фармацевтической помощи, проведении клинических исследований существуют специальные механизмы, обеспечивающие эту защиту посредством специальных органов – этических комитетов. В Российской Федерации под биоэтикой понимают свод принципов и норм, действующих на основе традиционных духовных ценностей в области здоровья и здравоохранения и регулирующих в этой сфере взаимоотношения государства с обществом, семьей и личностью, а также взаимоотношения медицинского работника (исследователя) и пациента в связи с медицинским вмешательством и научным клиническим исследованием в медицине – биомедицинским исследованием с включением человека. Локальный этический комитет при ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН работает с 2003 года, регулируя этическое соответствие между целями и результатами клинических, психологических, биологических (генетических, молекулярно-биологических, иммунологических) и других исследований психических расстройств, интересами и правами пациента и членов его семьи, интересами и правами общества в целом. Основной задачей этической экспертизы является защита прав, достоинства, интересов и здоровья участников клинических исследований, причем защита не только испытуемых, но и самих исследователей; экспертиза научно-исследовательских проектов и исследований с привлечением к участию в них как больных, так и здоровых людей проводится в соответствии с международными этическими и медико-экономическими стандартами, нормами существующего в РФ законодательства.

## **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СЛУЧАЕВ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ**

*Елин Д.В.*

Скоропостижная смерть – быстро наступившая, неожиданная для окружающих ненасильственная смерть на фоне кажущегося здоровья от скрыто или атипично протекавшего хронического или внезапно возникшего острого заболевания, вне медицинской организации.

В соответствии с приказом Минздравмедпрома России от 29 апреля 1994 г. № 82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» при направлении и проведении патологоанатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара, амбулаторно-поликлиническое учреждение прилагает Направление на патологоанатомическое вскрытие и историю болезни амбулаторного больного. Врач амбулаторно-поликлинического учреждения (АПУ) вносит в историю болезни амбулаторного больного запись о констатации смерти, заключительный клинический диагноз и посмертный эпикриз. После проведения патологоанатомического исследования врач – патологоанатом обязан внести в историю болезни амбулаторного больного клинико-анатомический эпикриз и патологоанатомический диагноз. АПУ по прошествии одного месяца после направления трупа на патологоанатомическое вскрытие должно возвратить себе историю болезни амбулаторного больного и проанализировать результаты исследования. Установленный порядок направления и проведения патологоанатомического вскрытия трупа взрослого человека, умершего вне стационара, позволяет проводить своевременное рассмотрение случаев скоропостижной смерти в АПУ.

Однако направление на патологоанатомическое вскрытие или судебно-медицинское исследование при скоропостижной смерти определяют, в соответствии со ст. 196 УПК РФ, сотрудники органов правопорядка. Показанием для судебно-медицинского исследования является «подозрение на насильственную смерть». В настоящее время судебно-медицинскому исследованию, как правило, подвергаются трупы лиц, скончавшихся на дому в условиях неочевидных обстоятельств (одиноко проживающие граждане) или смерти вне дома (на рабочем месте, в общественных местах), при этом причиной смерти нередко оказываются заболевания, т. е. ненасильственные причины.

По официальным данным количество исследований по поводу скоропостижной ненасильственной смерти в Бюро судмедэкспертизы г. Москвы за 2010–2012 годы составило более 78 тысяч или почти 16% от всех ненасильственных летальных исходов зарегистрированных в городе за отчётный период<sup>1</sup>.

Порядок направления и проведения судебно-медицинского исследования трупа взрослого человека, умершего вне стационара, определен приказом Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. №346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

Правоприменение приказа Минздравсоцразвития России от 12 мая 2010 г. № 346н начинается с момента направления трупа

<sup>1</sup> Демографический ежегодник России. 2010 // Росстат. Стат. сб. М., 2010. С. 215–359.

при скоропостижной смерти на судебно-медицинское исследование Согласно данному приказу медицинская документация, в том числе история болезни амбулаторного больного, передается в судебно-медицинский морг. По результатам судебно-медицинского исследования оформляется Акт, один экземпляр которого передается органу правопорядка, второй хранится в Бюро СМЭ. Согласно данному приказу оформление каких-либо иных экспертных документов запрещено, а история болезни амбулаторного больного выдается органу правопорядка, назначившему экспертизу.

Установленный порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз не содержит иных указаний о порядке направления материалов экспертизы при подтверждении ненасильственной причины смерти.

При подтверждении ненасильственной причины скоропостижной смерти история болезни амбулаторного больного подлежит возврату в АПУ, согласно ст. 81 УПК РФ. Данная статья гласит: изъятые документы, не признанные вещественными доказательствами, подлежат возврату лицам, у которых они были изъяты. Однако сроки возврата медицинской документации не определены, так как в статье 6.1 УПК РФ, устанавливающей сроки возврата материалов, не признанных вещественными доказательствами, фигурирует формулировка «в разумные сроки».

Рассмотрение случаев скоропостижной смерти в АПУ проводится в соответствии с положением о комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ). Данные положения утверждены уполномоченным органом в сфере здравоохранения субъектов РФ. Так, согласно приказам органов управления здравоохранения некоторых субъектов РФ, предметом анализа КИЛИ являются соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, установленной врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного; соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным ЛПУ, действующим положениям и требованиям МКБ-10; качество оформления поликлинической медицинской документации, в том числе бланка направления умершего больного на патолого-анатомическое исследование<sup>1</sup>.

Таким образом, существующий порядок направления и проведения судебно-медицинского исследования при скоропостижной

<sup>1</sup> Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.04.2012 № 354 «О дальнейшем совершенствовании системы учета, информационного обеспечения и анализа смертности в городе Москве» // ЗАО «Консультант Плюс» – ИБ СПС Консультант Плюс ; Приказ комитета по здравоохранению Ленинградской области от 06.06.2000 № 147 (ред. от 12.02.2008) «Об усилении контроля качества лечебно-диагностического процесса и совершенствования клиничко-анатомического анализа в ЛПУ области» // ЗАО «Консультант Плюс». – ИБ СПС Консультант Плюс.

смерти имеет ряд недостатков. Во-первых, Порядок не содержит указаний о внесении специалистами Бюро патологоанатомического диагноза в истории болезни амбулаторного больного. Во-вторых, не содержит указаний в адрес АПУ о необходимости возврата историй болезни амбулаторного больного после судебно-медицинской экспертизы. В-третьих, не определены точные сроки после проведения судебно-медицинского исследования, когда АПУ должно возвратить себе историю болезни амбулаторного больного и проанализировать результаты исследования.

Недостатки существующего порядка рассмотрения случаев скоропостижной смерти, направляемых на судебно-медицинское исследование, отрицательно сказываются на деятельности врачебной комиссии АПУ, которая в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 502н «Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», обязана изучать каждый случай смерти среди обслуживаемого населения. Указанные недостатки нормативной правовой базы делают невозможным изучение не менее десятой части случаев скоропостижной смерти среди обслуживаемого населения. Минусы порядка направления и проведения судебно-медицинского исследования при скоропостижной смерти также искажают достоверность таких показателей деятельности АПУ, как «пациенты, умершие, трудоспособного возраста», «пациенты, умершие, старше трудоспособного возраста», «из числа умерших на дому в возрасте до 65 лет умерли от инсульта», «из числа умерших на дому в возрасте до 65 лет умерли от инфаркта миокарда», представляемых в отчетах по установленной форме (Приказ Росстата от 14 января 2013 г. № 13).

Имеются недостатки и в утвержденных положениях КИЛИ. При изучении случаев скоропостижной смерти в АПУ не учитываются показатели деятельности врача, позволяющие контролировать качество медицинской помощи. При этом цель изучения врачебной комиссией случая смерти пациента заключается в выработке мероприятий по устранению нарушений, приведших к смерти пациента, в деятельности медицинской организации и медицинских работников.

## **ПОНИМАНИЕ БОЛЕЗНИ В ПРОСТРАНСТВЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА**

*Ковалюнас Н.В.*

Сегодня не требует специального обоснования представление о том, что медицина — это один из дискурсов, один из типичных инструментов организации знания, а всякий дискурс заключает в себе



насилие, поскольку тем или иным образом организует мир вещей, подгоняет под некоторую схему то, что в схемы не укладывается. Касается это и понимания феномена заболевания в естественнонаучной и медицинской системе интерпретаций, где болезнь превращается в четко фиксируемый и распознаваемый по конкретным принципам объект рационального познания. Объект, который отделяется от субъекта — носителя, объект, которому придается исключительно биологический смысл, который становится составной частью исследования природы, закономерным даже в своих деформациях и аномалиях.

Субъективный аспект, включающий переживание болезни и индивидуальное отношение к ней, здесь уступает место научной рационализации. Заболевание рассматривается как природное явление, как специфическая форма существования, в которой выражаются естественные биологические процессы, которое следует наблюдать, описывать, изучать наряду с другими формами жизни. Исторический обзор и анализ подобных медицинских представлений о болезни можно найти в работе Мишеля Фуко «Рождение клиники». «Дабы установить истинный патологический факт, — пишет Фуко, — врач должен абстрагироваться от больного: нужно, чтобы тот, кто описывал болезнь, позаботился о различении свойственных ей симптомов, являющихся ее обязательным сопровождением, и случайных или необязательных, зависящих от темперамента и возраста больного. Парадоксальным образом больной связан с тем от чего он страдает лишь внешней связью; медицинское исследование должно принимать его во внимание, лишь вынося за скобки. Естественно, необходимо знать «внутреннюю структуру нашего тела», но для того, чтобы ее после этого вычесть, освобождая для врача природу и сочетание симптомов, приступов и других обстоятельств, сопровождающих болезнь»<sup>1</sup>. Данный подход к заболеваниям порождает определенные оздоровительные практики, которые В.М. Розин обозначил как феномен «технизации медицинского знания». Здесь медицинский дискурс сводится к технократическому дискурсу, медицинская помощь редуцируется к «технологии лечения». Субъект начинает рассматриваться в качестве психофизической машины, в которой могут наблюдаться различные неисправности. Их и берется медицина устранить через различные воздействия на психику и организм<sup>2</sup>. Д. Вутулкас отношение к субъекту как больному (пациенту) в пространстве подобного технодискурса формулирует следующим образом: «1. Больной — это отказавший механизм, и работа клиники или больницы сводится к тому, чтобы классифицировать, ограничить

<sup>1</sup> Фуко М. Рождение клиники. М., 1998. С. 31.

<sup>2</sup> Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема// Мир психологии. 2000. № 1(21). С. 15–22.

и сделать неподвижным больного. 2. Больной — это пассивный объект вмешательства, желательно без помех и сопротивления, поскольку доктору «лучше знать»<sup>1</sup>.

Несомненным достоинством подобного подхода является рациональное объяснение заболевания, позволяющее выработать четкую стратегию лечения и делающего пациента в познавательном смысле «прозрачным» для исследования и диагностики. Болезнь в данном случае перестает быть кошмаром, застающим человека безоружным. Она становится объектом познания и преобразования. Однако отрицательные последствия и для современной медицины, и для пациентов, привыкающих все проблемы со здоровьем решать «технически» — употреблением медикаментов, переносом ответственности за собственное здоровье исключительно на медиков так же бесспорны.

В последние годы положение как будто бы меняется. Читаем у Г. Ульриха: «Так как человек не просто обладает телом и душой, а в значительно большей мере является «душой и телом», то за этим незамедлительно следует, что «любая болезнь будет проявляться не только соматически, но и душевно. Другими словами — невозможно заболеть только телом или только душой»<sup>2</sup>. И далее у К. Дёрнера: «Медицина является в полном смысле биологической дисциплиной и поэтому может быть одновременно естественной наукой и наукой о духе. Нельзя говорить о душе и о теле как о разных вещах. В значительной степени они представляют собой основные, дополняющие друг друга составляющие человека, в рамках которых врач должен ориентироваться и действовать, постоянно учитывая эту «двойную перспективу»<sup>3</sup>.

Достигло ли подобное понимание болезни клинических практик врачевания? И да, и нет. Ни в мировой, ни в отечественной традиции не отрицается, что у пациентов всегда существует определенное отношение к болезни, влияющее на результативность врачебного воздействия. Но «внутренняя картина» болезни — то, как заболевание представлено для пациента, зачастую играет очень малую роль в выборе конкретных средств лечения врачом. Медицина до сих пор остается в основе своей соматоцентристской. Ясно, что характер переживания болезни зависит от ее интерпретации, которая предпочитается пациентом. Но может ли на этот выбор повлиять лечащий врач? Несомненно. И может и должен. На современном уровне развития медицинских знаний глубокое проникновение в индивидуальность, учет всех нюансов личного отношения к болезни пациента лечащим врачом — тот самый идеальный уровень, который, как абсо-

<sup>1</sup> Вутулкас Д. Новая модель здоровья и болезни. М., 1997. С. 38–39.

<sup>2</sup> Ulrich G.: Biomedizin – die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs. Stuttgart: Schattauer, 1997. Цит. по: Дёрнер К. Хороший врач. М., 2006. С. 432–433.

<sup>3</sup> Там же. С. 433.

лютная истина обязательно должен быть. И к нему надо стремиться. На сегодняшнем этапе функционирования практической медицины как альтернатива данной норме существует практика наблюдения и «ведения» пациента параллельно с узкоспециализированным врачом, еще и медицинским психологом, в чью компетенцию входит учет индивидуального отношения пациента к болезни, к лечащему врачу, к изменившемуся способу и отношению к жизни, своему месту в ней, возникшему, в связи с наличием заболевания.

Наличие медицинского психолога в клиническом отделении, по-видимому, это тот необходимый компромисс между должным и реально достижимым на сегодняшний день, который постепенно позволит медицине перейти от односторонне доминирующей позиции, к модели сотрудничества и согласования мотиваций и интересов врача и пациента в современной клинике. По крайней мере, это первая ступень в уже начавшемся процессе перехода от технократически ориентированной к антропологической модели медицины будущего.

## РЕПРОДУКТИВНАЯ ЭТИКА В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

Курленкова А. С.

Кросс-культурные исследования вопросов репродуктивной этики сегодня являются одним из наиболее бурно развивающихся направлений медицинской антропологии. Различные представления о контрацепции, абортах, стерилизации, вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ)<sup>1</sup>, технологиях сохранения фертильности<sup>2</sup> на уровне частных мнений, клиник, социальных институтов и, в самом широком разрезе, на уровне государства – порождают различия в восприятии *этической нормы* в сфере репродукции.

В разных странах на разных этапах определенные аспекты репродуктивной жизни людей концептуализируются как *этически проблемные*. Так, в довоенный период в США была разрешена стерилизация, и вплоть до 60-70-х гг. XX в. отдельные штаты продолжали поддерживать закон о стерилизации (ПМА, МакГован 2011).

<sup>1</sup> Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – «это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, преимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора)» (Пр. № 67 2003).

<sup>2</sup> Например, заморозке (криоконсервации) спермы, яйцеклеток, овариальных тканей, эмбрионов для последующего использования. Такие технологии иногда используются пациентами, которым грозит потеря фертильности в связи с противораковым лечением, а также пациентами, которые хотят «отложить детей» на более поздний срок.

Конституционное право граждан США (сначала состоящих в браке, а затем и всех остальных) использовать контрацепцию — т.е. заниматься сексом без целей размножения — было впервые признано в 1965 году в ходе судебного случая *Griswold v. Connecticut* (Robertson 1994). Со временем идея «репродуктивной свободы» (англ. *procreative liberty*) стала завоевывать все большую и большую популярность в американской культуре. Согласно Дж. Робертсону, известному специалисту по репродуктивной этике, автору книги «Дети выбора» (*Children of Choice*), концепция *репродуктивной свободы* — то есть идея о том, что каждый человек имеет право сам определять свои репродуктивные решения, — резонирует с американскими ценностями.

Несмотря на постулируемую на уровне американской биоэтики ценность самоопределения человека, в США традиционно горячие споры разгораются вокруг темы аборт. Право женщин на аборт, которые были запрещены с начала XX века, было признано на федеральном уровне в 1973 г. (дело *Roe v. Wade*); до этого аборт разрешались отдельными штатами (например, штатом Нью-Йорк). Существует мнение, что если бы сегодня этот закон был отменен, то многие штаты разошлись во мнениях о правомерности абортов — и это отразило бы политический ландшафт страны (ПМА, МакГован 2011). «Мы используем термин «красные штаты» для консервативных республиканских штатов и «голубые штаты» для либерально-демократических штатов. Люди часто говорят, что голубые штаты оставили бы аборт легальными, в то время как красные штаты запретили бы их. Хотя, конечно, это упрощает состав населения США» (ПМА, МакГован 2011).

Согласно Мишель МакГован, профессору кафедры биоэтики Университета Кейс Вестерн Резерв, в германоязычных странах Европы (Австрии, Германии, Швейцарии) больше, чем в Америке, существует интерес к социальным последствиям вспомогательных репродуктивных технологий. В США эти вопросы не вызывают стольких дебатов: если человек может себе позволить ВРТ, то ему это не воспрещается. «Некоторые говорили о США как о Диком Западе репродуктивных технологий. Если у вас есть деньги, вы можете получить все, что только захотите. В то время как в Германии, к примеру, существуют очень строгие юридические ограничения на репродуктивные технологии...» (ПМА, МакГован 2011). Законодательство некоторых европейских стран действительно сильно ограничивает доступ населения к использованию ВРТ: так, в некоторых странах полностью запрещено донорство ооцитов (Германия, Австрия, Швейцария, Италия), суррогатное материнство (Франция, Германия, Норвегия, Австрия, Италия, Швейцария)<sup>1</sup>; во многих странах Европы суще-

<sup>1</sup> URL: <http://www.avapeter.ru/reference/donorskaya-yaytsekletka/zakonodatelstvo/>, <http://www.blog.servitutus.ru/?p=660>

ствуется верхний возрастной потолок для пациенток, желающих воспользоваться ВРТ. Несмотря на это, в некоторых местах пациенты имеют право на бесплатные попытки ЭКО, оплачиваемые за счет национальной системы здравоохранения (*Pence 2004: 165*).

Одной из причин этических дискуссий в области ВРТ является тот факт, что наука (пока) не имеет ответа на вопрос, на какой стадии после соединения яйцеклетки и сперматозоида появляется личность человека. Человечество же отвечает на этот вопрос по-разному — на формирование представлений о «возникновении жизни» в клетках зародыша/эмбриона оказывают влияние факторы культуры, исторической эпохи, религии, семейного воспитания и образования, развития научных знаний и технологий, личных представлений. С развитием ВРТ, отделений неонатальной реанимации и появлением новых феноменов жизни (например, криоконсервированных эмбрионов, 22-недельных жизнеспособных младенцев), эти представления становятся все более сложными и неоднозначными.

Для разных людей существуют разнообразные интерпретации, символические значения и ассоциации, связываемые с актом зачатия, рождением, бесплодием. Так, в рамках одного только христианства существуют различные оценки феномена бесплодия и ВРТ. В 1978 г. — год рождения первого «ребенка из пробирки» — Ватикан резко осудил ВРТ, а в 1987 г. «ватиканские инструкции» назвали ЭКО «манипуляциями над природой». Пол Рамси, протестантский теолог из Принстонского университета, очень красноречиво выступал против ВРТ, используя такие провокационные обороты, как «играть в Бога», «наемная беременность», «супермаркет эмбрионов» и др. С другой стороны, другой протестантский теолог — Джозеф Флетчер — в 70-х гг. XX в. защищал ЭКО как продуманный, целенаправленный и контролируемый способ зачатия человека — в отличие от «в лучшем случае ненамеренного, а, в худшем — нежеланного» традиционного способа зачатия детей через интимную близость. Флетчер говорил о том, что каждый случай ЭКО должен быть рассмотрен в индивидуальном порядке в зависимости от того, принесет ли он пользу или вред человеческому роду (*Pence 2004: 160–161*). Мнение церкви существенно влияет на отношение к ВРТ и абортам в тех европейских странах, где она имеет большой общественный вес. Так, Мишель МакГован, работавшая некоторое время в Австрии, отмечает, что так как это — «католическая страна», здесь, в отличие от Америки, не поощряется пренатальная диагностика, а аборт, за редким исключением, запрещены (*ПМА, МакГован 2011*).

Технология предимплантационной генетической диагностики (ПГД), с помощью которой еще на стадии эмбриона *in vitro*

можно определить пол будущего ребенка, а также некоторые генетические мутации, также вызывает разный уровень реакции на уровне общественных и профессиональных обсуждений, а также на уровне государственной политики в разных странах. Так, программы экстракорпорального оплодотворения в Индии позволяют использовать ПГД, чтобы выбрать эмбрион мужского пола в качестве второго ребенка в семье, в которой уже есть ребенок-девочка. Согласно Дж. Робертсон, «выбор первого ребенка будет делаться преимущественно в пользу мальчиков, особенно в тех странах, где существует политика «один ребенок на одну семью». В более широком масштабе это может привести к большой разнице в числе мальчиков и девочек в популяции, что произошло в Китае и Индии благодаря использованию ультразвука и аборт. ПГД, однако, слишком дорогая и недоступная [технология], чтобы ее могли использовать в больших размерах для выбора пола» (Robertson 2003: 214–215).

Проблематизация определенных аспектов репродукции в разных странах, будь то дебаты об абортах в Америке, озабоченность европейских стран этическими проблемами ВРТ или использование ПГД для определения пола в азиатских странах, дают интересный материал для исследований. «Проживание» этих явлений становится социальным/психологическим опытом людей в той же степени, в которой они являются частью их биомедицинского опыта (Lippman 1991: 29). Разнообразие социокультурных откликов на старые (стерилизация, аборты) и новые (ВРТ) аспекты репродуктивной жизни человека показывают, насколько вариативными могут быть представления об этической норме в сфере репродукции, равно как насколько обреченными являются попытки выработать какие-либо универсальные этические нормы в этой области.

### Литература

1. ПМА, МакГован 2011 – интервью автора с Мишель МакГован.
2. Lippman 1991 – Lippman A. The human genome initiative and the impact of genetic testing and screening technologies. Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities // 17 American Journal of Law and Medicine, 15. 1991. Pp. 15–49.
3. Pence 2004 – Pence Gregory E. Classic cases in medical ethics: accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal and historical backgrounds. McGraw-Hill Companies, Inc. NY, 1990.
4. Robertson 1994 – Robertson J. Children of choice: freedom and the new reproductive technologies. Princeton University Press. 1994.
5. Robertson 2003 – Robertson J. Extending preimplantation genetic diagnosis: medical and non-medical uses // Journal of Medical Ethics, Vol. 39. 2003. Pp. 213–216.

## АБОРТ КАК СОЦИАЛЬНАЯ И ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Лязина Ю.А.

«Избери жизнь, дабы жил ты и потомство твое».

(Библия. Второзаконие 30:19)

Известно, что система эффективно функционирующих в обществе ценностей, где особую роль играет ценностная традиция, имеет самое прямое отношение к процессам социализации индивида, т.е. гармоничному вписыванию его в контекст социального существования. Процесс социализации — это усвоение правовых и социальных норм, ценностей, в частности, через эффективно функционирующий институт семьи.

Отличительными чертами современных моделей семьи являются следующие: 1) первенство экономических целей индивида; 2) ценности индивидуализма, независимости, личных достижений, «эгоцентризм»; 3) переход к децентрализованным нуклеарным семьям; 4) переход от развода по инициативе мужа к разводу, вызванному межличностной несовместимостью супругов; 5) переход от «закрытой» к «открытой» системе выбора супруга на основе межличностной избирательности молодыми людьми друг друга, независимо от предписаний; 6) переход от культуры многодетности с жестким табу на применение контрацепции к индивидуальному вмешательству в репродуктивный цикл, (т.е. к предупреждению и прерыванию беременности); 7) происходит переход от эры стабильной системы норм многодетности семьи к эре непрерывного исчезновения многодетности семьи с исторической сцены. Реальные изменения семейных структур в XX в. на всех континентах позволяют говорить о переходе к эпохе спонтанного уменьшения детности семьи, разводимости и падения брачности.

Очевидно, что все эти процессы свидетельствуют, прежде всего, о девальвации семейных ценностей и кризисе социального института семьи.

При этом одной из наиболее тревожных проблем современного института семьи является формирование установки на возможность контроля рождаемости со стороны родителей, т.е. о наличии у них права решать — быть или не быть их ребенку.

С 1920 года и по настоящий момент<sup>1</sup> в России действует самое либеральное в мире законодательство, регулирующее аборт, до 12 недели беременности женщина имеет право делать аборт по своему желанию, никакие показания ей не нужны. Это переводит Россию в «почетный» 21% стран, где аборт разрешен без ограничений.

<sup>1</sup> Прим. ред.: напомним, что с 1936 по 1955 гг. аборт в СССР были запрещены.



Согласно А.Н. Юсуповой в 80-х гг. XX в. в СССР количество абортов доходило до 12 млн. в год. В.А. Башлачев, оценивая потери от аборт, пришел к выводу, что демографические потери от аборт в 60–80-е гг. нанесли России в 2,5 раза больше ушерба, чем первая мировая, гражданская и Великая Отечественная войны, вместе взятые. В поддержку данного вывода автором приводится цифра 90 млн., отражающая, по мнению В.А. Башлачева, число прерываний беременности за указанный период<sup>1</sup>.

На данный момент по средним оценкам экспертов в России производится от 2,5 до 4 млн. аборт в год<sup>2</sup>, что отражает динамику снижения аборт по сравнению с абортивными пиками, приходившимися на 60–90-е гг. XX в., однако Россия до сих пор занимает первое место в мире, по количеству аборт. Официальные данные Минздрава таковы: в 2005 году в России сделано 1 611 000 аборт. При этом родилось в 2005 году 1 460 000 детей. То есть число прерванных беременностей на 151 000 превысило число родов. Но статистика Минздрава занижена, поскольку учитывает только отчеты государственных медучреждений, а частные клиники не отчитываются о произведенных операциях. И сколько на самом деле делается аборт, можно только предполагать!

Сегодня многие ученые выступают «за» искусственные аборт, оправдывая это рядом причин. Так, определенный интерес здесь представляет высказывание Н.Д. Антиповой<sup>3</sup> о возникновении беременности как таковой. Она пишет (в своем автореферате на соискание ученой степени кандидата философских наук): «Дело в том, что, оценивая со стороны ситуацию по большей части “иррационального, несознательного” возникновения беременностей (по крайней мере, в настоящее время в нашей стране), можно предположить, что одной из существенных особенностей установок репродуктивного поведения женщин является их неопределенность. Беременность рассматривается многими женщинами как своего рода стихийное бедствие, или, по меньшей мере, как неожиданность». То есть беременность возникает «иррационально и несознательно» и представляет собой «стихийное бедствие»? Создается впечатление, что автор не вполне информирован о физиологической стороне вопроса, да и конкретных данных (соцопроса, например), из которых было бы ясно, какой процент женщин считает беременность «бедствием» в работе не представлено.

Далее она определяет момент обретения «статуса человеческой личности» плодом. Это — срок с 8 недель беременности, т.е. «гра-

<sup>1</sup> URL: <http://forum.dpni.org/showthread.php?t=18526&page=1>

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/abort-kak-eticheskaya-problema#ixzz2NQqcPc4S>.

ница внутриутробного развития человеческого плода, определяющая личностный статус последнего, должна характеризоваться появлением (образованием) в процессе этого развития основного субстрата головного мозга». А до 8 недель – плод – это часть тела матери, не являющаяся человеком.

В то же время, В.А. Голиченков и Д.В. Попов (профессора кафедры эмбриологии биологического факультета МГУ) иначе смотрят на этот вопрос. Они пишут: «С точки зрения современной биологии (генетики и эмбриологии) жизнь человека как биологического индивидуума начинается с момента слияния ядер мужской и женской половых клеток и образования единого ядра, содержащего неповторимый генетический материал. На всем протяжении внутриутробного развития новый человеческий организм не может считаться частью тела матери. Его нельзя уподобить органу или части органа материнского организма. Поэтому очевидно, что аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека как биологического индивидуума»<sup>1</sup>. А «намеренное прекращение жизни человеческого индивидуума» – то убийство. Следовательно, аборт – это убийство.

Можно приводить разные доводы в защиту абортов: и о перенаселенности планеты, и о том, что «нечего нищету плодить», и о «свободном выборе женщины», и о возникновении «абортного туризма» и о возрастании числа «криминальных абортов» в случае запрещения абортов и о многом другом – суть аборта от этого не изменится.

Но возникает вопрос – почему мало кто в светских дискуссиях (даже в первом приближении) предлагает изменение отношения, если угодно – сознательной установки на возникновение беременности и сохранение жизни своего собственного ребенка? На счастье материнства? Ведь можно действительно ввести в школах такой предмет как «этика и психология семейной жизни», который будут вести не учителя ОБЖ или труда, а квалифицированные психологи, представители религиозных конфессий, можно даже привлекать к проведению бесед собственных родителей учащихся? Можно было бы о многом рассказать нашим любимым детям – не на уровне скабрзностей, а на уровне внятного осмысления жизненного опыта. Хотя, конечно, скорее всего, это – глас вопиющего в пустыне.

А пока – остается лишь по мере сил помогать тем, кто действительно считает беременность «бедствием». Ведь, сказано в Священном Писании: «Спасай взятых на смерть» (Притч. 24:11). «Проклят, кто берет подкуп, чтобы убить душу невинную» (Втор. 27, 25). Но это уже относится больше к врачам, делающим аборты.

---

<sup>1</sup> URL: <http://orthomed.ru>

## ИЗМЕНЕНИЕ СЕМАНТИКИ ТРАДИЦИОННЫХ В КУЛЬТУРЕ ПОНЯТИЙ КАК ПРОБЛЕМА БИОЭТИКИ<sup>1</sup>

Мещерякова Т.В.

Биоэтика, проблематизируя начало и конец жизни, вынуждена решать в связи с этим и проблему размытости традиционных в культуре понятий. В связи с тем, что стали меняться и переосмысливаться явления до недавнего времени считавшиеся естественными, не зависящими от человека — наследственность, деторождение, пол, то использовать ту же самую семантику фундаментальных в жизни человека понятий (мать, отец, родители, семья), которая существовала на протяжении многих веков, стало невозможно. Появление и развитие новых репродуктивных технологий и особенно суррогатного материнства сделало вопрос о том, кто является родителями ребенка, настолько актуальным, что потребовалось его правовое решение. В частности, принцип *Mater est quam gestation demonstrat* («Мать определяется беременностью»), пришедший еще из римского права, во многих случаях перестал работать.

Каким же образом происходит размывание таких фундаментальных в жизни человека понятий, как «мать» и «отец»? Для ответа на этот вопрос рассмотрим три возможных статуса родителей (по Murray, Kaebnick<sup>2</sup>):

*Биологический* статус, он определяется тем, что в биологию рождения ребенка включены беременность и гены обоих родителей. В современных репродуктивных технологиях биологический статус распадается и тем самым проблематизируется. Проблема установления отцовства существовала и раньше, поэтому были в разных культурах и свои правила для ее решения. Например, у англичан — правило «семи морей» (муж признавался отцом ребенка, если в предполагаемое время зачатия он не находился в этих семи морях). Но, как правило, не ставился вопрос: «Кто является матерью ребенка?». Рождение ребенка женщиной, которая не является его генетической матерью было немислимо. То, что мужчина и женщина могут быть генетическими родителями ребенка, которого вынашивает другая женщина, было невозможно до появления вспомогательных репродуктивных технологий. То, что яйцеклетка женщины может быть оплодотворена мужчиной, который не был ее сексуальным партнером, притом без ведома любой из сторон, также было невозможно.

Статус родителя как *интенция*, намерение. Интенция, как эмоциональная и целевая направленность на другого человека как

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке РФНФ в рамках проекта № 12-03-00198 «Биоэтика как форма самосознания современной культуры».

<sup>2</sup> Murray T.H., Kaebnick G.E. Genetic ties and genetic mixups // *Journal of Medical Ethics*. 2003. № 29. P. 68–69.

субъекта или цели нашего отношения, всегда является составляющей морального отношения. Данный статус проявляется в том, что родители имели намерение зачать ребенка, во время протекания беременности (и после) они выявляют определенное моральное отношение к нему. Обычно этот статус связывают с биологическим статусом, но не всегда эта связь существует. Биологическая связь ребенка с родителями разрывается при использовании в репродуктивных технологиях донорских яйцеклеток и спермы. Нет никакой гарантии, что зачатие или рождение ребенка было намерением его биологических родителей. Понятия «мать» и «отец» уникальны тем, что имеют морально-интенциональное содержание. Каждое из этих понятий предполагает наличие ребенка, существа, родителями которого они являются. «Мать» чья? «Отец» кого? В современных условиях эта уникальность теряется, размывается.

Третий статус обозначен авторами словом «*rearing*» (воспитание, выращивание, поднимание). По-русски говорят: «Воспитать ребенка, вырастить, поднять его». Мы назовем его *социальным* статусом, он проявляется в заботе родителей о ребенке (во всех отношениях: эмоциональная, финансовая забота и т.д.). Древняя практика принятия показывает, что люди могут быть родителями в полном отсутствии биологической связи с ребенком. Библейская история Сары и Агари (Быт. 16–21) является примером данной практики, основанной на обычном праве той эпохи, в силу которого дети мужа, рожденные от служанки, считались законными его детьми и, следовательно, равно принадлежали обоим супругам, т.е. как мужу, так и жене. Фактически уже тогда происходило заимствование чужого лона для материнства с дальнейшим усыновлением чужого ребенка. Притом необходимо отметить, что в древности отцом называли не только биологического отца, но и человека, который тебя научил – вере, профессии.

Отношения между родителем и ребенком лучше всего могут быть поняты в терминах взаимности, а не в терминах собственности или управления. Взаимность предполагает наличие фактических отношений, а не просто биологической связи. Притом это такие отношения, которые исключают отношение к ребенку как к объекту: взаимность предполагает не просто обеспечение компетентной заботы (что характерно для управления), а осуществление намерения беспокоиться о ребенке и, главное, любить его.

Когда все три статуса родителей совпадают, то можно дать достаточно полное (и традиционное) определение понятиям «мать», «отец», «родитель». Но сегодня возможно противоречие между всеми тремя значениями статуса родителей, в результате чего встают весьма непростые вопросы. Являются ли мужчина и женщина настоящими родителями, если они воспитывают ребенка, который рожден в результате донорства яйцеклетки и спермы? Можно ли мужчину

назвать настоящим отцом, если его сперма была собрана после его смерти и использовалась для инсеминации его жены, и если нет никакого свидетельства, что у него было намерение в результате всех манипуляций стать отцом? Является ли матерью суррогатная мать (заместитель, «человеческий инкубатор»), родившая ребенка для родителей-заказчиков, которые являются донорами яйцеклетки и спермы, т.е. биологическими родителями? Ребенок в такой ситуации выступает отчасти как «изделие», как результат физического труда суррогатной матери. Но нередко суррогатные матери не могут разорвать эмоциональную связь с рожденным ею ребенком, а в силу того, что эмоциональные связи являются центральными во взаимоотношениях родителей и детей, то игнорировать их невозможно. Попытка разделить биологические и моральные отношения игнорирует факт, что суррогатная мать, являясь гестационной матерью, имеет некоторые моральные обязанности в отношении к ребенку.

Размывание понятий, обозначающих родителей, связано не только с развитием репродуктивных и иных технологий в медицине, но и с изменением социокультурной реальности в мире (например, однополые браки из маргинального явления в некоторых странах превращаются в явления, признанные и регулируемые на правовом уровне). Традиционные коннотации этих понятий начинают уходить в прошлое. Например, М.А.Кронгауз предлагает задачи для старшеклассников по семантике, среди которых дается задание, связанное с определением семантического мини-поля. В качестве примера приводится «четыре термина родства — *мать*, *отец*, *дочь*, *сын*, — необходимо ввести как минимум два признака: пол (со значениями ‘мужской’ и ‘женский’) и родственное отношение (со значениями ‘родитель’, ‘ребенок’). Тогда *мать* описывается как ‘родитель женского пола’, *отец* — как ‘родитель мужского пола’, *дочь* — как ‘ребенок женского пола’ и *сын* — как ‘ребенок мужского пола’, то есть все слова получают разные семантические описания»<sup>1</sup>. Данное определение семантического мини-поля не учитывает уже не единичные случаи рождения детей мужчинами-матерями (именно вынашивания и последующего рождения ребенка, что во все времена было исключительно функцией женщин).

Итак, причиной изменения семантики понятий, обозначающих родителей, являются как вспомогательные репродуктивные технологии, так и изменения в культуре. Семиотические формы современной социокультурной реальности актуализируют необходимость дальнейшего исследования в свете проблемных полей биоэтики появление новых смыслов привычных для многих людей терминов для решения сложнейших вопросов, встающих в результате медиализации репродукции.

<sup>1</sup> Кронгауз М.А. Играем всерьез. URL: <http://rus.1september.ru/2006/05/12.htm>

## **БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Мирошниченко М.С.*

В биоэтическом образовании и воспитании студентов патологической анатомии отводится одна из главных ролей в формировании начал профессиональной этики. Это обусловлено тем, что изучение патологической анатомии студентами связано с использованием в качестве учебных пособий тел умерших людей и различных макропрепаратов.

Приобретаемые анатомические знания важны не только для освоения последующих медико-биологических и клинических дисциплин, но и непосредственно для будущей практической работы. Понимание нашими предшественниками изучения макропрепаратов и тела мертвого человека для врачебной практики отражено в дошедших из средних веков изречениях, которые начертались на фронтонах анатомических театров: «Mortui vivos docuunt» («Мертвые учат живых») и «Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae» («Здесь смерть помогает жизни»).

Современные этические нормы обращения с макропрепаратами и телами умерших, используемых с учебной целью в медицинских университетах, представляют собой сочетание сложившихся исторически этических традиций в патологической анатомии и новых этических требований, предъявляемых биоэтикой. Ее основные принципы: не отчуждаемость права признания каждого человека личностью, уважение достоинства и автономии личности при использовании макропрепаратов, тела мертвого человека для учебных целей реализуются выполнением следующих норм: соблюдение уважительного отношения к телу умершего при проведении аутопсии, исследовании вскрытого тела, изготовлении и изучении макропрепаратов; недопущение деперсонализации умерших; достойное погребение останков.

Учебный процесс в медицинском университете на кафедре патологической анатомии при использовании макропрепаратов и тел умерших направлен на достижение двух целей: образовательной, которая состоит в приобретении студентами знаний о строении тела человека при различных заболеваниях; воспитательной – уважения личности и достоинства человека посредством воспитания нравственного обращения с телом мертвого человека и макропрепаратами.

На практических занятиях на кафедре патологической анатомии студентам поясняется, что нравственные нормы, которыми необходимо следовать при работе с трупами, органами человека, макропрепаратами, исходят из главного принципа медицины – гуманизма,

биоэтических принципов уважения человеческого достоинства и автономии личности, христианской морали, исторических традиций в патологической анатомии и многолетнего опыта преподавания патологической анатомии кафедрой.

Исходной предпосылкой формирования гуманного отношения к человеку в процессе преподавания патологической анатомии является основной принцип гуманизма: человек — высшая ценность. Биоэтика требует от каждого медицинского работника уважительного отношения не только к жизни, но и к смерти, поэтому в работе с телом мертвого человека необходимо следовать определенным этическим нормам.

Принцип гуманности в процессе изучения патологической анатомии получает реальное воплощение при обращении с макропрепаратами, телом мертвого человека. В основу формирования гуманного отношения к макропрепаратам, телу мертвого человека должна быть положена мысль о том, что анатомический материал, способствующий профессиональному становлению каждого обучающегося, — это останки людей, каждый из которых был уникальной и неповторимой личностью, поэтому к ним нужно относиться бережно и уважительно. «Независимо от того, кем был умерший, какую веру исповедовал, к какой расе принадлежал, он требует к себе того же благоговейного отношения, что и живой человек. Для врача умерший — не только биологический материал, но и часть живой материи, достойный изучения и уважительного к себе отношения», — считает известный специалист в области биоэтики академик А.Н. Орлов.

С первых дней обучения нужно требовать исполнения студентами правил поведения на кафедре, специфика которых исходит из принципа уважения человека после смерти. Основываясь на собственных наблюдениях, выявляется труднообъяснимая разница в поведении студентов возле макропрепаратов в музее кафедры патологической анатомии при изучении различных тем и в секционном зале во время вскрытия умершего больного. К сожалению, несмотря на специальные разъяснения преподавателей и наказания нарушителей, в музее кафедры патологической анатомии могут наблюдаться те или иные проявления небрежного, неуважительного отношения к макропрепаратам. Среди многих причин неправильного поведения студентов на первый план выступают дефекты воспитания, незнание гуманистических традиций или циничное пренебрежение ими. Кроме того, многие студенты воспринимают макропрепарат не как останки человека, а как учебное пособие. Сам внешний вид макропрепарата органа либо части органа, фиксированного в формалине, тускло-серого цвета, создает иллюзию полной потери связи с личностью.

Совершенно другая ситуация в секционном зале, где подобное поведение студентов во время вскрытия трупа умершего больного



наблюдается крайне редко. В восприятии студентов мертвое тело на секционном столе сохраняет какие-то трудно определяемые связи с личностью, которой оно принадлежало. Вскрывается труп конкретного больного, анализируется история болезни, лечащий врач рассказывает о динамике страдания больного, — речь идет о жизни, которая совсем недавно оборвалась. Все это порождает у присутствующих чувство должного уважения к останкам; в этих условиях любое неподобающее отношение к трупу закономерно вызывает непонимание и возмущение.

Немаловажное значение в формировании у студентов личных убеждений в необходимости следования прививаемым этическим установкам имеют обстановка, в которой протекает обучение, обращение с анатомическим материалом самих преподавателей. Должное внимание необходимо уделять эстетике оформления кафедры, секционного зала, всего, что соприкасается с трупным материалом, обеспечению гигиенических условий для работы студентов. Во время вскрытия преподаватель говорит о строгом запрете на немотивированное повреждение тела, настаивает на аккуратном, осторожном проведении исследования, в тишине и в определенном порядке.

Человек как высшая ценность имеет право не только на достойную жизнь, но и на достойное обращение с его телом после смерти. Попытки бездушного и издевательского отношения к телам умерших должны категорически пресекаться.

Во время проведения практических занятий преподаватель подчеркивает, что врач-патологоанатом работает в морально-нравственном пространстве, ограниченном рамками врачебной тайны. Уважительное отношение к умершему больному, его родственникам подразумевает строгое соблюдение врачебной тайны и обеспечение недоступности медицинской документации для случайных людей. Формирование у студентов навыков хранения врачебной тайны начинается с приучения их к закрытости в обсуждении профессиональных вопросов, сдержанности в обсуждении впечатлений, связанных с работой в секционной.

Таким образом, значимость анатомического материала для проведения учебного процесса на кафедре патологической анатомии медицинского университета невозможно переоценить. Безусловно, перспектива встречи тех, кто обучается, с теми, на чьих телах обучались, а также с собственной совестью и с Богом, налагает определенные ограничения, как на преподавателей, так и на студентов. Биомедицинская этика требует от каждого медицинского работника уважительного отношения не только к жизни, но и к смерти, поэтому врачи-патологоанатомы, студенты медицинского университета, изучая дисциплину «Патологическая анатомия», «Биопсийно-секционный курс», при работе с телом мертвого человека, различными органами и тканями должны следовать определенным этическим нормам.

## БИОЭТИКА И БИОТЕХНОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛИЗАЦИИ: АНАЛИЗ ВЗГЛЯДОВ ВАНДАНЫ ШИВЫ

Михель И.В.

Глобализация стирает границы между народами и культурами посредством создания всемирного рынка. Благодаря возможности потреблять одни и те же промышленные товары, жизнь в Токио стала почти такой же, как в Рио-де-Жанейро, Москве и Нью-Йорке. Движущей силой глобализации являются финансовые интересы крупных торговых компаний, распростершиеся далеко за пределы стран, где находятся их штаб-квартиры. Устанавливая особые правила поведения в сфере торговли, компании участвуют в создании глобальной экономической системы, в которой главными ценностями становятся прибыль и эффективность.

На протяжении последних десятилетий критики глобализации неоднократно указывали на тот ущерб, который глобализация наносит местным культурам и биологическому разнообразию. Не единожды отмечалось, что усиление глобализации способствует росту масштабов потребления, увеличению выбросов вредных веществ, исчезновению видов, изменению климата, нарушению прав местного населения и неравенству в сфере здоровья. В свою очередь, поборники глобализации традиционно указывали на то, что ее положительным следствием выступает все более широкая доступность образования, медицинской помощи, продовольственных товаров, средств коммуникации, а также разнообразных технологий, позволяющих изменять мир к лучшему. При этом те и другие, как правило, сходятся в том, что глобализация порождает совершенно новую социальную реальность, где традиционные религиозные и философские системы перестают быть надежными ориентирами для людей, и на первый план выходят риски, неопределенность и непредсказуемость событий<sup>1</sup>.

Индийский философ, экологический активист и международный деятель Вандана Шива принадлежит к числу тех мыслителей, которые пытаются предложить иной подход к глобализации. Шива считает, что глобализация должна быть другой – устойчивой, справедливой, учитывающей интересы местных сообществ, а не торговых компаний, т.е. *альтер-глобализацией*. При этом она не должна вести к нарушению прав коренных народов, женщин, крестьян и способствовать сохранению различных форм жизни. Как политик и общественный деятель, Шива прочно ассоциируется с созданным ею в 1991 г. фондом «Навданиа», цель которого состоит в том, чтобы защищать разнообразие и целостность биологических ресурсов, содействовать

<sup>1</sup> Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. М.: Прогресс-Традиция, 2000.

развитию органического фермерства и справедливой торговли. Как мыслитель, она творчески разрабатывает идеи «глобальной биоэтики», которые на Западе ассоциируются с именами Альдо Леопольда и Вана Поттера<sup>1</sup>, отождествляемой также с экологической этикой. При этом Шива выступает последовательницей взглядов Махатмы Ганди, поэтому ищет альтернативу, «третий путь», способ примирить глобалистов и антиглобалистов.

В своих работах Шива настаивает на том, что той форме глобализации, которую переживает весь мир, не хватает справедливости и устойчивости, поскольку она ведется не в интересах большинства людей, а в интересах торговых компаний, беспощадно эксплуатирующих биоресурсы. С этой целью Шива призывает распространять знания о пороках глобализации, а также о том, как их можно искоренить. В качестве альтернативы, она предлагает объединяться фермерам, женщинам и местным общинам, чтобы организованно выступать против пользующихся полной безнаказанностью охотников за прибылями<sup>2</sup>.

Являясь уроженкой крупнейшей в мире сельскохозяйственной страны, Шива считает своим долгом защищать интересы крестьянства и местные агрикультурные традиции. Серьезной угрозой для них она считает *биопиратство*, которое состоит в том, что крупные международные компании участвуют в ограблении биологических ресурсов развивающихся стран и присваивают себе знания, которые традиционно использовались местными жителями. Так, компании, поставляющие на рынок сельскохозяйственной продукции семена растений, посредством системы патентов утверждают свое исключительное право на собственность над ними, а благодаря применению технологий генной инженерии они лишают местных фермеров возможности создавать запасы посевного материала на будущее и самим отвечать за урожай. Компании создали систему, благодаря которой фермеры должны каждый год покупать у них все новые трансгенные семена, которые, как утверждает их производителями, более устойчивы к плохим погодным условиям и насекомым-вредителям. Однако, как показывает практика, продажа таких семян привела к распространению еще большего числа вредителей, для борьбы с которыми крестьянам приходится покупать у тех же компаний пестициды, цена на которые растет год от года<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Potter V.R. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.

<sup>2</sup> Shiva V. *Staying Alive: Women, Ecology and Survival in India*. New Delhi: Zed Press, 1988; Shiva V. *Ecology and the Politics of Survival: Conflicts Over Natural Resources in India*. Thousand Oaks, Ca: Sage, 1991.

<sup>3</sup> Shiva V. *Biopiracy: The Plunder of Nature and Knowledge*. Cambridge, Ma: South End Press, 1997.

Утрата контроля над производством сельхозпродукции со стороны крестьянства, по мнению Шивы, делает вполне реальной для него угрозу голода, хотя адепты глобализации утверждают, что именно благодаря распространению трансгенных семян и ГМО-продукции голод должен быть побежден окончательно. Для развивающихся стран условием для постоянных продовольственных кризисов выступает также насильственное внедрение «зеленой революции», т.е. ведение сельского хозяйства с использованием интенсивных методов<sup>1</sup>, принуждение фермеров к выращиванию монокультурной продукции<sup>2</sup>, нехватка воды<sup>3</sup>, а также уменьшение площадей сельхозугодий из-за захвата их нефтяными компаниями<sup>4</sup>.

Шива утверждает, что существует связь между биопиратством и геноцидом. В регионах-производителях хлопка с началом распространения там генетически модифицированных семян хлопчатника (Bt-хлопок) многие фермеры быстро попали в финансовые капканы, умело расставленные компанией «Monsanto». Растущие долги повлекли за собой массовые разорения и тысячи суицидов среди крестьян, выращивающих хлопок. Ответом Шивы на деятельность компании стал организованный 23 мая 2013 г. массовый марш против «Monsanto», привлечший к себе внимание многочисленных масс медиа<sup>5</sup>.

Предлагаемый Шивой альтернативный проект глобализации включает в себя поддержку различных видов традиционной деятельности. Применительно к Индии она видит пользу в сохранении традиционных методов земледельческого использования, не связанных с применением современных технологий, в том числе биотехнологий, а также в сохранении традиционных систем использования воды, которые основываются на принципах подлинной демократии и справедливости. Шива участвует в создании крестьянских фондов семян с целью освобождения фермеров от мощного давления со стороны международных компаний, продающих трансгенные семена в развивающихся странах. Ее исследования показывают, что традиционные, «органические методы» фермерства несколько не уступают методам, предполагающим использование сельскохозяйственных биотехнологий, и при этом они более надежны в плане обеспечения населения

---

<sup>1</sup> Shiva V. *The Violence of the Green Revolution: Ecological Degradation and Political Conflict in Punjab*. New Delhi: Zed Press, 1992.

<sup>2</sup> Shiva V. *Monocultures of the Mind: Biodiversity, Biotechnology and Agriculture*. New Delhi: Zed Press, 1993.

<sup>3</sup> Shiva V. *Water Wars: Privatization, Pollution, and Profit*. Cambridge, Ma: South End Press, 2002.

<sup>4</sup> Shiva V. *Soil not Oil*. Cambridge, Ma: South End Press, 2008.

<sup>5</sup> Shiva V. *The Seeds of Suicide: How Monsanto Destroys Farming* // *Global Research*. June 24, 2013. См.: <http://www.globalresearch.ca/the-seeds-of-suicide-how-monsanto-destroys-farming/5329947>

продовольствием, чем заявляется со стороны адептов капитализма и биотехнологий. В качестве философа-активиста Шива подчеркивает значение биоэтики для защиты интересов миллионов людей в развивающихся странах и во всем мире, которые легко могут стать жертвами обмана со стороны компаний, мечтающих лишь о прибыли. Биоэтика для нее – это этическое отношение ко всем живым существам, не только людям, но и животным, растениям и семенам. Индийский вариант глобальной биоэтики, который продолжает разрабатываться Шивой, предполагает также работу по демократизации биологии, которая превращается в поле борьбы между охотниками за прибылями, с одной стороны, и местными сообществами, с другой. С точки зрения последних, биология должна быть заново изобретена с тем, чтобы помочь сохранению биологического разнообразия, Земли, жизни и семян<sup>1</sup>.

## **ПРОБЛЕМА СИСТЕМНОЙ ГАРМОНИЗАЦИИ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ ПРАВ УЧАСТНИКОВ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ИЛИ ЧТО ВАЖНЕЕ – ЗАКОН ИЛИ ЭТИКА?**

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

Без решения проблемы гармонизации «внешних» (заданных критериями биоэтической экспертизы и методологией биомедицинского эксперимента) и «внутренних» (зависящих от личностно-ориентированных представлений и особенностей стиля работы исследователя) приоритетов при организации биомедицинского исследования с участием пациентов-испытуемых невозможно системное решение проблемы системной защиты прав участников. Подобная гармонизация устранила бы существующее психологическое и методологическое несоответствие между «протоколом исследования» и реальным поведением участников исследования, которое негативно влияет на защиту прав и исследователя и пациента. В связи с этим нами было проведено анкетирование группы киевских экспертов-исследователей в области биомедицины. Такое исследование позволит также, в случае выявленных несоответствий, определить причины и способы гармонизации. Для решения поставленной задачи, были проанализированы мнения экспертов по поводу таких проблем «защиты прав»:

1. Чем, в первую очередь, должен руководствоваться врач-исследователь при планировании и проведении биомедицинских

<sup>1</sup> Shiva V. Democratizing Biology: Reinventing Biology from a Feminist, Ecological and Third World Perspective // Birke L., Hubbard R. (eds.) Reinventing Biology: Respect for Life and the Creation of Knowledge (Race, Gender, and Science). Bloomington: Indiana University Press, 1995. P. 50–71.

исследований, апробации новых методов лечения с участием пациентов-испытуемых (укажите в баллах «важность» представленных далее факторов, от 4 баллов – наиболее важный фактор до 1 балла – наименее важный фактор)? Варианты предлагаемых ответов (выявленных нами в результате предыдущих экспертных оценок): а) личный профессиональный опыт; б) современные литературные научные данные; в) личное мнение коллег-врачей; г) «информированное согласие» и мнение пациентов-испытуемых.

2. Гармонизация каких из приведенных ниже факторов при проведении исследований с участием пациентов-испытуемых наиболее приоритетна и значима в современной Украине для защиты прав врача-исследователя (укажите в баллах от 5 – наиболее значимый «фактор гармонизации» до 1 – наименее важный фактор)? Варианты ответов: а) низкий уровень ответственности (в том числе и юридической, этической) исследователя по организации исследования с участием пациента-испытуемого; б) недостаточное развитие законодательной базы, регламентирующей биомедицинские исследования, защиту прав и пациента и врача-исследователя; в) несоответствие отечественных стандартов (включая этические) проведения исследования мировым образцам; г) отсутствие системы стимулирования волонтеров к участию в биомедицинских исследованиях; д) превалирование интересов исследователя (в результатах исследования) над проблемами конкретных пациентов-испытуемых.

3. Гармонизация каких из приведенных ниже факторов при проведении исследований с участием пациентов-испытуемых наиболее актуальна и значима в современной Украине для защиты прав пациентов-испытуемых? Варианты ответов соответствуют предыдущего вопросу № 2.

Два последних вопроса (№ 2 и № 3) представляют собой нашу попытку исследовательского моделирования одной и той же проблемы («защита прав») при организации и проведении биомедицинского исследования с участием пациентов-испытуемых, но в отношении двух сторон этой единой системы «*врач-исследователь/пациент-испытуемый*». Такой подход оправдан, в частности, тем фактом, что любой организатор исследования юридически обязан и профессионально компетентен учитывать этические, юридические и медицинские интересы разных участников процесса, даже если одним из таких участников является сам организатор-исследователь.

Анализ данных показал, что наиболее приоритетным фактором организации самого исследования является максимальное соответствие методологии эксперимента современным научным данным, опубликованным в профессиональных изданиях и признанных научных сообществах. Указанный фактор получает в среднем максимальную экспертную оценку по сравнению со все-

ми другими факторами, выявленными нами. В целом приоритеты наиболее значимых факторов выстраиваются следующим образом (по нисходящей): *современные научные данные официальных изданий, «информированное согласие» и мнение пациентов-испытуемых, личный профессиональный опыт исследователя, частное профессиональное мнение коллег-врачей*. Отметим, что частное профессиональное мнение коллег-исследователей, не представленное в виде научной публикации в авторитетном журнале, не является для конкретного исследователя доминирующим фактором важности при организации и проведении биомедицинского исследования (это не касается мнения научного руководителя проекта). Важной особенностью распределения факторов является близость приоритетов современных исследователей между научными критериями и непрофессиональным мнением пациентов-испытуемых. Такой биоэтический «тренд» должен в целом «радовать» научное сообщество. Но детальный анализ распределения мнений экспертов по данной позиции показывает меньшую (в отличии от фактора «современные опубликованные данные») согласованность мнений экспертов. Анализ данных 2 и 3 вопросов показал, что гармонизация законодательной базы в большей степени защищала бы права исследователей-организаторов биомедицинского исследования, но не интересы пациентов-испытуемых. А гармонизация этических аспектов в большей степени... права пациентов. Такое различие — фактор риска для решения нашей проблемы и указание для поиска «управляющих» факторов гармонизации. Для примера на рис. 1 указано распределение «рейтинговых баллов» в вопросе № 2 и № 3 для фактора (b) — левый рисунок и для фактора (c) — правый рисунок.

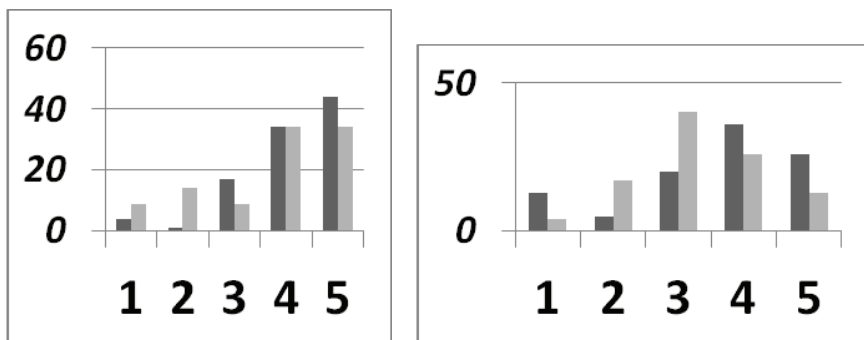


Рис. 2. Ось «Y» — процент (%) от общего числа экспертов-исследователей, указавших некоторый (от 5 — максимальный, до 1 — минимальный) «рейтинговый балл»; ось «X» — приоритетности данного фактора гармонизации. Более темные столбики гистограмм соответствуют вопросу № 2, а более светлые столбцы гистограмм — вопросу № 3



## ОПАСЕН ЛИ 3D-ПРИНТЕР ИЛИ ВОЗРАСТАНИЕ РОЛИ БИОЭТИКИ В ГУМАНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Нежметдинова Ф.Т.

Сегодня можно констатировать, что наша цивилизация столкнулась с целым комплексом глобальных проблем: проблема сохранения мира на Земле, экологии, продовольственная проблема, народонаселения, преодоления бедности большей части человечества, проблемы здоровья и качества жизни. Наибольшую популярность в их решении завоёвывают технологические подходы: био-нано-информатика (НБИК). Мы становимся очевидцами или непосредственными участниками прорывных научных достижений, позволяющих менять фундаментальные основы бытия — на уровне живой и искусственной материи, а то и их синтеза. В статье высказывается предположение о возможной опасности непродуманного применения современных НБИК — технологий для живых систем в лице человека и природы, предлагается положительный опыт биоэтики как гуманитарной экспертизы.

С развитием конвергентных технологий многие учёные связывают шестую волну технологического развития. Новый длинный цикл, начало которого предполагается с 2011 — 2015 гг., будет базироваться на использовании новейших НБИК-технологиях. При этом в число сфер, с которых начнется подъем, наряду с электротехнической, авиационной и атомной отраслями, со здравоохранением и другими, включается также сельское хозяйство, основанное на применении достижений молекулярной биологии и геной инженерии.

По мере развития технологий все более остро встает вопрос о пределах будущего человечества. Эта ситуация относительно для него нова — она формируется в конце XX века (скорее даже на рубеже веков) — в этом ее сила и ее риски. Сила — в том, что у человека есть время для вынесения решения о том, как к ней следует относиться, есть время разработать методы предотвращения нежелательных последствий, время для совершенствования — у ситуации меньше шансов развиться до своих критических форм незаметно. Риски — в «тяге к неизведанному» и глобальных вызовах мировой экономики.

Не подозревая опасности, относясь к происходящему, как к очередной процедуре разработки лекарственных препаратов или продуктов, предметов быта и досуга, которые предназначены для повышения качества жизни человека, мы рискуем не заметить принципиальных отличий происходящего от всего, что нам довелось испытать ранее (или что нам пришлось *испытать на себе*). Достаточно привести по-

следний пример с 3D-принтером. В начале мая 2013 года американец Коди Уилсон (Cody Wilson) разработал и напечатал на серийном 3D-принтере действующий пистолет «Освободитель» (The Liberator) под стандартный патрон тридцать восьмого калибра (9 мм). После успешных испытаний оружия чертежи были выложены в свободном доступе в интернете и за двое суток их скачали более 100 тысяч человек! Это вызвало негативную реакцию со стороны официальных властей. Практически сразу после публикации чертежей последовала острая критика, в частности, сенатор Стив Израэль (Steve Israel) призвал вовсе запретить использование 3D-принтеров для производства оружия. Критики указывают на слишком высокую доступность такого рода оружия и его малозаметность для штатных средств обеспечения безопасности. Уже 13 мая Власти США официально потребовали от компании-разработчика Defense Distributed, основанной Уилсоном, удаления со своего сайта чертежей пластмассового пистолета для 3D-принтеров. Хотя компания выполнила требование, на множестве других серверов, в том числе на файлообменном сайте Pirate Bay, остались их копии. Трудно себе представить дальнейшее развитие событий, а ведь принтер – вполне мирный инструмент<sup>1</sup>.

Все эти, фантастические, на первый взгляд, возможности, порождают достаточно много опасений по поводу вероятностного перехода современных исследований и практики в неуправляемую фазу. Сегодня, когда НБИК технологии нацелены на организацию нового типа материальности или «материальной жизнеспособности», как никогда актуальной выглядит задача выбора системы отсчета для конструирования новой системы ценностей. Соответственно возникает потребность в особом механизме контроля и регуляции. Как следствие необходимо разработать социальные регуляторы в виде этических правил и регламентов, выполнение которых могут отчасти предупреждать негативные последствия и риски внедрения НБИК технологий. Представляется, что биоэтика как научная концепция и практика может быть одним из основных таких инструментов. В настоящий момент биоэтика с одной стороны это признанная научная область междисциплинарного знания, предметом которой является **оценка и выбор нравственного критерия отношения к живому** (определение автора – Ф.Т.). С другой стороны это одобренная мировым сообществом **социальная практика этического регулирования** научных исследований.

Очевидно, что по мере развития современной архитектуры будет возрастать необходимость механизмов социального контроля, а значит, актуальность биоэтики будет усиливаться. Расширение поля дискурса биоэтики, возможная экстраполяция ее оценочно-регулирующей роли и опыта ее использования в качестве инструмента гуманитарной

<sup>1</sup> URL: [http://www.bbc.co.uk/russian/society/2013/05/130509\\_us\\_printed\\_gun\\_downloads.shtml](http://www.bbc.co.uk/russian/society/2013/05/130509_us_printed_gun_downloads.shtml)

экспертизы на сферы экологии, внедрение биотехнологий в сельское хозяйство, профессиональный спорт и т.д., становится все более востребованным. Представляется, что сама биоэтика должна получить развитие как теоретическая дисциплина и как ряд производных, прикладных направлений. Это могут быть такие направления как медицинская биоэтика, агробиоэтика, экобиоэтика, нанобиоэтика, кибербиоэтика, биоэтика спорта высоких достижений, биоэтика в контексте: проблем биобезопасности, биоэкономики, биовласти.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПАТОЛОГА**

*Поletaева С.В.*

Современная клиническая патология, в частности, онкоморфология, развивается настолько стремительно, что требует от специалистов глобальной перестройки всей деятельности. В арсенале патологоанатома, чья роль в верификации опухолевых процессов нельзя переоценить, появляются все более сложные и тонкие методы, позволяющие решать такие задачи, постановка которых была невозможна несколько лет назад. В настоящее время онкоморфологи вовлечены в сложную систему взаимоотношений с клиницистами, специалистами других диагностических служб, пациентами и их родственниками. Часто гистологическое заключение является решающим для выбора тактики лечения и прогноза. Вследствие многоэтапности процесса и большого количества персонала, задействованного в изготовлении микропрепаратов, объективных трудностей диагностики в условиях все возрастающих требований к качеству работы сотрудников отделения патологии на всех уровнях, полностью избежать ошибок невозможно. Высокая значимость морфологического исследования как «золотого стандарта» в диагностике делает такие ошибки трагическими.

С учетом дефицита специалистов-морфологов, огромной моральной ответственности врачей при столь высокой загруженности, могут ли патологи не только эффективно справляться с труднейшими диагностическими задачами, ежедневно встающими перед ними, но и достойно решать не менее острые проблемы этического характера? Возможна ли реализация современных тенденций индивидуализации диагностического процесса в случае каждого конкретного пациента? К сожалению, однозначных ответов на эти вопросы до сих пор нет. В условиях относительной изоляции и часто отсутствия прямого контакта с пациентами, статуса параклинической службы, деятельность которой в значительной мере направлена на удовлетворение требований в первую очередь лечащих врачей, возникают ли в практике

морфолога проблемы этического, морального свойства и каковы пути их преодоления? К разряду философских проблем можно отнести противоречие между все более детальным проникновением в сущность патологических процессов, вплоть до молекулярно-генетических характеристик опухолевых клеток, и синтетическим подходом к изучению целостного организма больного. Например, наличие мелкоацинарных структур в биоптате предстательной железы иногда требует последующего иммуногистохимического исследования<sup>1</sup>. Результаты иммунофенотипирования могут прояснить характер изменений, если они касаются доброкачественных, неопухолевых (атрофических и поствоспалительных) или предраковых, но нередко ведут к новым вопросам. Так, в случае верификации неопластического характера обнаруженных желез, их небольшое количество (по мнению разных исследователей, от 7 до 12) не дает оснований для заключения об аденокарциноме, с необходимостью поиска иных формулировок (атипическая мелкоацинарная пролиферация), с иной тактикой наблюдения, диагностических и лечебных мероприятий. При этом учитывается целый комплекс факторов, таких как возраст пациента, сопутствующая патология, данные ультразвукового исследования, уровень простатспецифического антигена в сыворотке крови и т.д. Если лаборатория лечебного учреждения не располагает дополнительными методами исследования, помогающими провести черту между злокачественной и доброкачественной опухолью, или квалификация патологоанатома не позволяет сделать заключение, соответствующее мировым стандартам диагностики, то ответственность за неоправданную агрессивную лечебную тактику, органауноносящую, порой сопряженную с потерей репродуктивной функции в молодом возрасте, приводящую к инвалидности, или, наоборот, за отсутствие лечения с фатальными последствиями, несет врач-клиницист. Если это так, то насколько это справедливо? Чрезмерное доверие патологоанатомам в отсутствие подтверждающих приемлемый уровень их работы документов по причине отсутствия действующей системы контроля качества может подвести клинициста. Желание перестраховаться и рекомендация консультации у более опытных специалистов-морфологов в других городах и странах способствует дискредитации патологоанатомического отделения и противоречит правилам врачебной этики по отношению к коллегам.

Большое количество пограничных состояний в онкоморфологии неизбежно ведет к субъективизму, требуя совместных усилий нескольких врачей-патологов отделения для принятия оптимального решения. Это, в свою очередь, сопряжено с необходимостью поддерживать

<sup>1</sup> Strand C.L., Aponte S.L., Chatterjee M., et al. Improved resolution of diagnostic problems in selected prostate needle biopsy specimens by using the ASAP workup. *Am.J.Clin. Pathol.* 2010; 134: P. 293.

высокий уровень мотивации сотрудников, их готовность работать в команде, создавая доверительные и уважительные отношения. Сама по себе эта задача выходит за пределы профессиональной компетенции, иногда предъявляя несоразмерные требования к развитию редких личностных качеств. Действительно, когда приходится делать выбор между интересами конкретного пациента и имиджем отделения, а иногда и учреждения в целом, возникает немало острых ситуаций, сопровождающихся негативными эмоциями, чувством вины, депрессией, не говоря уже о внутренних конфликтах, легко переходящих во внешние.

Если разработанные американскими и европейскими патологами алгоритмы прижизненной морфологической диагностики активно и широко используются в повседневной практике, то по столь щекотливым вопросам, как решение проблем, связанных с врачебными ошибками в сфере патологической анатомии, все намного сложнее. В ряде работ эти стороны деятельности клинических патологов активно обсуждаются, но конкретных рекомендаций, конечно, нет. Вероятно, в скором времени возрастет количество претензий со стороны пациентов к работе и специалистов-патологов. Это закономерный процесс, связанный со многими факторами, в т.ч. с повышением юридической грамотности населения и увеличением частоты судебных разбирательств, связанных с ятрогенной патологией в целом. Сможет ли система медицинских ассоциаций<sup>1</sup> обеспечить максимальную поддержку специалистов, как в плане повышения квалификации, так и при решении конфликтных ситуаций? С другой стороны, будут ли достаточно защищены права пациентов в спорных случаях<sup>2</sup>? Темпы развития медицинских диагностических технологий диктуют необходимость не просто двигаться вперед, осваивая новые методы, перерабатывая гигантские объемы информации, но и быть готовым к более глубоким изменениям в сфере мышления. Трудно не согласиться с мудрым изречением Джека Уэлша о том, что если внешние изменения опережают внутренние, то это начало конца.

## **БИОЭТИКА КАК НОРМАЛИЗАЦИЯ: ДВИЖЕНИЕ В ОДНОМ НАПРАВЛЕНИИ?**

*Сидорова Т.А.*

Практики нормализации были предметом философского внимания М. Фуко. Он показал как эпистемологический конструкт «знание

<sup>1</sup> Huang Y., Ke B. The role of medical associations in developing professional values. The Hastings Center Report. 2000; 30; 4; P. 17.

<sup>2</sup> Promoting patient safety: an ethical basis for policy deliberation. The Hastings Center Report. 2003; 33; 5; P. 3.

о душевной болезни» через нормативность диагноза превращается в элемент дисциплинарного отношения. Нормализация в этом случае является механизмом, который превращает знание во власть. Эту идею можно использовать в биоэтике для объяснения ее нормативного потенциала и генезиса норм.

Биоэтика многомерна, поэтому существуют разнообразные рубрики областей, частей, разделов, видов биоэтического знания и деятельности. Д. Каллахан в Энциклопедии по биоэтике выделил теоретическую, клиническую, нормативную и культурную биоэтику (Callahan, 1995). Согласно этой классификации, цель нормативной этики практическая: обосновать в широком консенсусе правила и законы. Нормативная биоэтика «стремится найти правовое и политическое решение насущных социальных проблем, сделать их этически оправданными и клинически разумными и осуществимыми»<sup>1</sup>. В этом аспекте биоэтика важна для сферы права, политики и общественной коммуникации. Выполнение этой функции требует постоянного диалога между теоретической биоэтикой, с одной стороны, и клинической этикой и политическим дискурсом, с другой.

В нормативной и культурной биоэтике моральный выбор связан с идеологическим, социальным контекстом. В этом измерении биоэтика становится «мостом», как об этом мечтал родоначальник биоэтики В.Р. Поттер, между ценностями и науками о жизни. В глобальном мире трактовка предмета биоэтики усложняется. В контексте практики нормализации можно понимать стремление медицинского сообщества выработать универсальные нормы и достигать единства целей и ценностей. Учитывая, что в глобальном мире есть две тенденции: новые технологии легко перешагивают границы, а пациенты, будучи членами современного глобального космополитического социума, могут получать медицинскую помощь за пределами стран, гражданами которых они являются, эта функция универсализации в биоэтике чрезвычайно важна. Россия в этом отношении является примером гетерогенного смешения норм: одновременно сосуществуют традиционные и новейшие формы регуляции отношений в биомедицине.

Для анализа теоретических проблем биоэтики существенное значение имеет ответ на вопрос: если представления о том, что нормально исторически и культурно релятивны, то, как в биоэтике утверждается то, что есть норма? Отсюда предмет биоэтических дискуссий можно понимать как вопрос: что признается нормальным в отношении жизни и смерти человека, его природы? Для представителей консервативной биоэтики либеральная позиция выглядит как оправдание «ненормального». Ф. Фут говорила о «стандарте нормальности», который необ-

<sup>1</sup> Callahan D. Bioethics // Encyclopedia of Bioethics 3rd ed. 2004. Edited by Stephen G. Post. V. 1. P. 281.

ходим для принятия решения об эвтаназии: «...жизнь целесообразна лишь постольку, поскольку является для индивида совокупностью благ; таких как отдых, посильная работа, принятие пищи; благо — это не просто «состояние в живых», это жизнь до определенного «стандарта нормальности», когда же этот стандарт утрачивается, жизнь утрачивает свою связь с благом и становится злом для человека»<sup>1</sup>.

М. Кеттнер показал, что в основе дискуссии о моральных проблемах вспомогательной репродукции лежит несоответствие современным потребностей, удовлетворяемых медициной, традиционному пониманию семьи, сексуальности, деторождения, родственных связей как «нормальных». В этом несовпадении — механизм скептического отношения общественного мнения к возможностям современной медицины<sup>2</sup>. Через нормализацию в биоэтике происходит социализация ценности. Общественная стабильность является безусловной ценностью, поэтому поддерживаются те нормы, которые могут противоречить индивидуальному выбору, но способствовать сохранению единства в обществе.

Биоэтика способствует адаптации в общественном взгляде тех биотехнологических новинок, которые с точки зрения принятого представления о нормальном аномальны. На нормализацию как способ переведения эпистемического продукта в ценностный обратили внимание Х. Новотны и Дж. Теста. «Но если то, что «дано природой», получает обоснование в молекулярной биологии, обладающей возможностью вмешательства, то из этого следует, что любая живая материя с этого момента зависит от фактора непредвиденности подобных вмешательств. *«Что это» превращается во множество вариантов типа «что должно быть» или «могло быть»* (прим. — курсив автора). Фактически, все проекты, направленные на понимание биологической жизни одновременно нацелены и на её изменение, что вполне понятно, учитывая современную основу этих изысканий. Например, исследование самых ранних этапов эмбрионального развития выполняется посредством тех же самых лабораторных протоколов и инструментов, которые делают возможными вмешательства на поздних этапах. Таким образом, то, что звучит как эпистемическая тавтология, на самом деле является двигателем научно-технического прогресса»<sup>3</sup>.

В этом можно увидеть любопытную тенденцию переворачивания смысла биоэтики в ее классическом поттеровском варианте. Поттер,

<sup>1</sup> Фут Ф. Эвтаназия // Философские науки. 1990. № 6. С. 64–68.

<sup>2</sup> Kettner M. Neue Formen der verspaltene Elternschaft // Aus Politik und Zeitgeschichte. В. 27, 2001.

<sup>3</sup> Новотны Х., Теста Дж. Обнаженные гены: переосмысление человечества в молекулярный век. Гл. 2 / Пер. Е.Г.Гребеншиковой, Л.П. Киященко. Интернет ресурс: [transstady.ruc.5](http://transstady.ruc.5)



будучи представителем конкретно-научного знания, говорил о мосте между ценностями и науками о жизни, находясь определенно по одну сторону этого «моста» — на стороне научного знания, которое, по его мнению, нуждается в гуманитарном измерении. В практике нормализации мы видим тенденцию из обратной перспективы, когда ценностным содержанием наполняется то, что приходит из научно-технологической сферы. Этот трансфер казалось бы, вполне закономерен, однако если он осуществляется однонаправленно и биоэтика превращается в Харона, с движением только в одну сторону, без возможности влиять на сам ход научного поиска, то происходит превращение изначального смысла моста как места интеграции. Получается так, что биоэтика выступает в качестве социогуманитарной технологии, элементом менеджмента в сопровождении научных открытий, их популяризации, адаптации, нормализации и распространения в обществе. На это обратил внимание П.Д. Тищенко<sup>1</sup>; Также подобный тренд биоэтики связан с ее трансдисциплинарным характером, на что указывается в исследованиях Л.П. Киященко<sup>2</sup> и Е.Г. Гребенщиковой<sup>3</sup>.

Эпистемический продукт биотехнологий, воплощенный в новом лекарственном средстве или диагностическом тесте, будет уже в себе содержать гуманитарную оценку этической экспертизы научного проекта. Однако, если эта оценка проводилась по рутинным методикам на соответствие установленным государством стандартов, то вряд ли стоит такую экспертизу и, одновременно, нормализацию расценивать как выявляющую ценностное содержание и устанавливающую целевоемерность технологии. Например, при осуществлении этической экспертизы проекта с участием человека в первую очередь должны рассматриваться риски для испытуемого с учетом его индивидуального и социокультурного положения. На деле экспертиза в рамках проверки протоколов на соответствие правилам GSP (которые в России сегодня возведены в ранг требований ГОСТа) превращается в бюрократическую практику. Эпистемическая тавтология по Новотны и Теста подразумевается самим механизмом «этической экспертизы», в которой нет ничего от этики. Выверенный по стандарту протокол обещает не столько защиту, сколько легитимное продвижение биотехнологических новинок. Желаемое «преодоление дивергенции экспертного и профанного знания», которое, по мнению Е.Г. Гребен-

<sup>1</sup> Тищенко П.Д. Социальные технологии и трансдисциплинарные основания инноватики // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 14: Трансдисциплинарность, нанотехнологии и инноватика: сб. науч. ст. / под ред. П.Д. Тищенко. М. : Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2012. С. 12.

<sup>2</sup> Киященко Л.П. Биологос: синергетика трансинтервала // В пространстве биологоса. СПб. : Изд. дом «Мирь», 2011. С. 65.

<sup>3</sup> Гребенщикова Е.Г. Этнос «постакадемической» науки и трансформация нравственных императивов производства знания // Интеграция образования. 2012. № 1. С. 33.

щиковой<sup>1</sup>, должно происходить в инновационных коммуникативных моделях на деле оборачивается заменой мнений на нормы, которые позволяют легитимно действовать.

Даже в сфере образования наблюдается подобное вымывание ценностного измерения из того, что называется преподаванием биоэтики. Сведение содержания дисциплины к усвоению установленных норм (это чаще всего зафиксированные нормы в различных видах законодательных актов) обесмысливает процесс преподавания биоэтики. Симптоматичной является тенденция перевода преподавания биоэтики в медицинских ВУЗах с философских на кафедры, где преподается право, организация здравоохранения и т.п. Самое важное, что пресловутой нормализации в этом виде распространения биоэтического знания не происходит. Поскольку нормализация – прежде всего формирование культурно адаптированной поведенческой матрицы, некоего габитуса, предопределяющего моральные выборы и антропологические установки (которые задают параметры человеческой идентификации в сложных моральных коллизиях современной биомедицины). Структурные паттерны культуры формируются в процессе ценностной рефлексии в различных формах культурного опыта. Биоэтические дискуссии как формы трансфлексии, формы смыслопорождения чрезвычайно важны. Биоэтика из институционально-юридического направления должна наполняться встречным потоком смысловых определений, исходящих из стихии жизненного мира культуры и индивида. Нормализация не должна заменяться нормативацией.

## **ЭТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НОВОГО ПРОЕКТА ФЗ РФ «О ДОНОРСТВЕ ОРГАНОВ, ЧАСТЕЙ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ (ПЕРЕСАДКЕ)»**

*Силуянова И.В.*

Министерство здравоохранения РФ в 2013 году представило для обсуждения новый законопроект о трансплантации. Он призван сменить действующий с 1992 года Закон Российской Федерации № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Почему возникает необходимость сменить законодательное регулирование такого направления медицинской деятельности как трансплантация органов и тканей человека? Меняется ли этический смысл законодательного регулирования трансплантации? Ответ на этот вопрос может быть дан прежде всего на основе сравнительного анализа двух документов. Сравнительный анализ выявляет следующее:

<sup>1</sup> Гребенщикова Е.Г. Коммуникация рисков в биоэтике // Философские исследования. 2012. № 5.

1. Новый законопроект (ЗП) «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)» является значительно более детальной регламентацией трансплантации и представляет собой практически скрупулёзную, пошаговую пропись действий всех участников процесса.

2. Новый ЗП учреждает организацию отдельных медицинских структур, которые будут заниматься регистрацией, координацией, учетом, контролем, мониторингом процесса донорства органов человека и их трансплантации, анализом результатов деятельности системы донорства органов человека и их трансплантации, ведением единого листа ожидания, распределением органов, разработкой и осуществлением программ обучения и т.п. Трансплантация в России отныне будет представлять из себя целую систему организаций и форм деятельности, обеспечивающих донорство органов человека и их трансплантации.

3. Новый ЗП вводит федеральный регистр доноров органов, реципиентов и донорских органов человека, что, безусловно, имеет своей целью контроль за распределением и профилактику злоупотреблений в этой области деятельности.

4. Авторы законопроекта понимают значение контроля в данной области особенно в связи с тем, что разрешение на изъятие органов человека для трансплантации, получают не только медицинские организации государственной, муниципальной, но и частной системы здравоохранения.

5. Новый ЗП преодолевает долгое время существовавшее противоречие между двумя действующими законами «О погребении и похоронном деле» (от 12 января 1996 года № 8-ФЗ) и «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (от 22 декабря 1992 года № 4180-1) относительно права родственников на отказ от изъятия органов из трупа близкого человека. К чести авторов законопроекта это противоречие устраняется и родственники получают право на отказ от изъятия органов умершего.

6. Новый ЗП сохраняет важнейший принцип запрета купли-продажи органов и тканей человека, отсутствие которого в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (от 21 ноября 2011 года) смутило многих граждан. Ведь, как известно, «что не запрещено, то разрешено». В связи с этим многие ужаснулись перспективе организации «рынка» органов человека в России.

7. Новый ЗП сохраняет и родственный характер живого донорства, что также является важнейшим препятствием «торговли» органами от живых доноров и что также отсутствует в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (от 21 ноября 2011 года).

Тем не менее, для многих очевидно, что появление нового законопроекта было вызвано практически тупиковым положением данной

отрасли современной медицины в России в связи с рядом уголовных «трансплантологических» дел и сформировавшимся устойчивым недоверием общества к данному виду медицинской деятельности. В значительной степени уголовные дела и процессы, а так же и устойчивое недоверие к трансплантации в обществе были связаны с этической некорректностью действующего закона и отсутствием детальной правовой регламентации трансплантологической деятельности. Преодолеть эту ситуацию и призван новый законопроект. Не случайно, в статье 2 ЗП в качестве цели нового Федерального Закона определяется: «создание этической правовой системы по осуществлению донорства органов человека и их трансплантации». Цель определена, но будет ли она достигнута?

Достижение данной цели остается все же весьма проблематичным. К сожалению, в ЗП сохраняется принцип получения донорских органов от трупа, получивший название «презумпция согласия», что означает фактическое отсутствие согласия человека на действие по забору его органов после смерти, оно лишь подразумевается. Подразумевать можно многое, включая как согласие, так и несогласие, но конкретное действие с человеком (даже умершим) без его конкретного согласия на это во всех этических системах прошлого и настоящего определяется как насилие. Именно поэтому многие страны в качестве основополагающего выбирают другой принцип – принцип «презумпции несогласия». Согласно этому принципу забор органов и тканей не будет осуществлять ни один врач, если перед ним не будет лежать юридический документ, разрешающий это действие. Принцип «презумпции несогласия» является основной нормой регулирующей трансплантацию в США и в этическом отношении, безусловно, корректен. В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви» утверждается, что «так называемую презумпцию согласия потенциального донора на изъятие органов и тканей его тела, закрепленную в законодательстве ряда стран, Церковь считает недопустимым нарушением свободы человека». К сожалению, новый законопроект опять помещает Россию в ряд этих стран. Проект нового законодательного акта, вновь допускает разлом между моралью и законодательством, который неизбежно влечет за собой нарушение естественного человеческого права на защиту от насилия и свободу.

## **ПРИНЦИП ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ В БИМЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

*Стружков П.В.*

Современное общество требует от биологов новых лекарств для обеспечения полноценной жизни на длительный период и одновре-

менно настаивает на уменьшении числа животных, необходимых для создания этих самых лекарств. Единственно этически адекватным путем выхода из этого фундаментального противоречия лежит в направлении создания альтернативных технологий в биомедицинской науке и образовании. Свои этические проблемы возникают при этом в науке и в биологическом образовании.

Основные этические проблемы у студентов-биологов появляются тогда, когда оказывается, что они должны проводить различные операции на высших животных. Необходимость проведения экспериментов на высших животных становится шокирующей реальностью, к встрече с которой студент оказывается не готовым<sup>1</sup>. Налицо ситуация неполного информирования абитуриента и студента-биолога о структуре и характере биомедицинского образования, включая обязательные курсы по физиологии. Для снятия этой проблемы предлагается использовать практику принципа информированного согласия и расширить область его применения в биомедицинское образование.

Проблема использования высших животных в биологии весьма болезненна. Каждый день сотни тысяч невинных животных погибают мучительной смертью в медицинских и фармакологических лабораториях по всему миру. Только за 2002 год в ходе экспериментов в 15 странах ЕС погибло 10,7 млн животных. Лишь недавно ситуация стала меняться. Сама идея разработки альтернативных способов проверки веществ и продуктов на безопасность возникла еще в 1959 г., когда Уильям Рассел и Рекс Берч из Университетской федерации защиты животных в Великобритании сформулировали принцип трех «R» – reduction (уменьшение), refinement (усовершенствование) и replacement (замена) – направленный на то, чтобы облегчить страдания лабораторных животных<sup>2</sup>.

Первое «R» (уменьшение) ставит своей целью организацию экспериментов таким образом, чтобы получать необходимую информацию с применением минимального числа животных. Для выявления изменений в органах можно использовать следующие методы: рентгенография, магнитно-резонансная томография. Такой подход позволяет провести все исследования на одном подопытном существе, в отличие от прежних экспериментов, когда отбиралась группа животных, и затем на каждом этапе испытаний умерщвлялось одно из них, с тем чтобы проследить влияние препарата на различные органы, например, на печень.

Следующий шаг – использование для тестирования простейших организмов. В последние несколько лет в экспериментах по изучению влияния различных химических веществ на формирование нервной

<sup>1</sup> Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. М., 1997. С. 6–50.

<sup>2</sup> Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М., 1998.

системы все чаще используются черви. У этого вида идентифицированы все основные гены: если какое-либо химическое вещество включает или исключает какой-либо ген, то событие сразу дает о себе знать появлением или исчезновением его белкового продукта или изменением метаболизма. Можно даже обойтись без самих подопытных, ограничившись их генами, нанесенными на чип, обработав который исследуемым веществом, можно идентифицировать те гены, которые оно активирует, и сделать соответствующие выводы.

Смысл последней компоненты принципа трех «R» (замена) состоит в полном исключении животных из процедуры тестирования, что не только сохраняет им жизнь, но и позволяет получать более точные результаты за короткое время. Большинство гормональных тестов раньше проводилось на животных, процедура была длительная и трудоемкая. Сегодня подобные анализы занимают значительно меньше времени и основываются на применении химических или иммунологических методов. Известно, что «Информированное согласие» – процесс добровольного подтверждения пациентом его согласия участвовать в том или ином исследовании после того, как он был ознакомлен со всеми аспектами исследования<sup>1</sup>.

В рамках применения принципа «информированного согласия» реализуется три других фундаментальных общечеловеческих принципа: «Автономия человека. Право личности на информацию. Право выбора». В описываемом случае, студент не был обеспечен в полной мере полной информацией о биологическом педагогическом процессе. Кроме того, у него отсутствовало право выбора альтернативных подходов и методов в биомедицинском образовании.

Применение правила трех R на практике ведет и к пересмотру системы обучения в учебных заведениях биомедицинского и ветеринарного профиля. Процесс обучения должен строиться так, чтобы живые животные использовались только в самых необходимых случаях. Работа с трупным материалом и муляжами, видеофильмы и компьютерные модели, специальные обучающие программы – вот те альтернативы, которые должны широко применяться в учебном процессе. Большую часть необходимых практических занятий с животными необходимо проводить как показательные, и только, когда профессиональная подготовка требует получения специальных навыков, на старших курсах университетов, обучающиеся могут самостоятельно работать с животными, но обязательно под непосредственным наблюдением высококвалифицированного специалиста<sup>2</sup>.

Следует отметить, что реализация принципа «Replace» идет недостаточно энергично. Причиной этого является небольшое число

<sup>1</sup> Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М., 1998.

<sup>2</sup> Иванюшкин А.Я. Введение в биоэтику. М., 1998. С. 53–69.

биологических моделей – объектов исследований. Введение нового животного в исследовательскую и образовательную практику требует длительной подготовки, всесторонней проверки его соответствия поставленным задачам, и адаптации к нему самих исследователей. Тем не менее, есть реальная альтернатива использованию высших животных в биологической науке и образовании.

Примером успешного введения нового биологического объекта в образовательный цикл являются пресноводные плоские черви – планарии. Планарии легко культивируются в условиях лаборатории, имеются чистые линии (расы) этих животных. Они обладают выдающимися способностями к регенерации – восстановлению утраченных частей тела и их заживлению после любых повреждений, поэтому являются классическим объектом для изучения регенерации. Вся эта совокупность достоинств планарий делает их идеальным объектом для начинающих биологов и медиков, с точки зрения приобретения навыков экспериментальной работы. Фактически неограниченная способность планарий к регенерации делают их идеальным объектом с точки зрения биоэтики, как в науке, так и в образовании, поскольку вероятные ошибки при проведении операций никогда не приводят к гибели подопытных животных. Таким образом, студенты могут получать необходимый опыт экспериментальной работы без биоэтических ограничений<sup>1</sup>.

Таким образом, реальная трансформация учебного биологического процесса потребует проведения комплекса мер, включающих приведение в соответствие с биоэтическими требованиями учебных практикумов, широкое внедрение муляжей, видеофильмов и компьютерных моделей, создание новых практикумов с использованием беспозвоночных животных, а также широкое информирование школьников-абитуриентов об особенностях и трудностях биомедицинского образования.

Представляется, что реализация абитуриента на информацию о структуре образовательного цикла может быть проведена относительно быстро и не потребует значительных материальных затрат. Абитуриенты – будущие студенты биомедицинских факультетов – должны получить всю информацию о своей будущей профессии, включая данные по проведению экспериментальных работ на высших животных для студентов специализированных кафедр. Эти сведения должны быть включены в программу подготовительных курсов по биологии для абитуриентов и опубликованы в справочниках для подготовки к поступлению на биологические и медицинские факультеты.

---

<sup>1</sup> Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. М., 1997. С. 33–65.



## ПРОБЛЕМА ЦЕЛЕЙ И СРЕДСТВ В БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ

*Фирсов Д.Е.*

Интенсивность процессов развития современной медицины и фармации обращает внимание специалистов на ряд проблем, возникающих на стыке специально-научных, правовых и социокультурных интересов. Решение этих вопросов, имеющих как общефилософскую, так и актуально-практическую, профессионально деонтологическую основу является задачей биомедицинской этики (биоэтики) как междисциплинарной области гуманитарных исследований.

Одной из ключевых актуальных задач современной биомедицинской этики является осмысление проблемы нормативного релятивизма. Данная проблема не ограничивается вопросами соответствия или расхождения в традиционных парных связках «мораль и нравственность», «мораль и право» или «свобода и ответственность». В условиях постоянного совершенствования технологий в медицине и фармации актуальным становится вопрос оптимизации соотношения в практической деятельности медицинского и фармацевтического работника значения профессиональных целей и средств их реализации.

Проблему расхождения концептуальных подходов к задачам этики с позиции приоритета ожидаемых результатов или применяемых для их достижения методов исследовал в частности итальянский интеллектуал Н. Боббио<sup>1</sup>.

Н. Боббио определил различия в решении вопросов преимущественного значения целей и средств как взгляды «идеологов» и «экспертов». Основанием принципа их разграничения служит «различие между рациональной деятельностью ценностного и целевого порядка». Для «идеологов», по мнению Н. Боббио, приоритетностью обладают «руководящие принципы», идеалы, концептуальные задачи. В данном подходе рациональность связывается с обоснованием ценностей или целей.

«Эксперты» ориентированы на приоритет способов познания, технических решений, технологий. С данной точки зрения рациональный подход к решению задач предусматривает обоснование средств достижения цели<sup>2</sup>.

Исходя из задач «экспертного» и «идеологического» типа определяется и характер связанной с ними ответственности. В отношении субъекта целевого выбора, как отмечает Н. Боббио, источником ответственности является «этика добрых устремлений». В качестве

<sup>1</sup> Боббио Н. Интеллектуалы и власть // Вопросы философии. 1992. № 8. С. 162–171.

<sup>2</sup> Там же. С. 164–165.

регулятора деятельности «эксперта» выступают критерии «этики ответственности» за последствия применения предлагаемых методов<sup>1</sup>.

В современной биомедицинской этике (биоэтике) проблема этики целей и этики средств тесно смыкается с вопросами мировоззренческих приоритетов специалиста. Безусловно, основой этического выбора в медицине и фармации является аксиологическая парадигма современной науки, опирающаяся на преэминентность профессиональных ценностей, гуманистические идеалы и закреплённая в форме правовых регуляторов. Но содержание общих понятий, определяющих «экстремум» этических решений медицинского и фармацевтического работника, может корректироваться в зависимости от приоритетности индивидуальных установок целевого или инструментального типа.

Позиция «идеолога» формирует широкое пространство для дискуссий, как о конечном смысле профессиональной деятельности, так и о практических задачах в конкретных профессиональных ситуациях. Предметом такого обсуждения в медицине и фармации может стать вопрос о ценности человеческой жизни, о необходимости бороться за здоровье человека в различных ситуациях, о праве пациента на выбор продолжения или прекращения собственной жизни. При этом, признав предпочтительность одной из существующих точек зрения на проблему, «идеолог» не всегда критически подходит к задаче выбора морально и нравственно адекватных средств достижения оптимального результата.

С позиции «эксперта» теоретические вопросы представляются априорно решёнными. Акцент ответственности смещён в сторону оптимального выбора методов, обеспечивающих ожидаемый результат. Вопрос об источнике компетентных решений относительно поставленных задач, вопрос приемлемости целей, в данном случае может заменяться вопросом квалификации, необходимой для их достижения.

Различие «целевых» и «экспертных» подходов находит отражение в продолжающихся дискуссиях по таким предметно глобальным проблемам как евгеника и эвтаназия, в решении вопросов информированного согласия, определения уровня качества жизни.

Принцип информированного согласия включает общепринятое на уровне морали требование к достоверности предоставляемой информации. Соккрытие профессиональной информации медицинским и фармацевтическим работником может трактоваться как нарушение прав пациента. В практическом аспекте условия реализации принципа информированного согласия можно сформулировать как требования «говорить правду» («сообщать истину») и «не лгать» («не вводить в заблуждение»). В первой (подписывающей) форме данный

---

<sup>1</sup> Там же. С. 166.

императив однозначно устанавливает необходимость достоверного информирования – как цели. Во второй (ограничивающей), исключая ложь, не исключает сокрытия правды – как средства.

Эти вопросы необходимо учитывать и в процессе преподавания биоэтики как учебной дисциплины, раскрывая их как на теоретическом, так и на практическом уровне.

При обсуждении проблемы целей и средств важно обоснование теоретических предпосылок неприемлемости использования безнравственных, аморальных поступков в качестве инструмента достижения результатов, получение которых возможно иными, нравственно и морально допустимыми методами. В качестве иллюстрации можно использовать текст романа Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание» – эпизод оправдания одним из персонажей книги убийства и ограбления «коллежской секретарши» Алены Ивановны возможностью «посвятить потом себя на служение всему человечеству и общему делу». Необходимо обратить внимание аудитории на то, что в этой цинично спекулятивной концепции получение декларируемого результата с помощью собственного труда, интеллектуального и духовного самосовершенствования не учитывается.

Примером искажённого представления о смысле и задачах профессиональной деятельности могут быть действия исследователей и организаторов медицинских экспериментов, признанные преступными в ходе «малого» международного Нюрнбергского процесса 1946–1947 гг.

Как и в других отраслях науки, в медицине и фармации опасность представляют утопическое мышление «безответственных идеологов» и техническое самоограничение «безответственных экспертов». Пренебрежение со стороны радикальных «идеологов» природой средств, как и игнорирование крайними «экспертами» вопроса допустимости результата, может привести к этическому парадоксу морально-нравственного диссонанса поставленных целей и применяемых технологий.

Для решения проблемы нормативного релятивизма важно предупреждение самоограниченности медицинского и фармацевтического работника в рамках «идеологических» или «экспертных» интересов. Как и представители других профессий, специалист в области медицины и фармации, основываясь на требованиях закона должен уметь сочетать рациональные решения как теоретических, так и практических задач, определять этическое соответствие стратегии и тактики профессиональной деятельности. В практическом плане эта задача может решаться за счёт применения принципа поэтапного раскрытия содержания ответственности, предполагающего последовательное выявление целевых, инструментальных, компетентностных приоритетов<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Томашов В.В. Социальная ответственность как регулятор творческой деятельности // Наука и творчество. Методологические проблемы: Сб. науч. тр. Ярославль, 1986. С. 113–118.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ БИОЭТИКИ

Целева Н.В.

Биоэтика раскрывает способность личности к заботе о жизни и правах живого на дочеловеческом, нечеловеческом, недочеловеческом уровнях. Для такого отношения необходимо признание любого живого как источника отношений, почти равных субъектным человеческим отношениям. В основе такого отношения лежит признание права на жизнь не только человека, но и других живых систем. Здесь встает вопрос о *методологических основаниях биоэтики*.

В учебнике «Основы биоэтики» Я.С.Яскевич<sup>1</sup> отмечается, что методологическим основанием биоэтики являются общечеловеческие ценности, а также фундаментальные принципы экологической этики. Вопрос об общечеловеческих ценностях является достаточно спорным и не может служить методологическим основанием современной биоэтики. Общечеловеческих ценностей как нравственных представлений с одинаковым для всех народов и культур содержанием не существует. В христианском учении о нравственности утверждается, что при создании человека в его душу был положен естественный закон. Суть его, как отмечает Феофан Затворник, рассудительность, благоразумие, любовь и прочие добродетели. Этот факт объясняет абсолютность морали. Однако содержательное наполнение моральных кодексов различно. Все призывы к сохранению общечеловеческих ценностей при реальном конфликтном столкновении превращаются в пыль.

В США, где вопросами биоэтики стали заниматься гораздо раньше, чем в России, очень сильна тенденция сведения всего комплекса биоэтических проблем к решению частных случаев в практике, которые решаются, преимущественно с правовых позиций, что полностью отвечает прагматистской методологии, господствующей в американской философии.

И.В. Силуянова выделила натуралистическо-прагматический и идеалистически-деонтологический типы этических теорий и типы методологии в решении биоэтических проблем. Теоретические установки натуралистическо-прагматической этики являются основаниями для современного либерального обоснования морально-этической «правомерности» эвтаназии, экономической и демографической целесообразности «прогностического» контроля медицинской генетики за «здоровьем населения», правомерности уничтожения жизни на эмбриональном уровне, просчитывания «цены» трансплантологического продления и завершения жизни по критериям «смерти

<sup>1</sup> Яскевич Я.С. Основы биоэтики: учебное пособие / Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов, Б.Г. Юдин, Т.В. Мишаткина и др. Мн. : Вышэйшая школа, 2009. 351 с.

мозга» и т.п. Идеалистически-деонтологические принципы исходят из признания абсолютных основ морали и биоэтические проблемы рассматривают в контексте общих этических принципов<sup>1</sup>.

Авторы учебника «Биоэтика» Элио Сгречча и Виктор Тамбоне отмечают плюрализм и разнообразие подходов в обосновании биоэтических принципов, норм и правил. Они вводят термин «мета-биоэтика», под которой понимают такой вид оправдания, который опирается на рациональное обоснование ценностей, принципов и норм в биоэтической сфере. В сфере метабиоэтики Э. Сгречча и В. Тамбоне выделяют следующие модели обоснования биоэтики: 1) социобиологическая, 2) субъективистская или либеральная, 3) утилитаристская, 4) персоналистическая модели<sup>2</sup>. Социобиологическая модель представляет вариант методологии биоэтики и этики, в соответствии с которой нам не дано познать никакого стабильного единства и никакого универсализма ценностей, никакой нормы, истинной для всякого человека во все времена. Утилитаризм исходит из принципа полезности и максимального блага максимального числа людей, что означает правоту большинства (и сильнейшего в конечном итоге).

Основной тезис либеральных этических течений заключается в том, что мораль нельзя обосновать ни на фактах, ни на объективных или трансцендентных ценностях и что единственной предпосылкой для этого служит автономный выбор субъекта. Единственным ограничением автономии при этом служит свобода другого. Как замечают авторы учебника, очевидно, того, кто в состоянии воспользоваться этой свободой. Но если речь идет об отказе от рационального обоснования морали, особенно в отношении тех, кто не обладает моральной автономией (эмбрион, зародыш, умирающий) и соответственно никак не может заявить о своей свободе, этический либерализм в конце концов скатывается на позиции узаконивания насилия и правоты сильнейшего.

Персоналистическая традиция своими корнями уходит в сам разум человека и в сердце его свободы: человек — это личность, потому что он единственное существо, в котором жизнь становится способной к размышлению о себе самой, к самоопределению; он единственное существо, которое обладает способностью постигать и открывать смысл вещей, осмысливать свои проявления и свой сознательный язык. Эта модель исходит из понятия личности не только в субъективном смысле, как индивид, индивидуальность, но и как онтологическая и трансцендентная ценность. Личность ценна тем, что есть.

<sup>1</sup> Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы: учеб. пособие. М. : Грантъ, 2001. 192 с.

<sup>2</sup> Сгречча Э. Биоэтика: учебник / Э. Сгречча, В. Тамбоне. М. : ББИ, 2001. 432 с.

Сегодня, на наш взгляд, стоит говорить о гуманистической методологии биоэтики, под которой скрывается и социобиологическая, и либеральная, и утилитаристская модели, и о религиозной методологии. В.В. Зеньковский считает, что душа гуманизма состоит в искании основ морали вне Христа. Поскольку всякая мораль, прежде всего, определяется учением о свободе, постольку важно понять, что означает свобода в гуманизме. Свобода в гуманизме — основополагающая ценность. Современная культура абсолютизирует свободу, рассматривая ее вне дочеловеческого и надчеловеческого бытия. Отсюда выводится учение о достоинстве человека. Такое представление о свободе без ответственности ставит проблему мировоззренческого плюрализма. Из него вытекает толерантная идея признания равноправия различных мировоззрений, которая граничит с релятивизмом, субъективизмом и моральным анархизмом.

Религиозно-гуманистическая методология также неоднозначна, на наш взгляд. Она включает в себя: 1) идеалистические этические учения, являющиеся основой для решения биоэтических проблем, например этическое учение И. Канта; 2) консерватизм как методологию биоэтики, к которому можно отнести не всегда только религиозное, но обязательно опирающееся на традиции, обычаи обоснование этических и биоэтических норм, например решение биоэтических казусов в исламе; 3) христианское (православное) видение и решение биоэтических проблем и казусов.

Рассмотрение И.В. Силуяновой и В.Н. Засухиной христианства (православия) в рамках консервативной биоэтики, по нашему мнению, не совсем оправдано. Консерватизм часто воспринимается как приверженность ко всему устаревшему, отжившему, враждебность и противодействие прогрессу. Христианское учение, если посмотреть 12 главу «Проблемы биоэтики» «Основ социальной концепции Русской православной церкви» не консервативно. Христианство верно своим основам, составляющим суть учения. Кроме того, в христианстве нет «правил морали», как нет и правил разрешения конкретных биоэтических проблем и казусов. Деятельность разума при создании этических норм в православии предопределена жизнью его сердца, открытой Богу. Добродетель как настроение духа, а не душевное качество — это «ревность и сила пребывать в порядке христиански нравственной жизни»<sup>1</sup>, которая определяется заповедями любви, а не формальными правилами и готовыми ответами на все случаи жизни. Духовность как подлинная связь человека с Богом открывает истинное представление и о личности, и о свободе и дает духовный, а не формальный критерий для различения духовного и морального добра и зла.

---

<sup>1</sup> Феофан Затворник (Вышенский), святитель Начертание христианского нравоучения. М. : Отчий Дом, 2008. С. 166.

## **ОБЩАЯ ТЕОРИЯ КОРЯВОСТИ: ВИРТУАЛЬНАЯ БИО-ЭТИКА ВНУТРИ ТРАДИЦИОННОЙ БИОЭТИКИ**

*Юрьев Г.П.*

В основе биоэтических проблем современной цивилизации лежит исторически эволюционирующий конфликт между симметрией идеального равенства и природной асимметрией, элементы и события внутри и вовне которых измеряются и описываются в соответствии с положениями общей теории корявости мира и человека (Г.П. Юрьев, 2012). Например: 1) симметрией обоснован утопический концепт абстрактной «справедливости» как морального долга всех перед всеми; 2) асимметричные неравенства как естественные проявления социально-биологической жизни природы решают свои разные задачи и устремления вопреки правилам симметрии. По сути, мы говорим о противостоянии корявости и симметрии как виртуальных протагонистах нормы и патологии, «добра» и «зла», идеального и материального, психического и физического, души и тела, абстрактного и конкретного и т.д.

Приведу пример из психотерапевтической работы. Ко мне приходят люди с разными психологическими и психосоматическими проблемами, но нет большого смысла спрашивать их о жалобах, анамнезе и прочих симптоматических деталях, т.к. в 100% будет рассказана стандартная легенда о каком-то непреодолимом «зле». Я даю страдальцам простое задание за короткое время написать ответы на последовательно задаваемые внутрь себя вопросы: «Кто Я?», «Кто не Я?», «Чего я хочу?», «Чего я не хочу?». В 90% ответов содержатся совершенно абстрактные самоидентификации и «хотелки» типа «счастья», «здоровья» для себя и для других, «уважения» и т.п. Оказывается, что простое действие может «открыть глаза» страдающей от чего-то или кого-то личности на свой внутренний мир и на множественные проявления виртуального человека вовне. Это соответствует известному постулату о том, что истинные, иррациональные корни любой рациональной деятельности человека скрыты в его «кентаврической» природе под маской правил и законов, созданных людьми для себя и для других, и всё это интегрировано в сознании, в индивидуальном и коллективном «уме-разуме».

Кратко о теории вопроса из темы онтологии минимальных структур и функций сознания – многозначного термина, который используется и понимается по-разному в широком спектре научных и религиозных представлений. По мнению автора, сознание – это восприятие и оценка мультимодальной информации о каких-либо внешних и внутренних событиях, её сопоставительный анализ и интегральный отчёт как условие обоснованного решения на какое-



то конкретное действие или бездействие. Фактически, к сознанию применима стандартная древовидная модель выбора альтернатив, в которой самым спорным атрибутом избирательной системы является вечный вопрос об оценщиках вариантов: «А судьи кто?» Простого ответа нет, а в картезианском дуализме он по определению не может быть дан вообще, кроме как с использованием дополнительной модели мистического «третьего глаза». Авторский вариант трилемматического решения этой проблемы теоретически обосновывает мифологическую правоту «всевидящего ока» как виртуальной реальности, имманентной бытию, а также доступной пониманию, измерению и изменению.

Начну с определения: *реальный психофизический мир материален, виртуален, полионтичен, минимально троичен, смыслогенетичен, множественно асимметричен, коряв, динамичен: реверсивно, циркулярно и Мёбиусно алгоритмичен, а потому мультилогичен, — и это необходимая естественная норма смысло-энергетических структур и функций человека и социума.* Такая природная закономерность позволяет мозгу как мультифункциональному, объёмному, но далеко не всеобъемлющему уму-разуму анализировать различия и синтезировать из них новые смыслы, функции, статусы и процессы, а также управлять ими по правилу «разделяй и властвуй».

Речь идёт об **изначально нулевом**, базовом, корявом и неделимом сочетании двух истинно противоположных физических статусов с их тремя процессуальными (виртуальными) смыслами (функциями). Наука исходит из принципа развития единичного с переходом количества в качество, при этом все противоречивые теоретические модели изначально базируются на одной и той же исходной позиции, согласно которой «единица» является основным элементом любой системы. Человек упорно пытается действовать вопреки интуитивному опыту, который не всегда соответствует рациональным знаниям, и явное множество сочетаний свести к эмпирически очевидной для него единице. Фактически же единица никогда не бывает одна, и даже только вдвоём она никогда ни с кем не может быть. Их всегда трое на двоих: три разных по смыслу дела на два истинно антиподных по объединяющему их смыслу тела, вместе и одновременно — это и есть предмет и сфера теоретических и практических исследований новой научной дисциплины трилемматики и виртуальной био-этики. Диалектика и диалектический материализм в этом научном подходе выступают структурными частями триалектики (трилемматики) и, соответственно, триалектического (трилемматического) виртуализма.

Определение: *трилемматический виртуализм (трилемматика) — это научно обоснованный теоретико-прикладной метод познания и рационально-иррационального изменения динамики реально и виртуально взаимодействующих между собой множественно организованных*

*смысло-энергетических структур (статусов) и процессов в трёх, как минимум, контурах линейного, циркулярного и Мёбиусного порядков управления.*

Статусные реальности включают в себя неживые природные и созданные живыми существами макро- и микро- объекты, а также физические и социальные регулятивы – скрытые и проявленные природные и социальные законы отношений между статусами и процессами. Процессуальные реальности – это виртуальные волновые (физически неживые) и био-этические (физически живые) реальности. Эти реальности всегда вторичны и возникают – порождаются – только при взаимодействии статусных, либо статусных и виртуальных реальностей. Например: звук, свет, тепло, холод, гравитация, ветер и др. – это виртуальные физически неживые реальности, т.к. самих по себе первичных света, звука, ветра и т.д. в природе нет без взаимовоздействия порождающих их макро- и микро- физических тел и процессов. Главное в том, что виртуальная реальность может стать управляющей и даже первичной для вторично порождённых статусных и новых виртуальных реальностей. Непрерывные статусные и процессуальные взаимопереходы физических реальностей в трилемматических регулятивах отношений посредством линейных, циркулярных и Мёбиусных контуров управления есть имманентная основа бытия. Это можно обозначить как «физическая и техническая виртуальность» в своём пределе.

В каждом минимальном элементе бытия, сколько бы его ни делили и ни приумножали, всегда есть два противоположных по смыслу «или/или» тела и три общих для них смысло-энергетических дела «или/и/или», и порождённые ими кванты событий в разном со-бытии. События порождают – неравномерно делятся и приумножаются – статусы и процессы, и разное размерное пространство и время между событиями.

Неразрывное единство «или/и/или» есть минимальная статусно-процессуальная и смысло-энергетическая единица бытия трилемма (–Т+). Тела и дела внутри трилеммы связаны между собой по её главному **закону тройной истинности**: *если два смысла (функции) истинно противоположны друг другу, то они одинаково истинны в третьем и общем для них смысле (функции)*. Третий смысл «и» метафорически как раз и есть тот самый «третий глаз», главный «оценщик, держатель и управитель» двух антиподных статусов и процессов в парадигме «разделяй и властвуй». У него есть цель удержать, как минимум, два своих «родных» противоречия, одно из которых считает себя «добром» а супротивника – «злом», и наоборот. Это трансцендентная функция по Юнгу и парциальная квантовая, физиологическая и социальная телеология (микротелеология) по мнению автора этой статьи. Не вызывает сомнений то, что третий смысл наследуется более жёстко,

чем управляемые им противоречия – этот раздел смыслогенетики требует отдельного рассмотрения. Существенно то, что подобно генам третий смысл обладает свойством репликации, т.е. относится к объектам, которые копируют сами себя.

В становлении виртуальных био-этических реальностей стихийная регуляция повторяющихся процессов и переходов приобретает качественно иные свойства самоуправляющейся иерархизации и воспроизводства статусов и процессов. В этой эволюционирующей реальности появляются первые рефлексивные смыслы телесности типа «могу – не могу», эмоциональности типа «хорошо – плохо» и элементарной разумности типа «хочу – не хочу». Это можно обозначить как «этическая виртуальность» в пределе 4 типов морально-этических суждений (квадрэтики): «хорошо о хорошем» (позитивно о позитивном), «хорошо о плохом» (позитивно о негативном), «плохо о хорошем» (негативно о позитивном) и «плохо о плохом» (негативно о негативном). Квадрэтика структурирует виртуально проживающий в индивидуальном и коллективном сознании концептуальный квадрат из шести оппозиций: [биоэтика <sup>мораль</sup>этика био-этика]. В таком измерении биоэтика как «макроэтика» симметрии оперирует социальными категориями абстрактной моральной «справедливости – несправедливости», а био-этика как субличностная «миниэтика» природной корявости соотносит моральные правила внешнего «закона» с иррационально-биологической и рационально-логической «полезностью – вредностью» внутренних субличностных «хотений».

Случайность симметрии виртуализирует множественную корявость человеческого сознания как недостижимый идеал красоты. Но... красота симметрии непрерывно порождает и разрушает случайности иллюзорного «прямого» мира, а красота корявости сохраняет и воспроизводит закономерную непрерывность реального мира. Знаменитое «прокрустово ложе» стало крылатым выражением и означает желание подогнать что-либо под жёсткие рамки или искусственную мерку, иногда жертвуя ради этого чем-нибудь существенным. Корявость можно рассматривать как основу толерантности, а симметрию как причину нетерпимости и, как логический антипод самой себе, природу социальных инверсий и морального иждивенчества – главных грехов современной биоэтики.

Общая теория корявости позволяет по-новому рассмотреть некоторые трудно решаемые проблемы традиционной «большой» биоэтики с учётом появившихся возможностей инструментального измерения статусов и процессов виртуальной био-этики «малого» с помощью «Эгоскопии» и «Интернет-цветографии» технологии «УллаДа».

# БИОПОЛИТИКА. БИОВЛАСТЬ

## СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП ЭВОЛЮЦИИ КОНЦЕПТА «МУЖЕСТВЕННОСТИ» В КОНТЕКСТЕ БИОВЛАСТИ

*Агличева О.Ю.*

Современный этап функционирования феномена биовласти предполагает анализ основных тенденций взаимодействия идеологии власти со сложившимися к настоящему времени парадоксами концепта «мужественности». Особое значение этот процесс имеет для понимания сути изменений происходящих в статусе современного русского мужчины в различных аспектах его бытия.

Прежде всего следует отметить парадоксальность ситуации с проблемой мужественности заключающейся в том, что общество предъявляет все больше требований к статусу мужчины при отсутствии реальных условий для его реализации.

Со времен Мишеля Фуко давшего анализ концепта биовласти, а также работ ряда отечественных авторов (П.Д. Тищенко, Д.В. Михель) произошли существенные изменения в возможностях власти влиять на различные аспекты телесного бытия мужчины в условиях современной России. Вкратце это можно охарактеризовать как достаточно эфемерные попытки противостоять ряду деструктивных процессов идущих в сфере социализации телесных функций. Как известно, это выражается в демографическом кризисе, одной из причин которого является значительное падение уровня мужского здоровья, в том числе и сексуального. Не случайно в общественном сознании все больше и больше проявляется гендерная дисфория, связанная с разрушением традиционных представлений о мужественности в ее национальном варианте. Это связывается с изменением роли мужчины во всех сферах жизни, включая отношение к власти. Состояние социальной пассивности характерное для нынешнего этапа эволюции нашей цивилизации, сопряженное с утратой основных параметров культурного кода неизбежно сказывается на феномене «мужественности». Многие крайности современного феминизма в

его российском варианте связаны с состоянием глубокой неудовлетворенности многих женщин в нынешней ситуации. Утрата чувства хозяина собственной судьбы ведет к потере мужской идентичности, характерной для ее традиционного восприятия. В сущности, само телесное бытие мужчин и функции тела испытывают кризисное развитие с неясными пока перспективами их оптимизации. Изложенное дает основания считать, что изучение комплекса этих проблем может дать новые эвристические возможности.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПРЕДМЕТ БИОГУМАНИТАРНОГО ЗНАНИЯ**

*Барковская А.Ю., Хуако Г.А.*

Термин «биоэтика» возникает ненамного, но все же раньше, чем понятие «биополитика». Фактически, их появление разделено десятью-пятнадцатью годами, что для науки позапрошлого века было бы ничтожно малой величиной, но для конца XX века представляется существенным. Биоэтика была первой ласточкой в небольшой, но убедительной стайке гуманитарных дисциплин с интригующей приставкой «био-». Эта приставка, с одной стороны, отнимала привилегии у философии науки (и, в частности, у философии естествознания) на исключительность метаинтерпретации естествознания и, конкретно, биологической его области. Но, с другой стороны, никакого пересечения, тем более методологического, с философией естествознания не получилось, а получилась область прикладного знания, хотя и не в привычном понимании этого слова. Прикладной характер биогуманитарных дисциплин проявился в отношении к их генетическим родителям — философии, этике, социологии, политологии и т.п. По отношению же к биологическому знанию метуровень сохранялся, хотя и стал обладать некой дискретностью, что для метазнания выглядит странно. Впрочем, странность эта очевидна лишь сторонникам безапелляционно классических подходов.

Собственно прикладной характер указанных дисциплин обуславливался не столько гносеологическим, сколько аксиологическим их статусом. Можно спорить об исходных устремлениях родоначальников биогуманитарных дисциплин, но реально все они структурировали свои воззрения в виде новой отрасли знания именно благодаря приданию этому знанию оценочного характера. Можно было бы привести ссылки и цитаты, но они будут лишь иллюстрацией, а не доказательством данного положения. Поэтому сошлемся лишь на номенклатуру рассматриваемых дисциплин: биоэтика, биополитика, энвайронментальная социология (скоро, видимо и она станет «био-»),

биоэкономика (пока как подраздел биополитики, хотя это и некорректно), биоэстетика (в авторских текстах – «эстетика как раздел биополитики и биодипломатии»). Правда, есть еще и биофилософия, но и в ней преобладают оценочные суждения, по крайней мере, в выводах и прогностических работах.

Является ли биофилософия прикладной философией? Этот вопрос не представляется принципиальным для данной работы. Отметим только идею о том, что биоэтика как расширение (развертывание) этики – это уже прикладная философия, поскольку здесь одна из ветвей философии связывается с различными формами человеческой деятельности<sup>1</sup>. При этом автор настаивает на термине «прикладная философия» в отличии от практической философии (Кант). На наш взгляд, отличие, действительно, есть, но только в том случае, если мы *сужаем* этику до биоэтики, естественно переходя от практической философии к прикладной.

Во всяком случае, все биогуманитарные дисциплины, для которых существует соответствующая объяснительная гипотеза в контексте прикладной философии, должны иметь и имеют одно общее свойство – связь с деятельностью. Механизм здесь известный: оценка по традиционной шкале «хорошо–плохо» неизбежно влечет за собой продолжение в вопросе «для чего (кого)?». Соответственно данная оценка превращается на уровне социального субъекта в установку деятельности. Но что является предметом этой деятельности? Если предметом биогуманитарного знания выступает жизнь, то предметом биогуманитарной деятельности должно выступать *качество* этой жизни.

Качество жизни является одним из важнейших понятий, фиксирующих интегральные характеристики человеческого существования. Будучи сравнительно новым, оно свидетельствует о том, что жизнь перестает быть абстракцией и все в большей степени связывается с индивидуальным переживанием и самооценкой человека. В то же время теоретическая разработка понятия «качество жизни» призвана способствовать решению ряда экологических, медицинских, социальных и духовных проблем, выступая в качестве критерия при выборе способов лечения, охраны окружающей среды, методов социальной защиты, при разработке законодательных актов и т.п. Контроль за качеством жизни можно рассматривать как важнейшую задачу биополитики, решение которой позволит человеку повысить самооценку и степень удовлетворенности жизнью, упрочить свой социальный статус. Но именно в этом вопросе биополитика нуждается во всестороннем социально-философском и естественнонаучном обосновании, чтобы из охранного механизма не превратиться в репрессивный.

<sup>1</sup> Седова Н.Н. Биоэтика как прикладная философия // Биоэтика. 2010. № 1. С. 7–11.

Легко заметить, что такой подход к качеству жизни формировался под активным влиянием медицины. Мы полагаем, что уходить от подобной трактовки не следует, поскольку именно медицина непосредственно связана с бисубстанциональностью человека, причем, в отличие от экологии, она смотрит на соотношение биологического и ментального «изнутри», через призму индивидуальной организации. В то же время, позволим себе предложить другое структурирование параметров качества жизни. Оно основано на представлениях о структуре личности и включает три уровня: биологический, психический и социальный. Нам представляется, что сбалансированность системы биологических, психических и социальных компонентов в человеке и представляет *норму* качества жизни. Реально она не достижима, поскольку темпоральность всех трех составляющих мешает этому балансу. Но стремление к нему и есть работа по улучшению качества жизни. Очевидно, что она не возможна без воздействия внешних факторов. Это внешнее воздействие и есть функция государства, реализуемая посредством биополитики.

В отличие от естествознания, где объективная истина является высшей ценностью, достижению которой подчинена вся деятельность ученого, в биополитике получение объективного знания, разумеется, не является самоцелью, но подчинено более значимым ценностям — человеческой жизни, личности, милосердию, сочувствию и т.д. С этим фактом связана специфика регуляторной функции биополитики, которая зависит от моральных соображений<sup>1</sup>.

Рассмотренное в данном контексте понятие качества жизни выполняет двоякую роль. С одной стороны, оно способствует объективизации функций биополитики — благодаря тому, что выражает субъективное, личностное знание через объективные, прежде всего количественные, параметры. С другой стороны, это понятие отражает наметившуюся тенденцию к сближению наук, занимающихся человековедческой проблематикой, что способствует становлению единого, целостного знания о человеке.

Социологизаторский подход к проблеме лицемерно отвергает приоритет медицины в разработке измерительных процедур, без которых никакого представления о качестве жизни получить нельзя. Следовательно, только неспособность к междисциплинарному подходу и отсутствие конвенциональных процедур препятствует выработке общезначимого понятия качества жизни. Таким образом, проблема качества жизни, *оцененная биоэтикой не как культурологическая, а как медико-социальная*, становится предметом интереса биополитики.

---

<sup>1</sup> Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры. М. : Триумф, 2010. Гл. 3.



## МЕДИЦИНСКИЙ ПЛЮРАЛИЗМ В КОНТЕКСТЕ БИОПОЛИТИКИ

*Исаева Ю.А.*

Начиная разговор на заявленную нами тему, нельзя не вспомнить слова западных исследователей: «...способность биомедицины достигнуть доминирующих позиций по отношению к другим медицинским системам зависит от “стратегической элиты” (бизнесменов, политиков и чиновничьего аппарата)». История попеременного приятия и отторжения медицинского плюрализма в России достаточно хорошо эту мысль подтверждает.

В дореволюционной России в результате формирования конвенциональной медицины и укрепления биомедицинской модели другие лечительские практики признавались зловердными и нелегальными. Однако в реальности можно было наблюдать своеобразный «подпольный» медицинский плюрализм: с одной стороны, знахарство подвергалось отрицанию и уголовному преследованию, а с другой — власть осознавала своеобразную помощь от традиционных лечительских практик и использовала их в качестве ресурса, компенсирующего неразвитость системы здравоохранения. В медицинских журналах XIX столетия довольно часто предлагались разнообразные проекты по задействованию официально неугодного знахарства: «Вместо молодежи гораздо скорее в каждой деревне или селе можно найти какого-нибудь старика или старуху, вроде деревенской повитухи или лекарки, которые могут постоянно смотреть за больным и сидеть возле него <...> и для самих крестьян это будет как-то привычнее, например, в женских и детских болезнях. Выучить их ставить мушки, промывательные или банки и перевязать язву будет не трудно...».

Советское время, принесшее идею социального равенства, наносит удар по медицинскому плюрализму, а борьба со знахарством приобретает идеологический характер, поскольку ненаучная медицина рассматривается как атрибут капитализма, при котором «квалифицированная медицинская помощь мало доступна широким трудящимся массам». Сама идея существования других систем, альтернативных биомедицине, отторгается во многом именно по идеологическим соображениям.

В настоящее время мы можем наблюдать серьезные изменения в восприятии народной медицины, происходящие как в массовом сознании, так и в сфере законодательства. Формирование в медицинском сообществе нового статуса целителя, пользующегося «ненаучными» методами лечения и при этом обладающего специальным дипломом, выданным органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения, можно рассматривать как попытку институализировать, а соответственно и контролировать медицину индивидуального восприятия. Однако

нам следует не просто осмыслить процесс выхода ненаучных медицинских практик из маргинализированного круга, но и задаться вопросом: почему государство озадачилось проблемой легализации неконвенциональной медицины сейчас? Насколько это связано с политическими и социальными изменениями, которые мы в настоящее время наблюдаем?

Стремясь ответить на эти вопросы, мы хотели бы указать на два основных момента. Во-первых, современный российский медицинский плюрализм столь активно поддерживается властью отнюдь не случайно: он связан с процессами социальной дифференциации посткоммунистического пространства и «экспансией капитализма», а также тотальным осознанием невозможности преодоления социального неравенства в сфере биомедицинских услуг. Как не вспомнить здесь слова Франкенберга: «Общества, в которых процветает медицинский плюрализм, неизбежно разделены на классы».

Во-вторых, альтернативные медицинские практики и традиционные знания все чаще коммерциализируются и становятся своеобразным источником дохода, тем самым становясь частью «медико-индустриального комплекса», возникшего в результате проникновения денежного интереса в систему охраны здоровья.

## **БИОПОЛИТИКА КАК КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ**

*Щекин Г.Ю., Бударин Г.Ю.*

Единого определения биополитики на сегодняшний день, практически, нет. Отсутствие общепринятой дефиниции говорит о том, что либо содержание понятия «биополитика» не эксплицируется ввиду своей очевидности, либо отсутствует концептуальная модель биополитики. Второе вероятнее. Однако критика в данном случае неуместна, поскольку представители данного направления действуют сообразно некоей конвенции, а не на основе дефинициальных изысканий или какой-то концептуальной модели. Поэтому будем считать себя свободными от каких-то традиций в толковании понятия «биополитика», а начнем с родовых понятий.

До недавнего времени в нашей литературе политику вообще единодушно определяли как «деятельность, связанную с классами, нациями и другими социальными группами, партиями и государствами; участие в делах государства, определяющее форму, задачи, содержание его деятельности; внутренняя политика охватывает отношения внутри государства, внешняя — между государствами»<sup>1</sup>. Вот так, коротко и ясно.

<sup>1</sup> Современный словарь иностранных слов. СПб., 1994. С. 478.

Философский словарь говорил, примерно, то же, но, естественно, с философским акцентом: «Политика (искусство управления государством) – сфера человеческой деятельности, осуществляющей управление обществом через структуры власти, создающей, поддерживающей или разрушающей эти структуры»<sup>1</sup>. Как видим, суть была одна – политика а) рассматривается как сфера деятельности; б) субъектами ее являются социальные группы, имеющие определяющее влияние на жизнедеятельность государства или мирового сообщества в целом; в) политика выполняет регулятивную роль, но регулирует отношения не на уровне индивидов, а на уровне тех же социальных групп, вплоть до государственных и межгосударственных образований; г) эту функцию реализуют специально созданные политические институты; д) центральной ценностью политики является власть.

В данных определениях политики не была учтена одна существенная ее сторона – рефлексия политики как деятельности. Позволим себе предположить, что она является также составной частью политики. Другими словами, в понятие «политика» следует включать как деятельность, так и ее рефлексии. Это подтверждается тем, что для осуществления последней также создаются специальные организации и подструктуры. Можно привести примеры: программы политических партий, научное обоснование выборных технологий и т.д. и т.п. При этом, теоретическая рефлексия политики не является чем-то целостным, а предстает в виде отдельных научных направлений, которые часто выступают как междисциплинарные. К ним относятся политическая философия, политическая социология, политическая психология, политическая экономика, политология, политическая история и т.д. Эти дисциплины носят прикладной характер по отношению к родовым (например, политическая философия – это прикладная философия), но общеметодологический – по отношению к политике как деятельности.

Таким образом, политика – это сложное социальное явление, в котором можно выделить, по крайней мере, три уровня – теоретический, научно-практический и деятельностный. Названия у этих уровней могут быть разными, но принцип деления очевиден. А вот чтобы определить, к какому из этих уровней относится биополитика или она сама включает все три уровня, нужно дать ее дефиницию, определить предмет, объект и субъект биополитики.

По аналогии с дефиницией биоэтики и учитывая приведенные выше определения политики, можно предположить, что биополитика – это сфера человеческой деятельности по управлению обществом через структуры власти, создающая, поддерживающая или разрушающая эти структуры в зависимости от выполнения ими биосохраняющей функции.

<sup>1</sup> Современный философский словарь. М. : Бишкек : Екатеринбург, 1996. С. 367.

Но такое определение будет достаточно громоздким и, кроме того, будет содержать скрытую тавтологию, поскольку биосохраняющая функция и биополитика – пересекающиеся множества, т.е. суть одно и то же при варианте одного субъекта – государства.

Поэтому попробуем конкретизировать смысл именно биополитики, подразумевая, что смысл собственно политики эксплицирован. Тогда можно предложить следующее определение: «Биополитика – это специально организованная деятельность по поддержанию био-антропогенного баланса и сохранению биологических основ культуры, осуществляемая через структуры власти».

Здесь уже нет тавтологичности, но возникает два вопроса: а) кто осуществляет эту деятельность через упомянутые властные структуры? б) имеется ли ввиду деятельность в широком смысле слова, то есть и как теоретическая, и как практическая? Кроме того, следует выяснить, что подразумевается под био-антропогенным балансом. Если эти детали выяснены, то определение может претендовать на статус научной дефиниции.

Однако, существует возможность определения биополитики через отличие ее от других разновидностей политики. В данном случае, субъекты политического действия остаются константными, объект уже зафиксирован в приставке «био-». Следовательно, в определяющем речь должна идти о *предмете* биополитики. В этом случае может быть дано такое определение: «Биополитика – это та сфера политической теории и практики, предметом которой является качество жизни людей».

Приняв такую дефиницию, можно *описать* биополитику как такую часть политики, в которой субъектом выступает государство, объектом – все живое, а предметом – качество жизни людей.

Ограничение субъекта биополитики исключительно государством, разумеется, требует пояснений, поскольку политические субъекты – это и партии, и общественные движения, и этнические группы, и в принципе, любые социальные группы в той степени, в которой они имеют отношение к власти. Но дело в том, что функциональный статус всех без исключения партий и социальных групп в системе власти может меняться и постоянно меняется, а роль государства, даже при смене социального строя, остается фиксированной, иначе это не будет государство. Любое государство всегда останется аппаратом управления обществом, наделенным властью, опирающимся на силу закона и/или на органы принуждения. И любые социальные группы и политические партии, действующие в этом государстве и реализующие свои политические функции pro или contra государственной власти, всегда действуют в правовом поле данного государства. Выходя за его пределы, они могут *изменить* форму государства, но не могут *отменить* его существования. Поэтому единственным гаран-

тированным субъектом любой политики, в том числе, биополитики, является именно государство.

Объект биополитики — все живое. Она является инструментом государственной власти, регулирующим отношение к жизни в целом, к жизни вообще, во всех ее проявлениях. Поскольку мы полагаем, что *bios* — это совокупность живых форм и стоим на позициях антропоцентризма, то такая трактовка объекта биополитики вполне оправдана. И именно понимание объекта биополитики отличает нашу позицию от позиции В.И.О., сторонники и члены которой полагают таким объектом окружающую среду (биосреду). Но тем самым они подменяют биополитику государства экологической политикой.

Таким образом, в нашей интерпретации объект биополитики включает и среду, и человека в той степени, в какой обеспечивается его биологический статус. И здесь мы видим основное расхождение с биоцентризмом. Оно — в определении предмета биополитики. Для биоцентристов это, видимо, отношение человека к окружающей среде. Сами они нигде четко предмет биополитики не определяют. Нам же представляется, что предметом биополитики является *качество жизни*.

## ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Афонская Т.А., Барыбина Е.В., Меденков А.А.*

Одной из задач современной высшей школы является повышение качества подготовки специалистов за счет использования возможностей методов и способов на основе новых информационных технологий. При этом остаются актуальными проблемы сопряжения, интеграции и взаимосвязи знаний, навыков и умений разной дисциплинарной направленности. Повышение качества подготовки специалистов предполагает овладение естественнонаучным подходом к выявлению новых знаний и навыками их практического использования в образовательных и производственных целях. В этой связи в процессе преподавания ряда гуманитарных дисциплин исследовались возможности получения студентами знаний и навыков естественнонаучного подхода к получению и практическому учету антропометрических и психофизиологических данных, а также функциональных и резервных возможностей организма. Для этого в ходе практических работ со студентами использовались различные методы и приемы определения значений параметров и показателей, характеризующих качество образовательной и операторской деятельности, функциональные и резервные возможности организма.

Определение факторов, влияющих на эффективность учебной и операторской деятельности, осуществлялось на основе регистрации показателей, характеризующих функциональное состояние, конституцию, особенности психических процессов и качеств личности.

Функциональное состояние оценивалось по показателям частоты сердечных сокращений и дыхания, задержки дыхания на вдохе и выдохе, артериального давления и температуры тела. Значения этих показателей регистрировались в разное время суток, а также после дозированной физической нагрузки. На основании полученных данных рассчитывались значения среднего гемодинамического давления,

сердечного индекса, ударного и минутного объема сердца, основного обмена, в также поверхность тела и другие производные показатели.

Конституция характеризовалась данными о весе, росте, мышечной массе верхних и нижних конечностей и другими антропометрическими показателями. Для построения математических моделей использовались также данные о возрасте, группе крови и сведения о весе и росте при рождении.

Психическое состояние исследовалось с помощью методик, позволяющих количественно оценивать ситуационную и личностную тревожность.

Характеристики психических процессов выявлялись с помощью методик исследования оперативной, кратковременной и долговременной памяти.

Операторские качества оценивались по показателям качества решения специально разработанной типовой задачи.

Таким образом, по результатам выполнения практических работ оказывалось возможным анализировать значения показателей, характеризующих успешность учебной и операторской деятельности, а также функциональное состояние и характеристики психических процессов, свойств и качеств личности.

Обобщение и анализ данных осуществлялись в соответствии с этапами выявления научных знаний: получение достоверных значений показателей, характеристик, сведений и фактов, установление связи между данными и ее достоверности, выявление причинно-следственных отношений между данными и показателями и построение моделей, характеризующих эти взаимоотношения. Выявление причинно-следственных отношений и механизмов связи различных проявлений активности в научном аспекте осуществлялось на основе выдвижения гипотезы и ее проверки с помощью построения соответствующей модели. При этом проверка гипотез, формируемых на основе конкурирующих между собой предположений, являлась одним из способов получения нового научного знания.

Полученные данные обеспечивали возможность установления связи не только внутри каждой группы показателей, но и между показателями, характеризующими успешность операторской деятельности, функциональное состояние и особенности психических процессов. В ходе выполнения практических занятий студенты с использованием различных методов статистического и математического анализа выявляли достоверные связи между показателями и разрабатывали адекватные одно- и многофакторные математические модели, характеризующие связи различных параметров и показателей и влияние различных факторов на функциональное состояние и работоспособность человека, а также качество осуществления операторской и учебной деятельности.



Анализ результатов исследования проводился с использованием пакета программ «Статистика», обеспечивающего выявление регрессионных, корреляционных, корреляционно-регрессионных и кросс-корреляционных связей и зависимостей.

Полученные в результате статистической обработки математические модели анализировались с точки зрения соответствия известным ранее научным фактам и зависимостям. При описании результатов аппроксимации данных в отчетах о практических работах обращалось особое внимание на влияние факторов, характеризующих условия, обстоятельства, мотивацию и функциональное состояние человека, на значение целевых показателей эффективности его образовательной и операторской деятельности.

На основании проведенного исследования сформулированы следующие положения.

1. Одним из направлений повышения качества подготовки специалистов в образовательных учреждениях высшего профессионального образования может рассматриваться обучение студентов естественнонаучному подходу к выявлению новых знаний и их практическому использованию в образовательных и производственных целях.

2. Реализация такого подхода может осуществляться на практических занятиях с использованием данных о психофизиологических характеристиках и возможностях человека и их связи с показателями успешности образовательной или операторской деятельности.

3. Разработка математических моделей взаимосвязи антропометрических и психофизиологических данных, а также показателей функциональных и резервных возможностей организма человека может рассматриваться в качестве методологической основы обучения навыкам научного анализа и прогнозирования явлений, фактов и учета влияния различных факторов на функциональное состояние человека и эффективность образовательной или операторской деятельности.

4. Методология учета совместного влияния и взаимовлияния различных факторов на функциональное состояние, качество работы и профессиональную надежность человека на основе математических моделей может рассматриваться одним из направлений обучения студентов естественнонаучному подходу к выявлению новых знаний и их практическому использованию в профессиональной деятельности.

Предложенная методология выполнения практических работ способствовала формированию у студентов представлений о том, что эффективность профессиональной деятельности регулируется коммуникативными, регулятивными и когнитивными закономерностями, учет которых при организации труда обеспечивает повышение эффективности образовательной и операторской деятельности.

## ИНФОРМАЦИОННОЕ НАПОЛНЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

*Баксанский О.Е., Косарев И.И.*

Предназначение каждого человека состояться личностью. При оценке ее статуса используются разные критерии: психолого-личностные качества, образовательный ценз, интеллект, культура, эстетическое и правовое воспитание, мировоззрение, гражданская позиция, общественное мнение и т.д.

Образование не является доминирующим показателем состоявшейся личности. Можно не иметь его и быть нравственным, духовно богатым человеком. Образование и образованность – не синонимы. В основе первого лежит обучение (освоение учебной программы общих и профессиональных учебных заведений); в основе второго – научение (самостоятельно приобретенные знания и навыки). Не случайно М. Горький назвал второй путь «своими университетами», всему его учила жизнь.

Можно постоянно чему-то учиться и не приобрести знаний, полезных для практической деятельности. В таком случае они просто обесцениваются, а их обладатель превращается в дилетанта с претензиями на исключительность собственной персоны. Иногда самостоятельно приобретенные знания настолько глубоки, что человек прекрасно разбирается в вопросах, далеко отстоящих от его основной профессии.

О роли образования написано много работ. Его необходимость – априорный факт. Но существует масса примеров, когда не образование, а природный талант и трудолюбие решали судьбу людей в большей степени, чем ученичество. Чтобы не быть голословными сошлемся на конкретные примеры формального значения образования: А. Челлентано – 4 класса; В. Пикуль – 7 классов; Г. Вишневская – 7 классов; И. Бродский – 8 классов; Ф. Раневская – гимназия; М. Горький – без образования; Ф. Шаляпин – без образования; Дж. Вашингтон – школа и два курса университета.

Музыкального образования не имели Ф. Шаляпин, Л. Паваротти, Э. Карузо, Г. Вишневская.

Жившему на рубеже XVIII–XIX вв. швейцарскому педагогу И.Г. Песталоцци принадлежат слова: «Быть может, это самый ужасный дар, поднесенный веку злым духом: знания без талантов»<sup>1</sup>. Знания имеют относительную ценность. Очень многое зависит от самообразования личности. Приведем тому ряд подтверждений: Г. Шлиман в 45 лет стал изучать археологию, в 48 лет открыл Трою; А. Швейцер в 32 года занялся изучением медицины.

<sup>1</sup> Энциклопедия афоризмов. Мысль в слове. М. : Издательство АСТ, 2002. С. 200.

У одних людей способности проявляются сразу, у других они скрыты и требуют развития. И очень часто они не коррелируются с успехами в учебе. Поэтому скептическую улыбку вызывают коллеги, бравирующие «красными дипломами» вузов и считающие себя эрудитами. Нередко владельцы дипломов самые заурядные натуры, не способные найти применение своим знаниям.

В то же время можно назвать деятелей науки и культуры, «сделавших» себя сами, хотя их уровень образования с формальной точки зрения был невысок.

Проведем некоторые сведения из истории образования: М. Келдыш — отчислен из строительного института; А. Чехов — дважды оставался на второй год в гимназии; Д. Менделеев — не прошел при поступлении в С.-Петербургский университет («неуд» по химии); Дж. Верди — не был принят в консерваторию; С. Вавилов — плохо учился в гимназии; Ж. Алферов — плохо учился в школе (не давалась физика); Г. Мендель — провалился при поступлении в Краковский университет («двойка» по биологии); П. Капица — отчислен из гимназии (незнание греческого языка).

Казалось бы, приведенная информация не имеет отношения к учебной программе, является второстепенной. Но именно она позволяет задуматься о перипетиях развития будущего специалиста; свидетельствует о наличии у человека малоизученных потенциальных возможностей, которые следует выявлять и развивать. Такую работу способны выполнить далеко не все наставники. Прав был И. В. Гете, утверждавший: «Те, у кого учимся, правильно называются нашими учителями, но не всякий, кто учит нас, заслуживает это имя»<sup>1</sup>.

За годы обучения, наверное, каждый человек встречал разных педагогов. Одни запомнились как яркие, незабываемые личности, не только владевшие знаниями, но и индивидуальным подходом к учащимся, высокой культурой и располагающими к себе положительными качествами. Другие не оставили в памяти каких-либо следов. И, конечно, были такие, кто остался в памяти если не с негативной, то с безразличной стороны. Вспоминаются слова известного английского биолога А. Декандоля: «Удивительно, что многие учителя известных людей были часто посредственностями и многие ученики самых знаменитых профессоров становились в науке людьми второго ранга»<sup>2</sup>.

Сегодня нет недостатка в литературе, посвященной связи профессионализма с культурой. Однако авторы чаще пишут об общих положениях, не приводят конкретных примеров, прибегают к излишнему цитированию авторитетов. По сути повторяется явление,

<sup>1</sup> Энциклопедия афоризмов. Мысль в слове / Э. Борохов. М.: Издательство АСТ, 2002. С. 611.

<sup>2</sup> Цит. по кн.: Микулинский С. Р., Маркова Л. А., Старостин Б. А. Альфред Деканоль. М.: Наука, 1973. С. 257.

хорошо знакомое педагогике. Друг А.С. Пушкина П.А. Вяземский, говоря о русской словесности своей эпохи, отмечал, что «Беда иной литературы заключается в том, что мыслящие люди не пишут, а пишущие не мыслят»<sup>1</sup>. То же самое можно сказать и о специальной, медицинской литературе. Цель настоящей публикации – акцентировать внимание на непреходящих ценностях. Показать, что знания сами по себе важны, но еще значительнее их роль, когда они проецируются на актуальные проблемы высшей школы системы здравоохранения, одной из которых является подготовка кадров, отвечающих потребностям общества. Не секрет, что многие выпускники по окончании обучения не работают по специальности. Некоторые из них годами «ищут себя». А кое-кто из бывших отличников автоматически зачисляют себя в число конкурентоспособных специалистов, не являясь таковыми в действительности. Они не занимаются самообразованием и самовоспитанием. Часть их в качестве оправдания пассивного ожидания перемен в системе здравоохранения ссылаются на персоналии, приведенные в нашей статье. Мол, те не утруждали себя учебой, а состоялись как профессионалы и личности. И мало кто знает, какой колоссальный труд над собой проделали эти люди! Чего стоило им признание общественности? Какую цену они заплатили за него?<sup>2</sup>

Обучая студентов искусству врачевания по принятым образовательным стандартам, мало подготовить учебно-методический комплект, разработать оценочные критерии и методы преподавания. Необходимо подобрать дополнительную литературу развивающего типа. «Любой успех в работе, – подчеркивал Л. Пастер, – требует подготовки ума». Для достижения этой цели высшая медицинская школа располагает всеми условиями.

Дополнительная литература расширяет кругозор учащихся, помогает им не только сориентироваться в материальных и духовных ценностях, но и выбрать для себя идеал, которому хотелось бы подражать; обрести смысл жизни. А.С. Грибоедов сокрушался от мысли, что «скоро уже 30 лет, а ничего не сделано для бессмертия»<sup>3</sup>. Та же озабоченность беспокоила 30-летнего А.П. Чехова. Схожее чувство испытывал А. Швейцер, ощущая невозможность посильного облегчения участи жителей Габона, оторванных от цивилизации и обреченных на гибель из-за отсутствия медицинской помощи. Будучи профессором теологии, А. Швейцер сел за изучение медицины и

<sup>1</sup> Энциклопедия / сост. И.И. Комарова, А.П. Кондрашов. М. : РИПОЛ классик, 2006. С. 72.

<sup>2</sup> К месту привести слова П.И. Чайковского: «Бездарных людей гораздо меньше, чем принято думать. Зато очень много людей, не желающих или не умеющих работать» (Цит. по кн. А. Казакевича «Звезды, как люди». Ростов-на-Дону : Изд. «Феникс», 2005. С. 398).

<sup>3</sup> Цит. по кн. А. Казакевича «Звезды, как люди». Ростов-на-Дону : Изд. «Феникс», 2005. С. 92.

полвека посвятил гуманной профессии врача на африканском континенте. Идеи гуманизма несли учащимся многие российские педагоги XIX—XX веков, подчеркивая важность формирования личности.

«Брать убеждения и идеалы на прокат, — отмечал П.Ф. Каптерев, — как платье или музыкальный инструмент, пассивно применяться к моде и господствующему течению — постыдно».

Педагог должен открыто заявить, что он держится таких-то убеждений и идеалов, а они, воспитуемые, должны сами составить себе собственные идеалы и убеждения.

Лишить учеников свободы в составлении собственных убеждений и идеалов значит придавить их личность, отнять у них самое дорогое и вместе с тем совершенно извратить педагогический процесс. Он будет тогда заключаться не в развитии самобытных личностей, а в фабрикации мелких людишек с общих клеймом»<sup>1</sup>.

Это замечание отчасти расходится с утверждением А.И. Герцена, что каждое время требует своего слуги. Для воспитания людей новой формации необходимы условия, хотя корни нового зарождаются в недрах предыдущей среды. В истории человечества нередко такие люди появлялись преждевременно, встречая непонимание окружающих и испытывая на себе всю тяжесть репрессивного аппарата господствовавшего политического строя. И тут очень многое зависело от силы воли человека, его приверженности избранному идеалу. Личностями не рождаются, ими становятся в ходе обучения, воспитания и саморазвития индивида. Можно прожить долгую жизнь и не состоять личностью в высоком понимании этого слова.

Возможность созидать — величайший дар человечеству. Чем сложнее становится мир, тем больше творческого потенциала мы должны проявлять, чтобы справиться с его трудностями. Однако далеко не все уверены, что они творческие личности. В чем значение созидания, почему люди порой сомневаются в собственных творческих способностях и вследствие чего сложилась такая ситуация и что нам всем с этим делать?

Человеческому интеллекту изначально присуща разносторонняя и уникальная способность к созиданию. Мы живем в обществе, сформированном идеями, убеждениями и ценностями человеческого воображения и культуры. Мир людей возник в такой же степени из их сознания, в какой и из окружающей среды. Думать и чувствовать не означает просто видеть мир таким, каков он есть; не менее важно иметь собственные взгляды и интерпретировать свой жизненный опыт, чтобы осмысливать происходящее. Разные сообщества людей отличаются друг от друга, поскольку живут в соответствии со своими представлениями и мировоззрениями. Миры, в которых мы

<sup>1</sup> Каптерев П.Ф. Избранные педагогические сочинения. М. : Педагогика, 1982. С. 207.

существуем, в буквальном смысле созданы нами. Мы можем и переформатировать их, и создавать заново. Революции в истории человечества часто были порождены новыми идеями, новыми взглядами на мир, которые вдребезги разбивали застывшую старую реальность. По сути, в этом состоит процесс культурных изменений.

Осознание творческого потенциала представляет отчасти поиск своей среды, своего призвания. В этом нам должно помочь образование, но сплошь и рядом оно не справляется со своей задачей, в результате слишком многие люди проживают собственную жизнь, так и не раскрыв своих талантов. Они не нашли своего призвания, и с этой точки зрения их жизнь трудно назвать разумной.

Современная образовательная политика подвержена своего рода деформации: вместо серьезных дискуссий о стратегиях, необходимых, чтобы достойно встретить грядущие невиданные перемены, мы слышим формальные рассуждения о необходимости повышении стандартов традиционного академического образования.

Образование, бизнес и культура испытывают множество сходных проблем, причем некоторые из них усложняются потому, что эти сферы слишком плохо контактируют друг с другом, хотя наше будущее зависит от тесной координации между ними.

Проблемы, с которыми сталкиваются бизнес-организации, — это текущие проблемы, которые относительно легко разрешить. Но решения, принимаемые в долгосрочной перспективе, лежат в совсем другой плоскости — в системе образования.

Во всем мире правительствавливают колоссальные средства в реформирование систем образования. Во время реформенных процессов, как правило, сужают учебную программу, уделяя все внимание узкой группе предметов; внедряют в школьную систему культуру стандартизированного тестирования и максимально ограничивают свободу действий педагогов в их профессиональном выборе, как и чему учить. Реформы в основном подавляют те самые навыки и качества, которые жизненно необходимы для преодоления подстерегающих нас трудностей, а именно: творческую способность, понимание культуры, коммуникативность, навыки сотрудничества и решения проблем. С такой задачей не могут справиться партийные функционеры.

Причем почему-то именно по отношению к образованию ответственные за этот процесс лица ведут себя весьма единодушно. Они могут спорить о его финансировании и организации, о доступе и отборе, а также о лучших способах добиться улучшения стандартов. Однако очень редко можно услышать, что поднимаются вопросы о безусловной ценности общих тестов академических способностей и стандартов образования.

Представители бизнеса жалуются на образование: не дает оно вдумчивых, творческих, уверенных в себе людей, в которых они так

остро нуждаются; не готовит оно людей образованных, грамотных, способных анализировать информацию и концепции; людей, не только предлагающих нестандартные и свежие идеи, но и внедряющих их; людей, ясно формулирующих свои мысли и умеющих плодотворно работать в команде. Они желают, чтобы система образования готовила таких людей, но слишком часто слепо цепляются за традиционное академическое образование.

Многие педагоги хотят обеспечить более сбалансированную и динамичную форму образования, чтобы должным образом использовать свою творческую энергию, но практически постоянно ощущают, что не в силах ничего сделать из-за административного давления, из-за конформизма общества и недовольства учеников и студентов.

Большинство людей считают, что образование поможет их детям найти работу и обрести финансовую независимость. Однако, помимо этого они желают, чтобы образование помогало молодым людям проявлять свои уникальные способности и вести осмысленную и целенаправленную жизнь. Того же хотят для себя молодые люди.

Предполагается, что образование должно быть приоритетным среди других способов, которые мы используем для осознания своих творческих возможностей, но чаще всего именно из-за него мы их теряем.

Сегодня стоит проблема трансформации образовательных систем в новую форму, более соответствующую подлинным потребностям XXI века. В основе этой трансформации должно быть радикально новое восприятие человеческого интеллекта и творчества.

Лишний раз подтверждаются слова австрийского писателя К. Крауса (1874–1936): «Образование – это то, что большинство получает, многие передают и лишь немногие имеют»<sup>1</sup>.

Это непрерывный процесс, по времени развития человеческой жизни вне зависимости от ее продолжительности, но качественно отличающейся по конечному результату. Еще древнегреческий оратор и философ Цицерон (II–I вв. до н.э.) заметил: «Природой дарована нам недолгая жизнь, но память о прекрасно прожитой жизни вечна»<sup>2</sup>.

Вместе с тем, сегодня стоит обратить внимание на то обстоятельство, что современные студенты (как, впрочем, и большинство взрослых людей, не говоря уже о детях) практически перестают читать бумажную литературу. Бесспорно, что техника и технологии значительно облегчают нашу жизнь. Однако любое явление, сменяющее что-то прежнее, заставляет человека забывать некоторые навыки, которые раньше были простыми и легкими. Хорошо ли это? Нужно ли что-то предпринимать? И если да – то что?

<sup>1</sup> Афоризмы. Все по науке / К.В. Душенко. М. : Изд-во Эксмо, 2005. С. 48.

<sup>2</sup> Энциклопедия афоризмов. Мысль в слове / Э. Борохов. М. : Издательство АСТ, 2002. С. 371.



Сократ в свое время боялся, что с изобретением письменности люди потеряют память. К счастью, этого не произошло. Но потеря простых навыков, важных вне зависимости от уровня развития техники, негативно отражается на человеческом интеллекте.

Еще 10 лет назад мы запоминали огромное количество телефонных номеров (домашний, рабочий, родители, знакомы и т.п.). Теперь же в этом нет необходимости, потому что все они хранятся в мобильных телефонах или прочих гаджетах. Кроме того, теряются и навыки не только грамотного письма, но и рукописного письма вообще, поскольку человек привык, что компьютер всегда предоставит подсказку с вариантами исправления, а значит можно не нагружать собственную память излишней работой. А от рукописного письма мы уже давно перешли к напечатанным на принтере документам.

Дети в школе больше не помнят таблицу умножения и не умеют считать столбиком. А незнание таблицы умножения и неумение считать с помощью карандаша реально делает нас во многих ситуациях беспомощными и даже жертвами обмана. Мы стесняемся достать телефон или калькулятор, чтобы проверить расчеты продавца в магазине, а пересчитать в уме уже не в состоянии, что и приводит к тому, что нас обсчитывают, а потом уже не можем предъявить претензии — стыдно и поздно.

Базы данных, телефонные книги в смартфонах, адресные базы в почтовых программах на компьютере и т.д. приводят к автоматически появляющимся подсказкам, а забытый, потерянный, разряженный телефон повергает нас в шок и ужас — даже если кто-то предлагает своей мобильный, то нужный номер мы не в состоянии вспомнить.

Мы настолько привыкли к клавиатуре компьютера или смартфона, что писание обычной ручкой уже вызывает колоссальные сложности. Это нехитрое действие приводит к ноющей боли в напряженных мышцах рук и пальцев, которые отвыкли держать пишущий прибор, а мозг, вместо того, чтобы думать о смысле того, что пишешь, сосредотачивается на том, чтобы буквы смогли бы быть немного разборчивыми.

GPS-навигаторы привели к тому, что человек полностью перестает контролировать дорогу, двигаясь по указаниям электронного прибора, и в результате его ошибки едет в неправильном направлении или даже вылетает с набережной прямо в реку (такие случаи происходят все чаще!). Мы перестаем запоминать дорогу, теряем «пространственное» мышление, разучиваемся держать в голове сложные картины маршрута — да и иные картины тоже! И бумажный дорожный атлас ставит нас в тупик — как им пользоваться и как по нему ориентироваться...

Когда-то фотографирование представляло целое искусство — выбор фокуса, проявление, проявка пленки, процесс печати и т.п.

Сегодня же аппараты становятся все «умнее» и проще сделать 10–50–100 кадров, чтобы выбрать из них один хороший снимок. Умение фотографировать – блестящий пример навыков, которые теряются в силу исчезновения потребности в них. А в целом **технологии ведут к потере желания учиться и вникать в ситуацию, целиком полагаясь на технику.**

Данное обстоятельство является очень тревожным и лишней раз заставляет задуматься о том, каким должно быть образование, какие компетенции необходимы современному человеку, что нельзя терять ни в коем случае. Широкое использование дополнительной литературы в учебном процессе позволяет не растерять элементарные культурные навыки. Необходимо систематически запоминать детали, нагружать собственную память, не полагаясь на технические «подпорки» для нее. Это позволит мозгу поддерживать скорость и гибкость мысли. Когда добровольно отказываешься от многих гаджетов и начинаешь перемножать числа в уме без помощи калькулятора, запоминаешь телефоны и адреса без мобильного телефона, то старческие болезни мозга проявляются гораздо реже или позже.

В итоге с развитием цивилизации человек становится все более зависим от техники и технологии, лишившись которых «высокотехнологичный человек» становится полностью беспомощным и неадекватным. Чтобы оценить опасность потери элементарных интеллектуальных навыков, не нужно представлять ситуации резкого отката человечества к примитивному образу жизни. Дискомфорт и трудности от того, что мы разучились делать простые вещи, уже проявляются в повседневной жизни, обучении и простых ситуациях.

## **ПРЕПОДАВАНИЕ БИОЭТИКИ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

*Бударин Г.Ю., Крайнова И.Ю.*

Преподавание биоэтики сталкивается с трудностью информационного характера, которая может быть преодолена только благодаря структурным изменениям в учебном процессе. Дело в том, что биоэтика – наука молодая, поэтому очевиден ее статус как новой учебной дисциплины. В то же время, практически, все проблемы биоэтики в скрытом или явном виде присутствуют в дисциплинах, изучаемых студентами в междвузах. Следовательно, вместо того, чтобы организовывать преподавание новой дисциплины «на пустом месте», необходимо просто эксплицировать биоэтическое содержание других предметов и структурировать полученную информацию вокруг центральных проблем. Как это можно сделать?

В учебном процессе структура междисциплинарных связей по биоэтическим проблемам задается содержанием изучаемых дисциплин. Можно выделить условно 4 блока:

**I. Теоретические дисциплины.** Здесь решаются вопросы об исходных посылах и понятиях биоэтики. Очевидно, что все знание в этой науке организовано вокруг двух пар альтернативных ценностей — «здоровье — жизнь» и «болезнь — смерть». Подмножествами здесь являются такие ценностные образования, которые обозначаются понятиями «качество жизни», «нозологическая форма», «организм — среда», «критические состояния», «гомеостаз» и т.д. и т.п., перечислять можно долго. Ясно одно — содержание указанных понятий проясняется в специальных дисциплинах — в биологии, нормальной физиологии, патанатомии, патфизиологии, гигиене, биохимии, гистологии, анатомии. Если мы вычленим ценностные аспекты здесь, то это и будет биоэтический контекст. А вот что такое жизнь, что такое здоровье, студенты, порой, так и не узнают — нет у нас отчетливых формулировок в теоретических дисциплинах, а без них в курсе биоэтики очень трудно сформировать адекватное представление.

**II. Клинические дисциплины.** Здесь очевидны вопросы медицинской этики и деонтологии, они хорошо отработаны и упоминаются в программах соответствующих дисциплин. Следует акцентировать, на наш взгляд, только один момент — отношения между традиционными и нетрадиционными методами лечения. Известно, что в ненаучной медицине привлечение пациентов осуществляется в первую очередь, благодаря интенсивному использованию методов морально-психологического воздействия. Поэтому ее не нужно сразу отрицать, а нужно интерпретировать применяемые там методы в терминах биоэтики. Это принесет практическую пользу в клинике.

**III. Социальная медицина.** Этот блок приходится выделить, потому что нынешнее состояние организации здравоохранения и социальной гигиены порождает много сугубо этических вопросов. Главное — это произвольная подмена объекта защиты в страховой медицине. Поскольку кадры страховых фирм пополняются не за счет социальных работников, юристов, психологов, как это положено, а за счет медицинских работников, то и вектор внимания здесь изменен. Вместо защиты прав пациента у нас практикуется исключительно защита прав врача. То есть корпоративная этика существует в той сфере, где ее не должно быть. Но и вопрос о кодексе пациента у нас продолжает оставаться открытым. Множество проблем в частной медицине — они известны.

**IV. Гуманитарные дисциплины.** На западе биоэтика развивается, в основном, в рамках философии медицины (например, Хьюстонский и Гарвардский центры в США)<sup>1</sup>. У нас есть возможность не

<sup>1</sup> Седова Н.Н. Биоэтика как прикладная философия // Биоэтика. 2010. № 1. С. 7–11.

повторять этой ошибки. Логичнее связать учебный курс биоэтики с курсами общей и медицинской психологии и преподавать их в такой последовательности: общая психология – медицинская психология – биоэтика. Это оправдано потребностями клинической практики. Например, этические аспекты детских болезней студент усвоит только если у него есть знания по возрастной психологии (на каком этапе и как общение с родителями пациента заменяется общением с ним, в каком объеме можно воздействовать на личностные ориентации ребенка и т.п.).

Из всего сказанного можно сделать вывод, что учебная программа по биомедицинской этике должна быть *межкафедральной*. Ее структура представляется следующим образом: отдельные темы в курсах теоретических и гуманитарных дисциплин (в рамках имеющихся учебных часов) – курс биоэтики на 5–6 семестре – отдельные темы в курсах клинических дисциплин и социальной медицины (также в рамках имеющихся часов). Практикум по биоэтике, очевидно, был бы уместен в контексте производственной практики. На факультетах постдипломного образования можно было бы предусмотреть факультатив с отчетом в виде протокола «этического обеспечения», если можно так сказать, прилагаемого к истории болезни одного из пациентов, которого ведет данный интерн или ординатор. В связи с этим необходимо договориться по двум проблемам обеспечения учебного процесса.

Первое. Нужно единообразие в терминологии. Мы уже упоминали о неопределенности в трактовке основных понятий биоэтики разными науками. Но такая неопределенность возникает, буквально, на каждом шагу, идет ли речь о качестве жизни, эвтаназии, критических состояниях и т.п. Заимствования терминов из западной биоэтики, как показывает практика, непродуктивны. Так, врачи почему-то очень негативно относятся к употреблению выражений «врач как моральный агент», «карьера болезни», «помощь врача при суициде». Философы плохо владеют медицинской терминологией. Поэтому необходимо, на наш взгляд, создание словаря по биомедицинской этике. В первом варианте это может быть небольшой словарь в самом учебнике.

**Второе.** Существует серьезная проблема с кадрами преподавателей. Мы даже не знаем, по какой специальности может быть защищена диссертация, посвященная интересующим нас проблемам. Что такое доктор философии в Америке мы знаем – это уровень нашего аспиранта, написавшего реферат к кандидатскому экзамену. Но то, что научная работа по биоэтике там зачастую выполняется как медицинская – это показательно. У нас сейчас работы по биоэтике в том виде, в каком она нужна для изучения в вузе, ни один философский совет не примет к защите. Но и медицинский тоже.

А ведь индекс доверия у студентов резко возрастет, если биоэтику им будет преподавать специалист, имеющий квалификацию и как медик, и как гуманитарий (этик, философ, психолог, педагог). Этот вопрос только кажется второстепенным. На самом деле никакие программы и учебники не спасут, если не будет квалифицированных преподавателей.

Резюме. Учебно-методическое и научное обеспечение курса биоэтики в медицинских вузах должно включать решение трех проблем:

- создание *межкафедральной* учебной программы;
- создание единого учебника *со словарем*;
- *специализацию* в подготовке научных кадров, обеспечивающих учебный процесс.

## **К ВОПРОСУ О РОЛИ ГУМАНИТАРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

*Давыдова Т.В.*

Медицинская профессия всегда занимала особое место среди других профессий, как по основным содержательным характеристикам труда, так и по выполняемой в обществе социокультурной миссии. Ни одна другая профессия не может похвастаться таким обилием документов, регламентирующих качества личности, как врачебная. Можно обоснованно утверждать, что гуманистическая подготовка будущего врача занимает особое место в системе высшего медицинского образования, основу которого составляет гуманитарное образование, а перед медицинскими вузами стоит проблема качественного изменения гуманитарной составляющей и системной гуманитаризации медицинского обучения. Гуманитарная составляющая медицинского образования в свете его модернизации должна включать: общеобразовательные социально-гуманитарные дисциплины (историю отечества, философию, политологию, социологию, культурологию, экономику, регионоведение); профильные социально-гуманитарные дисциплины (историю медицины, логику, риторику, правовые дисциплины, экологию), профильные элективные курсы; интеграцию гуманитарной составляющей в специальные дисциплины. Особенно велико значение гуманитарной подготовки в воспитательном процессе будущих врачей, а именно в воспитании любви к выбранной профессии, патриотизма, высоких нравственных и гражданских качеств, правового сознания, правовой культуры и правомерного поведения врача в обществе.

Важно отметить, что формирование профессиональной и общекультурной подготовки врача невозможно без создания гуманитар-

ной среды вуза, которая предполагает использование исторического опыта, богатых духовных и общекультурных традиций, достижений мировой науки и техники.

Таким образом, системные преобразования российского высшего медицинского образования в соответствии с европейскими и общемировыми стандартами должны быть ориентированы на повышение его гуманистической и культурно-творческой миссии, увеличение доли гуманитарного знания в подготовке специалиста, сохранение традиций отечественной медицинской школы и медицинского образования, воспроизводство гуманистических принципов профессии, идеи служения обществу. Поэтому грядущие в медицинском образовании изменения, несущие в себе серьезный дегуманизирующий потенциал, могут быть опасны по своим последствиям для здравоохранения как социального института общества, в связи с чем делают актуальной серьезную гуманитарную экспертизу происходящих в медицинском образовании процессов.

В этой связи, в условиях повышения гуманитаризации медицинского образования и целесообразности высокопрофессиональной подготовки врачей возросла потребность формирования адекватного исторического сознания студентов-медиков. Каждая эпоха развития человечества имеет свое лицо, отраженное в зеркале врачебного искусства. Курс «История медицины» как самостоятельная отрасль медицинских знаний в России ведет свою историю с начала XVIII в. Сегодня данная дисциплина воспринимается в системе историко-научного знания как дисциплина общенаучного и гуманитарного профиля, значение которой выходит далеко за пределы естественнонаучных и социокультурных областей. Ни в одной другой области науки так явно не представлены универсальность, преемственность и интеграция в единую систему знаний по истории науки и культуры. Эта особая роль истории медицины в интеграции естественных и социально-гуманитарных наук о человеке имеет немаловажное значение в процессе модернизации всей системы непрерывного медицинского образования России. Новые федеральные государственные образовательные стандарты III поколения, введенные в действие с сентября 2011 г., по специальностям группы «Здравоохранение», определяют следующие цели в подготовке будущего врача: заинтересованное отношение к собственному здоровью, формирование здорового образа жизни; разработка и апробация надпредметных программ; овладение основами логического и алгоритмического мышления; использование знаково-символических средств представления информации для создания моделей изучаемых объектов и процессов. Достижению этих целей во многом способствуют сведения по истории медицины, являющиеся универсальной основой для формирования системного видения мира будущего врача, близости к фундаментальным основам

культуры. Еще Гиппократ писал об искусстве врачевания следующее: «В медицине уже с давнего времени все имеется в наличности, в ней найдены и начало и метод». Неслучайно, выдающиеся ученые-врачи, хорошо знали историю своей науки, черпали в ней немало ценных данных при решении сложных проблем.

Таким образом, история медицины имеет особое значение в содержании и структуре современного медицинского образования, определяет ее вариативность в процессе модернизации социально-экономических институтов России.

## **ЭТИЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ И ЦЕННОСТНЫЕ УСТАНОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ**

*Доника А.Д., Еремина М.В.*

Процесс профессионализации врача как субъекта труда неразрывно связан с общим процессом социализации личности. Профессиональная деятельность во многом детерминирована социокультурной средой, социальным статусом индивида, принятыми в обществе ценностями, личными жизненными планами. М. Вебер рассматривал статус как показатель жизненных шансов и предлагал учитывать его как отличный от класса способ измерения уровней социальной стратификации.

В настоящее время, когда происходит изменение ментальности в молодежной социальной среде, исследование изменений социально-психологической ориентации студентов медицинских вузов приобретает особое значение в контексте профессионального формирования врача. Особенности ценностных ориентации интересны при профессиональном отборе, профориентации, индивидуально-психологических, а также групповых консультациях<sup>1</sup>. Современными исследованиями установлено, что структура личностного уровня готовности к профессиональной реализации представляет собой сложный синтез тесно взаимосвязанных структурных компонентов. К ним относятся: мотивационно-ценностный, эмоциональный и когнитивный компоненты. В структуре готовности к профессиональной деятельности центральное место занимает мотивационно-ценностный компонент. В связи с этим мы проводили диагностику социально-психологических установок личности в мотивационно-

<sup>1</sup> Методика диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере О.Ф. Потемкиной // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. учебное пособие / ред. и сост. Д.Я. Райгородский. Самара, 2001. С. 641–648.



потребностной сфере по методике О.Ф. Потемкиной у студентов-медиков старших курсов (N = 120).

Согласно полученным результатам 46,76% исследуемых студентов-юношей и 47,26% ( $p > 0,05$ ) девушек обладают установкой на альтруизм. Обращает внимание значительное число студентов, ориентированных на эгоизм: 47,14% юношей и 38,12% девушек ( $p > 0,05$ ). Таким образом, по общему показателю, несмотря на то, что, среди студентов исследуемой выборки преобладают лица с социально-психологической ориентацией на альтруизм (58,31%), число лиц с ориентацией на эгоизм значительно (35,46%).

Возникновение состояния психологической готовности к деятельности начинается с постановки цели на основе потребностей и мотивов (или осознания человеком поставленной или возникшей перед ним задачи). Далее идёт выработка плана, моделей, схем предстоящих действий. Затем человек приступает к воплощению появившейся готовности в предметных действиях, применяет определённые средства и способы деятельности, сравнивает ход и промежуточные результаты со стоящей целью, вносит коррективы. Таким образом, понятие профессиональной готовности рассматривается как категория теории деятельности (состояние) и понимается, с одной стороны, как результат процесса подготовки, с другой – установки на что-то.

Необходимо рассматривать готовность к профессиональной деятельности как особое личностное состояние, которое предполагает наличие у субъекта образа структуры действия и постоянной направленности сознания на его выполнение. В этом контексте представляет интерес полученные результаты исследования рассматриваемой выборки по вышерассмотренной методике О.Ф. Потемкиной по шкале процесс-результат. Согласно полученным результатам 57,13% исследуемых студентов-юношей и 49,16% ( $p > 0,05$ ) девушек обладают установкой на процесс. Обращает внимание незначительное число студентов, ориентированных на результат: 28,61% юношей и 30,21% девушек ( $p > 0,05$ ). Таким образом, по общему показателю, среди студентов исследуемой выборки преобладают лица с социально-психологической ориентацией на процесс (58,82%), число лиц с ориентацией на результат незначительно (22,36%),  $p > 0,05$ . Согласно О.Ф. Потемкиной, большинство людей ориентированы на процесс, менее задумываются над достижением результата, их процессуальная направленность часто препятствует их результативности, ими больше движет интерес к делу. Следовательно, можно предположить, что среди будущих врачей преобладают процессуально направленные (более целеустремленные) личности, в то время как энтузиасты, получающие моральное удовлетворение от интереса, любви к своей профессии, составляют не более пятой части выборки.

Полученные результаты отражают современные тенденции ценностных установок молодежной популяции. В то же время необходимо отметить значение альтруистических установок для формирования социальных профессиональных компетенций врача. Несмотря на тенденцию к распространенности контрактной модели взаимоотношения врача и пациента, потенцируемой, в частности, новеллами ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ)<sup>1</sup>, социальные экспектации российского пациентского корпуса в большей мере ассоциированы с патерналистской моделью, в рамках которой личностные качества врача определяют результат его интеракции с пациентом.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**

*Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.*

Современные междисциплинарные исследования показывают, что в медицинских реалиях дифференцируется психологическая составляющая, которая проявляется как в этиологии, так и в патогенезе заболеваний<sup>2</sup>. Так, в последние десятилетия наблюдается резкий рост психосоматических заболеваний в мировой медицинской практике. В психолого-психиатрической практике наблюдается взлет практического интереса к пограничным состояниям. Статистика свидетельствует об увеличении в 2 раза за последние 5 лет числа медицинских и клинических психологов в практическом здравоохранении, что выражает возросшую потребность практики в этих специалистах. По-прежнему привлекают внимание старые и новые факты излечения, которые противоречат всем «соматическим» данным. Их отрицание или замалчивание не добавляет ничего к логике «роста научного знания». Так называемая «исцеляющая вера» (понятая как психологическое воздействие) ярко выражает активность сознания, специфическое проявление его интенциональности. Это указывает на необходимость включения более широкого психологического содержания в медицинскую практику, что инициирует личностное понимание здоровья, его индивидуальные представления и идеалы, рефлекссию в системе «врач—пациент» в процессе их психологического взаимодействия.

Понятие «здоровый человек» постоянно трансформируется, наполняясь новым содержанием, что свидетельствует о его много-

<sup>1</sup> Гл. 1 Общие положения. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 22.11.2011.) Электронная база «Гарант».

<sup>2</sup> Филиппченкова С.И. Методологические основания исследования практик врачевания. Монография. Тверь : ТвГУ, ТГМА, 2012. 168 с.

мерности. Целостная картина здоровья требует все более расширительной трактовки. Столь мощный фактор как психологический не является еще органичной частью понятия «здоровый человек». Это во многом обусловлено ориентированностью медицинской практики на естественно-научную трактовку здоровья и физикалистскую модель врачевания, модель, являющуюся классической в существующих медицинских реалиях<sup>1</sup>. Несоответствие между наличными медицинскими практиками и расширяющимся понятием «здоровый человек», включающим психическое, психологическое, социальное, соматическое здоровье и т.д., становится все более явным. Уменьшить вышеназванные ограничения и деструктивные последствия, имманентно заложенные в медицинскую модель лечебной деятельности, возможно, если следовать принципу дополнительности Н. Бора, комплементарности медицинской и психологической моделей взаимодействия в системе «врач-пациент», идеологеме психологии здоровья. Психологическая составляющая всегда была в деятельности врача. Сегодня имеет место прогрессирующая онтологическая и гносеологическая редукция психологической составляющей, и это, несмотря на то, что психологический фактор имеет особое звучание, социальную желательность и ожидаемость, поскольку общество находится на пути к «человеку психологическому» (В.П. Зинченко). Вместо личности пациента врач зачастую видит перед собой объект воздействия, а процесс лечения алгоритмизируется и бюрократизируется. Остановить процесс дегуманизации лечения отчасти призвана психологически ориентированная комплексная модель врачевания.

Необходимость разработки психологической модели врачевания, основанием которой является психологическое взаимодействие в системе «врач – пациент», вызвана не только проводимой технократической политикой в современной медицине, но также «линейностью вектора» в профессиональной подготовке врача, где недооценивается социокультурная обусловленность медицинской профессиональной деятельности, роль рефлексивных, субъектных и личностных факторов в профессиональном становлении медика, в системе «врач-пациент» элиминируется их психологическое взаимодействие и его возможный синергетический эффект. В настоящее время все чаще в своей профессиональной деятельности врачи сталкиваются с разнообразными задачами в условиях неопределенности (переход от ситуации «оказания помощи» к ситуации «предоставления услуг», к рефлексии того, что современная медицина – это прибыльный бизнес; возникновение конфликтов с пациентами и их родственниками; разрешение биоэтических дилемм, и т.д.). Необходимость действовать в таких непредсказуемых ситуациях и принимать опе-

<sup>1</sup> Тищенко П.Д. Здоровье: философско-антропологический аспект // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М., 2003. С. 106.

ративные решения требует наличия у медиков высокого уровня компетентности, профессиональной адаптивности и мобильности, установления партнерских отношений в совместной деятельности врача и пациента. Это актуализирует проблему модернизации профессионального медицинского знания и психологического образования в целом. В числе основных причин необходимости расширения психологического образования врача — его «неконгруэнтность» с радикальными изменениями в медицинских практиках, медицинское, а не проектное, навигационное понимание и видение здоровья, неумение оказывать психологическое воздействие на пациента, пользоваться психодиагностическим инструментарием в исследовательских работах, линейная ограниченность профессионально-личностного развития специалиста, заданная физикалистски-ориентированной образовательной моделью. Заметим, что в системах диагностики и трактовки медицинских исследований, в диагностическом суждении преломляется субъективный, профессиональный опыт врача, изменяется круг рассматриваемых признаков и стратегий лечения и диагностики, а также диапазон возможных интерпретаций результатов, если в рассмотрение «пути к здоровью» пациента включены его психологическое содержание, рефлексивная и субъектная позиция.

С целью преодоления проблем в традиционном модусе медицинской деятельности, необходимо, с одной стороны, внедрять в процесс профессиональной подготовки медиков психологические мероприятия для обеспечения более широкого диапазона формирования профессионально важных качеств врача. С другой стороны, использовать психологические средства, направленные на раскрытие рефлексивного и личностного факторов пациента как субъекта врачевания и включать их в целительный процесс, что усиливает синергетический эффект на различных стадиях врачевания, и отражается в целом на системе «врач — пациент». Верификацией проблемы построения психологической модели взаимодействия врача и пациента в лечебной деятельности, комплементарной медицинской (физикалистской) модели, стали результаты исследований, проводимых с 2004 г. по настоящее время нами в межвузовской психодиагностической лаборатории личностного потенциала и качества жизни, созданной на базе кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества Тверской государственной медицинской академии, и в сотрудничестве с ее клиническими кафедрами.

Включение в процесс профессионализации релевантных медицинской профессии индивидуальных свойств, личностных особенностей, поведенческих паттернов (рефлексивность, ответственность, толерантность к неопределенности, смысложизненные ориентации и ценностные установки, рациональность, коммуникативные и организаторские склонности) врача позволяет интенсифицировать его

профессиональный рост. Разработанные нами в 2010 г. учебные программы для студентов-медиков (раздел «Основы психодиагностики» в программе курса «Психология и педагогика») и постдипломного медицинского образования (программы факультативных дисциплин для аспирантов «Психология здоровья: новые модели врачевания», «Основы психодиагностики в медицине» и «Тренинг профессионального и личностного роста») внедрены в учебный процесс.

## **СИМПТОМОКОМПЛЕКС КОМПОЗИЦИОННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РИСУНКА КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТИ**

*Ершова-Бабенко И.В., Бабенко В.П., Мадинова Ю.И.*

Психологическая и педагогическая практика испытывают дефицит в диагностическом инструментарии, который способен быстро и эффективно определять состояние личности как целого, оценить возможные деструкции в ее структуре и зоны потенциального роста. Внедрение подобного инструментария в работе психологов и педагогов высшей школы будет способствовать наиболее эффективному сохранению психологического здоровья студентов за счет быстрой и своевременной диагностики и реабилитации в ходе учебного процесса.

Применение проективных тестов для выявления личностных особенностей человека основано на принципе проекции, т.е. на вынесении наружу своих переживаний, представлений, стремлений и т.п. Существует много проективных методик, которые в своей основе предметные, т.е. испытуемому предлагается нарисовать предмет живой или неживой природы. Но в психологической практике не было разработано проективной методики, которая бы смогла показать состояние личности как целого, вместо фокусирования внимания испытуемых на узком диапазоне исследования (семья, самооценка, общение и др.).

Эти задачи решены в авторской проективной методике проф. И.В.Ершовой-Бабенко «10 рисунков за 10 минут», которая базируется на теории композиции Бабенко В.П. и концептуальных основах психосинергетики<sup>1</sup>. Проективная методика «10 рисунков за 10 минут» беспредметная, человек рисует все, что захочет в течение 10 минут. Это дает возможность в интерпретации получить честные результаты, без вмешательства сознательного опыта, без искажения и чрезмерной

---

<sup>1</sup> Ершова-Бабенко И.В. Психосинергетические стратегии человеческой деятельности. (Концептуальная модель) : Монография. В. : NOVA KNYHA, 2005. 360 с.

локализации. Предлагается выполнить 10 рисунков на свободную тему с помощью различных средств (цветные карандаши, фломастеры, краски, мелки и т.д.) причем сам выбор средства изображения и цветовой гаммы является одним из диагностических признаков<sup>1</sup>.

Исследование показало, что метод «10 рисунков за 10 минут» позволяет увидеть изображение организации внутриличностного пространства, культурные ограничения, ценности и привязанности личности, эмоциональный фон, страхи, фобии, уровень тревожности, уровень самооценки, наличие коммуникативных расстройств. Данная методика предполагает многократное применение, что дает возможность наблюдать ситуацию и (или) личность в динамике развития. Помимо диагностической ценности метод «10 рисунков за 10 минут», обладает терапевтическим воздействием, способствуя увеличению эффекта: когда человек выносит свое состояние на бумагу (придание внешней формы внутреннему содержанию), что приводит к осознанию человеком своих внутриспсихических процессов, их высвобождению (эффект катарсиса) и осознанной работе над ними.

Новым диагностическим инструментом для нас является геометрическая композиция рисунков, которая учитывает конструкцию рисунков на листе в целом, относительно границ листа, последовательность, характер связей между отдельными рисунками. При этом каждый рисунок также рассматривается как законченная композиция. Такое распределение можно определить как «макрокомпозиция» и соответственно «микрокомпозиция», что дает объемное разностороннее восприятие диагностируемой ситуации и личности в целом<sup>2</sup>.

Композиционное построение дает возможность диагностировать и корректировать психическое состояние человека, отклонения, имеющиеся психические болезни и их физиологические причины.

Слово «композиция» происходит от латинского «Compositio» что означает составление, связь, сопоставление. Композиция понимается как процесс построения – на основе композиционных принципов и с помощью композиционных средств. Характерным признаком композиционного построения является то, что оно всегда развивается в определенных пределах, подразумевает наличие частей, связанных друг с другом системой отношений<sup>3</sup>. Основным элементом любой геометрической композиции является точка. Часто точка является композиционным центром, внимание смещается туда, где находится

<sup>1</sup> Ершова-Бабенко И.В. К вопросу психодиагностики детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях психологической реабилитации / И.В. Ершова-Бабенко, С.В. Корниенко, Э.Б. Гричун // Постнеклассическое знание и наследие И. Пригожина [Материалы Научно-практической конференции «Юбилейные Пригожинские чтения»]. ОНМедУ, 2009. 57 с.

<sup>2</sup> Волков П.П. Композиция в живописи. М. : Искусство, 1977. 265 с.

<sup>3</sup> Григорян Е.А. Основы композиции в прикладной графике : учебно-методическое пособие. Ереван, 1986. 32 с.

центр, мы ею управляемы. Эта точка – важнейшая в композиции и в замысле автора, все действие и движение происходит в центре плоскости и не выходит за пределы<sup>1</sup>. Человек при рисовании непроизвольно формирует из точек пятна, и границы этих групп часто образуют простые геометрические формы или простые плоские фигуры<sup>2</sup>. Это линии, треугольники, круги, овалы, квадраты, прямоугольники и другие фигуры. Чаще всего человек строит геометрическую композицию с помощью треугольников. Это элементарная форма, с ее помощью можно построить другие фигуры. Эта фигура считается устойчивой, несет в себе движение и активность. Композиционно на ограниченной рамке поверхности треугольники могут образовываться с помощью диагоналей, могут быть вписанными или выходить за пределы плоскости, устойчивыми или неустойчивыми. Композиция, построенная по принципу треугольников, может быть замкнутой, разомкнутой, уравновешенной или нет<sup>3</sup>. Примером применения геометрической композиции может быть использование ее в авторской методике психолого-реабилитационной работы проф. И.В. Ершовой-Бабенко «Осевое пространственно-временное центрирование», основными инструментами которой являются композиционная фиксация внешних факторов и активизация внутренних факторов больного человека с помощью геометрических форм<sup>4</sup>. На сегодняшний день в рамках Научно-исследовательской работы кафедры философии ОНМедУ по теме «Методологические проблемы разработки новой теории психики и ноэтики в контексте постнеклассики» (гос. рег. № 01080011002) выполнена диссертационная работа Ю.И. Мадиновой «Психодиагностика и коррекция личностной дезадаптации у студентов-медиков во время первичной профессионализации: симптомокомплекс композиционной организации рисунка», в рамках которой исследуются диагностические возможности методики «10 рисунков за 10 минут» на контингенте студентов ОНМедУ в период ранней профессионализации. В ходе поискового исследования протестировано 125 человек студентов-медиков первого курса по 8 тестовым методикам и проективной методике «10 рисунков за 10 минут». Применение проективной методики «10 рисунков за 10 минут» позволило диагностировать состояния личностных дисфункций у студентов с минимальными временными затратами, не нарушая хода учебного процесса в рамках курса «Основы психологии. Основы педагогики», и в дальнейшем

<sup>1</sup> Бабенко В.П. Геометрическая композиция. Конспект лекций. Одесса, 2013. С. 18–21.

<sup>2</sup> Волков П.П. Композиция в живописи. М.: Искусство, 1977. С. 59.

<sup>3</sup> Бабенко В.П. Геометрическая композиция. Конспект лекций. Одесса, 2013. С. 8–15.

<sup>4</sup> Ершова-Бабенко И.В. Постнеклассическая методология – психосинергетика: возможности использования в медицине. / И.В. Ершова-Бабенко, С.П. Горищак, Р.В. Енин // Интегративна антропология. 2012. № 1. С. 10–20.



целенаправленно организовать подробное психологическое тестирование и психологическую помощь нуждающимся, без отрыва от учебы основной массы студентов.

Таким образом, можно сделать выводы, что проективные методики в работе психологов в ВУЗах являются наиболее экономичным инструментом первичной диагностики личностных нарушений, они прозрачны, глобальны и очень просты. Очевидна целесообразность использования авторской проективной методики проф. И.В.Ершовой-Бабенко «10 рисунков за 10 минут» в диагностике личностных психических состояний, а также в их терапии. Геометрическая композиция является эффективным и надежным диагностическим критерием в работе педагога, психолога, психотерапевта.

## **БИОЭТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Кузнецова М.Н., Катрунов В.А., Засыпкина Е.А.*

Особенностью современного высшего образования является его фундаментализация, а также интеграция гуманитарного и естественнонаучного обучения, развитие инновационных педагогических технологий. И в этом процессе важное место занимает биоэтика.

Фундаментализация – это создание такой системы и структуры образования, приоритетом которой являются методологически важные и инвариантные знания, которые способствуют целостному восприятию научной картины мира, интеллектуальному расцвету личности и актуализации мотивов профессиональной подготовки будущего специалиста врача.

Биоэтика – это мультидисциплинарная наука, исследующая проблемы человека, возникающие из научных достижений в медицине и технологии, рассмотренные в свете моральных ценностей и принципов. Биоэтика в известном смысле выступает как интегративная теория в медицине, определяя парадигму медицинского образования.

Биоэтика в тоже время выступает и как пограничная наука, интегрируя в себе медико-биологические и социально-гуманитарные знания и практику, позволяя более продуктивно и целенаправленно формировать у будущего врача базовые профессиональные и общекультурные компетенции.

Интегрирующая функция биоэтики проявляется и в том, что на ее базе осуществляется междисциплинарная интеграция всей системы образовательного процесса.

Объективная потребность в междисциплинарной интеграции вызвана необходимостью: повышения медико-этической мотивации

студентов в учебном процессе; четкого определения общей логики обучения и воспитания студентов; практического освоения новых технологий диагностики и лечения.

Междисциплинарная интеграция дает возможность формировать у студентов и выпускников умений строить целостные модели решения проблем медицины, а также формирует целостную модель обучения.

Тем самым биоэтика является связующим звеном преемственности и профилактики в рамках всего процесса подготовки врача. Биоэтическое образование определяет следующие целевые установки:

- сформировать у студентов и выпускников умение строить целостную картину явлений, способность раскрывать их сущность 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.

Биотическое образование — это целенаправленный процесс воспитания и обучения будущих специалистов навыкам и умениям ориентироваться в этико-правовых принципах и правилах оказания медицинской помощи, общения с больными различного профиля, а также процесс формирования развитой культуры клинического мышления.

Важной задачей биоэтического образования является практическое введение в те сложные и неоднозначные этико-правовые вопросы, возникающие в результате выдающихся достижений современной медицины и биологии, с которыми сталкиваются не только медицинские работники в своей профессиональной деятельности, но также пациенты и их родственники.

В этой связи биоэтика выполняет функции:

- анализа и оценки этических дилемм и коллизий, вызванных развитием новых научных технологий;
- этической оценки нравственного выбора врача в решении непростых клинических задач;
- интеграции нравственных и объективных знаний в медицине;
- этической оценки научно-технических достижений в биологии и медицине, поиск возможностей управлять и контролировать растущие знания и новые технологии в интересах человека;
- способствует формированию высокой профессиональной и нравственной культуры медицинского работника, развитой культуры клинического мышления.

Биоэтика, как составляющая профессиональной подготовки врача, актуализирует сложнейшие медико-биологические проблемы и значимость их решения для современного общества. В тоже время, биоэтика, раскрывая особенности моральной оценки достижений современной медицины, генерирует нравственный смысл и направленность развития медицины.

## **О ГУМАНИТАРНОМ ОБРАЗОВАНИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

*Комова Н.В.*

Истинная необходимость – это необходимость для каждого существа быть самим собой: для птицы – летать, для рыбы – плавать, для ума – философствовать.

*Ортега-и-Гассет*

Современное общество вступает в информационную стадию развития, рационализация всей социальной жизни становится не только возможной, но и жизненно необходимой. Гуманитарные знания, аксиологизация, этика ученого, сциентизм и антисциентизм, экологическое воспитание, ответственность естествоиспытателей за судьбу биосферы и, как следствие, проблема завтрашнего дня, выживание и судьба человечества. Эти слова встречаются сегодня постоянно: в статьях, дискуссиях, радио и телепередачах. Путь познания и обучения сложен, извилист и долог, и, кажется на первый взгляд, гуманитарные науки добавляют лишней нагрузки. Но это только на первый взгляд.

Мы, как и преподаватели клинических дисциплин, вводим студентов в мир культуры: знакомим с научными достижениями, идеями, открытиями, принципами – без чего невозможно было становление человека, продолжение истории, не говоря уже о прогрессе. Медицинские науки в нашем вузе, конечно же, главные (кто спорит?!), и те, кто их преподают, это знают. Но задача у нас общая: формируем специалиста – педиатра, терапевта, невропатолога – интеллигента, гуманиста.

Скажите, как можно мыслить себя гражданином, то есть членом общества в лучшем смысле слова, частью человечества наконец, не считая себя сопричастным истории своей родины? Не зная собственных корней, особенностей национального характера, причин тех трудностей, которых было так много на пути развития России? Великие русские историки: Карамзин, Соловьев, Ключевский – никогда не перестанут быть интересными и не устареют. Самобытность русской истории, просвещение и образование в России, противо-

стояние славянофилов и западников, формирование психологии великороссов, т.е. нашей психологии, революции, войны, современные события. За непродолжительное время надо успеть очень много — рассказать всю (или почти всю) историю. Так рассказать, чтобы пробудить в молодых сердцах интерес к судьбе своего Отечества (своей судьбе), чтобы увидеть блеск в глазах и почувствовать в студентах единомышленников. Вместе с Ключевским призываем юношество быть «немного историками»: *знание своего прошлого — потребность мыслящего ума, существенное условие сознательной и корректной деятельности. Историческое сознание дает обществу тот глазомер положения, то чутье минуты, которые предохраняют его как от косности, так и от торопливости.*

К. Маркс отмечал, что гармонически развитый человек — это прежде всего целостный человек. Физическое совершенство, моральная чистота и духовное богатство — эти качества гармонически сочетаются в совершенной личности. Необходимой стороной бытия такой личности является здоровье. В сложном мире, где телесное здоровье все больше зависит от духовного, обучение будущего врача не может достичь цели без серьезной гуманитарной подготовки. Формирование духовного мира студента включает, кроме специальных медицинских дисциплин, преподавание философии, отечественной истории, культурологии, социологии. Само слово *философия* (в пер. с греч. *любовь к мудрости*) и многообещающее, и ко многому обязывает. Она давно перестала быть *наукой наук*, хотя и появилась на свет раньше всех остальных. И сколько философских книг ни прочитай, они врачебному делу не научат. Но любой самый гениальный ученый остается человеком. И потребностью его как человека является стремление знать о мире, об Универсуме, как можно больше (в идеале — все), тогда как специальные науки дать таких знаний не могут. Врач-человек, или человек-врач, живет в мире, общается с миром, задумывается о нем. Откуда пришел мир, куда идет? Какова в конечном счете потенция космоса? В чем главный смысл жизни?

Многие считают: для овладения профессией философия не является необходимой, то есть полезной. Гениальный Аристотель в IV в. до н.э. уверенно заявлял: *все другие науки более необходимы, нежели она, но лучше нет ни одной.* Она занимается познанием наиболее достойного — поисками *первоначал* и *первопричин*, ибо «через них и на их основе познается все остальное». Гегель уже в XIX в., выступая перед студентами, назовет философию *центром всей духовной культуры, всех наук и всякой истины.* И поскольку человек отличается от других существ *мышлением* и стремится к познанию истины, а философия именно этим и занимается — мыслящий человек не может не философствовать.

У каждой науки — свой предмет изучения, свои методы познания. Но мир, с какой стороны его ни изучай, един — все в нем взаимосвязано, переплетается и переходит из одной формы в другую. *Именно диалектика, писал Энгельс, является наиболее важной формой мышления для происходящих в природе процессов развития, для всеобщих связей природы, для переходов от одной области исследования к другой.* Философия и выполняет функцию метода методов, то есть диалектики. *Какую бы позу ни занимали естествоиспытатели, над ними властвует философия.* Потому что человечество не придумало другого мышления, как мышление с помощью категорий. А категории эти философские: причина, следствие, возможность, действительность. Мышление же, утверждают материалисты, дано нам при рождении только в виде возможности как потенциальное свойство высокоорганизованной материи, мозга. Поэтому и необходимо студентам учиться философии, диалектическому методу познания, ибо только диалектика адекватна природе (миру, космосу), находящейся в состоянии постоянных изменений и превращений.

Огюст Конт, составляя пирамиду наук, поставит на ее вершине социологию. Сущность человека социальная, и наука об обществе, в котором человек живет, — главная. Общество необходимо изучать и знать, чтобы можно было изменить его к лучшему. Писал Конт об этом в 40-е годы XIX века, но разве что-то устарело? С тех пор проблема социальных изменений не стала менее актуальной. Петр Лаврович Лавров (полковник, профессор математики, идеолог народничества) в 70-е годы того же века, реагируя на увлечение разnochинной интеллигенции естествознанием и позитивизмом, старается повернуть ее интересы к общественным наукам. Изучая внешний мир, надо помнить, что для человека он есть только материал деятельности, фундамент, на котором строится общественное здание. Естествоиспытатель, пренебрегающий общественными науками, обнаруживает лишь «узость и неразвитость мысли». Целе-направленная деятельность человека есть столь же неизбежный и естественный факт, как дыхание и кровообращение. *Общественная жизнь людей — такой же достойный предмет изучения, как и жизнь внешнего мира.*

Врач не может ограничивать свои интересы только пределами своей профессии. Живя в огромном и величественном мире, сам являясь целостным миром, он должен обладать, кроме профессионализма, качествами гражданина и гуманиста. Категорический императив Канта, повеление поступать так, чтобы *максима твоей воли могла всегда стать принципом всеобщего законодательства*, самым прекрасным образом реализуется в медицине и здравоохранении. Долг, совесть, подчинение в себе биологической природы социальной, божественной — это относится к людям всех специальностей

и вероисповеданий, это является неотъемлемой частью профессии, связанной с жизнью и здоровьем человека.

Итак, шаг за шагом: от древних, через все эпохи, направления и движения человеческой мысли к современной картине мира — мы учим студентов, напоминая и настаивая: абсолютной истины нет, познание — это бесконечный процесс. Умению самим размышлять, приобщаясь к мудрости других: Платона, Аристотеля, Декарта, Вольтера, Герцена, Кропоткина, Бердяева — мы и учим студентов. Мы очень стараемся, чтобы сегодняшний студент, будущий врач, стал настоящим профессионалом, гармоничной личностью, достойным гражданином Отечества.

## **КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВЬЮ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ**

*Кудрявцев В.Д., Ростковская Г.Б., Терехова Н.В.*

Индикатором ценностного отношения студента к здоровью и физической культуре выступает его самооценка. По самооценке, отраженной в высказываниях, мнениях, суждениях, анкетированиях и реальном поведении студентов, можно судить о качестве педагогического процесса.

Для определения уровня сформированности ценностного отношения студента к здоровью и физической культуре выделены критерии и их показатели, объединяющие объективные и субъективные параметры.

**Мотивационно-ценностный компонент** отражает направленность личности на ценности здоровья и физической культуры. Необходимо отметить следующие показатели этого критерия:

- развитие ценностных ориентаций здоровья и физической культуры (профессиональные умения, навыки, работоспособность, физическая активность);
- осознание ценности здоровья и образа жизни, направленного на его сохранение;
- значимость активности в области здоровья и физической культуры;
- мотивация физкультурно-спортивной деятельности.

**Эмоционально-волевой компонент** — характеризует сознательная эмоционально-волевая активность студента. Это осознанный выбор здорового образа жизни, эмоционально-волевые и нравственные проявления в учебной и физкультурно-спортивной деятельности.

Показатели этого критерия:

- удовлетворенность своим образом жизни, физкультурно-спортивной деятельностью;
- волевая регуляция поведения – преодоление трудностей, проявление воли;
- ответственность за свое здоровье;
- самооценка.

**Практико-деятельный компонент** – проявляется в готовности к систематической деятельности в сфере физической культуры, ведению здорового образа жизни.

Показателями этого критерия выступают:

- систематичность физкультурно-спортивной деятельности;
- готовность к развитию физических качеств, функционального состояния организма.

Каждый из этих показателей можно условно оценить по 4-х балльной шкале.

Первое – это когда для студента ценность здоровья является декларируемой, не зависящей от образа жизни, и физическая культура рассматривается как не нужная сфера деятельности.

Мотивация к здоровому образу жизни, физкультурно-спортивной деятельности неустойчивые. Отмечается узкий круг знаний в сфере физической культуры.

Второе – это когда ценность здоровья студенты осознают, но пассивны в организации здорового образа жизни. Ценность здоровья для них второстепенна, физическую культуру рассматривают как определенную сферу, ограниченно видя ее смысл в двигательной активности. Считают познавательную активность в области здоровья и физической культуры необходимой только в рамках учебного процесса.

Третье – это когда деятельность студентов отличается направленностью на самосовершенствование. Они осознают ценность здоровья, его зависимость от образа жизни, роль физической культуры. Физическая культура оценивается ими достаточно высоко, её мотивы – это снятие психоэмоционального напряжения, повышение умственной и физической работоспособности.

Четвертая группа студентов характеризуется устойчивой внутренней позицией, ставящей здоровье во главу угла жизненных ценностей. Они убеждены в значимости своих возможностей сохранения и укрепления здоровья. Познавательные интересы в области здоровья и физической культуры имеют для них перво-степенное значение.

Характеризуя все четыре группы студентов можно сказать, что, проявляя разную степень их отношения к здоровью, они все отличаются пониманием значения физической культуры как профилактики тех или иных заболеваний.



# ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСИНЕРГЕТИКИ В ИССЛЕДОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ И ЦЕННОСТНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЛИЧНОСТИ

*Медянова Е.В.*

На современной фазе постнеклассического этапа развития науки<sup>1</sup> происходит распространение синергетической методологии из областей философии и методологии науки в частнонаучную практику. Так применение постнеклассической методологии исследования психики (психосинергетики) и, разработанной в ее русле, концептуальной модели «нелинейные целые в нелинейном целом» в общепсихологической практике, позволили исследовать влияние когнитивных составляющих на развитие ценностной сферы личности студента-медика с позиций новой холистики и концептуальной модели<sup>2</sup>.

В ходе диссертационного исследования Е.В. Медяновой в рамках научно-исследовательской работы кафедры философии ОНМедУ по теме «Методологические проблемы разработки новой теории психики и ноэтики в контексте постнеклассики» (гос. регистр. № 01080011002) были изучены факторы развития ценностной сферы личности студентов-медиков в период ранней профессионализации<sup>3</sup>.

С позиции психосинергетического подхода личность рассматривается как сложная нелинейная самоорганизующаяся среда, в композицию которой входят другие сложные нелинейные самоорганизующиеся среды, по принципу «нелинейные целые в нелинейном целом». В данной модели существуют три вида взаимоотношений: воздействие, влияние и взаимодействие. Личность, как более старшее целое в модели, оказывает воздействие как на каждую из сфер в отдельности, так и на области из взаимодействия. Младшие целые в

<sup>1</sup> Стёпин В.С. От философии науки – к философской антропологии // Познающее мышление и социальное действие. М., 2004. 544 с.

<sup>2</sup> Ершова-Бабенко И.В. Место психосинергетики в постнеклассике // Постнеклассика: философия, наука, культура. Коллективная монография / отв. ред. Л.П. Киященко и В.С. Степин. СПб. : Издательский дом «Мирь», 2009. С. 460–488; Ершова-Бабенко И.В. Концептуальные модели психосинергетики: концепция пространственно-временного осевого центрирования психики, головного мозга и личности (на примере высокоскоростной травмы с диффузным повреждением) // Интегративна Антропология. 2011. № 1(17). С. 16–33.

<sup>3</sup> Ершова-Бабенко И.В., Медянова Е.В. Соотношение когнитивных и ценностных аспектов личности в свете концептуальных моделей психосинергетики // Философские проблемы биологии и медицины: Вып. 5: Нормативное и дискрептивное : сб. статей. М. : изд-во «Принтберри», 2011. С. 382–385; Медянова О.В. Постнеклассичний підхід до аналізу впливу когнітивних чинників на формування ціннісної сфери студентів медиків // Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / [за пер. С. Д. Максименка]. Т. XIII. Част. 2. К., 2011. С. 243–250.

модели — ценностная и когнитивная сферы личности (КСЛ) — между собой имеют уровни взаимовлияния и взаимодействия, а также каждая из данных целых имеет внутрисферные структурные связи, влияющие на особенности ее развития.

Факторный анализ эмпирических данных, позволил подтвердить теоретическую модель и вычленил четыре типа факторов (67% дисперсии), влияющие на развитие структуры и конфликтности ЦСЛ студентов-медиков в период ранней профессионализации: а) воздействие личности, как целого, на особенности развития отдельно ее когнитивной и ценностной сфер (9% дисперсии); б) факторы преимущественного влияния когнитивных составляющих на развитие ЦСЛ студентов-медиков (20% дисперсии); в) факторы повышенного взаимодействия когнитивных и ценностных компонентов личности (зона взаимодействия — 11% дисперсии); г) факторы структуры ЦСЛ — устойчивые ценностные конструкторы, возникшие в ходе ее развития (27% дисперсии).

Факторы преимущественного влияния когнитивных составляющих на структуру ценностной сферы личности студентов-медиков описывает пятифакторная модель: фактор «Полезависимости/полenezависимости», характеризующий влияние полenezависимости и радикализма в мышлении на снижение уважения к культурным и религиозным обычаям и идеям; фактор «Рефлексивности» характеризует влияние рефлексивного когнитивного стиля на развитие конформизма; «Гуманитарный тип мышления, как фактор развития эстетико-гедонистической направленности ЦСЛ» характеризует влияние высокого уровня развития триады типов мышления: наглядно-образного, словесно-логического и творческого на рост потребности в удовольствии: эстетическом, чувственном, интеллектуальном; фактор «Деятельность — здоровье» характеризует влияние уровня предметно-действенного мышления на направленность ЦСЛ на активные действия ради сохранения здоровья человека и достижения благополучия социума; фактор «Тип мыслителя» характеризует влияние развития высших типов мышления на ценностное предпочтение — самостоятельность мысли.

Факторы, влияющих на организационные особенности структуры ценностной сферы студентов-медиков в период ранней профессионализации за счет внутрискруктурных связей самой ЦСЛ: фактор «Направленности на личную жизнь» характеризует снижение потребности в познании при направленности на ценности личной жизни; фактор «Традиционно-конформной направленности» характеризует направленность на сохранение традиционного опыта (тип личности «хранителей, копировщиков»), в ущерб потребности в новизне, создании нового (тип личности «создатель»); фактор «Социального статуса — стабильности» характеризует направленность респонден-

тов на традиционный путь достижения стабильности для себя и своих близких за счет достижения высокого социального статуса; фактор «Социальный статус» характеризует связь между снижением гуманистической направленности ценностной сферы личности и стремлением личности к достижению высокого социального статуса, позволяющего достичь материального благосостояния и славы; фактор «Прагматического милосердия» характеризует существование связи между демонстрируемой гуманностью и подсознательным стремлением к уважению, влиянию на людей.

Факторы повышенного взаимовлияния когнитивных и ценностных характеристик личности: «Идеалистичный максимализм личности» и «Практичность»; преимущественного влияния личности на а) когнитивную сферу – фактор «Социальной пассивности»; б) ценностную сферу – фактор «Тревожности». Таким образом, психосинергетический подход позволил спрогнозировать и исследовать типы взаимоотношений между элементами концептуальной модели «целые в целом»: когнитивными и ценностными аспектами личности студента-медика и личностью, как целым, в период ранней профессионализации.

## **ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТИНГЕНТА УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В РОССИИ**

*Моисеева О.Н.*

Медицина является частью культуры и, в конечном счёте, выражает собой определённый срез общественного сознания. Современное здравоохранение в России переживает тяжёлые времена. Советская социально-ориентированная система здравоохранения рушится, и на её месте возникает рыночная практика оказания специфического рода услуг. С точки зрения этой системы, больной, пациент рассматривается в качестве клиента – потребителя медицинской услуги. Соответственно, статус врача-целителя сменяет статус врача - поставщика специфической услуги. Несомненно, подобный подход к взаимоотношениям врача и пациента формирует соответствующую практику оказания этих услуг, основанную исключительно на товарно-денежных отношениях. Из медицинской практики вымываются понятия милосердия, альтруизма, гуманности, бескорыстия, принципов «не навреди» и «делай добро» – ведь при отсутствии достаточной платёжеспособности пациента он не сможет рассчитывать на качественное оказание медицинской услуги в полном объёме. И тем более, в подобном типе взаимоотношения не предусмотрено сердечного участия, сострадания, сопереживания, глубокой эмпатии. Поначалу эти принципы ещё могут сохраняться, но по мере того, как

будут уходить из практики их живые носители, они станут сменяться принципом «любой каприз за ваши деньги».

Можно сказать, что подобного рода ситуация спровоцирована не только «сверху» — принятием определённых властных решений, но и «снизу» — отношением самого медицинского сообщества к качеству его членов. Речь идёт о медицинском образовании. Уже на протяжении длительного времени в нашей стране отсутствуют чёткие, объёмные требования к абитуриентам медицинских ВУЗов и СУЗов. Данное обстоятельство порождает множество проблем в сфере медицинского образования, приводя к снижению его качества. Это приводит к тому, что последующие поколения с каждым годом теряют положительные составляющие «идеального портрета врача», доставшегося нам по наследству из глубокой древности. В учебниках истории медицины мы видим врача-гуманиста, гражданина, высоко духовную личность, способную идти на разного рода жертвы, служа высоким человеческим идеалам, обществу в целом. А жизненное пространство реальности сейчас захватывается медицинскими дельцами, ставящими во главу угла личную коммерческую выгоду и не думающими о завтрашнем дне общества. Во многом это обусловлено нынешним состоянием общества в целом. Но во все времена врачи и учителя составляли душу любого общества. Они ближе всего стояли к идеалам мира мудрости, любви и человечности. Потому именно им нужно бороться за сохранение и умножение этих идеалов в обществе и, прежде всего, на территории своего влияния.

Жизненный путь любого врача начинается с его первых шагов в профессиональный мир медицины Логоса — с начала профессионального обучения. И здесь очень важным, определяющим моментом является подбор кандидатов. В древности в ведических медицинских школах в отношении качества потенциальных учеников существовали весьма строгие требования, которые условно можно разделить на три группы: чувствительные, этические и интеллектуальные. Надо отметить, что кандидат должен был соответствовать достаточно высокой оценке по всем трём критериям — чувствительному, этическому и интеллектуальному. Это вытекало из самого мировоззрения ведического врача. Медицинские труды подчеркивали, что цель человеческого существования — прервать круг перерождений и достичь единения с Высшей Реальностью: **«От нереального веди меня к реальному, от темноты веди меня к свету, от смерти веди меня к бессмертию»**, — говорит одна из самых известных молитв в Упанишадах<sup>1</sup>. Ведический врач был мудрецом по своей природе, проникающим в тайны мироздания, видящим пути жизни и помогающим каждому живому существу на этом пути. Поэтому, в личности врача должны

<sup>1</sup> Сорокина Ю.Б. Традиция Аюрведы (сборник статей).  
URL:<http://www.sanatanadharma.udm.net/shastra.files/text.htm>

были сочетаться ведический уклад жизни, высокая этика и знание, и понимание философии. Хороший врач должен быть наделён недюжинными памятью и интеллектом, а также теоретическими и практическими знаниями. В нём должны быть глубоко развиты сердечность и симпатия по отношению ко всем живым существам. Только обладающие этими качествами врачи действительно способны спасти больному жизнь и вылечить его от любой болезни. Аюрведа сравнивает врача с воином — борцом с тьмой онтологического несовершенства за свет гармонии и жизни. Посему, в древние времена обучение Аюрведе проходили только избранные, в соответствии с принципами *карма* и *гуна*. Карма означает, что человек должен был получить благоприятное рождение — как правило, в роду нандья (потомственные лекари), чтобы он с самого раннего детства мог усваивать необходимые принципы и получить должное воспитание. *Гуна* означает соответствующие способности. Решение об обучении принималось наставником, который сначала всесторонне испытывал человека, желающего стать учеником. В пять лет ребёнка отдавали в специальную школу — гурукулу при монастыре, где под руководством опытного учителя (гуру) он проходил в течение 20 лет обучение по всем аспектам медицинской науки, осваивал философию, астрологию, йогические и духовные практики. Так же подготовка могла вестись и в светских учебных заведениях, созданных по типу университета. В группах обучались не более 4 человек, получавшие знания от вайдьев, которые разбирались во всех известных науках, обладая при этом высокими нравственными качествами.

*Некоторые требования к ученику, которые предписывали Чарака и Сушрута:*

- Спокойствие; природное благородство; доброта; неспособность совершить подлость; чистота в поступках.
- Нормальное состояние глаз, лица и носа; тонкий, красный и чистый язык; здоровые зубы, губы и нормальный голос.
- Упорство и настойчивость; отсутствие тщеславия, интеллектуальность, вдумчивость и сострадательность.
- Наличие хорошей памяти и способности рассуждать; свобода мысли.
- Происхождение из семьи врача или того, кто был предрасположен стать врачом.
- Желание познать истину и преданность истине.
- Физическое совершенство; хорошо работающие органы чувств.
- Скромность и отсутствие эгоизма.
- Способность понимать истинную природу вещей.
- Отсутствие раздражительности и вредных привычек.
- Отсутствие склонности совершать ошибки под влиянием страстей: играть в азартные игры, спать в течение дня, плохо

отзываться о других, увлекаться женщинами, пением и танцами, игрой на музыкальных инструментах и бесцельными прогулками.

- Ровный характер, чистота, хорошее поведение, любовь к учёбе, энтузиазм и добрый нрав.
- Преданность учению; непрерывный интерес к изучению теории и практики постигаемой науки.
- Отсутствие лени и жадности; склонность к уединению.
- Расположенность к другим людям; склонность искать во всех существах прежде всего хорошие черты.
- Отсутствие надменности, гордости, гнева, алчности и лени.
- Соблюдение всех указаний учителя.
- Преданность учителю<sup>1</sup>.

Обряд посвящения в ученики проводился торжественно, с использованием необходимых ритуальных предметов, символов, священных растений и чтения священных гимнов. Ученик не должен был ограничиваться изучением одной только Аюрведы, но должен был освоить максимальное количество всех других отраслей науки и философии, которые могли способствовать *истинному пониманию человека*. Ученику стремились объяснить, что формальное обучение — это лишь тот минимум знаний, которыми должен располагать врач. Лишь после многих лет практики, наблюдений, дальнейшего обучения и размышления человек мог стать достойным своей профессии. Если он не сумел поддержать на высоком уровне постоянное совершенствование в своем деле, его считали не истинным врачом, а просто самозванцем.

Аюрведа, как достаточно гибкая система, давала возможность повсеместного её применения без ограничения времени. Об этом гласил ведический принцип передачи знания: «место — время — обстоятельство». Иначе говоря, знание не следует переносить механически, его необходимо приспособить к местным условиям. Поэтому, врач должен обладать не только определённым набором знаний, но и гибкостью мышления, способствующей адекватному применению этих знаний. А это достигается только путём целостного образования, включающего в себя не только всестороннее интеллектуальное развитие, но и духовно-нравственное воспитание.

В России к абитуриентам медикам уже несколько столетий применяется исключительно один критерий — интеллектуальный, который в последние годы в связи с реформами среднего образования и введением ЕГЭ резко упал. Сенситивность, эмпатия и этика не входят в перечень обязательных требований. Так же не проводятся тестирования абитуриентов на выявление их психологического

<sup>1</sup> Сорокина Ю.Б. Письменные источники и канонические тексты Аюрведы: сб. статей. URL: <http://www.sanatanadharma.udm.net/shastra.files/text.htm>

статуса, соответствующего или не соответствующего требованиям будущей профессии. В программе медицинских ВУЗов и СУЗов гуманитарным дисциплинам отведена ничтожная роль «придатков» общеобразовательного компонента. Данную проблему пытаются решать курсы сестёр милосердия, курирующиеся христианской церковью. Но это весьма специфическая форма обучения, пригодная не для всех, а только для религиозных лиц. Посему в образовательных медицинских учреждениях присутствует значительное количество лиц, самой природой не предназначенных к подобной деятельности, что существенно затрудняет сам образовательный процесс, поскольку эти студенты создают соответствующую атмосферу на занятиях, снижающую качество профессиональной подготовки. Преподаватель в подобных условиях не в состоянии справиться с общей ситуацией, что ведёт к перекосам в образовательном процессе. Особенно ярко это проявляется при обучении на гуманитарных и клинических кафедрах, где студент уже должен демонстрировать элементы владения практическими профессиональными навыками. Поэтому, решение многих биоэтических и организационных проблем современного российского здравоохранения следует начинать с реформы медицинского образования с учётом опыта древних медицинских школ, проверенных временем.

## **ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА КАК ЕДИНАЯ САМОРАЗВИВАЮЩАЯСЯ И САМОРЕГУЛИРУЕМАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА**

*Самусенков В.О., Самусенков О.И., Халилулина Ф.А.*

Организм человека развивается под влиянием генотипа (наследственности), а также факторов постоянно изменяющейся внешней природной и социальной среды. Без знания строения организма человека, особенностей процессов жизнедеятельности отдельных его органов, систем органов нельзя обучать, воспитывать и лечить человека, нельзя также обеспечить его физическое развитие и совершенствование.

Познание самого себя является важным шагом в решении проблемы формирования физической культуры личности будущего специалиста в области медицины, который при изучении данной темы получает возможности:

- изучить особенности функционирования человеческого организма и отдельных его систем под влиянием занятий физическими упражнениями и спортом в различных условиях внешней среды;



- уметь диагностировать состояние своего организма и отдельных его систем, вносить необходимую коррекцию в их состояние средствами физической культуры и спорта;
- уметь рационально соотносить физкультурно-спортивную деятельность и индивидуальные способности организма, а также учитывать условия труда, быта, отдыха.

Человеческий организм — сложная биологическая система. Все органы человеческого тела взаимосвязаны, находятся в постоянном взаимодействии и являются единой саморегулируемой и саморазвивающейся системой, обеспечивающей взаимодействие психики человека, его двигательных и вегетативных функций с различными условиями окружающей среды. В организме человека насчитывается более 100 триллионов клеток. Каждая клетка представляет собой одновременно: фабрику по переработке веществ, поступающих в организм; генератор, вырабатывающий биоэлектрическую энергию; компьютер с большим объемом хранения и выдачи информации. Кроме этого, определенные группы клеток выполняют специфические, присущие только им функции (мышцы, кровь, нервная система и др.).

Наиболее сложное строение имеют клетки центральной нервной системы (ЦНС) — нейроны. Их насчитывается в организме 10–16 миллиардов. Каждый нейрон содержит около тысячи ферментов. Все нейроны головного мозга могут накапливать свыше 10 миллиардов единиц информации в секунду, т.е. в несколько раз больше, чем самая совершенная ЭВМ.

Каждую клетку необходимо снабдить питательными веществами и кислородом, вывести из неё продукты распада после биохимических реакций жизнедеятельности, а также обеспечить регуляцию протекающих в ней процессов. Для этого к каждой клетке подходит кровеносный сосуд-капилляр и нервное волокно.

Организм человека состоит из отдельных органов, выполняющих свойственные им функции. Различают группы органов, выполняющие совместно общие функции — это система органов. В своей функциональной деятельности системы органов связаны между собой. Взаимосогласованные, одновременно протекающие в них процессы обеспечивают жизнедеятельность организма в целом.

Многие функциональные системы в значительной степени обеспечивают двигательную деятельность человека. К ним относятся: кровеносная система, система органов дыхания, опорно-двигательная и пищеварительная системы, а также органы выделения, железы внутренней секреции, сенсорные системы, нервная система и др.

Внешняя среда в общем виде может быть представлена моделью, состоящей из четырёх взаимодействующих составляющих: физическая окружающая среда (атмосфера, вода, почва, солнечная энергия);

биологическая окружающая среда (животный и растительный мир); социальная среда (человек и человеческое общество); производственная среда (производство и труд человека).

Влияние внешней среды на организм человека весьма многогранно, она может оказывать на организм как полезные, так и вредные воздействия. Из внешней среды организм получает все необходимое для жизнедеятельности и развития, однако, вместе с тем он получает многочисленный поток раздражений (температура, влажность, солнечная радиация, производственные, профессиональные вредные воздействия и др.), который стремится нарушить постоянство внутренней среды организма.

Нормальное существование человека в этих условиях возможно только в том случае, если организм своевременно реагирует на воздействия внешней среды соответствующими приспособительными реакциями и сохраняет постоянство своей внутренней среды или адаптируется к новым условиям существования.

## **ФИЛОСОФСКИЕ ТЕТРАДИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

*Серова И.А.*

Освоение федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) требует организации учебного процесса по компетентностно-ориентированному учебному плану<sup>1</sup>. Мера включения в профессиональную деятельность (таково классическое определение компетентности по Д.Б. Эльконину) увеличивается постепенно и последовательно от курса к курсу. Маршрут ключевых компетенций должен быть зафиксирован не только в учебных планах и программах, но и определен в деятельности учащихся. Пришла пора оценивать эффективность деятельности образовательного учреждения не по наличию УМК, а по продуктам его освоения учащимися. Одним из таких продуктов являются рабочие тетради для студентов по всем дисциплинам.

Рабочая тетрадь по любому предмету представляет собой набор заданий по основным изучаемым темам и может служить средством обучения, как на практических занятиях, так и для выполнения учебной нагрузки, направленной на самостоятельную работу учащихся. Хорошая рабочая тетрадь имеет печатную основу, которая включает интересный иллюстративный материал и задания разной степени сложности, выполнение которых должно находить отражение в повышении рейтинговой оценки студента.

<sup>1</sup> Серова И.А., Година А.Ю. К вопросу внедрения компетентностно-ориентированного учебного плана в медицинском ВУЗе // Alma mater. Вестник высшей школы. 2012. № 12. С. 35-38.

Набор рабочих тетрадей для освоения ключевых компетенций по предметам, изучаемым не на выпускающих кафедрах, является легитимным основанием их существования в ВУЗе. Демонстрация выпускником освоенных компетенций в ходе итоговой государственной аттестации (ИГА) через решение многоэтапных (диагностика, лечение, реабилитация, профилактика) профессиональных ситуационных задач для оценки результатов обучения предполагает опору на задания, выполненные в рабочих тетрадях. Сам набор рабочих тетрадей — продукт интеллектуальной собственности ВУЗа, который выполняет функцию самоопределения на рынке образовательных услуг для каждого высшего учебного заведения и закладывает основы устойчивого успеха в образовательной деятельности. Требование ФГОСом региональной самобытности реализуемо именно через авторское право на комплекс уникальных методических материалов для студентов.

На основании УМК достаточно просто составить рабочие тетради, в которых изучение темы предполагает составление глоссария и модификация его в различные виды терминологических игр, решение ситуационных задач, тестов, составление таблиц сравнения и заполнения пустых граф в них. Важную методическую роль играют списки современной литературы по темам, которые могут быть предложены для докладов на занятиях.

Однако, такого рода рабочие тетради не оригинальны. Рабочую тетрадь имеет смысл использовать для активизации деятельности правого полушария мозга, т.е. для развития творческого мышления. Эту задачу в гуманитарном блоке обучения решают философские тетради. На занятиях по философии в этом году мы начали по каждой теме рисовать мандалу, которая дает представление об основных идеях античной, средневековой, классической и неклассической философии, а также о персональном мировосприятии, картинах мира, сущности сознания, возможностях познания, меняющейся социальной структуре. История философии обрела историю во вклеенных в тетрадь портретах великих мыслителей. Олицетворение истории философии формирует профессиональную наблюдательность, способность учитывать личностный профиль мыслителя. Основной вопрос философии об отношении человека к миру был вынесен на обложку рабочей тетради: студенту предлагалось найти обложку созвучную своему миропониманию и обозначить свое присутствие в мире соответствующей по весу фигурой. Интересно было рассматривать философское позиционирование молодежи, живущей в разных мирах: в мире техники, в мире знаний, в мире моды, в мире женщин, в мире суровой природы, в мире человеческих игр. В ходе изучения темы «Сознание» в тетради можно завести рефлексивные страницы с самооценкой своих личностных, профессиональных компетенций.

Актуальные темы следует представить фото-сессиями: «Экологические проблемы общежития», «Личностный профиль преподавателя», «Философия эмоций», «Настроения природы», «Кумиры». Лучшие снимки могут украсить фойе общежитий.

Особенно полезны рабочие тетради по биоэтике. Принципы биоэтики «Не навреди!», «Делай добро!», «Будь справедлив!» структурируются студентами по видам вреда, добра и справедливости в таблицы, ячейки которых заполняются кейс-методом. Компетенцию комментирования интересных случаев, найденных студентами в средствах массовой информации, в Интернете, в личных столкновениях со сферой здравоохранения следует развивать с помощью записей в рабочих тетрадях. Интервью с больными стационаров в ходе летней практики по поводу реализации принципа автономии пациента может послужить началом хорошей научной работы. Рабочая тетрадь позволяет собрать комментарии по всем проблемам биоэтики под одной обложкой, посмотреть, как развивается компетенция критического мышления, как комментарии становятся более аргументированными, серьезными, лишенными тенденциозности. При решении ситуационных задач акцент можно сделать на развитие компетенции позитивного мышления, готовности видеть не только и не столько утраченное в ходе болезни, сколько сохранное, обеспечивающее положительную динамику.

Если идти на большие финансовые затраты по обеспечению каждого студента рабочей тетрадью с печатной основой, то, конечно, такая тетрадь должна быть богато иллюстрирована информативными рисунками, интересными снимками, рентгенограммами. На рисунках можно делать множество отметок. К философским тетрадям мы относим и методические разработки рабочих тетрадей по конкретным медико-биологическим дисциплинам, составленные аспирантами в ходе обучения на цикле «Методика преподавания медико-биологических дисциплин». Эти материалы богато иллюстрированы. Например, на зарисованных микропрепаратах головки невооружённого цепня предлагается найти и отметить четыре пигментированные эллипсоидные присоски, гермафродитный членик невооружённого цепня предлагается дорисовать, а схему жизненного цикла ланцетовидного сосальщика дополнить. Рисовать студенты должны не только на первых курсах, но и в ходе изучения клинических дисциплин. Скажем, неврологи предлагают зарисовать типы чувствительных нарушений при различных параличах и дать им краткую характеристику по предлагаемой схеме. Аспиранты включают в рабочие тетради интересные научные факты, которые сегодня обсуждаются в литературе и пока не находят объяснения. Студенты на занятиях или дома в рабочих тетрадях должны попытаться сформулировать гипотезы, объясняющие непознанное. Аспиранты кафедры гигиены питания включили

в рабочие тетради результаты своих исследований: составленная ими методика оценки фактического питания интересна для самооценки, а аспирантка кафедры спортивной медицины вообще нашла в магазине рабочую тетрадь с фирменной обложкой: «Крути педали до золотой медали» и представила в ней пошаговую инструкцию достижения физического совершенства. Для организации самостоятельной работы аспиранты предлагают включить в рабочие тетради различного рода расчеты, например, расчет калорийности диеты у конкретного больного или дозы препарата курируемому больному. Полезны составления планов обследования, трактовки методов обследования, собеседование по запротоколированным допущенным ошибкам в назначении препаратов.

Увеличение учебной нагрузки на преподавателя предполагает борьбу за её снижение. Проверка рабочих тетрадей — один из способов, с одной стороны, активизации деятельности студентов, с другой стороны, при включении проверки рабочих тетрадей в нагрузку преподавателей хорошее средство снижения горловой нагрузки. Следует отметить, что рабочие тетради будут по настоящему работать только в том случае, если их заполнение действительно будет подлежать содержательному контролю со стороны преподавателя.

## **ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПО ФИТОТЕРАПИИ**

*Турищев С.Н.*

Несмотря на популярность фитотерапии, в клинических условиях она применяется не в полной мере. Отчасти это обусловлено недостаточным пониманием теоретических основ фитотерапии, отсутствием четкого представления о ее месте в медицине, возможностях. Уже на начальном этапе изучения фитотерапии, целесообразно восполнить этот пробел, представив слушателям основные определения, понятия, связанные логикой изучения дисциплины в нужной последовательности. Можно утверждать: каждый предмет (включая фитотерапию) должен иметь свою *философию как основу и структурный каркас* всей совокупности знаний, умений и навыков, относящихся к нему. Автор сформулировал *определения*, которые в большей степени соответствуют сущности предмета, помогают разобраться в его сложной, зачастую трансцендентной феноменологии.

*Человеческий организм* — открытая саморегулирующаяся биологическая система. Системная организация — это от природы. *Биосистема* (филос., биол., мед.) — сложившийся или выделенный морфофизиологический (структурно-функциональный) комплекс, обладающий

способностью саморегуляции, анализа, выработки и принятия решения, действий с целью поддержания и увеличения жизнеспособности, приспособления к изменению внутренних и внешних параметров. *Системообразующими* являются цели и задачи данной системы. Причем, изначально каждой биосистеме присущ главный системообразующий признак — сохранение жизнеспособности. Правомочно говорить о *биосистеме-человеке* и о *биосистеме-государстве*. Жизнь — мультикомпонентный биохимический и биофизический процесс, запрограммированный в геноме живого организма, подающийся коррекции в пределах индивидуальных морфо-физиологических констант. *Лечение* — процесс осмысленного использования факторов внешней среды и мобилизации механизмов саморегуляции для полного или частичного восстановления структурных и функциональных нарушений организма, приспособления к изменениям окружающей среды, повышения жизнеспособности. *Фитотерапию* можно определить как совокупность лечебных мероприятий с использованием лекарственных средств из растений. Как и все клинические направления, фитотерапия фокусирует всю совокупность знаний, прежде всего биологических и медицинских, для аргументации и выполнения лечебного действия — лечебного процесса. Фитотерапию, как и любые другие лечебные мероприятия, нужно рассматривать, прежде всего, в профессиональном (а следовательно, научном) медицинском поле. Фитотерапию часто относят к народной медицине и на этом основании делают вывод, что это ненаучный метод лечения. *Народную медицину* следует рассматривать как совокупность знаний, навыков, традиций, привычек, приемов, которые используют жители определенной местности для лечения, профилактики и оздоровления. Чтобы провести грань между официальной медициной и народной, достаточно взглянуть на народную медицину как на бытовую — это начальные ступени высокой лестницы специальных знаний.

*Траектория обучения врачей:* от первичных разрозненных сведений к системе знаний, к методологии и к методам лечения конкретных заболеваний. Сама программа обучения представляет из себя систему знаний, объединенную логической последовательностью освоения предмета: от простого — к сложному, с учетом особенностей обучаемого контингента (врачи).

В образовательной деятельности большое значение имеет выбор приоритетов — важнейший элемент, формирующий вектор деятельности биосистемы (человека). *Выбор приоритетов* биосистемами всегда основывается на исключительно биологическом фундаменте: инстинкте самосохранения, воспроизведения вида, стремлении к получению пищи, энергии, расширению ареала обитания. Природа не знает понятий жалости и справедливости: случится то, что должно случиться, к чему пришла данная биосистема.

*Как формируются приоритеты обучающихся?* Исходя из биологической сути рассматриваемых явлений, можно представить следующие важные компоненты системы принятия решений. Выбор приоритетов всегда определяют конституциональные особенности субъекта, а также базирующиеся на них характерологические особенности, откорректированные жизненным опытом и воспитанием. Приоритеты методологические основываются на внутренней мировоззренческой конфигурации и философских построениях субъекта. Например, разными индивидуумами человек может восприниматься и рассматриваться как явление биологическое, физическое, социальное, божественное, иное. Приоритеты социально-политические (целевые) определяют выбор мотивации деятельности: обогащение личное или группы людей, построение или разрушение государства, создание землячества, оказание помощи, конкурентные действия и др. Приоритеты поведенческие, ситуационные — как быстрые приспособительные реакции биосистемы формируются с участием памяти, афферентного анализа, зависят от текущих событий и являются следствием оперативных решений. Например, смена партнеров, изменение тактики переговоров, торговых сделок, участие в конфликтах. Выбор приоритетов отражается также на особенностях тактики и стратегии действий: быстрое, медленное, пассивное, агрессивное, приспособительное, иное. Аналогично выбираются и приемы для достижения конкретных целей, решения конкретных задач: убедить, обмануть, поощрить, наказать. В определенной ситуации деньги играют немаловажную роль в выборе приоритетов биосистем, а значит, существенно влияют на картину бытия. Можно утверждать, что отношение к деньгам имеет в человеке глубинную природную основу, проявляющуюся в реализации инстинктов.

Понимание особенностей участников образовательного процесса, их личностных особенностей, а также понимание сущности предмета, его философии, векторов развития, междисциплинарных связей, структуры совокупности знаний, целей и задач обучения, поставленных в логической последовательности, целостность восприятия теории и практики — основные составляющие построения эффективных учебных программ, открывающих путь к профессиональной компетентности обучающихся.



## УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ КАК ФАКТОР ЭТНИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПОДРОСТКОВ

*Воротыло Н.В., Щербак Ю.С.*

Проблема этнической толерантности, в особенности подрастающего поколения, входит в число особенно актуальных в последние годы в связи с процессами миграции, с одной стороны, и с высоким уровнем агрессивности молодежи, с другой. Интолерантность нередко становится причиной преступлений, число которых растет с каждым днем. Если в 2005 году по России насчитывалось 152 случая таких преступлений, то к 2009 году их количество увеличилось до 548<sup>1</sup>. Понимание причин нетерпимости и воспитание более толерантного поколения, таким образом, оказывается насущной задачей.

Представление об этической толерантности в психологии неразрывно связано с конструктом этнической идентичности. Данная часть самосознания формируется, согласно наиболее распространенной точке зрения<sup>2</sup>, в подростковом возрасте. Дж. Финни предложила концепцию стадийного формирования этнической идентичности в подростковом возрасте: 1) стадия непроверенной идентичности; 2) поиск этнической идентичности; 3) стадия реализованной этнической идентичности. Данная концепция соответствует представлению о том, что любое психологическое новообразование проходит в своем развитии этап кризиса (в данном случае соответствующий второй стадии). В концепции Дж. Финни важной составляющей этнической идентичности является идентификация не только со своей, но и с чужой этнической группой. В результате выделяются четыре типа идентичности: моноэтническая идентичность, биэтническая идентичность, моноэтническая идентичность с другой этнической группой и маргинальная этническая идентичность.

<sup>1</sup> URL: <http://www.rg.ru/> «Российская газета» – Федеральный выпуск №5157 (78).

<sup>2</sup> Стефаненко Т.Г. Этнопсихология: Учебник. М. : Аспект-Пресс, 2008.

Моноэтническая идентичность совпадает с «объективной этничностью». Для людей с моноэтнической идентичностью характерно чувство гордости за свой народ, патриотизм, чувство собственного достоинства. Однако крайняя степень моноэтнической идентичности представляет собой этническую гиперидентичность и выражается во враждебных стереотипах по отношению к представителям других этнически групп.

Измененная этническая идентичность (Моноэтническая идентичность с другой этнической группой). В этом случае принадлежность к той или иной группе определяется не биологической наследственностью, а сознательным приобщением к тем или иным культурным ценностям другого народа.

Биэтническая идентичность – идентификация с двумя этническими группами. По мнению Дж. Финни, «биэтническая идентичность наиболее благоприятна для представителя группы меньшинства в полиэтничном обществе, так как позволяет органично сочетать разные ракурсы восприятия мира, овладевать богатствами еще одной культуры без ущерба для ценностей собственной»<sup>1</sup>. Её исследования подтвердили, что дети, обладающие биэтнической идентичностью, имеют большую свободу когнитивных стилей, большую степень адаптивности и креативности.

Маргинальная этническая идентичность характерна для людей, которые принадлежат к двум этническим группам (например, дети из смешанных браков), не могут в достаточной мере овладеть нормами и ценностями ни одной из них. У этих людей возникают внутриличностные конфликты, выражающиеся в агрессивности, отчуждении, отчужденности, бессмысленности существования. У них так может возникать «путаница» идентичностей.

Описанные типы этнической идентичности определяют не только отношение индивида к своей нации, как этнической группе и его место в ней, но и оказывают влияние на характер отношений индивида к представителям других национальностей, то есть определяют уровень его толерантности.

Этническая нетерпимость и ее причины наиболее полно рассматриваются в следующих концепциях: 1) национальная нетерпимость как проявление инстинкта этнической изоляции (А. Цюрупа); 2) концепция фашистской личности (Т. Адорно); 3) теория социальной идентичности (А. Тешфел).

В рамках собственного эмпирического исследования мы задались целью исследовать взаимосвязь между степенью толерантности, типом этнической идентичности и уровнем субъективного контроля подростков. Выборку исследования составили учащиеся московских школ (40 человек).

<sup>1</sup> Там же.

Свыше 60% испытуемых продемонстрировали позитивную этническую идентичность, что является наиболее благоприятным вариантом развития. В то же время, у 38% подростков был зафиксирован этноэгоизм, т.е. представление о некоем природном превосходстве своего этноса над другими. Неудивительно, что была обнаружена значимая отрицательная статистическая связь между этноэгоизмом и этнической толерантностью: чем выше показатели этноэгоизма, тем более нетерпимым оказывается подросток по отношению к представителям других этносов.

Наиболее значительным итогом исследования является, на наш взгляд, выявление положительной корреляционной связи между толерантностью и уровнем субъективного контроля. Таким образом, подростки, обладающие высоким самоконтролем, ответственностью, присущими людям с интернальным локусом контроля, оказываются более терпимыми по отношению к различным проявлениям инаковости, в том числе к представителям других этносов. Такие подростки больше склонны приписывать причины своих поступков себе, нежели обстоятельствам, и не возлагают вину за свои неудачи на окружающих.

Результаты данного исследования прямо сообщают о том, что воспитание у подростков ответственного, сознательного отношения к своей жизни может препятствовать формированию интолерантных установок, что развитие личного самосознания в подростковом возрасте оказывается залогом более гармоничного существования многонационального общества.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНОЙ ПЕРЕРАБОТКИ АФФЕКТИВНОЙ ИНФОРМАЦИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЛИЧНОСТИ**

*Ермак Е.В.*

Вопрос о взаимосвязи явлений и процессов, относящихся к области эмоций и области разума, имеет давнюю историю, начавшуюся в работах философов, и он был подхвачен научной психологией ещё на самой заре её развития, оставаясь актуальным до настоящего момента. Большое число работ посвящено различным аспектам данной проблемы, и область затрагиваемых здесь явлений очень широка, однако мы сейчас хотели бы сосредоточиться на феномене когнитивной переработки аффективной информации, оказавшемся в фокусе внимания исследователей относительно недавно.

Когнитивная переработка аффективной информации включает в себя процессы, связанные с осознанием и контролем чувств, а также мысли, возникающие совместно с эмоциональными явлениями<sup>1</sup>. По сути, она представляет собой совокупность конкретных операций, которые составляют осознание и управление эмоциями. Здесь необходимо обозначить связь когнитивной переработки аффективной информации с феноменами более широкого порядка, и в первую очередь — с эмоциональным интеллектом, под которым понимается способность воспринимать и выражать эмоции, ассимилировать эмоции и мысли, понимать и объяснять эмоции, регулировать собственные эмоции и эмоции других<sup>2</sup>. В ряде теорий он рассматривается именно как совокупность когнитивных процессов, участвующих в распознавании и регуляции эмоциональных переживаний, в других — как более сложное образование, включающее в себя не только когнитивные, но и личностные и ценностно-мотивационные структуры, самооценку и т.п.<sup>3</sup>. В любом случае, эмоциональный интеллект рассматривается в тесном переплетении с особенностями личности, и это же мы можем предполагать для когнитивной переработки аффективной информации, характеристики которой очень индивидуальны.

Нарушения процесса когнитивной переработки аффективной информации в настоящее время исследуются, в частности, в контексте психосоматической нозологии, для которой трудности обработки эмоционального материала являются одним из ключевых признаков. Затруднения или неспособность человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудности определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, обозначающиеся термином «алекситимия», считаются одним из факторов, повышающих риск возникновения психосоматических заболеваний<sup>4, 5</sup>.

Необходимы дальнейшие исследования особенностей когнитивной переработки аффективной информации и факторов, влияющих на её свойства, для более эффективного построения коррекционных

---

<sup>1</sup> Изард К. Э. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2008. С. 82–83.

<sup>2</sup> Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: модель, структура теста (MSCEIT V2.0), русскоязычная адаптация // Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. С. 309.

<sup>3</sup> Там же. С. 309–310.

<sup>4</sup> Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. М., 1999. С. 23–24.

<sup>5</sup> Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84.

мероприятий, как для данной клинической группы, так и в целом для людей, имеющих подобные эмоциональные проблемы, которых становится всё больше в силу наличия в современном обществе на первом плане ценностей рационального и эффективного функционирования и тенденции к игнорированию эмоциональных переживаний.

Целью нашей работы является изучение взаимосвязи свойств когнитивной переработки аффективной информации с выраженностью личностных характеристик и особенностями эмоционального интеллекта.

В исследовании участвовали 18 студентов 4 курса факультета клинической психологии МГМСУ, 13 женщин и 5 мужчин в возрасте от 20 до 25 лет.

В нашей работе мы использовали следующие методики: методика диагностики эмоционального интеллекта (МДЭИ) Л.Н. Вахрушевой, В.В. Гризодуб, А.В. Садовой, с помощью которой мы оценивали не только основные показатели эмоционального интеллекта, но и особенности стратегий регуляции эмоций; многофакторный личностный опросник Р. Кетелла 16 PF, форма С; самостоятельно разработанная экспериментально-диагностическая процедура для оценки особенностей описания эмоциональных переживаний.

При анализе текстов на тему эмоционально значимых событий нами подсчитывалось число высказываний, описывающих внутренние (мысли, чувства) или внешние (события) по отношению к писавшему феномены. Подобная схема была предложена М. Уайтом, где он пользовался терминами «ландшафт действия» и «ландшафт сознания»<sup>1</sup>. Выделяется взаимосвязь различного рода высказываний с выраженностью ряда личностных черт. Отрицательно связаны с числом высказываний ландшафта сознания, особенно при описании амбивалентных ситуаций/ситуаций выбора факторы Q3 и Н. Первый из них описывает такие особенности личности, как высокий самоконтроль над поведением и эмоциями, ответственность, целенаправленность, второй — социальную активность, смелость, готовность к риску. Можно заметить, что описанные особенности личности предполагают ориентацию на активные действия, для чего необходимо учитывать характеристики окружающей обстановки, и, вероятно, внутренние процессы из-за этого могут реже попадать в фокус внимания. Внешние факты чаще приводят люди с высокими показателями по фактору Q4, который включает в себя такие особенности, как наличие сильного внутреннего напряжения, взволнованности раздражительности. Это, возможно, является в некотором роде защитной реакцией — сокрытие внутреннего за избытком внешнего.

<sup>1</sup> Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию. М. : Генезис, 2010. С. 90.

Также было обнаружено, что число высказываний, описывающих внутренние феномены, положительно коррелирует с основными показателями эмоционального интеллекта. Кроме того, большее количество высказываний, относящихся к ландшафту сознания, положительно связано с более широким репертуаром стратегий регуляции как собственных переживаний, так и эмоций других людей. Для регуляции своих эмоций с этим показателем связано и число внешних фактов, приводимых в двойственных ситуациях, что, если взглянуть на результаты несколько шире, соответствует такому типу описания, при котором соотношение внутренних и внешних высказываний является довольно равновесным, что указывает на ориентацию в данной ситуации и на внешние, и на внутренние процессы.

Таким образом, присутствию в тексте большего числа высказываний, относящихся к ландшафту сознания, соответствуют более высокие показатели эмоционального интеллекта, и более широкий репертуар стратегий регуляции эмоций. Люди же, употребляющие для описания эмоционально значимых событий в основном внешние высказывания, могут характеризоваться высоким самоконтролем, ориентацией на активные действия или сильным внутренним напряжением. В своем исследовании мы затронули лишь небольшую часть особенностей когнитивной переработки аффективной информации, и вопросы, связанные со структурой феномена, его функциями и ролью в психической деятельности человека требуют дальнейшего изучения.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДЕТЬМИ И ОБРАЗ РЕБЕНКА У РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ НА СТАДИИ РЕМИССИИ**

*Креуспанова М.А.*

Дошкольное детство является периодом первоначального формирования личности ребенка: складывается первичное соподчинение мотивов, интенсивно развивается моральное сознание, социальные и нравственные чувства<sup>1</sup>. Существуют факторы, которые могут исказить ход нормативного развития в дошкольном возрасте, к ним относится тяжелое соматическое заболевание, такое как острый лимфобластный лейкоз. Лечение лейкозов характеризуется большим количеством болезненных процедур и ограничением контактов ребенка примерно на 1,5–2 года. В это время ребенок не выходит за пределы семей-

<sup>1</sup> Смирнова Е.О. Детская психология. М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2003. С. 332.

ного круга, как происходит при нормативном варианте развития, а наоборот изолируется в нем. Родители являются неотъемлемыми участниками лечения, к ним направлены предписания врачей, а также потребности и желания больного ребенка. От того как родитель выстраивает взаимодействие с ребенком, как он видит своего ребенка и какие воспитательные задачи ставит перед собой, зависит успешное решение дошкольным возрастным задач развития. Целью нашего исследования являлось изучение особенностей взаимоотношений родителей и детей с ОЛЛ, в сравнении с семьями здоровых сверстников. В исследовании принимали участие 52 ребенка старшего дошкольного возраста (5–7 лет), страдающих ОЛЛ на стадии ремиссии и их родители, контрольную группу составили условно здоровые дети и их родители, всего 50 диад. Исследование проводилось с помощью следующих методик: проба «Архитектор–строитель»<sup>1</sup> использовалась для изучения взаимодействия родителей и детей, образ ребенка у родителей исследовался с помощью модифицированной методики «Незаконченные предложения»<sup>2</sup> и проективного рисунка «Я и мой ребенок»<sup>3</sup>. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета STATISTICA 8.0.

Были получены следующие значимые результаты. Взаимодействие родителей и дошкольников с ОЛЛ имеет ряд особенностей, по сравнению с родителями и здоровыми детьми. Родители детей с ОЛЛ в основном осуществляют охранительное поведение, игнорируют состояние и инициативу детей, в ситуации затруднения у детей они пресекают пределы необходимой помощи. Они эмоционально не вовлечены в контакт с ребенком, реже выражают эмпатию и иные теплые чувства, используют оценочные высказывания. Подобный стиль поведения родителей, предположительно, отвечает задачам прошедшего этапа – этапа лечения, однако во время ремиссии он является неблагоприятным для полноценного развития ребенка, подавляя его спонтанную активность и не формируя зону ближайшего развития.

Спецификой взаимодействия детей с ОЛЛ с родителями является их меньшая активность по сравнению со здоровыми дошкольниками. Они чаще демонстрируют выученную беспомощность, пассивно и формально выполняют указания родителей. Больные дошкольники чаще выражают протест родительскому руководству, они проявляют негативизм и раздражение по отношению к ним.

<sup>1</sup> Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков : учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карabanова, Н.Н. Лебедева, А.Г. Лидерс. М. : МПСИ, 2007. С. 157.

<sup>2</sup> Шведовская А.А. Особенности переживания детско-родительских отношений и взаимодействие с родителями детей старшего дошкольного возраста : дис. к. психол. наук (2006).

<sup>3</sup> Филиппова Г.Г. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. Вопросы психологии. 2002. № 3.



Выделены три вида детско-родительского взаимодействия, такие как «включенный родитель — дистантный ребенок», «дистантный ребенок — включенный родитель» и «выученная беспомощность».

Система воспитательных представлений родителей детей с ОЛЛ претерпевает следующие изменения. Образ ребенка у родителей дошкольников с ОЛЛ искажен, он отличается недифференцированными воспитательными представлениями, сопровождающимися либо страхами за ребенка и тревогой, либо отсутствием выраженного эмоционального наполнения. Контакт родителей и детей с ОЛЛ характеризуется тесной эмоциональной близостью или осуществляется опосредованно через внешние действия.

Выделены устойчивые сочетания эмоционального наполнения образа ребенка у родителей и особенностей взаимодействия в детско-родительских диадах. Паттерны взаимодействия в семьях здоровых детей отличаются большей комплиментарностью, согласованностью позиций, в то время как в семьях больных детей они в большей степени конфликтны, разнонаправлены. В семьях детей с ОЛЛ это следующие устойчивые сочетания. При отсутствии выраженного эмоционального наполнения образа ребенка у родителя, его позиция в совместной деятельности носит формальный характер, дошкольник чаще демонстрирует выученную беспомощность, пассивное принятие требований. Родитель с ассертивным фоном образа ребенка во взаимодействии активен, заинтересован в общении с ребенком. Для ребенка совместная деятельность с родителем не является эмоционально привлекательной, это выражается в негативизме и раздражении по отношению к родителю. Родитель с тревожным фоном образа ребенка эмоционально отстранен во взаимодействии с дошкольником, при этом ребенок наоборот демонстрирует признаки невербального принятия родителя, заинтересованность в достижении общего результата.

Было доказано, что эмоциональное наполнение образа ребенка у родителя тесным образом взаимосвязано с паттернами взаимодействия в детско-родительских диадах. Эта взаимосвязь не является прямой и однозначной. Ассертивный и крайне нейтральный эмоциональный фон образа ребенка у родителей детей с ОЛЛ можно рассматривать как способ защиты от тревоги, связанной с заболеванием ребенка. Предположительно, умеренно тревожный эмоциональный фон образа ребенка является для ситуации тяжелой болезни ребенка адекватным. Родители, с тревожным эмоциональным фоном образа ребенка находятся в большем контакте со своими эмоциями, открыты своим чувствам и чувствам ребенка, что делает взаимодействие с ними более комфортным для ребенка. Можно заключить, что аффективные особенности родителя, такие как открытость чувственному опыту является ключевой характеристикой, наиболее благоприятной для ребенка с точки зрения эмоционального отношения.

# ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

*Терёхина Н.В.*

Медицина — это сфера деятельности, потенциально неблагоприятная для здоровья работающих в ней людей. Врачи чаще страдают соматическими заболеваниями, среди них чаще наблюдаются нарушения социального функционирования, отмечается более высокий уровень усталости, чем у остального населения<sup>1</sup>.

Большинство исследователей связывают нарушение здоровья врачей с профессиональными стрессами и выгоранием. Профессиональный стресс — это многомерный феномен, выражающийся в психических и соматических реакциях на напряжённые ситуации в трудовой деятельности человека<sup>2</sup>. Длительный профессиональный стресс без проведения профилактических мероприятий в свою очередь приводит к возникновению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Под СЭВ понимается такое состояние физического, эмоционального и психического истощения, которое проявляется у лиц, активно и длительно задействованных в межличностных взаимоотношениях с большими психоэмоциональными перегрузками<sup>3</sup>.

В настоящее время исследователями изучено свыше 100 симптомов эмоционального выгорания. Выделен симптомокомплекс выгорания, характерный для медицинских работников<sup>4</sup>. В него входят: 1) изменения в поведении (частые опоздания, утрата творческого подхода к решению проблем, появление склонности к уединению, увеличение употребления кофеина, никотина и алкоголя, нарушение способности к восстановлению здоровья); 2) изменения в эмоциональной сфере (утрата чувства юмора, возникновение постоянного чувства вины, самообвинения, повышенная раздражительность на работе и дома); 3) изменения в мышлении (появление мыслей о необходимости оставить работу, снижение способности к длительной концентрации внимания, ригидность мышления, усиление подозрительности и недоверчивости); 4) изменения в состоянии здоровья (нарушение сна, повышение восприимчивости к инфекционным заболеваниям).

Помимо общеизвестных причин развития СПВ, ряд исследователей выделяет несколько специфичных именно для врачебной

<sup>1</sup> Adshhead G. Healing ourselves: ethical issues in the ears of sick doctors //Advances in psychiatric Treatment. 2005, vol. 11.

<sup>2</sup> Ларенцова Л.И. и др. Психологические подходы к стоматологической практике. М. : Медицинская книга, 2007.

<sup>3</sup> Ларенцова Л.И. и др. Профессиональный стресс стоматологов. М. : Медицинская книга, 2006.

<sup>4</sup> Roberts G.A. Prevention of burn-out //Advances in Psychiatric Treatment. 1997. vol. 3.

деятельности. Это влияние медицинского образования на личность профессионала, причины выбора профессии врача, влияние культуры на особенности врачебной деятельности<sup>1</sup>.

По словам многих зарубежных и отечественных исследователей, система медицинского образования во всём мире недостаточно подготавливает студентов к реальности врачебной практики и не в состоянии поддерживать их преданность специальности, моральное состояние, здоровье и энтузиазм<sup>2</sup>. Grainger (1994) говорит: «Нас много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться со стрессами. Субъективному переживанию болезни не учат в институте. Для многих врачей собственная болезнь – это то, что необходимо преодолевать...»<sup>3</sup>.

Профессиональное образование оказывает формирующее воздействие на личность. Bennett (1987) сделал вывод, что достижения успеха медицинские специалисты отличаются авторитарным и узко профессиональным мышлением. Он считал, что это негативно сказывается и на эффективности работы, и на здоровье врача. Lief (1971) считал, что по меньшей мере треть студентов, избравших медицину в качестве профессии, руководствовались бессознательными побуждениями, неразрешёнными конфликтами детского возраста. Многие авторы полагают, что выбор медицинской профессии может служить формой защиты против чувства тревоги и бессилия, которые возникают вследствие переживаний, связанных с болезнью или смертью членов семьи<sup>4</sup>.

Нравственность и культура врача формируются не только на врождённых способностях человека, они воспитываются социальной средой. Возникновение профессионального выгорания во многом предопределяется ложным девизом, который внушается студентам-медикам: «Светя другим, сгораю сам!». Может быть в XVII веке, когда его предложил Ван Тул-Пси, он и был необходим, но в современной ситуации со здоровьем медиков он звучит кощунственно. Врачи склонны отрицать нарушения собственного здоровья, что часто приводит к необратимым последствиям. Отношение медиков к роли больного амбивалентно, им трудно признать собственную психологическую неустойчивость, что часто проявляется замещающими симптомами (соматизация, злоупотребление ПАВ). Для медиков характерно и отрицание болезни коллег<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Tillet R. The patient within – psychopatology in the helping professions // Advances in Psychiatric Treatment. 2003. vol. 9.

<sup>2</sup> Абрамова Г.С., Юдичи Ю.А. Психология в медицине. Учебное пособие. М. : «Кафедра-М», 1998.

<sup>3</sup> Roberts G.A. Prevention of burn-out //Advances in Psychiatric Treatment. 1997. vol. 3.

<sup>4</sup> Tillet R. The patient within – psychopatology in the helping professions // Advances in Psychiatric Treatment. 2003. vol. 9.

<sup>5</sup> Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага : Авиценум, 1983.

Таким образом, становится очевидным, что для профилактики развития СЭВ у врачей необходимо изменить отношение к собственному здоровью прежде всего студентов, ведь от этого будет зависеть и их отношение к пациентам, и способность грамотно оказать необходимую помощь населению.

Этому может поспособствовать, например, цикл психологических тренингов, где студенты смогли бы не только приобрести навыки общения с пациентами, но и понимания собственных эмоций и чувств, их адекватного выражения, саморегуляции психического состояния. Наряду с этим, будущие врачи получали бы представление о нормативных кризисах, неизбежных в процессе профессионального становления, что дало бы возможность в будущем находить более продуктивные стратегии разрешения кризиса.

Кроме того, можно было бы организовать психологический лекторий, где студенты-медики смогли бы ознакомиться с проблемой связи личностных особенностей специалиста и стиля выполняемой им деятельности, с механизмами развития конфликта в профессиональной среде, способами выхода из конфликтных ситуаций без негативных последствий для своего психического состояния.

Студентам врачебных специальностей необходимо прививать культуру бережного отношения к своему здоровью и уважения к личности в целом, соблюдать основные этические принципы не только по отношению к своим пациентам, но и к самому себе.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БУДУЩЕЙ СЕМЬЕ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Шибкова О.С.*

В период стремительных изменений, происходящих в современном обществе, наблюдается немало людей с искаженным половым самосознанием, утрачивается значение мужчины и женщины как ценности, сопровождающееся феминизацией мужчин и маскулинизацией женщин, негативно влияющее на отношение молодежи к институту семьи и брака<sup>1</sup>.

Современные исследования показали<sup>2</sup>, что юношеский возраст характеризуется кризисом системы близких межличностных отноше-

<sup>1</sup> Орестова В.Р., Карабанова О.А. Методы исследования идентичности в концепции статусов идентичности Д.Марсиа // Журнал практического психолога. М., 2005. № 1.

<sup>2</sup> Орестова В.Р., Мохов В.А. Психологические проблемы юношеского возраста в контексте подготовки специалистов в высшей школе // Социально-экономические и кадровые вопросы управления организацией. Материалы межфакультетской конференции, ВГНА, 2004.

ний, который должен быть рассмотрен как составляющая собственно кризиса идентичности, так и с позиций задач разрешения кризиса «интимность против изоляции»<sup>1</sup>.

В 2012 году нами было проведено исследование особенностей представления о будущей семье у студентов 1–5 курсов факультета клинической психологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета им. А.И. Евдокимова и студентов факультета психологии Российского Государственного Гуманитарного Университета.

Основной **целью исследования** стало изучение особенностей представления о будущей семье в юношеском возрасте.

**Основные задачи исследования:**

1. Выделение типов представления о будущей семье.
2. Эмпирический анализ взаимосвязи идентичности в сфере семьи и брака в структуре гендерной идентичности и особенностей представления о будущей семье.
3. Эмпирический анализ взаимосвязи типа представления о будущей семье и типа взрослой привязанности.

В ходе исследования были получены **следующие результаты**.

1. Анализ рисунков семьи показал, что студенты факультета клинической психологии демонстрируют несколько типов представления о будущей семье: «автономный», «синтезированный» и «недифференцированный» типы.

- «Автономный» тип представлен изображением своей будущей семьи отдельно от родительской, характеризуется конкретными рисунками, где изображен один ребенок или несколько детей, члены семьи играют определенные гендерные роли (преимущественно, отца и матери) и отражены гендерные признаки персонажей.
- «Синтезированный» тип характеризуется слиянием своей собственной и родительской семьи; рисунки носят преимущественно схематичный характер (мягкая символика), в большинстве которых отсутствует изображение детей, члены семьи играют преимущественно роли мужа и жены по сравнению с другими типами, гендерные признаки персонажей выражены меньше, чем при автономном типе, но больше, чем при недифференцированном.
- «Недифференцированный» тип представлен изображением самого себя в составе родительской семьи преимущественно схематическими и метафорическими рисунками, в большинстве которых отсутствует изображение детей, члены семьи не играют каких-либо гендерных ролей, отсутствует отражение гендерных признаков персонажей.

<sup>1</sup> Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996. С. 344.

2. Студенты с разными типами представления о будущей семье демонстрируют разные статусы идентичности в сфере семьи и брака. В частности, студенты, изображающие свою будущую семью по «автономному» и «синтезированному» типам, находятся преимущественно в статусе «Предрешение» в сфере семьи и брака. Тогда как у студентов, представляющих свою будущую семью по «недифференцированному» типу чаще наблюдается статус «Диффузия» идентичности в данной сфере.

3. В ходе исследования было установлено, что типы представления о будущей семье и типы взрослой привязанности у студентов факультета клинической психологии взаимосвязаны. Для студентов, изображающих свою будущую семью по «автономному» типу, свойственен, преимущественно, «надежный» тип привязанности; для студентов, представляющих свою будущую семью по «синтезированному» типу, характерен преимущественно «амбивалентный» тип привязанности; у студентов, представляющих свою будущую семью по «недифференцированному» типу, наблюдается преимущественно «избегающий» тип привязанности.

4. Выявлено, что студенты, имеющие представление о будущей семье по «недифференцированному» типу имеют более высокий показатель по шкале тревожности привязанности и соответственно более низкий показатель по шкале надежности привязанности, по сравнению с показателями по аналогичным шкалам при «автономном» и «синтезированном» типах представления о будущей семье.

# ИСТОРИЯ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

## РОЛЬ УСТАВА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В РОССИИ

*Баринов Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О.*

В 1824 г. членами Медицинского совета И.В.Буяльским и А.С.Громовым было составлено «Руководство по вскрытию мертвых тел, особливо при судебных исследованиях», которое было опубликовано в «Военно-медицинском журнале». В том же году вышли в свет «Правила для руководства судебного врача при исследовании отравлений» А.П.Нелюбина.

«Руководство...», дополненное и утвержденное Медицинским советом, под названием «Наставление Врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел» было опубликовано в Полном собрании законов Российской Империи за 1828 г. В него были включены «Правила, как поступать при исследовании мертвых тел, когда имеется подозрение на отравление» и «Глава о химическом исследовании ядов, сочиненная Членом Совета Нелюбиным». Вышедшее отдельным изданием в 1829 г. «Наставление...» было разослано городовым и уездным врачам и Врачебным Управам. «Наставление Врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел» без изменений и дополнений под названием «Устав Судебной Медицины» было опубликовано в Полном Собрании Законов Российской Империи в составе «Устава Врачебного» в 1842 году, а в дальнейшем, практически без изменений, публиковалось там же в 1857, 1892 и 1905 гг. Справедливости ради стоит сказать, что некоторые судебные медики весьма критично высказывались по поводу неоднократного переиздания Устава судебной медицины безо всяких поправок, считая, что статьи его должны изменяться и дополняться согласно постоянному развитию медицины. Тем не менее, к моменту выхода в свет «Наставления...» в нем были охвачены важнейшие вопросы практической судебной медицины, детально рассмотрены все стороны судебно-медицинского исследования трупов; оно было



настолько подробным и научно-обоснованным, что служило руководством для студентов и было включено в программу занятий по судебной медицине в университетах и медико-хирургических академиях. Е.О.Мухин в 1832 году писал: «...Сочинение сие есть оригинальное в России, превосходящее до сих пор известные иностранные лучшие сочинения сего рода..., имеет вид полной системы сей науки... Сочинение сие без всякого прекословия заслуживает быть увенчанным полною наградою...».

«Наставление...» содержит 10 глав и разделено на 177 параграфов, с приложением четырех судебно-медицинских таблиц о ядах. В главе I (§§ 1–23) – во «Введении» излагается, где, кем и по чьему требованию должны производиться судебно-медицинские вскрытия трупов, а также говорится о праве врача знакомиться с обстоятельствами дела. Много внимания уделено составлению акта вскрытия – ответственному моменту работы судебного врача. Заслуживает особого внимания указание о высоком долге судебного врача при исследовании трупов: «Осмотр мертвых тел и заключение по оному о причине смерти есть одна из важнейших обязанностей судебного Врача. На его мнения не редко основывается приговор, решающий честь, свободу и жизнь подсудимого». Осмотр и вскрытие мертвых тел должны проводить в уездах уездные, а в городах – городские и полицейские врачи, а при их отсутствии по уважительной причине – всякие другие военные, гражданские или вольнопрактикующие врачи. В сложных случаях и при желании судебный врач может пригласить других врачей для консультации (§ 2). Судебный осмотр трупа в обязательном порядке должен проводиться (§ 3) при обнаружении признаков насильственной смерти; при подозрениях на отравление; при обнаружении трупов неизвестных лиц с признаками насильственной смерти или без них; в случае скоропостижной смерти; при обнаружении трупа новорожденного младенца; при подозрениях в умышленном умерщвлении и изгнании плода; при жалобах на лечение шарлатанами и другими лицами, не имеющими на это права.

«Врач, производящий судебное исследование, яко Чиновник, долженствующий по сему предмету иметь особенные сведения, считается в сем случае первым лицом» (§ 9).

Правила обязывают представлять акт вскрытия в судебное место, а копию – во врачебную управу (§ 21).

Глава II (§§ 24–45) «О судебном осмотре мертвых тел вообще» освещает вопросы осмотра и вскрытия трупа. Здесь же дано описание инструментария, необходимого для проведения вскрытия. Вскрытие трупа не должно проводиться при отсутствии признаков наступления смерти, при резко выраженных гнилостных изменениях трупа («Но если Судебное место непременно осмотра требует

и если имеется подозрение об отравлении, или когда речь идет о распознавании повреждения костей, то никакая степень гнилости не должна служить препятствием к вскрытию мертвого тела»), а также при выраженном обугливание и «растерзании тела дикими зверями» (§ 30). Вскрытие трех полостей (грудной, брюшной и полости черепа) было обязательным. «От сего правила нельзя отступать даже и тогда, когда причина смерти по вскрытии одной полости была бы обнаружена. Сие необходимо потому, что весьма часто причина смерти может находиться в различных местах и быть сложною» (§ 36). В отдельных параграфах 31—45 освещена методика описания повреждений.

Глава III «Исследование головы и полости ее в особенности» дает описание осмотра и техники вскрытия полости черепа и головного мозга.

Глава IV «Особенное исследование полости рта, шеи и хребта» содержит подробное описание осмотра указанных областей и технику вскрытия позвоночника.

Глава V «Особенное исследование грудной полости» описывает приемы наружного исследования и особенности вскрытия грудной полости с исследованием ее органов.

Глава VI «Особенное исследование брюха» содержит описание осмотра, вскрытия и исследования органов брюшной полости и таза.

Глава VII «Особенные правила для наблюдения при вскрытии новорожденных младенцев, найденных мертвыми» излагает особенности исследования трупов новорожденных; подробно описана методика проведения легочной плавательной пробы.

Глава VIII «Правила, как поступать при исследовании мертвых тел, когда имеется подозрение об отравлении» включает все вопросы, связанные со вскрытием трупа при основаниях для подозрения на отравление, перечисляются обстоятельства, могущие дать повод к этим подозрениям. В главе приводится подробное описание методики изъятия подозрительных на яд веществ и органов из трупа для судебно-химического исследования.

Глава IX «О противудействующих средствах, употребляемых для открытия ядов» перечисляет общеизвестные медицинской практике способы обнаружения ядов.

Глава X «Об исследовании повреждений вообще» посвящена основным принципам исследования повреждений, вопросам, разрешаемым при этом, а также их медицинской классификации и установлению прижизненности их возникновения.

Таков был «Устав судебной медицины» — настольная книга для уездных, городских и полицейских врачей.

## ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МОДЕЛИ ПАРАЦЕЛЬСА

Белоусова Е.В.

Тезисы посвящены рассмотрению актуального вопроса о взаимодействии духовно-нравственного и научного аспектов медицины. Цель исследования: показать неразрывную связь этих аспектов в истории медицины, на примере личности и творчества Парацельса. В частности, эта связь раскрывается на примере принципа подобия и принципа благодеяния, а также образа врача-философа в его творчестве.

Фигура Парацельса неразрывно связана с эпохой Возрождения. Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст из Гогенгейма, известный как Парацельс, был удивительным, загадочным и противоречивым человеком. Годы его жизни, предположительно, 1483 (1484?)–1541. Парацельс (от лат. *Paracelsus* – *сверхблагородный*) – это псевдоним Гогенгейма, взятый им в 1529 году.

Основополагающим принципом возрожденческой эпистемы-парадигмы мышления был *принцип подобия*, формулировку которого приписывают Парацельсу. Для Парацельса путь познания – поиск сходств на основе расшифровки данного знака как приметы сходства. Парацельс создал учение о знаках природы – «сигнатурах», или «сигна натурале». Смысл его в том, что природа, пометив своими знаками растения, как бы сама указала человеку на некоторые из них. М. Фуко, говоря о парадигме подобия, приводит пример, взятый у Парацельса: подобие мозга и грецкого ореха указывает на возможность использовать орех для лечения головной боли: орех, растёртый с винным спиртом, снимает головную боль. Гогенгейм неоднократно называл среди лекарственных растений мелиссу, вербену, ангелику и чистотел. Подорожник связывался с маткой, зачатием и половыми органами, в то время как мелисса имела прямое отношение к сердцу (поскольку у нее сердцевидные листья).

В космосе Парацельса вещи могут испытывать взаимную симпатию. Симпатия соединяет небо и землю, движение планет и судьбы людей. Согласно алхимической традиции, человек и природа взаимоотражают друг друга. «Что такое солнце? Что такое лицо? – вопрошает Гогенгейм и тут же даёт ответ. – Будучи частью тела, оно одновременно больше него. Ведь лицо есть солнце человека»<sup>1</sup>.

*Медицина – это особое научное знание, междисциплинарного характера, находящееся на пересечении точных математических, естественных наук и наук гуманитарных.* Принцип подобия, которым пользовался Парацельс, применим к тем сферам науки, предмет которых мы не можем физически разложить на части (науки о человеке). Он может помочь преодолеть раздробленность современного научного

<sup>1</sup> Цит. по: Майер П. Парацельс – врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенгейме / пер. с нем. Е.Б. Мурзина. М. : Алетейя, 2003. С. 366.

знания, разрыв между естественными, «точными» науками и науками гуманитарными. Поэтому окончательно выводить эпистему-парадигму Парацельса из сферы современной науки преждевременно. Она остается на пересечении границ, в сфере междисциплинарного знания, где возникают новые науки.

Интегративен образ врача-философа в творчестве Парацельса. В одной из базельских лекций, прочитанных на латыни, рассказывается об отношении медицины и философии: «Там, где заканчивается врач, начинается философ...тем самым философ рождается из врача, а не врач из философа». По мнению Гогенгейма, это правило наглядно демонстрирует себя на практике: «Из лечения проистекает философия, а не наоборот»<sup>1</sup>. Только практическим путём можно приобрести столь ценную Парацельсом опытность, познать истинную философию, войти в понимание природы, научиться видеть корни болезней и распознавать способы их врачевания. В свою очередь дух мудрости, «который и формирует наш опыт», выступает как основа практических навыков. «Основа» имеет много общего с «пониманием болезней, которым должен обладать всякий врач». Если основа открывается вне философии, она, по мнению Парацельса, заведомо ложна.

Обобщённое понятие философии у Гогенгейма, включающее всё многообразные взаимосвязи, предполагающее гармонию внешнего и внутреннего, а также взаимное отражение микро- и макрокосма, заключено в термине «знание». Именно в свете этого термина Парацельс говорил о том, что философ начинается там, где заканчивается врач. В «Лабиринте заблуждающихся врачей» этот тезис сформулирован с обратным знаком: «там, где заканчивается философ, начинается врач». Знание, или *scientia* является основным понятием философии Гогенгейма. Знание неразрывно связано с экспериментом и опытом, «опытностью». Поэтому философия Гогенгейма носит практический характер.

Создатель науки этики Аристотель относил ее к практическим знаниям. И. Кант называл этику «практической философией». В истории культуры неслучайна связь фундаментальной, философской этики и этики медицинской. В образе врача-философа соединяются глубокие теоретические знания, практические умения и навыки, а также нравственные добродетели.

Известный специалист по биоэтике, профессор Ирина Силуянова говорит о моделях медицинской этики: «Принцип «Делай добро» (модель Парацельса): «Модель Парацельса» – это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая стратегии терапевтического поведения врача... основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо,

<sup>1</sup> Там же, С. 360.

или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра. Добро же по сути своей имеет божественное происхождение»<sup>1</sup>.

Это подтверждается словами самого Парацельса. Парацельс учил: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь»<sup>2</sup>.

Гогенгейм следовал традиции, заложенной великим Гиппократом: *Ars longa, vita brevis est*. Врачебное искусство — это в большей мере искусство, нежели наука. Притом искусство самое высокое и благородное. В «Великой астрономии», изданной в 1537 году, Парацельс, глядя на мир с высоты всеобъемлющей космологии, чрезвычайно высоко оценивает статус врача и пророка (*vates et medicus*): «Разве есть на свете что-нибудь скрытое от подлинного пророка и неизвестное ему? И кого можно поставить превыше доктора? Они словно бы объаты пламенем, и, подобно огню, сверкают они своими трудами»<sup>3</sup>. В нравственном отношении врач и пророк выступают защитниками правды и справедливости. Именно в этом смысле в книге «Парамирум» употребляется образное понятие огня. Человек и лекарство испытываются огнём. *Из огня рождается врач*.

Таким образом, Парацельс обращался к медицине не только как науке, но как духовно-нравственной деятельности, в которой соединяются *принцип подобия* и *принцип благодеяния*, *образы врача, философа и христианина*. Сегодня наследие Парацельса используется для формирования «альтернативного» жизненного стиля в мире антропоморфном, пронизанном невидимыми симпатическими связями, в котором развивается «экология человеческого духа».

## «ИДЕЯ ВРАЧА» В ПОСЛЕВОЕННЫХ РАБОТАХ КАРЛА ЯСПЕРСА<sup>4</sup>

Власова О.А.

Пытаясь разобраться в «духовной ситуации» послевоенного времени, осмыслить, как стало возможно то, что стало возможно, философ и психиатр Карл Ясперс обращается к культуре, истории, философии,

<sup>1</sup> Силуянова И.В. Лекция 1. Предмет и методы биомедицинской этики. Этика науки и профессиональная этика. Исторические и логические модели биомедицинской этики // Лекции по биоэтике кафедры биомедицинской этики РГМУ им. Н.И. Пирогова.

<sup>2</sup> Цит. по: Майер П. Парацельс – врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенгейме. С. 51.

<sup>3</sup> Там же. С. 36.

<sup>4</sup> Работа подготовлена в рамках проекта «Понимающая психология и феноменология Карла Ясперса: от психопатологии к экзистенциальной философии и философии истории» при поддержке РГНФ (№ 12-33-01283).

а также всматривается в конкретных людей. Один из ярких образов здесь — образ врача, причем не врача-психиатра, но врача-лекаря.

Врачи всегда играли большую роль в жизни Ясперса. Много людей, которым он доверял, были врачами. Он выжил благодаря талантливому врачу и другу Альберту Френкелю. Когда Ясперс оставил психиатрию, врачи продолжали окружать его. Он наносил им плановые визиты, как и подобало хронически больному. Его коллега из Гейдельбергской клиники война разбросала по всему миру. Идея клиники как содружества молодых исследователей, которая согревала первые годы его профессиональных поисков, так же, как и идея университета, окрасилась теперь и в темные тона: его родная Гейдельбергская клиника в годы нацизма поддержала политику Гитлера. В своих работах Ясперс вспоминает и проведенные нацистами эксперименты над людьми, и лоботомию. Все эти черные страницы истории медицины, на его взгляд, указали на отход медицины от идеалов гуманности, на отказ от ценности человека и на окончательное утверждение в рамках нее естественнонаучной парадигмы. К тому же, стремительный научный и технический прогресс в медицине последних столетий привел к нарастающему недовольству: больные жалуются на врачей, врачи же говорят о кризисе медицины.

Как жить врачам? Как жить им после нацизма, как оставаться врачами и не забывать о человечности, каким идеалам служить, как мыслить и как лечить в нарастающую техническую эпоху? В этих вопросах для Ясперса раскрывается идея врача, современный его образ — естественнонаучно ориентированный врач, и стоит он на двух столпах: 1) на естествознании и техническом мастерстве, и 2) на этосе гуманности. Первый из этих столпов, на взгляд Ясперса, все больше и больше укрепляется, поскольку медицина акцентирует необходимость ориентации на знания и на технику. Это влечет развитие отношения к больному как к механизму, к стиранию его личности, к нивелированию личности врача и к отказу от непосредственного контакта.

Проблемы современной медицины Ясперс видит и в основной тенденции технического века: «Очевидные факты — это все»<sup>1</sup>. В следовании этому девизу человечество все дальше отходит от трансцендентной действительности, все реже соприкасается с ней, редким становится и опыт пограничных ситуаций, одной из которых для Ясперса является болезнь. Жизнь двигает стремление к абсолютному счастью, а врач превращается в того, кто возобновляет возможность получать удовольствия и благодаря техническим приспособлениям устраняет возникающие на этом пути проблемы. «Врач становится священником для неверующих»<sup>2</sup>, — подытоживает Ясперс. Стремясь

<sup>1</sup> Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter // Der Arzt im Technischen Zeitalter. Munchen, Zurich: Piper, 1986. S. 52.

<sup>2</sup> Ibid. S. 53.

вскрыть причины этого переживаемого медициной кризиса, он систематизирует все их многообразие в три группы.

*Во-первых*, это влияние на медицинскую профессию техники. С ростом технической оснащённости все больше ограничивается свобода врача, он превращается из наставника в сотрудника коллектива, в того, кто состоит при медицинских аппаратах и оказывает услуги. Между врачом и пациентом встраивается огромное количество посредников: больница, лаборатория, бюрократические структуры и проч. Так постепенно разрушаются непосредственные отношения между врачом и больным, и утрачивается доверие.

*Во-вторых*, это ограниченность естественнонаучно ориентированной медицины точными и инструментальными категориями и методами. То, что призвано служить врачу, оборачивается против него. В технически развитой медицине диагностика и лечение происходят с обязательным использованием лабораторных данных и аппаратуры, смысл которых в большинстве случаев непонятен больному, непонятны ему и механизмы лечения. Врач становится тем, кто обслуживает все эти аппараты, утрачивая самостоятельность. Ясперс говорит о больном: «Он попадает к врачам, среди которых нет врачей»<sup>1</sup>.

*В-третьих*, медицина постепенно забывает, что врач продолжает быть врачом и за ее естественнонаучными границами. Там, где медицина упирается в свои научные и технологические пределы, по мнению Ясперса, на место биологического подхода приходит воспитание и самовоспитание. Поэтому врач должен ясно осознавать крайние точки естественнонаучного подхода и различать тот рубеж, за которым он должен оставить его и в коммуникации с больным практиковать понимающий подход.

Выход из наблюдающегося кризиса Ясперс видит в осознании взаимоотношений науки и философии и в обращении медицины к философскому наследию. На его взгляд, философия не может быть научной, однако без философии наука утрачивает критическое отношение к своим собственным основаниям, достижениям и практике. По сути, идея врача для Ясперса и есть философская идея, философское основание медицины. «Объединение усилий науки и философии и составляет сегодня ту сущностную предпосылку, что позволяет отойти от исследования и сохранить идею врача. Врачебная практика — это конкретная философия»<sup>2</sup>, — подчеркивает он. Философская рефлексия, философское усмотрение, таким образом, позволяет врачу избегать чрезмерной увлеченности фактами и не обманываться ими. Такой врач ориентируется на коммуникацию с больными и обращается к человеческому опыту.

---

<sup>1</sup> Ibid. S. 45.

<sup>2</sup> Ibid. S. 56–57.



В борьбе с болезнью, захватывающей тело, больной и врач – союзники. Руководимые врачевским мастерством они вместе, в обоюдном доверии ведут борьбу с этим разрушительным природным феноменом<sup>1</sup>. В помощь им здесь все то, что составляет мастерство, – достижения науки и технические разработки, личный врачевский опыт и традиции признанных школ. Однако стержень мастерства в том, что нельзя определить и передать, чему нельзя научить, и что не связано с научным прогрессом – в гуманности, которую Ясперс определяет высказыванием англичанина Томаса Сиденхема: «Я не лечил никого иначе, как я хотел бы, чтобы лечили меня, если бы я был точно так же болен»<sup>2</sup>. Носитель гуманности – личность врача, поэтому она выражается в его поступках, в его речи, в духе клиники – в едва ощущаемой атмосфере.

Отношения врача и больного для Ясперса – это отношения двух людей, обладающих зрелым умом и человечностью. В противном случае, если больной, не наделенный зрелым умом, во всем полагается на врача, отказывается брать ответственность и испытывает только страх, подлинных отношений не получается, и процесс лечения не всегда может привести к успешным результатам. Больной должен иметь силу и ответственность принять неизвестность, пережить незнание в рамках знания. Это незнание не должно останавливать и врача, оно не должно блокировать волю и желание помочь, дающие энергию для исцеления.

Ясперс всячески настаивает на необходимости обновления идеи врача, на дополнении мастерства гуманностью. И у врача есть выбор: либо он будет поддаваться движению времени и участвовать в нарастающей деградации, обращаясь с людьми как с животными, либо он должен следовать вечной идее врача. Последнее требует большой личной работы, постоянного роста и развития, осознания пределов своего мастерства, понимания того, что не всегда можно помочь, и тогда в отношениях с больным на первый план выходит гуманность. «Я верю, что все мы знаем таких врачей...»<sup>3</sup>, – в последних строках одной из своих статей говорит Ясперс.

## **«ОРГАНОН ВРАЧЕБНОГО ИСКУССТВА» С. ГАНЕМАНА С ПОЗИЦИЙ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ**

*Головизнин М.В., Лахонина Н.С., Булдакова Ю.Р.*

Дискуссии о принадлежности гомеопатии – метода лечения «подобного подобным» к «конвенциональной» или к «неконвенциональной»

<sup>1</sup> Jaspers K. *Arzt und Patient // Der Arzt im Technischen Zeitalter*. Munchen, Zurich: Piper, 1986. S. 19–38.

<sup>2</sup> Jaspers K. *Die Idee des Arztes // Der Arzt im Technischen Zeitalter*. Munchen, Zurich: Piper, 1986. S. 8.

<sup>3</sup> *Ibid.* S. 18.

медицине, на наш взгляд, далеки от завершения как с юридической, так и с научной точки зрения. Если сосредоточиться на втором аспекте проблемы, то, формально «научной» медициной «по умолчанию» признается медицина «аллопатическая», т.е. основанная на лечении противоположным. В то же время, как явствует из трудов и современных гомеопатов, и, что важно, из текстов основоположника гомеопатического метода Самуила Ганемана (1755–1843) апелляция к новации, а не к традиции является их центральным постулатом. Главный труд С. Ганемана «Органон врачебного искусства» насыщен естественнонаучной терминологией того времени. Автор, называя гомеопатию в противовес аллопатии «новым методом лечения», прямо или косвенно ссылается на достижения естественных наук – химии, анатомии, физиологии и др. Вместе с тем, читая труды гомеопатов-классиков, нельзя не заметить ряд глубоких «научных архаизмов», как, например, «теория миазмов», которая сохраняет актуальность и в гомеопатии наших дней. Даже восходящие к античности терминологические архаизмы: «Органон врачебного искусства», «Materia medica» как название «фармакологической энциклопедии» гомеопатов, на наш взгляд сейчас насыщены той же фундаментальностью, что и 200 лет назад. XVIII–XIX века в Европе являлись не только временем научной революции в медицине, но, и временем «медицинского синтеза», когда, после знакомства европейцев с методиками китайской, тибетской и др. восточных медийн появились лечебные методы, созданные на основе синтеза восточных практик и европейского естественнонаучного мировоззрения (иглоорефлексотерапия). В этой связи нам представляется интересным проанализировать, в какой мере гомеопатия (в трудах ее основателя) является «синтетической медициной». И, если да, то, каким именно синтезом она является.

Ряд изданий по истории гомеопатии сообщают, что истоки гомеопатии можно увидеть в трудах Гиппократов и его последователей, которые, дескать, в равной степени допускали лечение болезней «подобным» и «противоположным». Анализ «Гиппократовского сборника» показывает, что ситуация намного сложнее. Очевидно, что центральной линией Гиппократов, а позже – Галена и его последователей являлась именно аллопатия, которая базировалась на философских взглядах античных врачей, представлявших болезнь как нарушение баланса сил. «Болезни, вызванные переполнением, лечатся пустотой. Те, что происходят от пустоты, лечатся переполнением...». Из этих взглядов возникла рационалистическая «гуморальная теория» болезней вследствие смещения (или преобладания) в организме различных жидкостей, которая была переосмыслена и в целом, воспринята естественными науками Нового Времени. Вместе с тем, в трудах Гиппократов, преимущественно в разделе «О древней медицине», есть разрозненное, метафорическое, но, небезынтересное

изложение иных взглядов на болезнь и лечение, исповедуемых его предшественниками. «Если болезнь враждебна человеку, то, нужно ответить лечением, враждебным болезни, должным изнурять недуг». Такое «персонифицированное» отношение к патологии, по мнению современных исследователей, могло явиться пережитками магических представлений о болезни. Кроме того в «Гиппократовском сборнике» изложено представление о действии лекарства, которое, войдя в организм, «прежде всего, извлекает все то, что ему из всех элементов наиболее сродно по природе». Все эти, разрозненные и периферийные для автора «Сборника» взгляды, в общем, не противоречат принципу лечения «подобного подобным».

Подлинным предшественником гомеопатии, на наш взгляд, явился знаменитый врач XVI века Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм, более известный под псевдонимом Парацельс (1493–1541), врач, химик, мистик и путешественник. Как теоретик медицины Парацельс поставил под сомнение рационалистическую «гуморальную» теорию происхождения патологии, «реанимируя» немало мистических представлений о болезнях. Как химик он ввел в медицинскую практику того времени большое число неорганических элементов – металлов и неметаллов и, в связи с этим явился основоположником «иатрохимии». И, наконец, Парацельс сформулировал принцип «Всё есть яд и ничто не лишено ядовитости; одна лишь доза делает яд незаметным. (Нем.: *Alle Ding' sind Gift und nichts ohn' Gift; allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist.*). Развитие этого тезиса («*Всё – яд, всё – лекарство; то и другое определяет доза*») заложило основы учения о дозировках и аллопатической фармакологии, и, на наш взгляд (вкупе с химией Парацельса), сыграло кардинальную роль в разработке С. Ганеманом своего метода гомеопатии. Ганеман прямо не ссылается на Парацельса как на своего предшественника, но, тем не менее, мы разделяем точку зрения, что «хотя Парацельс не оставил систематизированной доктрины, но без него в европейской медицине XVI века вряд ли существовала бы атмосфера идей, в которой смогла возникнуть гомеопатия Ганемана». Добавить к этому можно только то, что С. Ганеман был блестящим знатоком древних языков и переводчиком древних медицинских текстов.

Таким образом, метод гомеопатии, разработанный С. Ганеманом, на наш взгляд, также явился «синтетическим методом» в медицине XVIII–XIX вв. Уникальность его связана с тем, что он, в отличие от «иглорефлексотерапии» не являлся попыткой совмещения европейской и внеевропейской медицины, а представлял собой синтез различных пластов европейской науки. Среди них находились естественнонаучные воззрения Нового Времени, объединенные с архаичными (вероятно, догиппократовскими) представлениями античной медицины.

## РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

*Ермолаева Е.В., Дорфман С.В.*

Анализ развития медицинского дела на Руси позволяет нам выделить три организационно-правовые формы оказания медицинской помощи: народную медицину, монастырскую медицину, светскую (городскую) медицину. Для народной медицины характерна тесная связь с языческими традициями, ее представителями были волхвы, знахари, зелейники, использующие при оказании помощи заговоры, лекарственные растения и т.п. Подобная деятельность регулировалась обычаями и традициями, а обучение носило характер ученичества.

Возрастание роли церкви в жизни общества привело к развитию монастырской медицины. Врачевание в монастырях регулировалось Церковным Уставом Владимира Святославича, а основывалось на знаниях монахов, полученных, прежде всего, из Византии, в том числе и из медицинских трудов Гиппократа, Галена и др.

Лечение в рамках светской (городской) медицины осуществлялось профессиональными лекарями за определенную плату на основе норм Русской Правды. Первым известным учреждением подготовки лекарей стала открытая в XI веке княжной Анной Всеволодовной и существовавшая на княжеские средства светская школа, в которой преподавалась медицина. Но это были, по сути, единичные случаи.

Экономические, культурные, политические преобразования XVI века способствовали более регулярному преподаванию медицины в России. В 1581 году создается Аптекарский приказ в Москве, задачами которого были не только обеспечение лекарствами, выдача разрешений на медицинскую деятельность, организация военно-медицинской службы, но и подготовка отечественных лекарей. Это было очень важно, поскольку ранее те, кто решал посвятить себя медицине, должны были поступать учениками к частным преподавателям-лекарям, подавляющее большинство которых были иностранцами и, соответственно, не стремились раскрывать секреты мастерства.

Войны и эпидемии способствовали открытию при Аптекарском приказе временной лекарской школы, а при Стрелецком приказе временной школы «костоправного дела», где обучение носило практический характер, а срок обучения составлял от 1 года до 6 лет. При том в ведении Аптекарского приказа находились доктора, лекари, аптекари, каждый из которых имел разные права и выполнял различные функции: «Дохтур совет свой дает и приказывает, а сам тому неискусен; лекарь прикладывает и лекарством лечит и сам ненаучен; а аптекарь у них обоих повар»<sup>1</sup>. И лишь в 80-х годах

<sup>1</sup> Мирский М.Б. Медицина России XVI–XIX веков. М. : «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1996. С. 22.

XVII века благодаря Петру I в Москве на базе открывшихся двух больниц для населения начинается клиническое обучение, а в начале XVIII века в Москве и Санкт-Петербурге при госпиталях открываются госпитальные школы.

К середине XVIII века количество учеников в каждой достигает 20–50 человек. Такое небольшое количество обучающихся было вызвано тем, что преподавателями по-прежнему в большинстве своем были иностранцы, а обучение велось на латинском и иностранных языках, чаще всего на немецком и голландском. Программа преподавания включала в себя теоретические и практические дисциплины: анатомия, хирургия, терапия, лекарствоведение и др., но с преобладанием практических. Учащиеся сами готовили лекарства, участвовали в лечении больных, уходе за ними.

Система обучения совершенствовалась в течение всего XVIII века, целью его была помощь больным и подготовка отечественных врачей и лекарей, большинство из которых находились затем в составе действующих армий, но часть становились преподавателями школ. Госпитальные школы просуществовали около 80 лет. Они служили основным местом подготовки врачей в XVIII веке. Дальнейшему развитию медицинского образования способствовало открытие Московского университета, одним из факультетов которого стал медицинский, а русский язык стал официальным в преподавании лишь с 1764 года. Первоначально внимание уделялось преимущественно теоретическому обучению, читались лекции по анатомии, хирургии, акушерству, физике, физиологии, патологии, натуральной истории, лишь в 1797 году была открыта специальная постоянная клиническая палата при военном госпитале в Москве. Затем медицинские факультеты стали открываться и в других университетах.

Государственный характер управления медициной, преобладавший в России со времени правления Петра I получил дальнейшее развитие благодаря реформам XVIII–XIX веков, примером может служить создание Медицинской канцелярии (преобразованной затем в Медицинскую коллегию), как центрального органа управления медициной. Это позволяло контролировать уровень подготовки медиков, качество оказываемой помощи, материально-техническое и финансово-экономическое обеспечение деятельности медицинских учреждений.

После революции 1917 года количество медицинских факультетов резко возрастает из-за большой потребности в квалифицированной медицинской помощи, приоритетным принципом становится синтез лечебной и профилактической медицины. В 1925 году создается система аспирантуры для продолжения научной деятельности. С 1930 года медицинские факультеты выделяются из составов университетов в самостоятельные институты.

С началом Великой Отечественной войны подготовка врачей вновь изменилась: временно был введен сокращенный учебный план, предполагавший 3,5 года обучения, институты готовили необходимых для армии врачей широкого профиля. Но с окончанием войны шестилетний срок обучения был вновь восстановлен, а с 1966 года вводится интернатура, в рамках которой будущие врачи работали на клинических базах под руководством ведущих специалистов. Большое внимание уделяется санитарно-гигиеническим требованиям, что приводит к созданию новых кафедр, открытию новых специальностей, таких как стоматология, медико-профилактическое дело, фармация, т.е. высшее медицинское образование включило в себя те сферы деятельности, которые долгое время считались ремеслом и в университетах не преподавались. В конце XX века большинство медицинских институтов вернуло себе статус университетов. В настоящее время главной задачей высшего медицинского образования является качественное улучшение, оптимизация учебного процесса на всех его этапах.

## **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ В 20-х ГОДАХ XX ВЕКА**

*Косухина О.И., Баринев Е.Х., Ромодановский П.О.*

После Октябрьской революции 1917 года основной контингент судебных врачей составляли бывшие городские и уездные врачи, которым было уже по 50-60 лет. Ко второй половине 20-х гг. XX столетия число работающих экспертов стало уменьшаться в связи с их преклонным возрастом или смертью. Молодые же врачи неохотно избирали своей специальностью судебную медицину из-за низкой заработной платы и тяжелых условий работы.

Штатным расписанием, составленным НКЗ РСФСР на 1925—1926 г., были предусмотрены 412 уездных и окружных судебно-медицинских экспертов, 29 городских (12 — в Ленинграде, 15 — в Москве, по одному в Нижнем Новгороде и Рязани) и 28 судебных химиков. В 1925 г. на территории России работало 383 судебно-медицинских эксперта, 41 судебный химик и 108 технических помощников; в 1926 г. число судебно-медицинских экспертов увеличилось до 396 за счет молодых врачей; число судебных химиков увеличилось до 43, а технических помощников — сократилось до 99.

Однако в некоторых губерниях около 60% должностей экспертов оставались вакантными. В связи некомплектом судебных врачей и технических помощников (в некоторых уездах он достигал 83%) судебно-медицинские функции зачастую выполняли неподготовленные к такой работе участковые врачи и фельдшера, поэтому СНК

РСФСР поручил НКЗ разработать меры по обеспечению страны врачами-специалистами.

В периодических изданиях НКЗ стали постоянно публиковаться объявления о приглашении судебно-медицинских экспертов на места с обязательством проработать не менее двух лет. При этом условия врачам-экспертам предоставлялись бесплатно квартиры и коммунальные услуги, а также льготы, выделялись проездные и подъемные в размере 1-2 окладов, оплачивался провоз багажа.

После учреждения курсов усовершенствования судебных врачей назначение экспертов на должности стало производиться краевыми (областными) инспекторами по судебно-медицинской экспертизе по согласованию с отделом кадров краевого или областного здравоохранения только из числа врачей, окончивших курсы или прошедших годичную стажировку по судебной медицине. Краевые (областные) судебно-медицинские эксперты назначались из числа судебно-медицинских экспертов со стажем не менее 5 лет краевыми или областными отделами здравоохранения по согласованию с сектором кадров НКЗ и Главным судебно-медицинским экспертом.

Для руководства судебно-медицинской экспертизой и выдачи окончательных заключений по судебно-медицинским вопросам при организационно-плановом управлении НКЗ, согласно «Положению о главном, краевом (областном), окружном и городском судебно-медицинском эксперте», состоял Главный судебно-медицинский эксперт. В его функции входило руководство организацией судебно-медицинской экспертизы в РСФСР; контроль за деятельностью краевых (областных) экспертов, решение вопросов, касающихся усовершенствования и специализации экспертов и химиков, учреждения лабораторий и институтов, а также созывов съездов и совещаний; участие в планировании штатов, смет и распределении кредитов; разработка проектов законоположений, инструкций и циркулярных распоряжений; согласование действий лиц и учреждений, на обязанности которых лежит судебно-медицинская экспертиза; обследование постановки экспертизы на местах и др. В научно-практической области Главный судебно-медицинский эксперт являлся высшей судебно-медицинской инстанцией, окончательно разрешающей спорные вопросы, возникающие при проведении судебно-медицинской экспертизы. В его обязанности также входило консультирование органов юстиции и расследования по вопросам экспертизы, участие в экспертизах по особо важным и сложным делам, проверка копий актов экспертиз по «врачебным ошибкам» и переэкспертиз, участие в разработке уголовного законодательства в части правонарушений против здоровья и жизни человека. Главный судебно-медицинский эксперт также руководил деятельностью Центральной судебно-медицинской лаборатории НКЗ. Для правиль-



ной постановки, объединения и руководства судебно-медицинской экспертизы в крае (области), разрешения отдельных дел и вопросов при краевом (областном) отделе здравоохранения состоял краевой (областной) судебно-медицинский эксперт, который в административном отношении подчинялся заведующему краевым (областным) здравотделом, а в научно-практическом — Главному судебно-медицинскому эксперту НКЗ. К организационно-административным обязанностям краевого (областного) эксперта относились контроль и учет работы окружных и городских экспертов и химиков, а также других врачей, проводящих экспертизу, участие в созыве краевых съездов и совещаний судебно-медицинских экспертов, составлении смет и распределении кредитов, проведение в жизнь распоряжений, инструкций и положений НКЗ; разработка форм отчетности; выбор кандидатов для направления на курсы усовершенствования врачей. В научно-практической области краевой (областной) судебно-медицинский эксперт должен был проводить специальные, вторичные и сложные экспертизы по требованию органов здравоохранения, суда и расследования, приглашая, при необходимости, специалистов по отдельным вопросам; комплектовать экспертные комиссии по «врачебным ошибкам»; проверять копии актов первичной экспертизы и принимать участие в работе по распространению судебно-медицинских знаний среди органов расследования. Обо всех принципиальных вопросах краевой (областной) эксперт докладывал здравотделу; копии вторичных экспертиз и экспертиз по «врачебным ошибкам», а также свои возражения при проверке первичной экспертизы направлял Главному судебно-медицинскому эксперту НКЗ.

## **ЭКСПЕРИМЕНТЫ НА ЖИВОТНЫХ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ, ПОЛЬЗА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

*Кубатиев А.А., Копаладзе Р.А.*

Из сохранившихся письменных источников известно, что врачи древности использовали животных (обезьян, свиней, коз и др.) для углубления знаний о природе и строении живых организмов. В средневековой Европе рассечение трупов и вивисекция были запрещены. Научная анатомия и физиология берут свое начало с эпохи Возрождения. В данной работе выделяются наиболее важные открытия в истории биомедицины, которые были достигнуты путем использования животных в научных исследованиях. Важнейшие открытия с использованием животных выбирались по следующим критериям: общебиологические достижения, достижения в области моделирования патологии человека на животных, достижения в обла-

сти экспериментальной терапии, результаты которых были внедрены в практическую медицину. Если Везалий заложил основы современной анатомии человека, то Гарвей создал новую науку – физиологию. Трудно назвать открытие, которое по своему значению для биологии и медицины было бы равно **открытию кровообращения**. Оно в корне изменило представление врачей о происхождении многих болезней, побудило изменить методы их лечения. И это эпохальное открытие стало возможным благодаря вивисекции на животных разных видов, как теплокровных, так и хладнокровных. Открытие кровообращения оказало влияние на Декарта, который выдвинул схожую гипотезу о том, что от мозга (как от сердца сосуда) радиально расходятся нервные «трубки», несущие автоматически отражения к мышцам. В качестве важнейших достижений в рамках рефлекторной теории следует выделить открытие **функции спинномозговых нервов** (закон Белла-Мажанди) и **функции коры больших полушарий головного мозга** (условные рефлексы), что позволило представить целостную картину нервной деятельности. В XIX веке эксперименты на животных становятся регулярными, что способствовало возникновению бактериологии, иммунологии, экспериментальной медицины. Во второй половине XIX века следует выделить открытие Кохом возбудителей сибирской язвы и **туберкулеза** в экспериментах на мышцах и Пастером предохранительного эффекта вакцинации против куриной холеры, сибирской язвы (эксперименты на овцах), **бешенства (эксперименты на собаках)**. В этот же период К. Бернар внес значительный вклад в развитие физиологии и медицины, в частности, в изучение функции поджелудочной железы, гликогенообразовательной функции печени, сосудодвигательных (вазомоторных) нервов и действия на организм ядов (кураре, окиси углерода и др.), разработал метод «сахарного укола» на кроликах, предложил концепцию гомеостаза. Среди неинфекционных болезней особое место занимает атеросклероз сосудов и диабет. Н.Н. Аничков и его коллеги, экспериментируя на кроликах, впервые продемонстрировали **роль холестерина в развитии атеросклероза**. Исследования Аничкова причисляются к величайшим открытиям XX века и считаются началом новой эры в лечении инфарктов и инсультов. Самым, пожалуй, важным и наиболее часто применяемым в медицинской практике гормональным препаратом является инсулин. В 1923 году Бантинг и Маклеод **за выделение инсулина и открытие его лечебного эффекта** получили Нобелевскую премию. Это открытие было сделано благодаря моделированию сахарного диабета на собаках. После открытий в области иммунологии превалировало мнение, что бороться с инфекционными болезнями можно, только усиливая иммунитет организма. Однако **открытие пенициллина** позволило открыть новые подходы к лечению инфекций. Можно без всякого преувеличения сказать, что за всю историю человечества не

было лекарства, которое спасло бы столько человеческих жизней, сколько спас пенициллин. В 1940 году Флори в экспериментах на мышах установил защитный эффект пенициллина против смертельной дозы стафилококка, что ознаменовало начало эры лечения антибиотиками. Открытие Флеминга, доведенное до практического применения Флори, Чейном и Ермольевой, дало в руки врачей мощнейшее оружие против инфекций. Следующим важнейшим достижением было **открытие главного комплекса гистосовместимости тканей на мышах**, что ознаменовало зарождение трансплантационной генетики и иммуногенетики. В 1980 году Нобелевская премия присуждена трем ученым: Дж. Снеллу (Snell) за обнаружение генов, определяющих возможность пересадки ткани от одной мыши другой, Ж. Доссе (*Dausset*) за открытие аналогичной системы генов у человека и Б. Бенасерраф (*Benasceraff*) за выяснение того, как эти гены регулируют работу иммунной системы. При пересадке органов от одного человека к другому стали производить процедуру типирования, то есть сравнения генов тканевой совместимости донора и реципиента и подбора наиболее подходящих пар, в результате чего возросло число успешных трансплантаций. Крупнейшим достижением первой половины XX века является **открытие трансформирующего свойства ДНК**. История этого открытия берет свое начало с экспериментов на мышах, проведенных Ф. Гриффитом (1879–1941), который с целью разработки вакцины от *пневмонии* в 1928 году провел эксперимент на мышах и установил, что неизвестный «трансформирующий агент» заставляет пневмококков превращаться из одного штамма в другой. В 1931 году эпохальный эксперимент Гриффита на мышах привлек внимание американского молекулярного биолога О. Эвери (Avery), который вместе с двумя другими исследователями показал, что наследственные признаки могут быть переданы от одной бактерии к другой путем переноса чистой ДНК без белков. Результаты работы были опубликованы в 1944 году. Эксперименты на мышах, начатые Гриффитом и продолженные Эвери, наряду с открытием правил Чаргаффа (1950) и данными рентгеноструктурного анализа (Френклин), сыграли решающую роль в расшифровке структуры ДНК в виде двух спиралей Уотсоном и Криком (1953). Открытие ДНК как молекулы наследственности привело к рождению современной молекулярной биологии, стало первым толчком создания новой области науки – геной инженерии, в рамках которой разработаны способы направленного воздействия на генетический код, восстановления его поврежденных участков или создания новых сочетаний для синтеза белков заданной структуры. Открываются принципиально новые подходы к моделированию заболеваний человека и геной терапии. М. Эванс, О. Смитис и М. Каппеки удостоены Нобелевской премии в 2007 году за **«открытие принципов введения специфических**

**генных модификаций в организм мышей посредством эмбриональных стволовых клеток». Их открытия привели к созданию технологии «модификации генов», применяемой сегодня почти во всех областях биомедицинских исследований – от фундаментальной науки до разработки новых видов лечения. Это лишь ограниченная часть примеров фундаментальных открытий, которые были сделаны в экспериментах на животных.**

И.П. Павлов считал производство научных экспериментов на животных необходимым, так как это способствует прогрессу научного знания и приносит пользу человечеству. Однако И.П. Павлов указывал и на то, что достижение пользы не освобождает ученых от ответственности. *«Пусть собака, помощница и друг человека, писал И.П. Павлов, с доисторических времён приносится в жертву науке, но наше достоинство обязывает нас, чтобы это происходило непременно и всегда без ненужного мучительства».* В настоящее время в мире все больше внимания уделяется качеству лабораторных животных, стандартизации их по генетическим, микробиологическим и экологическим показателям. С целью обеспечения безопасности для человека вновь разрабатываемых лекарственных препаратов или пищевых добавок во многих странах имеются законы не только защищающие животных, но и обязывающие разработчиков апробировать новые продукты на животных с соблюдением принципов гуманной методологии эксперимента.

## **ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПРОЕКТА «УСТАВА СУДЕБНОЙ И АДМИНИСТРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ» (1916 г.)**

*Михеева Н.А., Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е.*

В начале XX столетия Междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, возглавляемая академиком Г.Е. Рейном, подвергла пересмотру действовавший в то время «Устав судебной медицины» и связанный с ним «Устав уголовного судопроизводства», имеющий непосредственное отношение к судебной медицине.

Итогом деятельности Междуведомственной комиссии явился проект «Устава судебной и административной медицины», в силу которого изменялось служебное и улучшалось материальное положение судебных медиков. Согласно проекту устава уездные, городские и полицейские врачи переименовывались в судебных врачей, в обязанности которых входило исключительно проведение судебно-медицинских освидетельствований живых лиц и судебно-медицинские исследования трупов.

В обязанности судебных врачей, кроме непосредственно судебно-медицинских обязанностей, входили и медицинские освидетельствования по административным делам. Члены Комиссии сочли, что такого рода освидетельствования людей для определения личных прав по существу своему мало отличаются от других судебно-медицинских исследований. Судебные врачи были признаны наиболее подготовленными для проведения такого рода деятельности.

Согласно «Проекту устава судебной и административной медицины», замещать должности судебных врачей могли лица, не только имеющие высшее медицинское образование, но и прошедшие специальную подготовку и выдержавшие установленное испытание.

Согласно проекту «Устава», как любой практический врач, избравший какую-либо врачебную специальность, имел возможность пополнить свои знания и приобрести практический опыт в больницах и клиниках, так и врачи желавшие посвятить себя судебно-медицинской деятельности, могли вполне реально совершенствовать свои знания. Предполагалось организовать санитарные и судебно-медицинские институты в Санкт-Петербурге (при Центральной Государственной Лаборатории), и в Москве — для Центральной России, в Киеве — для южных областей Российской Империи, в Томске — для Сибири.

Предусмотренная, проектом «Устава», организация окружных лабораторий, для производства судебно-химических и микроскопических исследований, каждая из которых должна была обслуживать несколько губерний, должна была стать важным и необходимым звеном в системе организации проведения судебно-медицинской экспертизы.

Межведомственной комиссией были рассмотрены вопросы организации деятельности «Окружных судебно-медицинских и санитарных институтов».

До последнего времени в историко-медицинских исследованиях не говорилось о предполагаемых реформах, которые смогли бы разрешить, в случае принятия проекта «Устава», одномоментно комплекс судебно-медицинских, бактериологических и санитарных проблем, касающихся обширной области исследовательской деятельности, контрольной функции и подготовки необходимых медицинских кадров.

В проекте «Устава» были регламентированы расширенные права судебных врачей, как на предварительном, так и на судебном следствиях. Только в исключительных случаях следователь получал право приглашать вместо судебного врача, в случае его отсутствия, военного, гражданского или вольнопрактикующего врача.

Были довольно точно проведены границы «дозволенности» допущения женщин-врачей к судебно-медицинской экспертной практике.

Если ранее, по действующему законодательству, женщин-врачей не допускали к судебно-медицинской деятельности, то согласно проекту «Устава судебной и административной медицины» женщины-врачи могли быть допускаемы исключительно к осмотрам и освидетельствованиям женщин и детей.

Судебный врач, согласно ст. 14 «Устава», имел право знакомиться с имеющимися данными дознания и следствия, дополнительно собирать их путем присутствия при допросе или путем опроса потерпевших, обвиняемых и свидетелей для разъяснения обстоятельств, имеющих непосредственно отношение к судебно-медицинскому исследованию. Судебный врач получал право путем личного осмотра мест происшествия, внести необходимые уточнения в обстоятельство дела, которые не были освещены следствием. Судебному врачу также предоставлялось право отказаться от дачи заключения, если собранный материал был недостаточен для построения объективных, научно-обоснованных выводов.

Согласно уставу, учреждением, контролирующим в губернии деятельность судебных врачей, должны были стать губернские врачебно-санитарные управления, непременным членом которого являлся судебный медик, на обязанности которого ложилась контролирующая и руководящая роль деятельностью судебных врачей в губернии. Ими же должны были проверяться все представляемые во врачебно-санитарные управления копии актов об осмотре и освидетельствовании мертвых тел и живых людей.

24 сентября 1916 года в России Советом Министров было законодательно утверждено Главное Управление Государственного Здравоохранения. Известный ученый, врач-акушер, государственный деятель, академик Г.Е. Рейн возглавил это первое в мире Министерство Народного Здравия, став его Главным управляющим. Главному Управлению Государственного Здравоохранения оставалось работать недолго – до конца февраля 1917 года, когда произошла Февральская революция. Впереди у Г.Е. Рейна и его единомышленников были большие планы, которые, так и не были реализованы. Это, в частности, касалось подготовленных Междудементальной комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства проектов в числе которых был «Проект устава судебной и административной медицины». Эти проекты так и не были рассмотрены и приняты депутатами IV Государственной Думы.

Несмотря на это, нельзя забывать о том, что междудементальной комиссией под руководством академика Г.Е. Рейна, подвергнувшей пересмотру существовавший до того времени «Устав судебной медицины» был создан уникальный по демократичности «Проект устава судебной и административной медицины», позволивший, в случае введения его в жизнь не только сформировать Институт санитар-



ных и судебных врачей (в рамках окружных судебно-медицинских и санитарных институтов), но и пересмотреть «Устав уголовного судопроизводства», что способствовало бы дальнейшему развитию российского гласного судопроизводства.

## **ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВЗГЛЯДОВ ПАРАЦЕЛЬСА**

*Шелекета В.О.*

Проблема выявления философской составляющей в учении и трудах деятелей эпохи Возрождения не составляет труда. Ни философами, ни медиками, ни учеными их назвать нельзя, поскольку элементы философии, медицины и биологии находятся у них в некоем, вполне органичном, единстве. В наиболее, на наш взгляд, наглядном виде это проявляется в учении философа и врача эпохи Возрождения Парацельса, в частности, в его понимании человека.

Сегодня, в контексте осознания необходимости возобновления естественнонаучного и философского полилога в многомерном пространстве естественнонаучных и гуманитарных дискурсов биологии и медицины, рассмотрение возрожденческого понимания человека естественным образом может быть включено в разговоры о гуманизации образования (в том числе и в первую очередь, — образования медика) и гуманитаризации в изучении человека. Так, единство дискурсов простирается наглядно в медико-философских взглядах Парацельса.

Он полагал, что существует некий жизненный принцип, который составляет своеобразную субстанцию, манипулируя с которой врач может достигать определенных результатов. Эту субстанцию он называет — иногда — бальзамом жизни, иногда — *misterium magnum*, при этом подчеркивая, что этот принцип свойственен всему мирозданию, поскольку всё существующее — это проявление жизни. Именно манипуляции с этой жизненной субстанцией, которая иногда называется им мумией (*mutia*) и составляет, собственно, главное содержание медицинских изысканий Парацельса, а также метод его терапии.

Все взгляды Парацельса на природу человека, медицинские изыскания и философские позиции базируются на одной исходной установке, имеющей онтологический характер, а именно — на его понимания феномена жизни. Так, Парацельс утверждает, что жизнь — это вечная и совершенная сила; с ней можно войти в контакт, но она не может быть соединена с физической материей. Она может быть только привлечена к физической материи силой духа, и, если дух прекратит ее притягивать, жизнь покинет материю и материя



будет разложена на составляющие элементы. Неким субстратом и хранилищем жизни является *Mysterium magnum*, которая может быть отождествлена с астральным телом и, как следует из взглядов Парацельса, трансформации, происходящие с последним, являются основой для всех органических и неорганических процессов физической телесности. Это некая внутренняя форма, и, будучи искусственно связанной с внешней формой (к примеру, умершим телом), может оживить последнюю. Здесь мы не можем обойти вниманием понятие Парацельса *Mumia*. «Тело есть *Mumia*, субстанция духа есть бальзам жизни» (*Pylosophia*, IV)<sup>1</sup>.

Второе понятие – «археус» (*Archaeus*) связано с жизненной эссенцией человеческого тела, он составляет, так сказать, «невидимого человека». Дух жизни (*Spiritus Vitae*) проистекает от *Spiritus Mundi* (Мирового Духа). Будучи эманацией последнего, он содержит элементы всех космических влияний и является, поэтому причиной, по которой можно объяснить воздействие звезд (космических сил) на невидимое тело человека («*De Viribus Membrogrum*»). Здесь в наиболее наглядном виде проступает античная философская идея о включенности человека в гармонию космоса.

Связь *Archaeus* с *Mumia* выражается в том, что первое есть «жизненная эссенция; начало же, содержащее эту эссенцию и служащее носителем ее, именуется *Mumia*. В *Mumia* заключена великая сила, и исцеление с помощью *Mumia* носит естественный характер...»<sup>2</sup>.

Принцип единства макрокосма и микрокосма – аналог античной идеи космической соизмеримости человека. Он может быть аргументирован тем, что, по объяснениям Парацельса, силы, составляющие микрокосм человека тождественны силам, составляющим макрокосм мира. Так, элементы, составляющие принцип жизни сердца человека, тождественны принципу жизни Солнца, заложенные в элементах, составляющие кровь, соответствуют влияниям, исходящим от Марса и т.п.

В контексте рассмотрения учения Парацельса можно, по нашему мнению, в определенном смысле говорить о проблеме целостности, которую этот философ и врач затрагивает в весьма интересном понимании в свете своих медицинских идей. Так, он пишет: «Даже невежда знает, что у человека есть сердце и легкие, мозг, печень и желудок, однако, он полагает, будто эти органы отделены и независимы; и даже самые ученые наши врачи не знают, что органы эти суть материальные и телесные представители невидимых энергий, которые пронизывают весь организм и круговращаются в нем. К примеру, печень поистине есть сила, которая обращается во всех частях

<sup>1</sup> Гартман Франц. Жизнь Парацельса и сущность его учения. М. : Культурный центр «Новый Акрополь», 2009. С. 255.

<sup>2</sup> Гартман Франц. Там же. С. 176.

тела и имеет свое средоточие в органе, именуемом нами печенью. Прообразы всех органов тела заключены в средоточии жизненного флюида, вместилище которого есть мозг, в то время как действие, побуждающее его, исходит из сердца» («De Virbus Membrogum»)¹.

Таким образом, жизненность в определенной — и весьма значительной — мере структурирована. Здесь Парацельс видимо полагает, что силы микрокосма — в данном случае локализующиеся в органах человеческого тела как то связаны с силами макрокосма, локализующихся в определенных планетарных масштабах. Поэтому, согласно этой логике, если, к примеру, определенный элемент, формирующий ноги человека, внезапно изъять из универсальной «кладовой» микрокосма (Limbus), люди будут рождаться без ног, если бы не существовало принципа разума, не нужен был бы мозг; и т.д.

Более того, этот принцип единства распространяется и на эмоциональные состояния, составляющие субстанцииальное единство с телесностью. К примеру, «сердитый человек сердит не только в голове или в своем кулаке, но во всем; любящий человек любит не только своими глазами, но всем существом своим; иными словами, все органы тела и самое тело *суть лишь проявленные в форме душевные состояния, существующие всюду* (выдел мной. — В.Ш.)². Последние строки выделены нами ввиду радикального для сегодняшнего мировоззрения характера вывода, к которому приходит Парацельс, и если то, о чем он говорит, является истиной, то это дало бы основания для таких же радикальных выводов, что способствовало бы пересмотру современной мировоззренческой матрицы науки.

В рассматриваемом смысле уместно задать вопрос: а откуда же берется эта «сила», заключенная в глазах или в ушах человека? В тех планетах и космических силах, которые связаны с органами человека? Позиция Парацельса снимает всякие сомнения в том, что эти силы действуют разрозненно и зависят только от «воли» планет и т.п. «Мудрость, и разум и мысль не заключены в мозге, но принадлежат невидимому и всеобщему духу, который чувствует сердцем и думает при помощи мозга» («De Virbus Membrogum»)³.

Таким образом, тело человека, как, впрочем, и его дух включены в единство мира как живого организма и поэтому здоровье и нездоровье человека зависят от степени включенности человека в этот мир, наполненный жизнью и пронизанный неким универсальным жизненным принципом, который в греческой философии связывался с концептом «Единого» как «архэ»⁴, в восточной философии с «дао», в религиозно-философском понимании с единым жизненным прин-

¹ Гартман Франц. Там же. С. 197.

² Там же.

³ Гартман Франц. Там же. С. 198.

⁴ См.: Плотин. «Эннеады».

ципом<sup>1</sup>. «Подключенность» человека и его организма к этому жизненному принципу составляет условие его телесного здоровья. Это соответствует как античному пониманию человека в системе бытия, как части космоса, так и современному интегральному философскому мировоззрению. В этом смысле философия выполняет свою мировоззренческую и методологическую функцию для медицины, биологии и других естественнонаучных дисциплин.

## **ТЕНДЕНЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ДИСКУССИИ В РУССКОЙ ПРЕССЕ XIX ВЕКА**

*Щенеткова Г.С., Исаева Ю.А., Головизнин М.В.*

Общественные реформы в России второй половины XIX века стимулировали социальную активность в различных слоях российского общества, в том числе, в среде медиков и пациентов. Результатом этой активности стало появление нескольких печатных изданий, таких как «Медицинский вестник» и др., в которых дискутировались проблемы медицинской науки и медицинской помощи пациентам. Одной из актуальных тем, обсуждающихся в печати того времени была тема распространения гомеопатии в России. Целью данного проекта являлось развитие домашней медицины, но уже основанной не на традиционном знахарстве, а на гомеопатических средствах, чтобы, по существу, решить главную насущную проблему: нехватку профессионалов врачей. По статистике, приведенной в «Медицинском вестнике»: «В России считается 65 млн жителей и около 8,5 тыс. врачей (во Франции 37 млн жителей и 18023 врача); следовательно, на 7,5 тыс. приходится по одному медику». Немалую проблему представляли из себя шарлатаны, которые выдавали себя за врачей. В 80-х годах XIX века в России была выпущена брошюра «Начала гомеопатии и настоящее её положение», где указывались преимущества гомеопатии. Самым главным преимуществом называлось применение минимальных доз лекарств, которые, в отличие от больших дозировок аллопатических препаратов, не наносят вреда организму. На момент издания данной брошюры в России действовало 3 общества: в Москве, Санкт-Петербурге и Киеве. Имелось несколько гомеопатических аптек и гомеопатическая лечебница. Анализ «Кратного лечебника», приведенного в данной брошюре обнаруживает тенденцию сближения гомеопатии с народной медициной того времени, в частности, в употреблении традиционных названий болезней: «горячка», «грудница», «заушница», наряду с

<sup>1</sup> Кирсберг И. В. Феноменология жизни: Ветхий завет и первые христиане: дисс. ... д-ра филос. наук. М., 2003.

«научными диагнозами». Однако проекты по внедрению гомеопатии в народную жизнь вызывали и противоречивые оценки, например: «По младенческому простодушию, народ не верит лекарствам, если не видит быстрой от них пользы, и обращается скорее к знахарям и колдунам, умеющим действовать на воображение и поддерживать суеверие, чем к врачам. А как же поверит он действию гомеопатических крупинок, обещающих всегда верное излечение? Как уверите вы его в действительности невесомых сил этих крупинок и заставите народ употреблять их? Не понадобится ли нашептывание на эти крупинки, рассчитанное на суеверие народа, который иначе не поверит их пользе? Но это будет уже *similia similibus* в колоссальных размерах — излечение народа от суеверия развитием у него нового суеверия в пользу центральной гомеопатической аптеки». Таким образом, в России во второй половине XIX века открытые дискуссии по вопросам различных аспектов медицины были нормальным явлением и вовлекали в свою орбиту и пациентов, и врачей; и гомеопатия и аллопатия в то время существовали на паритетных началах и пациент, вероятно, имел право выбора.

# МОЛОДЕЖНАЯ СЕКЦИЯ

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Абрамова А.*

Хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы. Хоспис – это дом, в котором соединяются высочайший гуманизм и профессионализм...

*Академик Дмитрий Лихачев*

По данным Министерства здравоохранения РФ, в нашей стране более 2,9 млн человек болеют онкологическими заболеваниями. Ежегодно онкология выявляется у около полумиллиона наших соотечественников (почти 1,5 тыс. человек в сутки). Как показывает практика, услышав диагноз «неизлечимая стадия рака», пациент фактически остается наедине со своим заболеванием, лишаясь помощи со стороны врачей. Он оказывается выброшенным за пределы государственной системы медицинской помощи. В таких случаях как никогда нужна психологическая поддержка со стороны родственников, но и те порой не способны уделить больному достаточно внимания или предоставить весь спектр требуемых действий в силу своей некомпетентности и других обстоятельств.

Задачу улучшения общего качества жизни терминальных больных берет на себя подход, получивший название паллиативной помощи. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки как больному, так и его родственникам.

Паллиативная помощь умирающим больным неизлечимыми формами онкологии в последние месяцы их жизни оказывается в хосписах. Такой вид паллиативной помощи получил название хосписной. Хоспис – это медицинское учреждение, где больные получают необходимый уход и обслуживание; место, призванное облегчить больным

принятие приближающейся смерти. Здесь пациенты, как правило, окружены домашними вещами, к ним свободно пропускают родственников и друзей. В хосписах работают в основном представители среднего и младшего медицинского персонала; широко распространена помощь, оказываемая больным волонтерскими организациями.

Первый в России специализированный хоспис для раковых больных был открыт в 1903 г. по инициативе онколога Л.Л. Левшина. Однако уже к 1920 г. он уже утратил свою функцию как хосписа, превратившись в научно-исследовательский институт (ныне Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена). В новейшее время одним из первых хосписов для терминальных больных стало учреждение в г. Лахте под Санкт-Петербургом, открытое английским журналистом – выходцем из СССР В. Зорзой, дочь которого умерла от рака гортани.

В настоящее время в России функционирует более 70 хосписов; при этом в год от онкологии умирает 300 тысяч человек. Нетрудно посчитать, что в таком случае на один хоспис приходится около пяти тысяч онкологических больных (и это при средней вместимости хосписов в 300–500 человек). По приблизительным оценкам, нашей стране не хватает как минимум 500 хосписов. 80% хосписов имеют государственное финансирование; остальные содержатся либо на деньги частных благотворительных фондов, либо силами волонтеров.

Особенно остро сейчас стоит проблема организации детских хосписов, предназначенных исключительно для нужд маленьких пациентов. Первым детским хосписом стало учреждение бесплатной педиатрической паллиативной помощи в г. Санкт-Петербурге, открытое в 2002 г. Сейчас в нашей стране единицы подобных организаций; большая часть из них – инициатива частных спонсоров. Безусловно, требуется развитие и увеличение количества подобных структур; как известно, онкология «молодеет» и затрагивает все более юные слои населения.

Еще один острый вопрос, с которым сталкиваются и врачи, и родственники онкобольных – это проведение адекватного обезболивания. Для онкологических больных на терминальной стадии рака единственной субстанциальной помощью являются именно наркотические средства. Для того чтобы хоспис смог получить эти препараты для пациентов, нужно преодолеть бесчисленное количество инстанций: заведующего районной поликлиникой, районного онколога, специальную комиссию, собирающуюся в поликлинике 1–2 раза в неделю, управление здравоохранения округа и, наконец, городской департамент здравоохранения. Зачастую получить заветное лекарство сложно даже в таком мегаполисе, как Москва; что уж говорить о небольших городах и отдаленных селах и деревнях. В результате вместо требующихся наркотических средств, применяют банальные анальгетики, не способные избавить пациентов от мучи-

тельной боли. Невозможность провести обезбоживание не позволяет поддерживать уровень жизни пациентов на достойном уровне, делая другие действия персонала хосписов безрезультативными.

В России нет закона о паллиативной медицине, который мог бы регламентировать выдачу наркотических средств для обезбоживания онкобольных. Очевидно, что стране нужны специальные онкологические хосписы, где процедура получения препаратов была бы предельно упрощена.

Наконец, и сама помощь, оказываемая в хосписах, зачастую отличается неполноценностью. Многие из сотрудников хосписов ошибочно полагают, что для поддержания хорошего настроения больных и избежания депрессий и прочих психических расстройств требуется лишь создание благоприятной обстановки для проживания: по-домашнему уютных комнат, красивых садов; в хосписы приглашаются поэты, музыканты и добровольцы, готовые организовывать многочисленные развлечения для пациентов. К сожалению, немного внимания уделяется работе психотерапевтов и психоаналитиков, а также представителей интегративной медицины. А ведь многие пациенты имеют полностью сохраненный интеллект и мышление — соответственно, и определенные духовные потребности. У них есть множество вопросов, не получивших ответов; задача специалистов — помочь им разобраться в себе и облегчить ожидание приближающейся смерти.

В настоящее время все медико-социальные проблемы, непосредственно касающиеся хосписов и организации паллиативной помощи, можно решить исключительно при взаимодействии государственных и частных структур различных уровней. К счастью, в нашей стране есть множество добровольцев, готовых заниматься созданием и развитием хосписов; задача же государства и правительства — прислушиваться к поступающим инициативам.

Именно тесная координация людей различных профессий и специальностей, в том числе деятелей науки, может помочь в создании по-настоящему слаженного и отработанного механизма помощи терминальным больным, гарантирующего поддержание максимально высокого уровня их жизни.

## **ПРОБЛЕМЫ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА И СОЗДАНИЯ ИИ (ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА)**

*Будаев А. С.*

Можно с уверенностью говорить о великой творческой миссии человечества на планете Земля. Менять ландшафт и создавать



целые экосистемы далеко не предел человеческих возможностей. Человечество может бесконечно совершенствоваться свой творческий потенциал. Но каким образом это можно осуществить? На данный момент можно точно утверждать, что наша цивилизация идёт по технократическому пути развития, но является ли этот путь единственно верным и не несёт ли опасность рост технологической зависимости человека? Современное общество – общество потребления, отринувшее развитие духовных аспектов ради большего комфорта для себя, создает всё новые и новые угрозы для окружающей среды.

Преуспев в цифровых технологиях и в создании мощных вычислительных машин учёные задались вопросом возможности существования искусственного интеллекта (ИИ). При этом новая область науки вызвала лишь ещё больше вопросов. Что есть интеллект и может ли он существовать вне биологического тела? Готово ли человечество уподобиться Богу и хватит ли у нас ответственности держать контроль над новой молодой формой разума? Захочет ли дитя человеческой самонадеянности или стремления к познанию мира подчиниться своему создателю? Не станем ли мы конкурирующей, ненужной биологической формой жизни, значительно уступающей более совершенной, искусственной?

Появление машин, превосходящих нас по интеллекту, – закономерный итог развития нашей технократической цивилизации. Неизвестно, куда бы привела нас эволюция, если бы люди пошли по биологическому пути, – занялись улучшением структуры человека, его качеств и свойств. Если бы все деньги, затраченные на разработку вооружений, пошли в медицину, мы, возможно, победили бы все болезни, отодвинули старость, а может, и достигли бы бессмертия...

Науку запретить нельзя. Если человечество себя уничтожит – значит эволюция пошла по тупиковому для этого человечества пути, и оно не имеет права на существование. Возможно, и наш случай – тупиковый. Но мы здесь – не первые и не последние. Неизвестно, сколько до нас было цивилизаций и куда они подевались.

## **ФИЛОСОФИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРАВ В СРЕДНЕВЕКОВОЙ МЕДИЦИНЕ (НА ПРИМЕРЕ ПОЭМЫ ОДО ИЗ МЕНЫ «О СВОЙСТВАХ ТРАВ»)**

*Воронов Ф.Д.*

Поэма «О свойствах трав» – одно из крупнейших и наиболее значительных произведений, которое является наиболее популярным трудом по средневековой лекарственной терапии. Книга имела множество переводов и подражаний, а также оказала боль-

шое влияние на медицинскую практику и дидактическую поэзию последующих веков.

О создателе поэмы Одо из Мена (Мен-на-Луаре, *Magdunum*) известно крайне мало. Скорее всего, он получил светское медицинское образование, вероятно в Туре, был исследователем и практикующим врачом. Долгое время авторство «О свойствах трав» приписывали поэту Эмилию Макру из Вероны (*Aemilius Macer*). Истоки заблуждения – в избранном Одо из Мена псевдониме Мацер Флоридус (*Macer Floridus*), схожем с фамилией древнего поэта.

Сохранившиеся рукописи поэмы носят названия «*Macer floridus de viribus herbarum*» и «*Denaturus herbarum*». Поэма написана на латыни гекзаметром, и содержит 77 глав, в которых дано описание 77 лекарственных растений – дикорастущих трав, огородных культур, растений фармацевтических садов и пряноароматических растений. Необходимо отметить, что в издании XIX века к поэме было добавлено еще 20 глав (477 стихотворных строк). В них, помимо растений, появляются описания лечебных свойств оленьего рога, желчи, серы, квасцов, улиток и даже паутины. Установить точное авторство дополнительных глав не представляется возможным, так как для этого нет достоверных данных. Скорее всего, они были созданы представителями Салернской школы.

Первая часть поэмы (главы с 1 по 65) повествует о лекарственных растениях «основного состава» – это артемизия, крапива, рута, подорожник, алтей и многие другие, среди которых есть и ядовитые – такие как паслен, белена, кокуль, цикута. В последних 12 главах дается описание целебных свойств «специй» – ароматических растений и пряностей (алоэ, перец, тмин, имбирь, корица и другие).

Каждое растение определяется, согласно господствовавшим тогда представлениям, по степени «тепла/холода» и «сухости/влажности». В основе такого разделения – труды Галена «О свойствах простых средств» («*De gradibus simplicium*»).

Анализ поэмы показал, что большая часть растений применялась для лечения и профилактики заболеваний ЖКТ и ЛОР-органов, а также глаз. Не последнее место занимает применение растений в качестве антидотов, однако интересен тот факт, что противоядиями лекарственные растения становились в присутствии вина или виски.

Примечательно, что использование растений для борьбы с инфекционными заболеваниями нашло крайне малое отражение в труде Одо из Мена, несмотря частые случаи дизентерии и «священного огня».

В поэме отсутствует точная дозировка приготовляемых средств, что обычно для галеновых препаратов: концентрация действующего вещества зависела от условий произрастания, сбора и т.д. Однако судя по огромной популярности поэмы, это не было серьезным препятствием к практическому использованию рецептов и рекомендаций.

Также особое внимание вызывает тот факт, что в произведении крайне мало упоминаний о «узаконенных» в те времена суеверий, хотя ряд впоследствии отброшенных представлений имеется.

Сравнивая способы применения растений, описанные в трактате «О свойствах трав» с трудом Авиценны («Канон врачебной науки»), можно провести параллель, отметив, что спектр акцентируемых заболеваний изменился. На первое место вышли заболевания органов дыхания и дерматологические проблемы, а также проблемы связанные с костно-мышечной системой. Примечательно, что применение некоторых из упомянутых Одо из Мена растений полностью совпадает с Авиценной, однако нет ни одной ссылки или упоминания о труде персидского учёного и врача в поэме «О свойствах трав».

Одо из Мена оказал большое влияние на традиции медицинской стихотворной дидактики. Так, часть рекомендаций вошла в «Салернский кодекс здоровья» («Regimen sanitatis Salernitanum»), составленный прославленным философом и врачом Арнольдом из Виллановы (ок. 1235–1311) на основе «стихотворного кредо» школы – поэмы «Цвет медицины Салерно».

Поэма «О свойствах трав» оказала значительное влияние на многих врачей, естествоиспытателей, ученых Средневековья и Возрождения. К ней обращались светила знаменитой Салернской школы, а также Парацельс, читавший в Базеле лекции о поэме и составивший примечания к 36 ее главам.

На сегодняшний день, безусловно, некоторые рецепты утратили свою актуальность, а мифы о способах применения развеяны наукой, но большая часть знаний находит свои отголоски в современной фитотерапии и фармакогнозии, продолжая передаваться поколениями для блага людей.

## **К ПРОБЛЕМЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ СТЕРЕОТИПОВ КРАСОТЫ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ТЕЛЕ**

*Глибка А.*

Для каждого исторического периода характерно свое особое представление о женской красоте. Человек всегда старался дать определение красоты: через соотнесение с природой и гармонией, через визуальную точность и симметрию, через полезность предмета. Немецкий философ Н. Гартман писал, что красота есть результат определенного восприятия субъектом явлений действительности, «суждений вкуса», «проецирования духовного богатства на действительность»<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Рыскельдиева Л. Т. Аксиологический эстетизм Николая Гартмана // Вопросы филологии. 2005. № 6. С. 162–168.

и т.д. При этом предполагается, что действительность эстетически нейтральна, источник прекрасного таится в душе индивида, который воспринимает красоту (Т. Липпс, Ш. Лало, Э. Мейман)<sup>1</sup>. Исходя из этого определения, мы должны большее внимание уделять субъекту, воспринимающего красоту, нежели давать объективную характеристику красоты, которая не сможет включить в себя все тонкости и аспекты нашего восприятия.

Представление о женской красоте кардинально менялось в каждую историческую эпоху. Черты специфичности в понятии женской красоты связаны с господствующим в эпоху влиянием определенных представлений о смысле жизни, о роли человека и женщины в мире и обществе, условий жизнедеятельности, экономической политики, ведущего религиозного сознания и социальных архетипов. Для нас, исходя из целей исследования, важно понять, где этот идеал не противоречил догмату о здоровом теле.

В Древнем Египте идеалом красоты была стройная и грациозная женщина невысокого роста с миндалевидными зелеными глазами, темными волосами, что придавало сходство с неким экзотическим растением. С точки зрения медицины – правильное представление о женской фигуре. В Древнем Китае и Японии ценился минимализм – маленькая, хрупкая женщина с точеной фигурой и крошечными ножками. После специальных стягиваний стоп знатные женщины редко могли сами ходить, их чаще носили на носилках. С точки зрения медицины – это противоречило представлению о здоровом женском теле. В эпоху Античности обожествлялось спортивное, подтянутое тело с развитой мускулатурой. Эталоном красивого тела у греков стала скульптура Афродиты. С точки зрения медицины – правильное представление о женской фигуре. В эпоху рыцарства юноши представляли своих дам сердца худенькими, хрупкими белокожими девушками с высокими открытыми лбами. Женщину сравнивают с розой нежной, хрупкой и изящной. Такая аристократическая утонченность с медицинской точки зрения даже болезненна. В Средние века любые пышные формы были объявлены грехом, и, дабы его искупить, девушки были вынуждены стягивать свои тела жесткими корсетами, так, чтобы тело стало совершенно плоским. Церковь имела на общество чрезвычайное влияние, и женщины постоянно постились, из-за чего часто были очень истощены. Естественно, все это сильно деформировало фигуру, а значит и не способствовало рождению здоровых детей. В Эпоху Возрождения красивым считалось крупное, прочное телосложение, но оно должно было иметь благородные формы. Чрезмерно рослое тело не могло нравиться, так же как небольшое и худое. У женщин должны были быть широкие плечи,

<sup>1</sup> Мейман Э. Введение в современную эстетику. Серия: Из наследия мировой философской мысли. Эстетика. «ЛКИ», 2007. С. 200.

на груди не должна была быть видна ни одна кость. С медицинской точки зрения это представление является наиболее оптимальным вариантом для рождения здорового потомства. Во время господства стиля Рококо идеалом считается девушка с осиной талией, которая чаще всего усиленно стягивалась корсетами. Главный акцент делался на причёску. Дорогостоящее удовольствие пытались сохранить как можно дольше: неделями не причёсывались и не мыли голову. Распространился обычай украшать лицо маленькими круглыми мушками (в связи с эпидемией оспы). Развитие болезней и отсутствие гигиены вело к снижению процента рождения здоровых детей и приводило к увеличению детской смертности. В XVIII—XIX века мода на гигиену вернулась, девушки стали ухоженными, стройными, с более выраженными формами. С точки зрения медицины — правильное представление о женской фигуре.

В XX—XXI века часто называют веком «коротких женских причёсок и культа дистрофии». Отмечается частая смена отдельных нюансов в представлении о женской красоте. В начале века культивировался здоровый образ жизни, спорт, загар, удобная, подчас даже мужская одежда. Фигура женщины приобретает подтянутость, спортивность, в продаже появляются все новые и новые виды декоративной косметики. После второй мировой войны идеалом становится женщина невысокого роста с округлыми женственными формами. Ближе к концу XX века настоящую революцию проводят девушки с очень высоким ростом, мужской фигурой, низким (анорексическим) весом. Создается самая демократичная — джинсовая мода. Часто в одежде присутствуют достаточно узкие джинсы, которые деформируют объем таза, а значит, увеличивается число патологических родов. На протяжении последнего времени из-за социальных катаклизмов роль женщины как матери отходит на второй план, снижается рождаемость, стирается половая специфичность.

Но, как бы ни изменялся эстетический идеал, во все исторические эпохи до середины XX века, единым и главным качеством «вечной и неизменной» женственности являлось материнство. Даже если согласиться, что некоторые эпохи не создавали идеала здорового женского тела, все равно, основной задачей любой женщины являлось стать матерью.

Можно говорить о том, что современные представления о красоте противоречат догмату о здоровом теле, природной функции женщины, что может иметь глобальные последствия для человечества — вызвать резкое снижение рождаемости, привести к вырождению общества, снижению эстетического чувства, духовному обнищанию. Нетрудно заметить, что современная женщина балансирует между двумя гранями: очень худая женщина (доведение своего тела до анорексии) и кукла Барби (чтобы соответствовать которой, нужно

сделать большое количество пластических операций, при этом некоторые части тела неестественно увеличить, а некоторые уменьшить). Впадая в эти крайности, женщина не может ни выносить, ни родить нормальное здоровое потомство. Мужчины становятся, напротив, женоподобными. Подобные пагубные стереотипы зачастую оказываются следствием влияния СМИ, TV, Интернет, мода и т.д.

Для выявления представлений об идеале женской красоты у студентов-медиков нами было проведено исследование. Студентам была предложена авторская анкета, состоящая из 14 вопросов. Вопросы построены таким образом, что предполагают развернутый ответ, либо выбор из предложенных вариантов. В данном анкетировании приняли участие 50 студентов-медиков 2 курса МГМСУ лечебного факультета. Выборка уравнена по полу и возрасту (25 юношей и 25 девушек, 19–21 год).

Полученные данные показали, что 72% студентов-медиков озабочены своим внешним видом. При этом 94% студентов-медиков признаются, что у них есть комплексы, связанные с внешностью. 36% студентов-медиков ограничивают себя в еде, что связано, либо с осознанием неправильного пищевого поведения, либо из-за стремления таким образом подкорректировать свою фигуру. Подавляющее большинство студентов-медиков отрицательно относятся к пластике груди (70%) и лица (86%). 80% студентов-медиков не исключают, что внешность важна для любящих людей. Больше половины (66%) студентов-медиков считают, что красота – нечто, заключающее в себе и внешнее, и внутреннее. 24% студентов-медиков согласны, что засилье стереотипов (типа куклы Барби, персонажей аниме, героев мультфильмов Винкс) порождает у многих детей стремление быть внешне на них похожими. Только 10% студентам-медикам нравятся женщины с модельной внешностью.

Проведенное исследование показало, что, студенты-медики частично осознают противоречие между современным идеалом женской красоты и догматом о здоровом теле. Одним из основных факторов способствующих этому является то, что именно здоровье человека является предметом учебной деятельности студентов-медиков.

## **ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ «ЭВТАНАЗИЯ»<sup>1</sup>**

*Золотарева Е.А.*

В последние десятилетия проблема смерти становится предметом специфического биоэтического исследования, однако особое внимание в современной культуре и науке уделяется проблеме эвтанази.

<sup>1</sup> Статья написана под руководством Е.Ю. Калачиди.

Как справедливо отмечается некоторыми авторами, повышенный интерес к эвтаназии объясняется как прогрессом медицины, так и изменением ценностей и моральных приоритетов в современной цивилизации, в центре которых стоит идея «прав человека», в том числе права на жизнь, предусматривающего свободу выбора. Учитывая это, в современной науке было предложено огромное количество определений понятию «эвтаназии», которые отличаются крайней противоречивостью, что затрудняет однозначное толкование, вызывает терминологическую путаницу. В зависимости от определения термина меняется и подход к проблеме эвтаназии.

Весьма сложно дать удовлетворительное определение эвтаназии еще и в связи с тем, что ее виды различаются по субъекту действия, цели, мотиву, степени свободы волеизъявления. Необходимо строго подразделять эвтаназию на различные виды и проводить между ними четкую грань, поскольку решающее значение для понимания сущности эвтаназии имеет именно её классификация.

Поэтому, для того чтобы говорить на одном языке, известный ученый и врач А.П. Зильбер предлагает ввести некий тезаурус, словарь или набор сведений относящихся к эвтаназии<sup>1</sup>. Прежде всего, различаются такие виды эвтаназии как активная, пассивная, добровольная и недобровольная. Под активной эвтаназией понимается такой вид медицинского вмешательства, когда смерть является его целью и прямым результатом. Соответственно, активная эвтаназия может быть добровольной, т.е. основанной на просьбе терминального страдающего больного или недобровольной, т.е. осуществленной без согласия пациента. Пассивной эвтаназией называют наступление смерти, вызванное отсутствием или прекращением жизнеподдерживающего лечения. Кроме этого, А.П. Зильбер выделяет так называемую принудительную эвтаназию, осуществляемую вопреки воле пациента.

На наш взгляд, такая классификация эвтаназии небезупречна. В особенности сомнительно выделение так называемой «принудительной» эвтаназии, которая, скорее всего, представляет собой смертную казнь. По нашему мнению, принудительную эвтаназию не следует признавать эвтаназией как таковой, поскольку в ее основании лежит отождествление с действием, претендующее на моральное оправдание и законодательное закрепление. Эффект «наклонной плоскости», состоящий в том, что постепенные незначительные отступления будут размывать строгость закона и, в конечном счете, приведут к неконтролируемым процессам, играет здесь очень серьезную роль. Есть риск того, что «будут складываться ситуации, при которых

---

<sup>1</sup> Зильбер А.П. Трактат об эвтаназии. Петрозаводск, 1998. С. 20.



эвтаназия будет осуществляться не из сострадания, а во имя совсем других целей»<sup>1</sup>.

В нашей интерпретации, эвтаназия активна по определению, в связи с этим термин «пассивная» эвтаназия противоречит самому определению эвтаназии. Пассивная эвтаназия не является намеренным комплексом действий врача, направленных на лишение жизни пациента. Она представляет собой лишь отказ от действий, направленных на сохранение и поддержание жизни или, иными словами, отказ от жизнеподдерживающего лечения (такие случаи, как выписка пациента из больницы по его, обоюдному с лечащим врачом, решению и отключение аппарата искусственной вентиляции легких от тела больного, находящегося в длительном коматозном состоянии).

Активная эвтаназия подразумевает преднамеренное причинение смерти неизлечимому больному, если он неоднократно и настойчиво (осознанно) попросил об этом. В случае отсутствия согласия пациента, вне зависимости от того, желал ли он в действительности смерти или нет, действия врача будут расцениваться как убийство. Добровольность, на наш взгляд, должна предполагать так же отсутствие какого бы то ни было влияния со стороны третьих лиц, будь то родственники, врачи или кто-то еще. Подобная строгая процессуальная регламентация призвана исключить весьма вероятные здесь злоупотребления, вызванные, например, стремлением к наживе, прагматичной заинтересованностью в экономии медикаментов и т.д.

Еще одним условием правомерности эвтаназии является терминальное<sup>2</sup> состояние (пограничное состояние между жизнью и смертью), то есть фактическое нахождение больного у смертельной черты, избежать которую или отодвинуть более не предоставляется возможным. Эта группа включается в более крупную категорию безнадежных (инкурабельных<sup>3</sup>) больных, срок смерти которых не может быть спрогнозирован, но известно, что с таким заболеванием наука еще не умеет бороться. Поэтому нежелательно распространение права на эвтаназию на всю группу инкурабельных пациентов, так как их заболевание, представляя угрозу в будущем, не всегда предполагает скорый конец. В частности, неприемлема она при болезни Альцгеймера, Паркинсона, ДЦП, других неврологических расстройствах, и тем более, неприменима в психиатрии. Лицо, подвергающееся эвтаназии, должно достигнуть определенного состояния, характеризующегося слабым действием паллиативных, болеутоляющих мер и отсутствием возможности отсрочить наступление летального исхода.

<sup>1</sup> Введение в биоэтику : учебное пособие / под ред. Б.Г. Юдина и П.Д. Тищенко. М., 1998. С. 76.

<sup>2</sup> Терминальный – от лат. terminus предел, конец.

<sup>3</sup> Инкурабельный – от англ. incurable неизлечимый.

Эвтаназия не может быть направлена против «лишних людей», она не позволяет медицинским работникам применять ее по собственному усмотрению. Первое и неуклонное требование – наличие искреннего желания больного прервать свою жизнь. Она не может быть первичным действием, и применяется лишь в случае, когда исчерпаны все известные науке средства и способы продлить достойную жизнь человека.

В сущности, под эвтаназией может пониматься лишь активное умерщвление, и ее нельзя путать с ограничением лечения. «Медикаментозное убийство» человека без его согласия, будь то в случае, когда больной не в состоянии дать согласие, или когда оно осуществляется против его воли – не является эвтаназией, это умышленное причинение смерти. Случай, когда больному, которому еще можно помочь, лечение не назначается, тоже должен расцениваться как преступление.

Учитывая все перечисленные аспекты современного понимания термина, наиболее полным нам представляется следующее определение: эвтаназия – это умерщвление пациента врачом путём применения фармацевтических средств в ответ на добровольную просьбу дееспособного пациента при наличии смертельного заболевания в терминальной стадии.

Таким образом, эвтаназия может быть только добровольной. Поэтому, с учетом мнения специалистов в области биоэтических исследований, от часто используемого термина «добровольная эвтаназия» необходимо отказаться, так как оно неправильно предполагает, что существуют формы недобровольной эвтаназии.

## **КУЛЬТУРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА: РЕКОМЕНДАЦИЯ ТЕРАПЕВТОВ ИЛИ ФИЛОСОФСКАЯ ОСНОВА ЗОЖ**

*Кузнецова Е.*

Есть нужно уметь, а представьте себе – большинство людей вовсе есть не умеют. Нужно не только знать, что есть, но когда и как.

*М. Булгаков*

За последние десятилетия вопрос о культуре питания встал наиболее остро, чем когда-либо. Кажущаяся простота данного вопроса на самом деле весьма обманчива. Многочисленные примеры блестящего лечения пищей в клинике на фоне стремительно развивающихся различных заболеваний, в особенности, связанных с потребляемыми продуктами питания, не оставляют сомнений в том, что именно неграмотное профилактическое питание, а зачастую и вовсе его отсутствие, ведет к развитию еще более пагубных состояний здоровья человека.

Безусловно, возникает вопрос: «Почему именно сейчас в XXI веке, когда человечество достигло апогея в развитии нанотехнологий и других сферах, может производить продукты питания в масштабах, поражающих воображение, возникает проблема питания?» Ответ очевиден. Дело в том, что развитие современных технологий привело к избыточному количеству предлагаемых на рынке продуктов питания, к сожалению, не все из них являются полезными и натуральными. Более того, нельзя не упомянуть о превалирующем положении маркетинга на рынке, который посредством рекламы диктует свою, зачастую нездоровую культуру питания.

Однако это лишь поверхностная часть поднимаемой проблемы. Обратимся к истокам, а именно: расцвету славянской культуры. У наших предков существовала целая система, сосредоточившая в себе определенное мировоззрение. В чем-то она находит отголоски в аюрведической и китайской медицине, однако обладает и своими особенностями. При достаточно глубоком изучении можно заметить, что данная система включает в себя такие методы, как оптимизация образа жизни и питания, гигиеническая и лечебная гимнастика, использование целебных природных факторов, специальный массаж и другие методы мануального воздействия, применение лекарств, созданных на основе природных лечебных средств растительного, минерального и животного происхождения, что резко уменьшает риск их негативного воздействия. Славянская здрава предлагает вернуться к природному образу жизни, жизни в гармонии с природой, следуя ее естественным циклам.

Если проводить аналогию лечебных методов питания в XXI столетии и тогда, то можно наблюдать существенное различие: В Древней Руси знание здравы позволяло не только не допустить развития соматических признаков болезни, а и исключить предболезненное состояние (на которое современная медицина практически не обращает внимания), нарушение ментальных оболочек человека. Именно данный аспект позволяет говорить о непосредственно глобальной роли питания в жизни человека. В нашем современном обществе не хватает элементарных знаний о грамотном употреблении тех или иных продуктов, а так же умения держать внутренний духовный баланс для предупреждения развития патологических состояний.

## **ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ХИРОПРАКТИКА КАК ВОЗРОЖДЕНИЕ СТАРОРУССКОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Никитин О.А.*

Висцеральная хиропрактика, или мануальная терапия внутренних органов, как одно из направлений народной медицины, имеет глубокие корни, уходящие в древнюю культуру славянских народов.

Староверы долгое время хранили в своих традициях и передавали из поколения в поколение знания о своей древней культуре, быте и о многих методах лечения. Лишь относительно недавно эти знания начали постепенно проникать в социокультурное пространство, формируя по крупицам единый образ, богатый мудростью наших предков, древней славянской медицины.

Основополагающим фактором в культуре старорусской медицины являлось целостное восприятие человека, как единства тела, души и духа, неразрывно связанного с окружающей его природой, а, следовательно, и применение методологического подхода было глубокое, охватывало человека полностью, воздействуя не только на физическое тело, но и на его мировоззрение. Для исцеления больного или сохранения здоровья, помимо использования глубоких знаний о правильном образе жизни – в гармонии с природой и с собой – применялись природные лекарства, в виде трав и растений, использовались различные действия мануального характера, где немалое место занимало «правление» или «ладка» живота. Сегодня эта методика, дошедшая до нас в нынешнем виде, носит название «висцеральная хиропрактика».

В последнее время в обществе отмечается тенденция к увеличению интереса к народной медицине, но при этом очень важно понимание, что путь воссоздания, скажем, образа старорусской медицины, не подразумевает отрицание успехов «официальной» научной медицины. А вот путь симбиоза этих направлений медицины в практическом плане, быть может, привел бы к созданию нового, междисциплинарного медицинского коллектива, который имел бы профилактический подход, восстановил целостность восприятия человека, подкрепленный методами и средствами традиционной медицины в сочетании с достижениями современной науки.

Безусловно, тот факт, что в настоящей действительности многие течения традиционной медицины воспринимаются научной общественностью скептически, не обоснователен. Ведь нередко бывает так, что под маской «традиционной», а значит, по мнению многих, не требующей доказательств, медицины, могут скрываться шарлатанство или слепая вера в действенность той или иной методики. А ведь есть и такие области, пролив свет на которые, возможно, мы смогли бы обнаружить нечто уникальное, открывающее нам новый подход или новый взгляд на природу болезней. Нужно всего лишь попытаться осмыслить и постараться объяснить эти методы. Но смешивая все в один котел и отбрасывая, мы рискуем вместе с ложью навсегда потерять и то, что могло бы быть истинным, полезным знанием.

Методика, о которой пойдет речь, является попыткой систематизировать и изложить и, в некоторой степени, объяснить существу-

ющие сведения о мануальной терапии живота, сохранившиеся и дошедшие до наших дней в культуре старорусской медицины.

Висцеральная хиропрактика (висцеро-внутренняя, хиро-рука) исследует и оценивает положение и подвижность внутренних органов, а так же влияние этих факторов на функцию, как самого органа, так и на организм в целом.

Исходя из анализа практической деятельности висцеральных терапевтов, можно сказать, что в основе многих заболеваний, возникающих в течение жизни человека, лежат венозные и лимфатические застои во внутренних органах или околоорганных пространствах, а так же нарушение синтопии органов, которая может возникать в результате физических нагрузок и травм. Застойные явления вызывают и спастические состояния органов, а это, в свою очередь, ведет к нарушению обменных процессов, сильному снижению иммунитета, что является условием для возникновения бактерий, грибов, паразитов и вирусов. Так же, застойные явления одних органов могут опосредованно отразиться на работе других органов. К примеру, спазмированный желудок и кишечник посредством частичного сдавления сосудов, проходящих под ними, могут ухудшить питание органов малого таза.

Специфические приемы воздействия висцеральной хиропрактики направлены на устранение этих застоев и восстановление подвижности и положения органов, посредством надавливания, смещения, сдавливания, вибрации и растяжения. За счет этих действий происходит рефлекторная нормализация многих процессов в организме и восстановление функциональных нарушений.

Нетрудно заметить, что если бы висцеральная хиропрактика на достойном уровне и наравне с другими методами лечения болезней применялась в современной медицине, можно было бы избежать многих серьезных заболеваний.

## **ЖИВИ, ЧТОБЫ ЛЕЧИТЬ**

*Салиев К.Г., Демченко А.Н.*

В современной российской медицине существует масса проблем, одной из которых является проблема эффективности оказания квалифицированной медицинской помощи в условиях среднестатистического ЛПУ. Ни для кого не секрет, что наша бюджетная медицина поставлена на поток конвейера — пациенты проходят плотными очередями. Обыкновенный врач-терапевт пропускает в течение одного рабочего дня до полусотни пациентов с различными состояниями тяжести. Многие из них требуют к себе особенно много внимания,

и для некоторых это даже является вопросом жизни и смерти. Будучи обыкновенным человеком с обыкновенной выносливостью и психикой, наш врач, добросовестно отводящий на пациента столько времени, сколько нужно для выполнения обычных манипуляций, тратит в среднем около 25 минут (сравнительно быстро). Проведем ряд не сложных математических вычислений. Мы умножаем условную цифру 45 пациентов на 25 минут, получаем 1125 минут или 18,75 часов, при ежедневной работе, пять дней в неделю, получаем 93,75 часов в неделю из 120, а это в свою очередь 26,25 часов для отдыха, по 5,25 часов в сутки. В условиях большого города приходится добираться по 50—70 минут к месту работы, вычитаем и это время получаем приблизительно 3,25 часов, когда врач может находиться в расслабленном состоянии, отдыхать! Напомним, что наш врач является обыкновенным человеком с обыкновенной выносливостью и психикой. И вполне понятно, что это невозможно. И хотя пациенты будут добросовестно приняты, это будет стоить очень дорого самому врачу. Вполне естественный путь развития данной ситуации будет следующим: врач, стремясь упорядочить и уравновесить свой график, будет принимать меньше больных, ровно на столько, насколько этого хватило бы для обретения нормированного рабочего дня. При этом остается и даже может повыситься качество оказываемых услуг. Кажется, что проблема решена, но тут возникает другая. Заведующий отделением, будучи серьезным исполнительным человеком через воздействие на подчиненных осуществляет план, который в свою очередь был дан ему другим вышестоящим чином, а ему еще более вышшим и т.д., и этот план совсем не учитывает интересов врача. Цепная реакция ставит врача в рамки, опять круг замыкается, и тут уже обессиленный врач решает сокращать время на осмотр пациента, что сильно сказывается на качестве работы. Получаем деградирующего врача-конвейерщика, занимающегося бюрократией, и весьма посредственно интересующегося пришедшим бедолагой. Таких острейших примеров в нашей стране вопиюще предостаточно! Выпускники медицинских учебных заведений — амбициозные, молодые, свежие ребята делают шаг в жизнь практикующих врачей — и сразу же попадают в безвылазное болото современного бюджетного здравоохранения. Растет поколение врачей, не имеющих даже примерного понятия о том, как составляется полноценный опрос. Приверженцы и без того ослабленной современной методикой обучения научной медицины попадают во тьму невежества!

Существует достаточное разнообразие различных медицинских школ, каждая из которых обусловлена наличием собственного мировоззрения, идеологической картины мира. Каждая из школ решает основные проблемы медицины по-своему. Так, мы можем выделить, к примеру, народную медицину. Основывается она на знаниях,

дошедших до нас от древних предков, и современном опыте (к сожалению, не всегда достоверном). Представители данной школы, зачастую, не имеют медицинского образования, а порой даже общего, занимаются лечением, в большинстве случаев, просто на дому. При этом может страдать качество лечения, хотя и времени на больного у них больше. При ненормированном рабочем дне, скомканном графике, огромном количестве больных за единицу времени — неконкурентоспособная медицина. Что же делать молодому, идейному врачу, действительно желающему лечить? Одним из примеров ЛЕЧАЩИХ людей являются квалифицированные работники, ведущие прием в частной клинике, где они могут, не зависимо от количества, делать упор на качество. Но такая медицина дорогостоящая и, порой, заключается в получении прибыли частным заведением. Другой пример — высоко моральные личности, ведущие прием в индивидуальном порядке, в домашних или более специфических условиях за символическую плату. Но такой пример, к сожалению, очень редок. Одним из таких представителей можно назвать целителя Сергея Николаевича Лазарева. Им разработаны совершенно уникальные методы работы с биоэнергетикой человека, его достижения в этой сфере доказывают множество излеченных больных. Кроме лечения, неоценим его вклад и в духовное развитие человечества — как в целом, так и отдельных людей. В своем обыкновении человек (врач) подвержен корысти, зависти и ошибкам, наряду с этим так же существует проблема информированности. Современное общество также не лишено этих незавидных качеств. Врачи, хоть и являются интеллектуальной частью общества, но все же — частью. Из этого следует, что общество само рождает врачей для себя же.

Прибегая к очень простому примеру статистики по итогам проекта «тотальный диктант» можем сделать вывод о развитии людей, составляющих это общество: тотальный диктант выявил тотальную безграмотность. Безграмотные родители не могут воспитать грамотных детей, как и невежественное общество не воспитает великих врачей. Но откуда тогда эти вспышки света? Откуда мы имеем умнейших физиков, математиков, биологов? Откуда берутся люди, которым блестяще удастся разгонять над собой тучи необразованности и безнравственности? Они берутся так же, как и все остальные — из общества, но находят в себе силы не поддаваться разложению. Вот именно в таких людях и есть решение поставленной проблемы. Одним из решений можно назвать образование таких учреждений, которые бы смогли отвечать всем критериям наилучшего врачевания, как души, так и тела, сопряженного с просвещением и развитием такой отрасли медицины, которая вобрала бы в себя все то наилучшее, что было произведено человеком за все его существование.



Аналоги таких центров существуют, но в ничтожно малом количестве и не развитом состоянии. А наиболее важным в решении данной задачи являются, конечно же, превосходно подготовленные, обученные и готовые обучаться и обучать, кадры современных врачей-терапевтов.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- Абиев Артур Карамасович**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры медицины катастроф, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Абрамова Анастасия**, студентка 2 курса лечебного факультета, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Аверкина Елена Ивановна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Агличева Ольга Юрьевна**, старший лаборант кафедры истории и философии, Ростовский государственный медицинский университет
- Артемьев Тимур Мурманович**, аспирант, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
- Асеева Ирина Александровна**, доктор философских наук, доцент, старший научный сотрудник, зав. отделом Института философии РАН
- Афонская Татьяна Алексеевна**, кандидат психологических наук, доцент, Московский авиационный институт
- Бабенко Валерий Павлович**, ассистент кафедры философии, Одесский Национальный Медицинский Университет (Украина), консультант КЦ «Альфалогия»
- Баксанский Олег Евгеньевич**, доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института философии РАН, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
- Баринев Евгений Христофорович**, кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Барковская Анна Юрьевна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, Волгоградский государственный архитектурно-строительный университет
- Барыбина Елена Викторовна**, инженер-конструктор, НПО им. Лавочкина
- Башилов Роман Николаевич**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверская государственная медицинская академия

- Башилова Светлана Михайловна**, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФПДО, Тверская государственная медицинская академия
- Белова Людмила Александровна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологии, Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
- Белоусова Елена Валентиновна**, кандидат культурологии, доцент кафедры философии, биоэтики и культурологии, Уральская государственная медицинская академия
- Билибенко Ангелина Владимировна**, аспирант, Курский государственный университет
- Борчиков Сергей Алексеевич**, руководитель «Философского семинара», г. Озёрск
- Быкова Лариса Константиновна**, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
- Будаев Алексей**, студент 3 курса лечебного факультета, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова.
- Бударин Глеб Юрьевич**, кандидат социологических наук, докторант кафедры философии, биоэтики и права, Волгоградский государственный медицинский университет
- Буддакова Юлия Рафаэлевна**, кандидат медицинских наук, доцент, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Васильев Олег Станиславович**, кандидат философских наук, старший научный сотрудник, врач, тренер по спорту, НИИ Спорта Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма (РГУФКСМиТ, Москва)
- Введенская Елена Валерьевна**, кандидат философских наук, старший преподаватель, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
- Власова Ольга Александровна**, доктор философских наук, профессор кафедры философии, Курский государственный университет
- Войцехович Вячеслав Эмеринович**, доктор философских наук, профессор кафедры философии и теории культуры Тверского государственного университета, член-корр. Российской экологической академии
- Воронов Филипп Дмитриевич**, студент 4 курса, Петрозаводский Государственный Университет.
- Воротыло Наталья Викторовна**, кандидат психологических наук, преподаватель кафедры общей психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Гаспаров Игорь Гарибович**, кандидат философских наук, ст. преподаватель кафедры философии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко.
- Глибка Анастасия**, студентка 3 курса лечебного факультета, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Гоглова Ольга Олеговна**, кандидат исторических наук, доцент кафедры гуманитарных наук, Ивановская государственная медицинская академия

- Гоглова Юлия Олеговна**, студентка, Московская государственная юридическая академия им. О.Е. Кутафина, Институт адвокатуры
- Головизнин Марк Васильевич**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Гребенщикова Елена Георгиевна**, доктор философских наук, доцент кафедры философии Курского государственного медицинского университета
- Гринченко Сергей Николаевич**, доктор технических наук, профессор, главный научный сотрудник, Институт проблем информатики РАН
- Гурылёва Марина Элисовна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры биоэтики и медицинского права, Казанский государственный медицинский университет
- Гуткевич Елена Владимировна**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск
- Давыдова Татьяна Викторовна**, кандидат исторических наук, доцент кафедры истории Отечества, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
- Демченко А.Н.**, студентка 3 курса, лечебный факультет, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Денискин Сергей Александрович**, кандидат философских наук, старший преподаватель кафедры философии, Челябинский государственный университет
- Добровольская Надежда Евгеньевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Доманова Светлана Александровна**, кандидат исторических наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Доника Алена Дмитриевна**, кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, доцент кафедры медицины катастроф, Волгоградский государственный медицинский университет, ответственный секретарь журнала «Биоэтика»
- Дорфман Светлана Вячеславовна**, кандидат педагогических наук, ассистент, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского
- Евстифеева Елена Александровна**, доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверская государственная медицинская академия
- Егоренков Анатолий Иванович**, кандидат педагогических наук, доцент, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (Киев)
- Елин Дмитрий Владимирович**, врач, ГБУЗ БСМЭ ДЗМ
- Еремина Мая Владимировна**, старший преподаватель, заочный аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины

кафедры медицины катастроф, Волгоградский государственный медицинский университет

**Ермак Елена Владимировна**, аспирант, кафедра общей психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

**Ермолаева Евгения Витальевна**, кандидат философских наук, ассистент, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

**Ершова-Бабенко Ирина Викторовна**, доктор философских наук, заведующая кафедрой философии, Одесский Национальный Медицинский Университет (Украина)

**Желнин Антон Игоревич**, ассистент, аспирант, Пермский государственный национальный исследовательский университет

**Жолобова Ирина Константиновна**, ассистент кафедры истории и философии, Ростовский государственный медицинский университет

**Засыпкина Елена Викторовна**, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

**Захаров Денис Владиславович**, ст. преподаватель, кафедры философии и биоэтики Астраханской государственной медицинской академии

**Золотарева Елена Анатольевна**, студентка, Пермский государственный национальный исследовательский университет

**Игнатенко Антонина Сергеевна**, кандидат философских наук, независимый исследователь

**Исаева Юлия Анатольевна**, кандидат философских наук, доцент кафедры социально-гуманитарных наук, Нижегородская государственная медицинская академия

**Катрунов Владимир Алексеевич**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

**Кнященко Лариса Павловна**, доктор философских наук, профессор кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ, ведущий научный сотрудник Института философии РАН

**Князева Елена Николаевна**, доктор философских наук, зав. сектором Института философии РАН, профессор кафедры философии и биоэтики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

**Ковалюнас Нина Владимировна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и культурологии, Самарский государственный медицинский университет

**Кожевникова Магдалена**, аспирантка, Институт философии РАН

**Комова Надежда Викторовна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

**Копаладзе Реваз Александрович**, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник лаборатории биохимических адаптаций, ФГБУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАМН

- Косарев И.И.**, доктор педагогических наук, профессор, академик РАЕН, старший научный сотрудник лаборатории по изучению проблем организации высшего и послевузовского медицинского образования, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова.
- Косухина Оксана Игоревна**, аспирант кафедры судебной медицины и медицинского права, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Крайнова И.Ю.**, Волгоградский государственный медицинский университет
- Красильникова Мария Николаевна**, преподаватель кафедры философии, био-медицинской этики и гуманитарных наук, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Крештапова Маргарита Александровна**, аспирантка МГМСУ
- Кубатиев Аслан Амирханович**, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, директор ФГБУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАМН
- Кудакова Мария Вадимовна**, менеджер по работе с клиентами, ООО «Делис Медиа», Медицинский Центр «Мобил Мед»
- Кудрявцев Валерий Дмитриевич**, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ
- Кузнецова Мария Николаевна**, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
- Кузнецова Елена**, студентка, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Курленкова Александра Сергеевна**, аспирантка Института этнологии и антропологии РАН (группа медицинской антропологии)
- Лахонина Наталья Сергеевна**, ассистент, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Лисеев Игорь Константинович**, доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, зав. сектором Института философии РАН, председатель правления Московского философского общества
- Летов Олег Владимирович**, кандидат философских наук, доцент, старший научный сотрудник Института философии РАН
- Лязина Юлия Александровна**, кандидат социологических наук, доцент кафедры философии, Уфимский государственный авиационный технический университет
- Мадинова Юлия Игоревна**, соискатель кафедры философии, Одесский Национальный Медицинский Университет (ОНМедУ), г. Одесса, Украина
- Макарова Юлия Александровна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры патологии, Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
- Макаров Андрей Валерьевич**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверская государственная медицинская академия
- Меденков Александр Алексеевич**, доктор медицинских наук, профессор, Московский авиационный институт

- Медянова Елена Владимировна**, преподаватель, аспирант, Одесский Национальный Медицинский Университет (Украина)
- Мешерякова Тамара Владимировна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии с курсами культурологии, биоэтики и отечественной истории, Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ), г. Томск.
- Мирошниченко Михаил Сергеевич**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры патологической анатомии, Харьковский национальный медицинский университет, Украина
- Мирясова Наталья Александровна**, аспирантка кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Михеева Наталья Александровна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры судебной медицины и медицинского права, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Михель Дмитрий Викторович**, доктор философских наук, профессор, декан социально-гуманитарного факультета Саратовского государственного технического университета им. Ю.А. Гагарина, профессор кафедры социологии, социальной антропологии и социальной работы
- Михель Ирина Владимировна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Саратовского государственного технического университета им. Ю.А. Гагарина
- Моисеев Вячеслав Иванович**, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Моисеева Оксана Николаевна**, старший преподаватель кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Моркина Юлия Сергеевна**, кандидат философских наук, научный сотрудник сектора эволюционной эпистемологии Института философии РАН
- Москаленко Виталий Фёдорович**, профессор, академик НАМН Украины, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (Киев)
- Набильская Ольга Викторовна**, старший преподаватель, аспирант кафедры начального образования и естественно-математических наук, член творческой группы «Лаборатория Интегралки», Киевский университет им. Бориса Гринченко
- 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
- Нестерович Татьяна Борисовна**, ассистент, Московский авиационный институт
- Никитин Олег**, студент, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Новикова Тамара Владимировна**, кандидат технических наук, доцент, Сибирский государственный медицинский университет



- Олескин Александр Владимирович**, доктор биологических наук, профессор, кафедра общей экологии биологического ф-та МГУ; кафедра философии, биомедицинской этики и гум.наук МГМСУ; Клуб «Биополитика» при МОИП
- Осинов Максим Евгеньевич**, преподаватель, кафедра общей психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
- Петрова Екатерина Викторовна**, кандидат философских наук, научный сотрудник, Институт философии РАН
- Перхуров Александр Михайлович**, кандидат медицинских наук, врач ВФД 5 УЗ ЦАО г. Москва
- Полетаева Светлана Владимировна**, ассистент, заочный аспирант, кафедра общей и клинической патологии, патологической анатомии и патологической физиологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского; врач-патологоанатом, Самарский областной клинический онкологический диспансер, патологоанатомическое отделение
- Попова Наталья Тимофеевна**, старший научный сотрудник, Московский городской психолого-педагогический университет; ГБОУ ЦДТ «Строгино»
- Попова Ольга Владимировна**, кандидат философских наук, старший научный сотрудник, Институт философии РАН, Сектор гуманитарных экспертиз и биоэтики; Научный центр здоровья детей РАМН, Лаборатория правовых проблем охраны здоровья детей
- Пронин Михаил Анатольевич**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, руководитель исследовательской группы «Виртуалистика», Институт философии РАН
- Рогачева Татьяна Владимировна**, доктор психологических наук, кандидат философских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической психологии Уральской государственной медицинской академии, сертифицированный специалист в области Гештальт-психологии
- Ромодановский Павел Олегович**, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой судебной медицины и медицинского права, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
- Ростковская Галина Борисовна**, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
- Рюмина Марина Тулеухановна**, доктор философских наук, профессор кафедры философии и культурологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова
- Салиев К.Г.**, студент 3 курса, лечебный факультет, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
- Самусенков Вадим Олегович**, врач-интерн, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова
- Самусенков Олег Иосифович**, доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой физического воспитания и здоровья, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова

- Серова Ирина Анатольевна**, доктор философских наук, профессор, ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
- Сидорова Татьяна Александровна**, кандидат философских наук, доцент кафедры фундаментальной медицины, Новосибирский государственный университет
- Силуянова Ирина Васильевна**, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой биомедицинской этики, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
- Слесарев Владимир Олегович**, доктор философских наук, профессор кафедры патологии, Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
- Соколова Ирина Сергеевна**, кандидат филологических наук, доцент, Московский государственный университет печати им. Ивана Федорова
- Сосновский Николай Александрович**, Всеукраинская Лига Авторов, исполнительный директор
- Стружков Павел Викторович**, магистрант, Вологодский государственный технический университет
- Терехова Нина Васильевна**, ст. преподаватель, кафедра физического воспитания и здоровья, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Терёхина Надежда Владимировна**, преподаватель кафедры общей психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Тищенко Павел Дмитриевич**, доктор философских наук, заведующий сектором биоэтики и гуманитарных экспертиз Института философии РАН
- Туришев Сергей Николаевич**, доктор медицинских наук, профессор, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
- Фанталова Елена Борисовна**, кандидат психологических наук, доцент, Московский городской психолого-педагогический университет
- Филиппченкова Светлана Игоревна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверская государственная медицинская академия
- Фирсов Денис Евгеньевич**, кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой социальной работы, экономики и биоэтики, Ярославская государственная медицинская академия
- Халилулина Флера Абдулхановна**, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Ханжи Владимир Борисович**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Одесского государственного медицинского университета
- Хен Юлия Вонховна**, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник, Институт философии РАН
- Хуако Гоцмаф Аслановна**, врач акушер-гинеколог Адыгейского республиканского перинатального центра, Майкоп
- Цепелева Надежда Валерьевна**, кандидат философских наук, доцент, Новосибирский государственный медицинский университет
- 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
- Чеснов Ян Вениаминович**, кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник Отдела междисциплинарных проблем изучения человека Института философии РАН
- Шашков Игорь Иванович**, кандидат технических наук, советник по научно-практическим журналам, руководитель творческой группы «Лаборатория Интегралики», Всеукраинская Лига Авторов
- Шелекета Владислав Олегович**, доктор философских наук, доцент, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
- Шеманов Алексей Юрьевич**, доктор философских наук, заведующий лабораторией, Московский городской психолого-педагогический университет
- Шибкова Ольга Сергеевна**, аспирантка, преподаватель кафедры общей психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Шилова Оксана Валентиновна**, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
- Шишков Иван Захарович**, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии, РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- Щекин Геннадий Юрьевич**, кандидат социологических наук, доцент кафедры философии, биоэтики и права, Волгоградский государственный медицинский университет
- Щепеткова Галина Сергеевна**, ассистент кафедры внутренних болезней, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Щербак Юлия Сергеевна**, студентка 5 курса факультета клинической психологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
- Юдин Борис Григорьевич**, доктор философских наук, профессор, член-корреспондент РАН
- Юрьев Георгий Петрович**, доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН, психотерапевт высшей категории
- Яворовский Александр Петрович**, профессор, чл.-корр. НАМН Украины, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (Киев)
- Ясинчук Андрей Алексеевич**, врач-гомеопат, ООО «Аптека 245», г. Тольятти

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>3</b>
-----------------------	----------

### **ДОКЛАДЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ**

<i>Моисеев В.И.</i> Концепт гуманитарной медицины: от конфронтации к интеграции .....	5
<i>Киященко Л.П.</i> Персонализированная медицина – медицина для человека? Гуманитарный вызов медицинским исследованиям и практике .....	8
<i>Тищенко П.Д.</i> Полилог по ту сторону добра и зла (уроки В.Соловьева) ..	14
<i>Шишков И.З.</i> К вопросу о методологии естественнонаучного и гуманитарного знания .....	17
<i>Юдин Б.Г.</i> Об анатомии постчеловека .....	21

### **ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ГУМАНИТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ**

<i>Аверкина Е.И.</i> Гуманитарная медицина: возможность дискурса .....	25
<i>Барыбина Е.В., Меденков А.А., Нестерович Н.Б.</i> Интеграция медико-биологических и социально-психологических исследований космической направленности .....	28
<i>Войцехович В.Э.</i> Врач как философ-экспериментатор: от лечения духа и души к лечению тела .....	31
<i>Гребенщикова Е.Г.</i> Медицинский туризм: актуальность диалога .....	34
<i>Доманова С.А.</i> Концепт гуманитарной медицины: о диалоге, полилоге и признании чужой одушевленности .....	36
<i>Жолобова И.К.</i> Моральные и идейно-нравственные оценки научных критериев «норма – патология» в психологии и сексологии .....	39
<i>Захаров Д.В.</i> «Новый органистический синтез» и медицинское знание: модель постановки вопроса .....	41
<i>Игнатенко А.С.</i> О роли эволюционной идеи в развитии знания о психическом: на стыке неврологии, психиатрии, психоанализа и философии .....	44
<i>Князева Е.Н.</i> Когнитивная биология и биомедицина: способы междисциплинарного синтеза .....	46
<i>Лисеев И.К.</i> Экофилософия как путь становления естественнонаучного и гуманитарного полилога .....	52

<i>Летов О.В.</i> Проблема соотношения естественнонаучного и гуманитарного знания.....	54
<i>Набильская О.В., Сосновский Н.А., Шашков И.И.</i> Интегральное решение проблемы «сознание – тело».....	55
<i>Набильская О.В., Шашков И.И.</i> О механизме взаимодействия личного и коллективного психического.....	57
<i>Новикова Т.В.</i> Проблема трансляции биомедицинского знания в системное мировоззрение врача.....	60
<i>Олескин А.В.</i> Гуманитарная медицина и гуманитарная биология.....	63
<i>Осипов М.Е.</i> Культурно-историческая модель личности как источник гуманизации современной психологии.....	65
<i>Попова Н.Т.</i> Развитие аффективной выразительности в телесном движении: соединение нейробиологических и культурных процессов.....	67
<i>Пронин М.А.</i> Принципы аретей.....	69
<i>Рюмина М.Т.</i> Ценностные аспекты проблемы истины в медицинском знании.....	73
<i>Слесарев В.О., Белова Л.А., Макарова Ю.А.</i> Возможности и пределы гуманитарного познания в медицине.....	76
<i>Шеманов А.Ю.</i> Изучение развития творческой деятельности как сфера диалога естественнонаучного и гуманитарного знания.....	78
<b>ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНОЕ И ГУМАНИТАРНОЕ ИЗМЕРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ .....</b>	<b>82</b>
<i>Михель Д.В.</i> Биомедицина в фокусе медицинской антропологии.....	82
<i>Мирясова Н.А.</i> Медицинская антропология и философия медицины.....	85
<i>Красильникова М.Н.</i> Антропологическое значение разума как первичной реальности (по Д. Деннету и Д. Хофштадтеру).....	87
<i>Башилов Р.Н., Башилова С.М.</i> Иммуортиализм как способ преодоления страха смерти.....	89
<i>Попова О.В.</i> Смерть как объект научного конструирования.....	92
<i>Соколова И.С.</i> Популяризация естественнонаучных и медицинских знаний в книге эпохи постмодерна: общее и особенное.....	94
<i>Фанталова Е.Б., Кудачова М.В.</i> Психотерапия и религия как взаимосвязанные области человековедения и психологического воздействия.....	98
<i>Чеснов Я.В.</i> Виртуальная смена телесности и танатотерапевтические аспекты шаманизма.....	100
<i>Абиев А.К.</i> Инстинкты человека в клинической практике: тезисы.....	102
<i>Перхуров А.М.</i> Проблема целостности функционирования и готовность организма спортсменов к соревновательной деятельности.....	103
<b>БИОФИЛОСОФИЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОМЕДИЦИНА</b>	
<i>Асеева И.А.</i> Социогуманитарные риски биомедицинских инноваций....	107
<i>Артемьев Т.М.</i> Иммунологическая теория катарсиса.....	112
<i>Билибенко А.В.</i> Болезнь как «позитивный» феномен в западной мысли XX века.....	115

<i>Борчиков С.А.</i> Здоровье, болезни и абсолют .....	118
<i>Введенская Е.В.</i> Биологическая и социальная автотрофность.....	121
<i>Гринченко С.Н.</i> Человек как динамическая совокупность биологического, психического, интеллектуального, социального и деятельностно-созидательного начал.....	123
<i>Денискин С.А.</i> Культурологические и онтологические основания понятия здоровья .....	125
<i>Евстифеева Е.А., Макаров А.В.</i> Феномен боли и социально-психологические практики анестезии .....	128
<i>Желнин А.И.</i> Современный социально-биологический кризис: основные аспекты .....	131
<i>Кожжевникова М.</i> Quo vadis, homo sapiens? .....	133
<i>Меденков А.А., Нестерович Т.Б.</i> Эволюция философских взглядов на медико-биологические исследования в космосе .....	134
<i>Моркина Ю.С.</i> Понятие мезокосма как человекоразмерного мира .....	137
<i>Петрова Е.В.</i> Биофилософия в эпоху нбик-технологий.....	140
<i>Рогачева Т.В.</i> Биопсихосоциальная модель болезни в разных научных парадигмах.....	142
<i>Ханжи В.Б.</i> О детерминации развертывания научно-технической компоненты человеческой истории и антропного времени: аттрактор смерти и аттрактор жизни .....	145
<i>Хен Ю.В.</i> Дарвинизм как научная теория и философская концепция ...	148
<i>Чебанов С.В.</i> Целостность в биологии и медицине .....	151
<i>Ясинчук А.А.</i> Гомеопатия и виталистические теории медицины и биологии .....	153

## **БИОЭТИКА**

<i>Васильев О.С.</i> Биоэтика и смысловые транспозиции на примере принципа максимальных сверхнагрузок в детской практике .....	158
<i>Введенская Е.С., Быкова Л.К., Шилова О.В.</i> Элизабет Кюблер-Росс и философия паллиативной/хосписной помощи .....	160
<i>Гаспаров И.Г.</i> Принцип автономии: от индивидуализма к сотрудничеству .....	163
<i>Гоголова О.О., Гоголова Ю.О.</i> Врачевание или оказание платных услуг: проблема выбора .....	165
<i>Гурылева М.Э.</i> Биологический паспорт спортсмена как механизм осуществления концепции честной игры (fairness) .....	169
<i>Гуткевич Е.В.</i> Феномены взаимоотношений принципов клинической практики и биомедицинского исследования в проекции текстов информированного согласия в психиатрии.....	172
<i>Елин Д.В.</i> Порядок рассмотрения случаев скорострительной смерти .....	174
<i>Ковалюнас Н.В.</i> Понимание болезни в пространстве медицинского дискурса .....	177
<i>Курленкова А.С.</i> Репродуктивная этика в контексте культуры .....	180
<i>Лязина Ю.А.</i> Аборт как социальная и этическая проблема .....	184
<i>Мещеракова Т.В.</i> Изменение семантики традиционных в культуре понятий как проблема биоэтики .....	187

<i>Мирошниченко М.С.</i> Биоэтические аспекты в процессе преподавания патологической анатомии студентам медицинского университета....	190
<i>Михель И.В.</i> Биоэтика и биотехнологии в контексте глобализации: анализ взглядов ванданы шивы.....	193
<i>Москаленко В.Ф., Егоренков А.И., Яворовский А.П.</i> Проблема системной гармонизации факторов защиты прав участников биомедицинских исследований или что важнее – закон или этика?.....	196
<i>Нежметдинова Ф.Т.</i> Опасен ли 3D-принтер или возрастание роли биоэтики в гуманитарной экспертизе современных технологий .....	199
<i>Полетаева С.В.</i> Этические проблемы в практике клинического патолога.....	201
<i>Сидорова Т.А.</i> Биоэтика как нормализация: движение в одном направлении?.....	203
<i>Силуянова И.В.</i> Этическая экспертиза нового проекта ФЗ РФ «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке)» .....	207
<i>Стружков П.В.</i> Принцип информированного согласия в биомедицинском образовании.....	209
<i>Фирсов Д.Е.</i> Проблема целей и средств в биомедицинской этике.....	213
<i>Цепелева Н.В.</i> Методологические основания биоэтики.....	216
<i>Юрьев Г.П.</i> Общая теория корявости: виртуальная био-этика внутри традиционной биоэтики .....	219

## **БИОПОЛИТИКА. БИОВЛАСТЬ**

<i>Агличева О.Ю.</i> Современный этап эволюции концепта «мужественности» в контексте биовласти .....	223
<i>Барковская А.Ю., Хуако Г.А.</i> Качество жизни как предмет биогуманитарного знания .....	224
<i>Исаева Ю.А.</i> Медицинский плюрализм в контексте биополитики .....	227
<i>Щекин Г.Ю., Бударин Г.Ю.</i> Биополитика как концептуальная модель .....	228

## **БИОМЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

<i>Афонская Т.А., Барыбина Е.В., Меденков А.А.</i> Формирование навыков исследовательской деятельности в образовательных учреждениях.....	232
<i>Баксанский О.Е., Косарев И.И.</i> Информационное наполнение учебного процесса в медицинском вузе.....	235
<i>Бударин Г.Ю., Крайнова И.Ю.</i> Преподавание биоэтики как междисциплинарная проблема .....	242
<i>Давыдова Т.В.</i> К вопросу о роли гуманитарного образования в медицинском вузе .....	245
<i>Доника А.Д., Еремينا М.В.</i> Этические ценности и ценностные установки студентов-медиков в контексте их профессиональной готовности.....	247
<i>Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.</i> Психологическая парадигма в медицинском образовании.....	249



<i>Ершова-Бабенко И.В., Бабенко В.П., Мадинова Ю.И.</i>	
Симптомокомплекс композиционной организации рисунка как инструмент диагностики и коррекции личности.....	252
<i>Кузнецова М.Н., Катрунов В.А., Засыпкина Е.А.</i> Биоэтическая парадигма медицинского образования.....	255
<i>Комова Н.В.</i> О гуманитарном образовании будущих врачей.....	257
<i>Кудрявцев В.Д., Ростковская Г.Б., Терехова Н.В.</i> Критерии и показатели, характеризующие ценностное отношение студентов к здоровью и физической культуре .....	260
<i>Медянова Е.В.</i> Применение концептуальной модели психосинергетики в исследовании когнитивных и ценностных компонентов личности .....	262
<i>Моисеева О.Н.</i> Проблемы формирования контингента учащихся медицинских вузов в России .....	264
<i>Самусенков В.О., Самусенков О.И., Халилулина Ф.А.</i> Организм человека как единая саморазвивающаяся и саморегулируемая биологическая система .....	268
<i>Серова И.А.</i> Философские тетради в медицинском вузе.....	270
<i>Турищев С.Н.</i> Философские аспекты формирования учебных программ по фитотерапии .....	273

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

<i>Воротыло Н.В., Щербак Ю.С.</i> Уровень субъективного контроля как фактор этнической толерантности подростков.....	276
<i>Ермак Е.В.</i> Взаимосвязь особенностей когнитивной переработки аффективной информации с показателями эмоционального интеллекта и характеристиками личности.....	278
<i>Крестьянова М.А.</i> Особенности взаимодействия с детьми и образ ребенка у родителей, имеющих детей старшего дошкольного возраста, страдающих острым лимфобластным лейкозом на стадии ремиссии .....	281
<i>Терёхина Н.В.</i> Возможности профилактики формирования синдрома психического выгорания в медицинском вузе.....	284
<i>Шибкова О.С.</i> Особенности представления о будущей семье в юношеском возрасте .....	286

## **ИСТОРИЯ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

<i>Баринев Е.Х., Косухина О.И., Ромодановский П.О.</i> Роль устава судебной медицины для развития судебно-медицинской науки в России .....	289
<i>Белоусова Е.В.</i> Интегративный потенциал модели Парацельса .....	292
<i>Власова О.А.</i> «Идея врача» в послевоенных работах Карла Ясперса .....	294
<i>Головизнин М.В., Лахонина Н.С., Булдакова Ю.Р.</i>	
«Органон врачебного искусства» С. Ганемана с позиций истории медицины.....	297
<i>Ермолаева Е.В., Дорфман С.В.</i> Развитие медицинского образования в России.....	300

<i>Косухина О.И., Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.</i> Судебная медицина в России в 20-х годах XX века.....	302
<i>Кубатиев А.А., Копаладзе Р.А.</i> Эксперименты на животных в истории медицины, польза и ответственность.....	304
<i>Михеева Н.А., Баринов Е.Х., Добровольская Н.Е.</i> Правовые основы проекта «Устава судебной и административной медицины» (1916 г.).....	307
<i>Шелекета В.О.</i> Философские основания медицинских взглядов паразельса.....	310
<i>Щепеткова Г.С., Исаева Ю.А., Головизнин М.В.</i> Тенденции в медицине и общественные дискуссии в русской прессе XIX века .....	313

## **МОЛОДЕЖНАЯ СЕКЦИЯ**

<i>Абрамова А.</i> Паллиативная помощь онкологическим больным в России: проблемы и перспективы.....	315
<i>Будаев А.С.</i> Проблемы технологического развития человечества и создания ИИ (искусственного интеллекта) .....	317
<i>Воронов Ф.Д.</i> Философия применения лекарственных трав в средневековой медицине (на примере поэмы Одо из мены «О свойствах трав»).....	318
<i>Глибка А.</i> К проблеме противоречия стереотипов красоты и представлений о здоровом теле .....	320
<i>Золотарева Е.А.</i> Проблема определения понятия «эвтаназия» .....	323
<i>Кузнецова Е.</i> Культура питания пациента: рекомендация терапевтов или философская основа зож .....	326
<i>Никитин О.А.</i> Висцеральная хиропрактика как возрождение старорусской медицины .....	327
<i>Салиев К.Г., Демченко А.Н.</i> Живи, чтобы лечить .....	329
<b>Сведения об авторах.....</b>	<b>333</b>

*Сборник*

**Философские проблемы биологии и медицины**

**Выпуск 7**

**Естественнонаучный и гуманитарный полилог**

Издается в авторской редакции

Подписано в печать 15.10.2013. Формат 60 × 90/16.

Бумага офс. Печать офсетная. Гарнитура «Таймс». Усл. печ. л. 21,75.

Тираж 300 экз. Заказ №

Отпечатано в ООО «Принтберри».

(499)995-08-64. info@printberry.ru