Московский государственный
медико-стоматологический университет

Московское философское общество

ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Выпуск 3

Традиции и новации

Москва
«Принтберри»
2009

УДК 57:61
ББК 280:53
Ф563

Издание осуществлено за счет средств гранта РГНФ «3-я Ежегодная научно-практическая конференция “Философские проблемы биологии и медицины: традиции и новации”» № 09-03-14036г.

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

Ф563 **Философские** проблемы биологии и медицины : Выпуск 3 : Традиции и новации : Сборник материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. — М., изд-во «Принт-берри», 2009. — 584 с.

В сборнике представлены тезисы докладов и сообщений участников третьей ежегодной конференции «Философские проблемы биологии и медицины: традиции и новации» (Москва, октябрь 2009 г.).

ISBN 978-5-91451-007-4

УДК 57:61
ББК 280:53

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

ISBN 978-5-91451-007-4

ВВЕДЕНИЕ

В этом году мы проводим нашу конференцию в третий раз, что позволяет в определенной мере говорить о формировании новой традиции. Феномен новой традиции — яркое проявление процесса взаимопроникновения традиций и новаций, в котором фон формирования более долговременной интенции сочетается с постоянной открытостью на современность, на последние осмысления в нашей области со стороны философов, ученых, врачей и т.д. С одной стороны, мы полны решимости продолжать и возрождать лучшие традиции нашей отечественной философии биологии и медицины, в частности, подчеркивая органичность и диалектичность знания биомедицинских наук, их тесную связь с практикой и образовательным процессом, опору на социальную медицину и основательный теоретический фундамент. В то же время развитие науки и философии идет вперед, и мы столь же полны решимости развивать новую парадигму философии биомедицины, использовать новые философские направления, формировать новое научное сообщество, в том числе активно привлекая к решению этих задач молодых людей.

В отношениях старого и нового мы придерживаемся философии своего рода *транскумулятивности*. Такая транскумулятивность формируется на основе своеобразного скачка и прерыва постепенности с предыдущей стадией, вбирая ее в себя не монотонно-механически, но преображенно и сублимированно в некотором принципиально новом состоянии, которое оказывается «больше» познающего субъекта, обладает моментом неконтролируемости и сложности, много-направленности и непредсказуемости. В основе транскумулятивности лежит превышающее включение прошлого, сопровождающееся достижением некоторой «критической массы» новизны, вызывающей к жизни разрывы и пробелы, скачки в области складок синергетической поверхности эволюционирующей системы.

Транскумулятивность — одна из важных составляющих *философии трансдисциплинарности*. Осмысление феномена биологии и медицины в границах трансдисциплинарной методологии — такова, с нашей точки зрения, подлинная новация современного этапа развития философии биомедицины в нашей стране и мире, которая транскумулятивно соотносится как с мировыми традициями в этой области, так и с традициями отечественной философии биологии и

медицины. В отличие от междисциплинарности, трансдисциплинарность не только вводит межпредметные связи, но и формирует иные деления научного знания, нежели дисциплинарно принятые, трансцендирует все существующие деления и, наконец, выходит за границы вообще феномена научного знания в экстранаучные области жизненного мира. Хотя множество представленных здесь публикаций могут не выражать буквально тему традиций и новаций, но трансдисциплинарный контекст этого соотношения формирует тот общий дискурс, в рамках которого так или иначе определяются все представленные здесь исследования.

Л.П.Киященко
В.И.Моисеев

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ОСНОВАНИЯ БИОМЕДИЦИНЫ

ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ В ФИЛОСОФИИ БИОМЕДИЦИНЫ[1]

Моисеев В.И.

В своем докладе мне хотелось бы коснуться темы традиций и новаций в философии биологии и медицины. Не секрет, что история биомедицинского знания еще с древнейших времен связана с возможностью двояко рассматривать феномен жизни — с точки зрения телесных, внешних определений живого существа и с точки зрения его более глубинных, сущностно-экзистенциальных черт, что порождает историю редукционизма и холизма в истории биомедицины. Холизм, который до XX века практически совпадал с витализмом, подчеркивает качественное отличие живого от неживого и фундаментальность биологии как науки, ее несводимость к физике. С другой стороны, для редукционизма живые системы всегда были лишь повышенно сложными видами все тех же физико-химических систем, и биология по сути выступает в этом случае как прикладная физика. Конечно, такие более современные определения могли возникнуть по-настоящему только после формирования биологии как науки, что происходит в начале XIX века. До этого холизм (как витализм) и редукционизм выступали в большей мере двумя линиями философствования — более идеалистической и более материалистической — в составе натурфилософского знания и традиции.

Далее можно говорить о двух основных видах редукционизма и холизма. Виды редукционизма можно условно называть *сильным* и *слабым редукционизмом*. Сильный редукционизм особенно сильно редуцирует феномен жизни к области классических физических представлений, например, к механике, порождая механицизм. Слабый редукционизм готов признать настолько большую сложность живого, что для ее выражения может оказаться недостаточным уже существующей физики и потребуется создание некоторых неклас-

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

сических физических теорий, но и в этом случае это будет по-прежнему физика, хотя и более сложная и новая. Аналогично можно говорить о двух основных видах холизма — *иррациональном* и *рациональном*. Иррациональный холизм полагает феномен жизни вообще непостижимым для научного разума, а может быть и вообще разума человека. Биология как наука в этом случае невозможна. Рациональный холизм допускает возможность биологии как научного знания и научное постижение знания о живом, но в любом случае это должно быть некоторое новое знание, которое выходит за пределы физики и формулирует свои собственные законы. Отсюда возникает проект особой «теоретической биологии».

Если посмотреть на историю биомедицинского знания с точки зрения указанных видов редукционизма и холизма, то, с нашей точки зрения, можно говорить о четырех основных периодах в его развитии — двух холистических и двух редукционистских.

1-й холистический период. Длится с древнейших времен вплоть до XVII века. Здесь господствует иррациональный холизм в лице витализма, который связывает с феноменом жизни во многом рационально непостижимую «жизненную силу» (vis vitalis), «энтелехию» и т.д. Идеи этого направления выражают себя в это время в работах философов виталистического толка — Платона, Аристотеля и др.

1-й редукционистский период. Связан с возникновением в XVII веке механики Ньютона и занимает время XVII—XVIII веков, когда во всех областях знания во многом пытались повторить ньютоновский проект, в том числе распространить механистические представления в область знания о живом. Поэтому в это время господствует более сильная версия редукционизма — механицизм.

2-й холистический период. Связан с возрождением идей витализма (т.н. «неовитализмом») в XIX веке, особенно в лице немецкой школы эмбриологии. Лидером неовитализма был немецкий эмбриолог Ганс Дриш. Хотя он также использовал идею «энтелехии» Аристотеля для выражения целостных факторов организации эмбриогенеза, но теперь эта идея призвана была объяснить новые экспериментальные данные эмбриональной регуляции и выступила как версия более рационального вида холизма.

2-й редукционистский период. Это время XX и начала XXI века, когда в биологию и медицину вновь пришел редукционизм, но уже в более умеренной версии так называемого «физическо-химического редукционизма», где допускается использование методов современной неклассической физики, например квантовой теории, для объяснения феномена жизни. Таким образом, это период слабого редукционизма.

Исходя из этой модели развития биомедицинского знания, можно обобщить основную линию развития в данном случае как *тенденцию конвергенции редукционизма и холизма*, перехода от господства в истории биомедицины более радикальных к преобладанию более умеренных версий этих направлений. От иррационального холизма и сильного редукционизма биомедицинское знание все более продвигается к более умеренным версиям рационального холизма и слабого редукционизма — такова основная тенденция. Такова традиция биомедицины.

Что же можно было бы сказать на этом фоне о возможных ожидающих нас новациях в развитии биологии и медицины и их философских основаниях?

Нам представляется, что в один прекрасный момент философские линии холизма и редукционизма могут просто соединиться между собой, и спор между ними окажется в большей мере спором о терминологии.

В самом деле, главное, что различает между собой версии слабого редукционизма и рационального холизма — это вопрос о том, где проходит граница между физикой и не-физикой. Новые достижения, которые окажутся созданными в результате той или иной научной революции в физике, слабые редукционисты по-прежнему будут относить к области физического знания, в то время как эти революционные преобразования могут быть уже настолько глобальными, что они впервые смогут удовлетворить и рациональных холистов, приняв на себя возможность выражения первых собственно биологических понятий и законов. В этом случае рациональные холисты посчитают, что в такого рода прорыве физика вышла за свои собственные границы в область теоретической биологии. Так вполне могут совпасть между собою эти две линии, и просто представители одной из них новую область будут относить к физике, а вторые будут рассматривать ее как уже лежащую за пределами физического знания. Здесь мы должны иметь в виду, что само выделение физического знания до некоторой степени условно. С одной стороны, под «физикой» можно понимать науку не вообще о природе, но только о неодушевленной части природы, науку о неорганических процессах и явлениях. С другой стороны, почему бы под «физикой» не понимать и нечто более широкое — науку о природных процессах вообще, которая включала бы в себя как неорганические, так и органические процессы? Назовем эти два понимания физики условно «малой физикой» и «большой физикой». Будет ли дальнейшее развитие физики продолжать ограничиваться только малой физикой? По-видимому, совсем не обязательно. Физика возникла из натурфилософии и постепенно начинает возвращаться к ней, но на новом уровне научной методологии. Все еще расширяя

области малой физики, дальнейшее инновационное развитие физического знания вполне может вывести нас за границы только неорганического мира в область большой физики — физики в том числе феномена жизни и сознания. В этом случае существенных оснований для различия умеренных версий редукционизма и холизма не останется, и они взаимно усилят друг друга в создании подлинно теоретического биомедицинского знания. Редукционизм будет нести с собой опору на материальные процессы, холизм соединит эту материальную практику с методологией эмерджентных качеств новых уровней организации, в том числе уровней биологических и ментальных.

В конце нам хотелось бы сделать небольшое замечание о тенденциях развития отечественной школы философии биомедицины.

В советское время в нашей стране, как известно, господствовал диалектический материализм как основа в том числе методологии биомедицинского знания. В работах Г.И.Царегородцева, В.П.Петленко[1] и др. развивались идеи диалектико-адаптационистского подхода понимания биомедицинского знания, в рамках которого болезнь рассматривалась как процесс нарушения адаптационных механизмов. В работах И.В.Давыдовского и А.Д.Адо была представлена более адаптиоционистская модель заболевания, в рамках которой болезнь наделялась и моментом приспособления в новых условиях существования организма. Господствовал также эпидемиологический и социальный подход в трактовке нозологических процессов. Позднее был небольшой период расцвета валеологии, где была сделана попытка более саноцентрического понимания философии биомедицины. Сегодня эти идеи на новом уровне продолжает Ю.М.Хрусталев. Большое влияние на развитие философии биомедицины в нашей стране, как и вообще в мире, оказало возникновение и бурное развитие биоэтики (работы Б.Г.Юдина, П.Д.Тищенко, И.В.Силуяновой и др.). В определенной мере возникла даже тенденция поглощения биоэтикой всей сферы философии биомедицины.

Сегодня отечественная философия биомедицины во многом стоит на распутье. Нужны новые идеи и методы, новый концептуальный подход, который бы не уступал по систематизирующей силе марксистской парадигме. С нашей точки зрения, перспективы такой инновационной линии развития современной биомедицины связаны с развитием философии *интегративной медицины*, интегральным подходом и движением, в рамках которого будут соединяться положительные стороны всех проверенных временем линий и тра-

---

[1] Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Философия медицины. — Киев: Здоровье, 1979. — 230 с.

диций биомедицинского знания и практики[1]. Речь идет о синтезе восточной и западной медицины, традиционной и научной, социальной и индивидуальной, редукционистской и холистической медицины. Такого рода конвергенция и открытая интеграция всего многообразия мирового биомедицинского знания должна быть совершена не эклектично, но в рамках целостной новой концепции.

ПОСТНЕКЛАССИКА: СООТНОШЕНИЕ ТРАДИЦИИ И НОВАЦИИ[2]

Киященко Л.П.

Разработка идеи постнеклассики особым образом предлагает решение вопроса о соотношении традиции и новации. Речь идет о возврате к обсуждению самой идеи традиции в ее новом прочтении. Постнеклассика возникает на новом витке исторического движения познания, структурно сопрягая все то, что было достигнуто на предыдущих этапах, обозначаемых как классика и неклассика, и дополняя их соответствующей качественно новой атрибутикой научного концептуального аппарата. Она задает новые коммуникативные стратегии познающему субъекту что определяет то существенное обстоятельство, что целостность в постнеклассической парадигме предстает как открытое, системное и динамичное единство в многообразии выражающих его форм. Естественно, что при этом возникают новые ресурсы для альтернативных онтологий и формируется особый опыт трансдисциплинарности на границе дисциплинарных миров и жизненного мира человека. Наука предстает как совокупность социальных практик, обусловленных неявными предпосылками, стереотипами, ценностями. И именно в форме сети практик постнеклассика таит в себе возможность восстановления классического идеала рациональности на основе коммуникативной рациональности. Субъект науки в этой ситуации выступает как член сообщества, в рамках которого достигается рациональный консенсус об истинности научного результата и правил взаимодействия ученых.

---

[1] 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.

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

Назвав постнеклассику парадигмой, мы, конечно же, прежде всего, имеем в виду идеи Томаса Куна, но используем их как метафору, позволяющую удерживать когерентность достаточно разнородных идей и представлений. «Парадигма» в этом смысле должна адресовать к некоторой достаточно широко понимаемой устойчивой во времени и однотипно разворачивающейся в культурном пространстве, традиционно воспроизводящейся в научных, философских и иных творческих сообществах системе ценностей, методов и методологий, способов технического освоения реальности и ее дискурсивного представления, рационального схватывания, позиционирования в структуре субъект-объектного и универсально-уникального отношений. При этом традиционно парадигма связывается со стабильностью нормальной науки. Ее устойчивостью. И в этом смысле она сохраняет — существенную черту классики.

Неклассика понимается иногда как феномен существенно переходный, несамостоятельный, сочетающий в себе как полное отрицание классики, так и полную зависимость от нее, либо она истолковывается в контексте тенденций развития эпистемологии социального и гуманитарного знания. Соответственно ставится вопрос об особенностях онтологии, эпистемологии и логики этого феномена, предполагающих переосмысление традиционных категорий субъекта и объекта, объективности и истинности знания, применение не только традиционных, естественнонаучных, но и существенно отличающихся от последних критериев оценки социогуманитарного знания, его достоверности, строгости и объективности.

Однако, если отслеживание перехода от классики к неклассике является необходимым этапом эпистемологического и методологического анализа, то вряд ли его можно рассматривать как самодостаточную задачу. Действительно важно отметить феномен нестабильности для неклассики, и действительно необходимо рассмотреть его проявление в гуманитаристике. Но постнеклассика этим дело не ограничивает. Она не просто возвращает научное знание из нестабильного и переходного состояния в состояние стабильно новой нормальности науки. Особенность постнеклассики маркируется диалектикой двойного отрицания частиц «не-» и «пост-». Совершив этот маневр, мы как бы возвращаемся к исходной точке стабильного существования, пережив опыт нестабильного, переходного состояния в рамках неклассической ситуации. Следует отметить, что в результате нашего движения неклассика не снимается, но, обеспечив роль основания для формирования идеи постнеклассики, сохраняется в качестве самостоятельной позиции, имеющей свою укорененность в различении уровней сложности объекта познания. Иными словами, постнеклассика формирует устойчивый взгляд на мир, способный по выражению Ж.Делёза удерживать бытие в ста-

новлении и становление в бытии, порядок в хаосе, а хаос в порядке (И.Пригожин, И.Стенгерс). Так же как и классика, постнеклассика заинтересована в выявлении стабильных структур. Но эта стабильность не статическая, а динамическая, т.е. *стабильность в потоке становления.* Наука, философия и культура приобретают в такой интерпретации квази нормальные характеристики.

В науке классического типа существуют господствующие теории, которые дают общепринятые объяснения новым фактам и задают общезначимые перспективы научных исследований. В постнеклассической науке подобного рода теории заменяются достаточно универсальной картиной мира (по В.С.Степину — ее основой может служить синергетика[1]). Множественность теорий сохраняется, образуя сложно организованную и постоянно расширяющуюся когерентную сеть теоретических моделей и концептуальных представлений. Но за счет общности картины мира, без всякого снятия множественности, сохраняется и обеспечивается коммуникативная связанность научных представлений. Аналогичные процессы мы видим и в философии, и в культуре. Революция становится перманентной. Как справедливо утверждается в отношении синергетики (но это полностью справедливо и в отношении постнеклассики в целом) ее основная роль заключается в том, чтобы быть катализатором инноваций, ферментом для возникновения новых идей и представлений. Причем эта новация сама, в рамках постнеклассики (за счет упоминавшегося двойного отрицания) становится устойчивой традицией. Тем самым между традицией и новацией снимается непроходимое разграничение. Более того, как только взгляд постнеклассики, настроенный парадоксом бытия и становления, обращается к прошлому, то оно само теряет мнимую стабильность. История начинает восприниматься не как кумулятивное накопление знаний о минувшем, но как постоянное творческое раскрытие былого. Режим синергетического общения между настоящим и будущим позволяет, если прибегнуть к выражению Осипа Мандельштама, открыть прошлое, которого еще не было, с тем, чтобы, в некотором отношении, пережить настоящее как уже бывшее.

В рамках науки классического типа открытый новый факт (инновация) объяснялся через уже известную теорию, т.е. включение в картину мира нового факта оказывалось формой припоминания в принципе известного. Постольку и существует традиция понимания традиции как формы припоминания. В постнеклассике ситуация меняется. Неопределенность становится собственным опреде-

---

[1] Более подробно см. материалы круглого стола в книге: Синергетическая парадигма. Когнитивно-коммуникативные стратегии современного научного познания. — М.: Прогресс-Традиция, 2004. — С. 524–551.

лением мира. Поэтому ни опыт традиции, ни опыт новации не стремятся исчерпать себя в уже известном, но раскрываются к большему, тому, что ускользает за рамки существующего познания и понимания. Причем это ускользание является не негативной характеристикой, а тем, что в форме изумления (Аристотель) оказывается источником мышления и науке, и в философии, и в других областях культурного творчества.

КОНВЕРГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Аршинов В.И.

За последние десять лет исследования в области философии науки и технологии в их междисциплинарном и трансдисциплинарном контекстах обзавелись новым концептом: «Конвергирующие технологии». Несколько раньше, в середине 90-х, на само явление «растущей конвергенции *конкретных технологий в высокоинтегрированной системе*, в которой старые изолированные технологические траектории становятся буквально неразличимыми», обратил внимание социолог М.Кастельс. При этом он подчеркивал, что «технологическая конвергенция все больше распространяется на растущую взаимозависимость между биологической и микроэлектронной революциями, как материально, так и методологически»[1]. Фиксируя это явление, новый концепт существенно расширяет свое содержание, располагая в центре внимания синергетическое взаимодействие между самыми разными областями исследований и разработок, такими как нанонаука и нанотехнология, биотехногия и науки о жизни, информационные и коммуникационные технологии, когнитивные науки. Однако такого рода констатациями я бы не стал ограничиваться. Ведущиеся сейчас на Западе интенсивные дебаты по поводу конвергирующих технологий стали по сути форумом для исследований будущего в контексте становления современной *нанотехнонауки*. Новое, «посткастельсовское» прочтение понятия конвергирующих технологий начало стремительно формироваться начиная с 2001 года, когда под эгидой Национального научного фонда США была выдвинута так называемая NBIC-инициатива. В этой инициативе четко выделяются два целевых фокуса-аттрактора. Первый акцентирует внимание на синергетическом объе-

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

динении вышеназванных областей исследований и разработок в нанометрическом масштабе, что обещает уже в обозримом будущем цепную реакцию самых разных технологических инноваций, в своей совокупности обещающих глобальную трансформацию самого способа развития человеческой цивилизации в целом. Этот фокус можно назвать так же экономико-технологическим. Что же касается второго, то он акцентирует внимание на проблеме «улучшения человека», «человеческой функциональности» (improving human performance), или «расширения человека» (Human enhancement). Английские термины в скобках указаны по необходимости, чтобы обратить внимание на еще одну немаловажную проблему: а именно — проблему адекватности их перевода на русский язык. В англоязычных экспертных текстах термин «human enhancement» зачастую трактуется как конкретизация «improving human performance» с дополнительным пояснением, что речь идет о технологическом усилении, приращении человеческих способностей, модификации человеческой телесности и интеллекта. Нет ничего удивительного поэтому, что NBIC-модель конвергирующих технологий (NBIC-тетраэдр) всколыхнула новую волну энтузиазма среди адептов трансгуманистического движения (Ник Бостром, Рей Курцвейль, Вернон Уиндж), увидевших в ней реальный практический инструмент создания следующего поколения постчеловеческих существ, трансформации всего того, что Ханна Арендт назвала «человеческой обусловленностью»[1]. Я не ставлю здесь цели подвергнуть критике воззрения трансгуманистов. Во-первых, эти воззрения сами по себе достаточно неоднородны[2]. Во-вторых, я считаю гораздо более конструктивным рассматривать воззрения современных трансгуманистов не с точки зрения фиксации их экстремальных экзотических характеристик, а в более широкой перспективе их возможной синергийной конвергенции со всем междисциплинарным (и трансдисциплинарным) контекстом современного социогуманитарного знания. Например одна из современных разновидностей трансгуманизма — *экстропизм* — ориентируется на такие концепт-принципы как «само-трансформация», «динамический оптимизм», «интеллектуальный технологизм», «спонтанное упорядочение», «открытое общество» (Макс Мор), которые, в свою очередь, могут служить конструктивной методологической основой для осознаваемого управления процессом конвергентной эволюции социогуманитарных исследований и технологий, вовлеченных в становление так назы-

---

[1] Арендт Х. Vita activa или о деятельной жизни. — СПб., 2000.

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

ваемого NBIC-тетраэдра[1]. Авторы «тетраэдрической» концепции взаимосвязи конвергентных технологий М.Роко и В.Бэйнбридж утверждают, что конвергенция реализуется как синергийная комбинация четырех быстро развивающихся областей науки и технологии: (а) нанотехнологии и нанонауки; (б) биотехнологии и биомедицины, включая генную инженерию; (с) информационные технологии, включая продвинутый компьютинг и новые средства коммуникации; (д) когнитивные науки, включая когнитивные нейронауки. Утверждается так же, что сейчас эти области человеческой деятельности, как эволюционно-сопряженной совокупности практик познания, изобретения и конструирования, достигли такого уровня инструментального развития, при котором они должны вступить в интенсивное синергетическое взаимодействие, результатом которого явится становление качественно новой супер-нано-технонауки, открывающей перед человеком и человечеством новые горизонты собственной эволюции как осознанно направляемого трансформативного процесса. Естественно возникают вопросы: О какой собственно эволюции идет речь: о биологической, социальной или, быть может, биосоциальной? Куда и кем (или чем) это эволюция должна «направляться»? Какие формы она может принять?

В контексте конвергентного технологического тетраэдра Роко и Бэйнбриджа ответов на эти вопросы мы не получаем. Эта концепция инструментальна по своему генезису и структурно соотносится с четырьмя базовыми идеальными элементарными нано-объектами: атомами, генами, нейронами и битами, символически располагаемых в его вершинах. Процесс конвергенции, синергийность тетраэдра предполагает, что «на уровне наномасштаба атомы, цепи, код ДНК, нейроны и биты становятся взаимозаменяемыми»[2]. Тем самым нанотехнологии оказываются в NBIC-модели синергетическим параметром порядка, подчиняющим своей логике процесс эволюции конвергентных технологий. Нанообъекты становятся фокусом синергетической интеграции. Однако из этой *а*субъектной логики взаимозаменяемости нанообъектов эволюционно-антропологический дискурс как таковой не складывается. Впрочем, и сами авторы, и апологеты NBIC-концепции это обстоятельство вполне отчетливо сознают, что собственно и нашло свое отражение уже в первом из серии отчетов Национального научного фонда США, который содержательно организован не вокруг обсуждения соответствующих технологических проблем, а в связи с возникающими

---

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

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

вопросами, касающимися следствий технологического прогресса для общества, образования, управления. Семьдесят статей первого отчета разнесены по следующим пяти секциям: 1. Расширение человеческого познания и коммуникации. 2. Улучшение человеческого здоровья и физических способностей. 3. Повышение эффективности коллективной деятельности. 4. Национальная безопасность. 5. Объединение науки и образования. В этом же отчете, а так же последующих, можно найти достаточно много глубоких прогнозов (visions), касающихся «human enhancement» в качестве лейтмотива технологического развития конвергирующих технологий. Там же можно найти достаточно много утверждений о ренессансе науки, о ее новом единстве, основанном на внутреннем единстве природы на уровне ее наномасштабов. Тем самым, в стратегической перспективе второй полюс NBIC-инициативы, касающийся проблемы «расширения человеческих возможностей», оказывается во многом лишенным социогуманитарного содержания. Он оказывается по сути редуцированным к первому, сугубо технонаучному. Правда, эта редукция в некотором смысле завуалированная, так сказать редукция «второго рода», поскольку она предусмотрительно апеллирует к междисциплинарной синергии открытия и конструирования, то есть к некоей многоуровневой самоорганизации и целостности. Тем не менее, она, пусть и в неявном виде, но присутствует, и это обстоятельство чрезвычайно важно иметь ввиду для понимания специфики той качественно новой (сложностной) ситуации, которая сейчас возникает в связи с осмыслением всего проблемного поля «human enhancement», в том его виде как оно соотносится с синергийной фигурой NBIC-тетраэдра. Здесь я говорю о редукции «второго рода», поскольку «внутри» NBIC-тетраэдра классическая междисциплинарная редукция как таковая отсутствует или ограничена в пользу конструктивной синергийной коммуникации, поддерживаемой метафорой взаимообмениваемости вершин-объектов конвергентного нанотетраэдра: атомов, генов, нейронов, битов. Я сейчас не имею возможности обсуждать вопрос о правомерности объединения атомов, генов, нейронов и битов под одним «зонтичным» термином «нанообъекты». Это сделать я надеюсь в другом месте. Здесь отмечу только, что нанообъекты — это не более чем символические продукты когнитивной машины Декарта, продукты практик «очищения», создающих, согласно Бруно Латуру, «две совершенно различные онтологические зоны, одну из которых оставляют люди, другую — «нечеловеки» (non-humains)»[1]. Опять-таки не углубляясь в подробности акторно-сетевой теории (ANT) Латура (кстати говоря, являющейся в настоящее время, по моему мнению, самым подхо-

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

дящим инструментом для адекватной концептуализации всего проблемного поля конвергирующих технологий как технологий «human enhancement»), замечу еще, что в фокусе внимания Латура, его *симметрийной антропологии*, находится проблема преодоления того, что он называет «Великим разделением» (или «разрывом») Нового времени. Это разделение отсылает к «двум совокупностям совершенно различных практик». О второй совокупности практик «критического очищения» (машинах Декарта) я уже упомянул. Что же касается первой совокупности практик, то она соответствует тому, что Латур называет сетями. Эти практики можно еще назвать машинами Деррида-Делеза. Их продуктами является вездесущая реальность гибридов природы и культуры, или квазиобъектов или, быть может, «субъект-объектов», которые «перешагивают через барьеры между культурой и природой, деятелем и материалом»[1]. И тогда фундаментальное философское значение конвергирующих технологий состоит прежде всего в том, что внутри синергийного NBIC-тетраэдра нанообъекты как продукты декартовских («нововременных» по терминологии Б.Латура) практик «очищения», трансформируются в множество гибридных квазиобъектов, как продуктов практик медиации в смысле все того же Латура. О том, что трансформация происходит в форме ее *практического* осознания сообществом «*наноученых*», достаточно красноречиво свидетельствует утверждение одного из участников первого NBIC-workshop: «Если *когнитивный ученый* может помыслить это, *Нано люди* смогут построить это, *Био люди* смогут внедрить (implement) это и, наконец, *IT люди* смогут мониторить и контролировать это»[2]. Это превосходный пример квазисубъектов, имеющих дело с квазинанообъектами. Итак, вместо декартовского NBIC-тетраэдра возникает технологически опосредованная конвергенция между материальными уровнями реальности и когнитивными уровнями человеческого опыта. Эта медиация *процессно* реализуется в *наномасштабе* генерацией все большего количества медиаторов — квазиобъектов-вещей и знаков, как квазиинтерсубъективных коммуникаторов. В таковые и превращаются прежде всего предварительно «очищенные» идеальной машиной Декарта атомы, гены, нейроны и биты. Но я не случайно выделил курсивом термин «наномасштаб», поскольку за его границами природа, общество и дискурс, по словам Латура, «все еще удерживаются на расстоянии друг от друга и все три не принимают участия в работе по созданию гибридов, они формируют ужасающий образ нововременного мира: абсолютно выхолощенные природа и техни-

---

[1] Д э в и с Э. Техногнозис: мир, магия и мистицизм в информационную эпоху. — Екатеринбург, 2007. — С. 25.

[2] R o c o M.C. & W.S. Bainbridge, Eds. 2003. Converging Technologies for Improving Human Performance. NSF-DOC Report. — Boston: Cluwer. — P.12.

ка; общество, состоящее только из отражений, ложных подобий, иллюзий; дискурс, конституированный только эффектами смысла, оторванного от всего остального»[1]. И вся проблема теперь состоит в том, чтобы всячески стимулировать процесс конвергентного расширения практик технокультурной антропологически ориентированной медиации, рекурсивно порождающих гибридные когнитивные интерфэйсы между конвергирующими уровнями реальности. При этом *сложностность как нередуцируемая целостность* и есть тот потенциальный контекст, в котором эта «двойная» технокультурная конвергенция только и может в полной мере осуществляться. Из всего сказанного выше, я думаю, должно быть достаточно ясно, во-первых, почему NBIC-конвергенции приписывается столь высокий стратегический статус и почему она привлекла столь большое внимание в самых разных регионах мира. И, во-вторых, почему она, по контрасту с американским подходом, вызвала в Европе достаточно много критики. Эта критика была представлена в Европейском отчете «Конвергирующие технологии — формирование будущего Европейского сообщества». Суть критики сводится к утверждению того, что в рамках американский NBIC-инициативы усматривается тенденция сциентистски-технологической (или технодетерминистской) редукции проблемы «human enhancement» в духе все того же монотонного возращения (Re-entry) к декартовским практикам «очищения», а не циклически-рекурсивного перехода к практикам медиации, в результате чего оказывается во многом утраченной *сложностность* (complexity) антропного (антропологического) полюса проблемы. Особенно в ее социо-культурном измерении. Между тем актуальность проблемы «human enhancement» необычайно возросла именно в контексте возникновения NBIC-инициативы. Разумеется, дебаты по поводу «улучшения или расширения» человека и его способностей как физических, так и интеллектуальных велись задолго до появления концепции NBIC-конвергенции. Однако именно после ее появления они вышли на новую стадию — «*Стадию-Два*» (George Khushf). Первая стадия — это прошлые дебаты, которые хотя и были связаны с собственно медицинскими проблемами болезни и восстановления здоровья, концентрировались в основном вокруг проблем допинга в спорте, косметической хирургии, а так же «умных таблеток» (smart drugs). Эти три сферы практик «enhancement» хотя и существуют во многом обособленно друг от друга, тем не менее обладают некоторыми общими чертами. Первая — это их связь с медициной и присутствием врача. Вторая — их «дискретный» характер. Третья — это то, что они служат достаточно узким, специфическим целям. Четвертая —

[1] Латур Б. Указ.соч. — С .133.

практики «enhancement» могут помимо прочего причинять вред, который может быть идентифицирован и изучен. Пятая — в то время как практики «enhancement» как правило дают ясные, поддающиеся документации эффекты, эти эффекты являются относительно *умеренными. Здесь нет и речи о возникновении радикально новых сверхчеловеческих способностях.* Поэтому, резюмирует Джордж Нашф (George Khushf), социальный и этический анализ практик «enhancement» первой стадии может вполне осуществляться в форме оценки рисков и выгод такого улучшения.

Иное дело Стадия-Два, при которой NBIC-конвергенция вызывает к жизни новые технологии human enhancement (HET). Для нее, согласно Нашфу, характерны следующие черты. Первая: «enhancement» обеспечивает качественно новые способности. Разграничительный барьер врачеванием и «enhancement» размывается. Например, слепой человек с нейро/видео интерфэйсом может обрести возможность видеть дополнительно в инфракрасном или ультрафиолетовом диапазоне. Вторая: «Enhancement» оказывается многофункциональным. Так интерфэйс «мозг-машина (компьютер) может первоначально центрироваться на устранении некоторого специфического недостатка — например, потере зрения, но созданная с этой целью технология может, подобно сотовой связи, сама по себе обрести множество дополнительных функций, создающих новый широкий диапазон возможностей для создания и исследования новых форм человеческой жизнедеятельности. Третья особенность — траектории различных путей «enhancement» размываются и переплетаются, вовлекаясь в *конвергенцию* различных технологий. Тем самым происходит делокализация проблемы «enhancement», ее трансформация в проблему становления новой технокультуры гибридных интерфейсов (квазиобъектов). Четвертая особенность состоит в том, что «enhancement» развивается в ускоренном темпе. Собственно центральной темой NBIC-workshop был вопрос о том, как наилучшим образом катализировать исследования в сфере «enhancement». Ну и наконец, пятая особенность второй стадии технологического улучшения и расширения человека. Именно: «enhancement» даст значительные преимущества тем, для кого эти технологии станут доступными. В соревновательных контекстах бизнеса, образования, военных приложениях давление в пользу использования «human enhancement technologies будет нарастать, а вызванные ими проблемы станут первостепенными и всепроникающими для повседневной жизни всех людей.

Что же все-таки следует из всего сказанного (или пересказанного) нами выше? Первое, что приходит в голову, так это искушение сказать, что поскольку *Стадия-Два* человеческого улучшения наступит в будущем примерно через два десятка лет, то и беспокоить-

ся пока что не о чем. Подождем и увидим. Однако есть основания полагать, что традиционная двухступенчатая модель — сначала исследования и разработки, а потом этические и социокультурные оценки последствий — в ситуации широкого использования «human enhancement technologies» с их синергийно ускоряющимся темпом, трансформативным потенциалом, радикальностью и новизной, вместе с непреодоленным до конца технологическим детерминизмом и редукционизмом — в данной ситуации явно устарела. Тогда, что взамен?

И еще. Насколько мы все должны быть заинтересованы в проекте, который ставит своей целью осуществить реинжинеринг (или апгрэйдинг) наших базисных человеческих способностей? Но так или иначе, в конце концов, «мы все в некотором смысле субъекты исследования, вовлеченные в этот великий новый эксперимент»[1].

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ В АНТРОПОЛОГИИ: КВАНТОВО-СИНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ОНТОЛОГИИ И РИТМОКАСКАДНЫЙ ОПТИМУМ

Буданов В.Г.

Моделирование антропологических феноменов связано с двумя пока нерешенными проблемами. Во-первых, с построением системной онтологии, т.е. переменных, пространства состояний, элементов и связей, конфигуратора исторической системы, — это задача антропологов и методологов. Во-вторых, с выбором математических средств описания, созданием динамической модели, — это задача методологов и математиков. В случае сферы демографии, экономики, географии есть успешные попытки привлечения строгих количественных характеристик и марковских динамических моделей. Однако намного хуже обстоит дело с плохо формализуемыми категориями антропной сферы: истории, политики, культуры и социальной психологии; в этих сферах обычно применяют феноменологический подход циклистики, который имеет свои непреодолимые проблемы, такие как бесконечность и линейность циклического времени, отсутствие генетической памяти в модели и т.д.

[1] Khushf G.The Use of Emergent Technologies for Enhancing Human Performance: Are We Prepared to Adress The Ethical and Policy Issue.
http:/www.ipspr.sc.edu/ejournal/ej511/George%20Khushf%20Revised%20Human%.

В этом отношении наиболее интересным, на наш взгляд, является направление «интегральной психологии» К.Уилбера, в котором современные квантовые феномены активно привлекаются, но всего лишь как эвристические объяснительные метафоры сферы психики. Вместе с тем, для построения и научного обоснования онтологии антропной сферы недостаточно использовать только редукционистские по своей сути физико-химический, физиологический и нейрокомпьютерный подходы. Необходимо привлечение также современных фундаментальных холистических научных принципов, которые могут служить основанием анализа наиболее сложных феноменов психики, а не просто иллюстрациями. В XX веке такого рода принципы, иногда весьма экзотические, пытались применять к антропной сфере: имплицитный порядок (Д.Бом), голографическая парадигма (К.Прибрам), теория бутстрапа (Ф.Капра), интегралы по траекториям (Р.Фейнман), многомировая интерпретация (А.Эверетт) и т.д. Однако, наиболее естественными оказались традиционные концепции когерентности (самоорганизации), квантовой редукции волновой функции и динамического хаоса.

Для решения именно этой категории задач в 1996 году в рамках синергетического подхода нами был предложен ритмокаскадный метод[1]. для систем с памятью, задаваемых типом генетики, типом немарковского процесса, $x(n + 1) = f(x(n), x(n - 1), x(n - k))$, где $x(n) = x(n) + c$ (причем $x(n)$ стремится к нулю в некоторой окрестности стационарной точки c, при стремлении n к бесконечности), автором обнаружены самые быстрые, оптимальные законы развития. они задаются обобщенными рядами фибоначчи $x(n + 1) = a_{1p}x(n)x(n - p)$ (немарковский законы), среди которых максимальный темп развития у квадратичных режимов $p = 0$ с обострением С.П.Курдюмова (марковские процессы, непрерывное время) и ритмокаскадов удвоения (марковские процессы, дискретное время). Такие оптимальные законы реализуются в пограничных состояниях — состояниях, характеризующихся сменой типа устойчивости в системе, когда она существует на границе стабильности и нестабильности, на границе удержания целостности, и ее показатели Ляпунова обращаются в ноль. Такие системы мы называем пассионарными системами. Фактически эти законы воспроизводят развитие нелинейных флуктуаций вблизи вырожденной точки, но перестают пониматься как флуктуации, а становятся нормой развития. Отметим, что идеи устойчивого неравновесия для живых систем восходят еще к Э.С.Бауэру и Н.А.Бернштейну. Выдвинем гипотезу, что в результате эволюционного, естественного отбора в живых и социальных системах должны были реализоваться и наследоваться

[1] Буданов В.Г. Методология синергетики в постнеклассической науке и в образовании. — М.: ЛКИ, 2007. — С. 232.

сценарии развития с максимальной скоростью сходимости к стационарным точкам, т.е. природа отбирает самые быстрые сценарии развития эмбриогенеза, онтогенеза, социогенеза, вероятно, поэтому в истории часто встречаются гиперболические, ритмокаскадные и фибоначчиевы закономерности развития. Метод ритмкаскадов с успехом применялся к описанию сложных развивающихся систем, как живой, социальной, так и неживой природы. В его основе лежит идея синтеза двух повсеместно распространенных категорий времени: времени-ритма и времени-возраста. Первый образ времени дают циклические модели, а в качестве второго, апериодического образа времени мною взят, так же широко распространенный, сценарий перехода (выхода) системы к (из) динамическому хаосу — сценарий Фейгенбаума. Напомним, что этот сценарий есть каскад последовательных удвоений периода (частоты) системы. Синтез осуществляется на самом быстром варианте сценария Фейгенбаума, названного ритмокаскадом, когда сценарий становится масштабно инвариантным не только в пространстве параметров, но и на временной шкале. Подчеркнем, что этот результат можно интерпретировать и как экстремальный закон развития исторического времени как функции физического времени. Последующий учет иерархических отношений в системе приводит к построению дерева ритмокаскадов. Не останавливаясь в подробностях на описании метода, перечислим лишь некоторые свойства ритмокаскадных деревьев. Свойства дерева ритмокаскадов: дробный ритм — ни на одном уровне не существует сколь угодно долгого периодического процесса!; две стрелы времени — в системе всегда сосуществуют уровни с противоположно направленными стрелами времени, одновременное присутствие эволюции для одних уровней и инволюции для других; кризисы-трансформации или структурные резонансы, периоды времени, в которых максимальное число уровней, меняются, проходят бифуркации за минимальное время; фрактальность — самоподобие временной развертки дерева ритмокаскадов; цветные ритмокаскады, цвет — дополнительные внутренние степени свободы уровней. Суть метода ритмокаскадов при анализе временных рядов сложных систем сводится к аппроксимации экспериментальной временной зависимости деревом ритмокаскадов (одним или суммой нескольких), причем свободными параметрами являются лишь период ритма водителя, и момент старта дерева ритмокаскадов. Подробно применение ритмокаскадного подхода рассмотрено нами при моделировании развития социально-психологических архетипов в истории России[1]. Базовые социально-историчес-

[1] Буданов В.Г. Проблемы исторического прогноза и метод ритмокаскадов // Синергетика. Будущее мира и России / под ред. Г.Г.Малинецкого. — М.: ЛКИ. URSS, 2008. — С. 265–297.

кие архетипы развиваются во времени относительно автономно друг от друга, причем развитие каждого социально-исторического архетипа можно описать в кодах растущего дерева ритмокаскадов. Подчеркнем, что дерево ритмокаскадов — это матрица структурно-функциональных состояний системы, в данном случае социальной, которая растет, заполняется и изменяется со временем, с годичным шагом, по специфическому закону, увеличивая свою сложность и количество структурных уровней по самоподобному фрактальному принципу.

В отношении общих антропологических систем отметим, что ритмокаскадный подход, видимо, можно распространить на динамические оптимальные процессы антропной сферы, опираясь на идеи нашей работы по квантово-синергетической антропологии, где предлагалось рассматривать базовые деятельностные и темпоральные модусы (онтологии состояний и темпоральные онтологии) бытия человека с единых позиций синергетики и квантовой теории, методология которых дает эффективные способы объяснения сложных развивающихся иерархических систем[1]. Начиная от едва осознаваемых собственных соматических реакций, когнитивных и коммуникативных процессов, до долговременных социальных и когнитивных составляющих природы человека, — все эти процессы предлагается понимать как единый делокализованный в реальном и виртуальном времени антропологический феномен телесности, получающий свое описание в становящейся сегодня квантово-синергетической антропологии. Экспертный анализ, проведенный на системах самой разной природы, показывает, что в терминах синтетической квантово-синергетической онтологии, строки ритмокаскадной матрицы отвечают следующим функциональным уровням системы, по старшинству, то есть по очередности возникновения: 1 — субстанциальный (соматический); 2 — энергетический; 3 — реактивно-эмоциональный; 4 — рационально-логический; 5 — информационно-интуитивный; 6 — когерентный; 7 — волевой. Уровни с 8 по 14 повторяют назначения 1—7 уровней, но на следующем не индивидуальном, а на коллективном, социальном уровне, метауровне системы и т.д. Столбцы ритмокаскадной матрицы отвечают дискретным моментам времени. Элементы на пересечении строк и столбцов отвечают качественным оценкам состояний уровней в определенные моменты времени. Далее мы в первом приближении проил-

---

[1] Буданов В.Г. Квантово-синергетические онтологии и постнеклассические практики // Постнеклассические практики: определение предметных областей / отв. ред. О.Н. Астафьева. — М. : Макс-Пресс, 2008. — С. 63–75; Буданов В.Г. Квантовая медицина и квантово-синергетическая антропология: онтология телесности // Философские проблемы биологии и медицины: междисциплинарные аспекты. — Вып. 2. — М.: Принтберри, 2008. — С. 161–167.

люстрируем применение этого подхода в сфере антропогенеза. Очень коротко коснемся средних временных антропологических характеристик. Напомним, что основные ритмокаскадные трансформации рождения новых уровней происходят в моменты предшествующие степеням двойки в единицах ритма — водителя системы. Если принять за единицу времени 1 год, то первые 7 периодов жизни 0—1—3—7—15—31—63—127 вполне отвечают социально обусловленным фазам возрастов человека — младенец, малыш, дошкольник, школьник-подросток, юноша, молодой человек, мужчина, пенсионер-старец. Соответствующие кризисные области отвечают годам максимальной перестройки организма психики и ментальной сферы. Тогда легко интерпретировать развитие детской психики, половое созревание, периоды экзистенциальных кризисов, периоды климакса и максимальной смертности. Если же взять за единицу времени 1 сутки, то в культуре так же распространен счет по 3 дня, неделе — 7, пол-месяца — 15, месяцу — 31. Обращаясь к эмбриогенезу человека, следует напомнить хорошо известные в акушерстве факты, что роды с жизнеспособным младенцем возможны начиная с 28-й недели = 196 дней — выход из кризиса 1 порядка, центр которого отвечает 5 уровню (высший интеллект), отличающему человека от высокоразвитых животных. Аномальный период, требующий интенсивной терапии младенца, заканчивается в 38 недель = 266 суток — выход из глубокого кризиса порядка (248—255), со дна которого так сложно выходить восьмимесячного младенца. После чего в течение 28 дней возможны нормальные роды, этот период относительно спокоен (лишь кризисы 4—5 порядков), он завершается в 294 дня входом в кризис 3 порядка, и тут обычно проводят мероприятия по стимулированию родов. Отметим также, что на 243-й день возникает 8 уровень — соматический уровень объемлющей системы, т.е. формируется тело, приспособленное для жизни в иной, воздушной среде, а не в чреве матери, и действительно, на 9-м месяце ребенок почти не растет и морфогенез почти завершен, он как бы готовится к «прыжку» в наш мир, к «изгнанию из рая». Выбирая в качестве ритма водителя пульс человека, получаем ритмокаскадную ткань творческой деятельности и т.д. Аналогично, ритмокаскадный подход можно применять не только к физиологическим процессам (например, прогноз периодов физической активности или болезни), но и при описании интеллектуальной, психической, творческой деятельности человека и социально-культурным феноменам, историческому прогнозу, на чем мы сейчас не имеем возможности останавливаться.

Конечно, решение таких комплексных задач и проектов требует принципиально новой междисциплинарной технологии и методологии моделирования. Аутентичная синергетика рождается в резуль-

тате профессионального взаимодействия трех областей интеллектуальной деятельности: предметных практик, философии и математического моделирования, причем сегодня это взаимодействие, все в большей степени, осуществляется в командной работе дисциплинариев, математиков и философов-методологов в рамках междисциплинарных проектов[1].

К первому классу проблем, в решении которых не обойтись без философов, следует отнести проблемы формирования обобщенного коллективного субъекта междисциплинарного проектирования. Это внутренние коммуникативные проблемы, существующие в коллективе проектировщиков-исследователей, которые, в свою очередь, можно разделить на две категории. Во-первых, проблемы взаимопонимания участников проекта, имеющих разные целевые установки, разные тезаурусы, разные дисциплинарные онтологии и картины мира. Во-вторых, мультдисциплинарный, мультикультурный состав участников обостряет всегда существующие проблемы культурно-психологического общения и толерантности, и их гармонизация требует, помимо обычно привлекаемых в работе корпораций, социально-психологических дисциплин, таких как психология малых групп, психология межличностного общения, также привлечение когнитивистики, философской и культурной антропологии.

Второй класс проблем, требующий приложений философии в междисциплинарных проектах, связан с подбором адекватных средств деятельности, т.е. средств коммуникации, мониторинга, исследования и управления, все более сложных, человекомерных систем, к которым начинают активно применять и методы математического моделирования. Относительность результата к средствам его получения и неустранимая зависимость от них подчеркивалась еще в период создания неклассической науки. Эти задачи с необходимостью используют постнеклассические подходы эпистемологии, коммуникативистики, методологии и философии науки.

Третий класс проблем относится собственно к объекту междисциплинарного исследования, его полионтичных способов описания и моделирования, проблем взаимного перевода понятий разных дисциплинарных картин, выработки общего языка и стратегии исследования, проектирования, управления. Мы полагаем, что именно язык синергетики мог бы стать ядерной компонентой при создании общего языка описания сложной развивающейся системы. Когерентность взаимодействия экспертного сообщества достигается как в процессе заинтересованной самоорганизации, так и с помощью специальных философско-методологических технологий, о которых следует сказать отдельно. Они, в первую очередь, относят-

[1] Буданов В.Г. Методология синергетики в постнеклассической науке и в образовании. — М.: ЛКИ, 2007. — С. 16–20.

ся к выработке и согласованию общих целей, смыслов и понятий в построении предметно-деятельностной картины и организации экспертизы, исследования, моделирования и проектирования. Отметим, что в междисциплинарной ситуации экспертиза востребована не меньше, чем исследовательская или модельная дисциплинарная практика, а проектная и прогнозная деятельность зачастую становятся основным мотивом междисциплинарных исследований. Междисциплинарная экспертиза не подменяет междисциплинарных исследований, но предваряет их, т.к. проводит экспресс-анализ и отбор концепций, гипотез и теорий лишь в области пересечения критериев отдельных дисциплин-участников проекта, проверяя гипотезы на непротиворечивость этим критериям, на правдоподобие, но не на их истинность. Последнее — уже дело междисциплинарного исследования, правда, теперь встает другой вопрос, вопрос о разных дисциплинарных критериях истинности. Экспертные критерии обычно экстрагируют частнодисциплинарные опыт, знания и ценности, без возможности их ревизии. Результаты междисциплинарных исследований уже могут изменить представления частных дисциплин, например, физический радиоуглеродный анализ позволил существенно изменить многие наши исторические представления. Существенно отметить, что в междисциплинарных проектах приходится проводить ревизию понятий многих дисциплин с целью выработки общих понятий проекта; создания проектного эсперанто. Философия науки имеет большой ресурс понимания таких процессов в периоды смены научных парадигм. Таким образом, можно утверждать, что научно-дисциплинарный понятийно-логический уровень можно изменять, осуществлять его прививку двумя способами. Во-первых, снизу, с додисциплинарного уровня, т.е. уровня обыденного сознания, широкой семиокультурной среды, метафорического уровня, уровня символов и смыслообразов, с которых когда-то и начиналась древнегреческая философия. Во-вторых, прививка возможна сверху с трансдисциплинарных уровней математики или синергетики. Последняя носит менее формализованный характер, и легче применима к гуманитарным дисциплинам, посредничая между ними и математикой. Философия находится в накрывающем трансдисциплинарном уровне, но, будучи предтечей всех наук и, генетически связанной со всеми науками, всеми формами сознания, она способна работать и осуществлять свою рефлексию на любом уровне формализации: додисциплинарном, дисциплинарном и трансдисциплинарном. Таким образом, философия осуществляет замыкание коммуникации разных пластов культуры, разных уровней формализованных и неформализованных представлений реальности.

ОНТОЛОГИИ СУБЪЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПАРАДИГМЫ

БИОМЕДИЦИНСКОГО КОНСТРУКТИВИЗМА[1]

Лепский В.Е.

1. Исходные посылки.

Бурные темпы развития и внедрения NBIC[2]-технологий в медико-биологическую практику, делают все более актуальными проблемы методологии развития, и в первую очередь проблемы понимания и разделения ответственности за потенциальные последствия между разработчиками технологий, государствами, медико-биологическими сообществами, обществом в целом и конечно отдельными гражданами, как пользователями такого рода технологий. Эти проблемы, на наш взгляд, являются базовыми для становления философии биомедицинского конструктивизма.

При постановке этих проблем в первую очередь следует ориентироваться на преодоление ограниченности метафоры «устойчивого развития», через ориентацию на «поддерживаемое развитие» или «направляемое развитие» (Н.Н.Моисеев[3]). Обеспечивать устойчивость, поддерживать или направлять развитие возможно только на основе учета многомерных процессов развития разнородных по ценностям, традициям и целям различных сообществ в условиях быстро меняющихся ситуаций.

Встает вопрос: «Кто субъект, поддерживающий и направляющий?» Очевидно, что централизованный подход к организации таких процессов неадекватен сложности проблемы. Предлагается разработка на основе субъектно-ориентированного подхода[4] системы онтологий для организации распределенного «субъекта инновационного разви-

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

[2] NBIC-технологии (конвергентное развитие нано-био-инфо-когно технологий).

[3] Моисеев Н.Н. Междисциплинарные исследования глобальных проблем. Избранные труды. В 2-х томах. — М.: Тайдекс Ко, 2003. — Т.1. 264 с., Т.2. 376 с.

[4] Лепский В.Е. Субъектно-ориентированный подход к инновационному развитию. — М.: Изд-во «Когито-Центр», 2009. — 208 с.

тия» с приданием субъектности и «среде инновационного развития». Такой подход является естественным развитием «средовой парадигмы» и адекватен постановке проблемы разработки методологии «саморазвивающихся систем» в контексте постнеклассической науки[1].

2. Контуры философии субъектов биомедицинского конструктивизма.

Философия субъектов биомедицинского конструктивизма — это в первую очередь философия ответственности за свою деятельность, осознания последствий инновационных воздействий на социальную среду. Значение этой ответственности резко возрастает в связи с тенденциями развития нано и биотехнологий.

Сегодня мы можем только обозначить контуры философии субъектов инновационного развития, которая определит инновационное мировоззрение биомедицинского конструктивизма. Предстоит большая работа по ее формированию и воплощению в жизнь. Уточнить представления о философии субъектов инновационного развития можно через ее рассмотрение в контексте поиска путей разрешения наиболее значимых для современного состояния человечества кризисных явлений[2]:

— преодоления стихийности научно-технического прогресса и ограничений классической науки;
— становления субъектности человечества;
— преодоления кризиса идентификации и социальности;
— поиска гармонии традиций и развития;
— преодоления экономического и финансового редукционизма;
— попыткам перехода от рациональности общества потребления к духовному развитию.

3. Онтологии биомедицинского конструктивизма.

Одна из основных целей разработки онтологий биомедицинского конструктивизма связаны с необходимостью создания социальных технологий, обеспечивающих учет разносторонних взаимодействий различных видов деятельности и их субъектов с четкой фиксацией продуктов обмена (нормы, средства, знания и др.) и форм их кооперации. Только при наличии таких онтологий оказываются корректными задачи обеспечения и поддержки субъектов биомедицинского конструктивизма.

В качестве исходной посылки для построения базовых онтологий биомедицинского конструктивизма примем допустимость рас-

---

[1] Проблемы субъектов в постнеклассической науке / Препринт под ред. В.И. Аршинова и В.Е. Лепского. — М.: Когито-Центр. 2007. — 176 с. (www.reflexion.ru)

[2] Лепский В.Е. Субъектно-ориентированный подход к инновационному развитию. — М.: Изд-во «Когито-Центр», 2009. — 208 с.

смотрения любой новации через изменение в системе определенных видов деятельности (коммуникаций) или их субъектов. Исходя из этого можно предложить систему базовых позиций субъектов среды инновационного развития, на наш взгляд, претендующую на полноту и независимость выделенных позиций:

1. Субъекты устоявшихся видов деятельности (коммуникаций) и воспроизводства их субъектов.

2. Субъекты преодоления точек разрыва устоявшихся видов деятельности (коммуникаций) и воспроизводства их субъектов.

3. Субъекты развития устоявшихся видов деятельности (коммуникаций) и их субъектов.

4. Субъекты создания новых видов деятельности (коммуникаций) и новых субъектов.

5. Субъекты обеспечения освоения (внедрения) новых видов деятельности (коммуникаций) и новых субъектов.

Фактически эти позиции могут рассматриваться как аналог системы координат позиций субъектов среды инновационного развития.

В соответствии с предложенным позиционированием субъектов предлагаются соответствующие онтологии биомедицинского конструктивизма:

1. ***Сопровождение*** устоявшихся видов деятельности (коммуникаций) и их субъектов.

2. ***Поддержка*** субъектов в точках разрыва устоявшихся видов деятельности (коммуникаций) и воспроизводства их субъектов.

3. ***Развитие*** устоявшихся видов деятельности (коммуникаций) и их субъектов.

4. ***Конструирование*** новых видов деятельности (коммуникаций) и новых субъектов.

5. ***Внедрение*** инновационных проектов новых видов деятельности (коммуникаций) и новых субъектов.

Представленные онтологии не являются альтернативными, более того, они дополняют друг друга и задают систему онтологий субъектов биомедицинского конструктивизма. Важно отметить, что эта система онтологий может рассматриваться как модель интегрирования индивидуального, корпоративного и общественного опыта в сфере биомедицинского развития[1].

---

[1] Детализация указанных онтологий, применительно к совершенствованию механизмов социального управления представлена нами в ряде ранее опубликованных работ: Л е п с к и й В.Е. Концепция субъектно-ориентированной компьютеризации управленческой деятельности. — М.: Институт психологии РАН, 1998. — 204 с.; На пути к постнеклассическим концепциям управления : Препринт / под ред. В.И.Аршинова, В.ЕЛепского. — М.: «Когито-Центр», 2006; Проблема субъектов социального проектирования и управления : Препринт / под ред. В.И.Аршинова и В.Е.Лепского. — М.: «Когито-Центр», 2006. — 240. Л е п с к и й В.Е. Субъектно-ориентированный подход к инновационному развитию. — М.: Изд-во «Когито-Центр», 2009. — 208 с.

В контексте современной философии предложенная система онтологий соответствует исходным идеям постнеклассических наук об управлении и развитии социальными системами. Она задает модельное представление для постановки междисциплинарных проблем и задач обеспечения биомедицинского развития, что приобретает особую актуальность в контексте NBIC-технологий.

БОЛЕЗНЬ КАК ЖЕСТ И ТИПЫ ВРАЧЕВАТЕЛЕЙ В ТРАДИЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ

Чеснов Я.В.

1. В предшествующих исследованиях нами было сформулировано понятие *постулата коллективного здоровья*[1]. Оно отражает представление общества о своём здоровом состоянии, как нормальном. В таком случае, болезнь воспринимается как исключение, вызванное ошибкой, наказанием или злой волей.

Сейчас мы обратим внимание на широко распространённый в традиционных обществах обычай изолирования больного. Например, его часто поселяют в полном одиночестве в лесу. *Такое выдвижение больного в природную среду можно рассматривать в качестве жеста со стороны общества*. Жест имеет свой смысл тогда, когда он на что-то указывает. На что может указывать жест в виде одиночества больного человека?

2. Естественно, что такой жест выделяет некий предмет из окружающей среды, реальный или воображаемый. *Традиционные культуры избегают чётко концептуализовать подобный опасный предмет*. Это относится не только к известной болезни в разных языках именуемой «неназываемое». У болезней иногда вообще нет названия или вместо него существует эвфемизм.

3. Но мы можем представить то, на что направлена своим жестом болезнь, уже по процедурам лечения. Сошлемся на передачу болезни с куском хлеба собаке, передачу её дереву, водной стихии и т.п. Обратим внимание на неантропоморфные субстанции — противочлены болезни — жеста. Среди подобных объектов есть искусственные изображения зловредных духов, вотивные жертвоприношения и т.п. Примечательно, что в этих случаях здоровое состояние ассоциируется с физической целостностью организма.

4. *Если представить движение болезни из фрагментарного, разобщённого мира природы к целостности человеческого организма и обще-*

[1] Чеснов Я.В. Лекции по исторической этнологии. — М.: Гардарика, 1998.

ства, то на полпути мы обнаруживаем странных персонажей, занимающихся врачеванием, по представлениям, как-то маркированных соматически. Такими лекарями бывают люди, в которых ударила молния (племя зуньи в США), человек, у которого не зарос язык после пробития его на возрастной инициации (австралийские аборигены), раздутый аппендикс (азанде в Африке), люди с лишними пальцами (Юго-Восточная Азия), «шаманская» кость (народы Сибири и венгры). Перед нами «специалисты», носители атрибутов заболевания и с ними идентифицированные.

5. Оставим пока в стороне подобных персонажей. *Наше основное внимание должно быть обращено на лиц высокого духовного развития, носителей знания и биоэтики. Они, несомненно, стали предками современного врача.* Характерно, что человек из такой элиты может выполнять целый комплекс функций: быть сказителем, магом, жрецом, колдуном, вождём и даже королём. Такой человек всегда харизматик. Его отличие мыслится не анатомическим, а поведенческим.

6. Подобные персонажи на древнем Востоке в случае врачебной деятельности носили женские одежды. В аналогичных ролях могут выступать и шаманы, обладающие довольно большими познаниями в практике родовспоможения. Поэтому, вполне можно согласиться с историком медицины Акеркнехтом[1], что прототипом врача, скорее всего, была женщина-повитуха. Дело в том, что родильная деятельность в традиционном обществе окружена высокоэтичной духовной аурой, противостоящей «тотемно» — материальному магическому полюсу.

7. Мнение о том, что общее происхождение из одного истока имели медицина и юриспруденция, также вполне обосновано: правильное функционирование организма рассматривалось аналогичным нормальным устоям социальной жизни.

8. Теперь мы можем высказаться по поводу генеральной цивилизационной линии происхождения врачевателя. В силу разных обстоятельств в разные эпохи эта линия заглушалась взрывом поверий о колдунах, о врачевателях, обладающих особым хвостиком и т.д., и т.п. Подобные наваждения были обязаны общему умонастроению цивилизации в периоды кризиса, вроде средневековья, или кризиса наших дней.

9. Характерно, что традиционные общества, живущие в экстремальных условиях на Севере, вроде чукчей, не имели особых специалистов-лекарей. Некоторые источники говорят, что появление у народов Севера знахарей было обязано русской колонизации XVII века, которая в таковых превратила местных вождей.

---

[1] Ackerknecht A. Medicine and Ethnology. — N.Y., 1971. — P. 125.

10. О внешних условиях, стимулирующих наплыв массы магических лекарей, говорит их процветание в африканских или латиноамериканских тоталитарных обществах. Во многих культурах подобным лекарем становятся принудительно (шаманом в Сибири, хевисбери в Грузии). Отсюда широко распространённое представление о том, что колдун, не справившийся с чужой болезнью, заболевает сам[1].

11. Итак, мы показали, что «тотемно» — материальному полюсу болезни противостоит в истории человечества рационально—духовное начало, сосредоточенное в небольшом числе избранных интеллектуалов. Из этого следует, что внимание исследователей может обнаружить за спинами Гиппократов, Галенов и Авиценн ещё целый ряд нам неизвестных лидеров в области истории биомедицинских инноваций. С философско-антропологической точки зрения новаторы сами создают целительные жесты, которые в сумме очерчиваются предложенным В.И.Моисеевым понятием «биоэта».

ВОСТОЧНЫЙ ТИП РАЦИОНАЛЬНОСТИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Филимонов В.В.

Современный научно-технический прогресс, бурное развитие медицинской науки и практики поставили перед человечеством целый комплекс социо-культурных проблем. Вследствие этого весьма важным представляется осмысление морально-этических оснований вступления учёных и врачей на вновь возникающие участки науки и практики. Морально- этический, гуманитарный в целом компонент мировоззрения учёного отражает осознание им социально-исторического бытия и своего местонахождения в нём.

Среди основных постулатов древней медицины, дошедших до наших дней, главнейшим является призыв великого греческого врача и мыслителя Гиппократа «не навреди», который давно уже перестал пониматься узкопрофессионально, только как обращение к медицинским работникам, но к деятельности каждого человека. Вся история человечества убедительно доказывает, что развитие медицинского искусства находится в прямой зависимости от образованности и воспитанности граждан, уровня общей культуры народа, традиций и обычаев, характеризующих тип рационального отноше-

[1] Seligman S. Die magische Heil – und Schutzmittel aus der unbelebten Natur. — Stuttgart, 1927. — S. 2.

ния людей к себе и общественным отношениям, в которых они существуют.

Сегодня требования к нравственному облику медицинского работника кардинально изменились. Причиной тому служат новые медицинские технологии: генная инженерия, трансплантология и др. Немало острейших философско-этических проблем порождают современные биомедицинские эксперименты, например, клонирование. Рациональное осмысление этих технологий требует выработки принципиально новых этических принципов и критериев нравственных оценок в науке и медицине. При формировании современного менталитета врача необходимо больше обращать внимания на развитие в нем истинного гуманизма. Широко известно, что гуманизм и нравственные принципы медицины тесно взаимосвязаны внутренней логикой общественного бытия, отсюда и пристальное внимание к новейшим технологиям в биомедицине, так как решаются они в рамках определенных национальных научных школ, имея значение международных.

Процесс познания мира осуществляется в определенной социально-культурной среде, направляется исторически конкретными целями, реализуется в рамках определенных конструкций, получивших название «Картина мира». Макс Вебер, например, как пишет Ю.Н.Давыдов, раскрывая содержание понятия «Картина мира» утверждает, что «это **бесконечное многообразие** окружающей нас действительности, представленной как более или менее (сперва — менее, а затем все более и более) рационально организованное **целое** на основе отнесения его к определенным образом — иерархизированным **ценностям**. ...Мир... предмет определенного морально-практического отношения и соответственно, определенным образом **направленной** деятельности человека, в нем живущего»[1].

М. Вебер считал возможным выделить три самых общих типа, три способа отношения к «миру», заключающих в себе соответствующую **установку**, предопределяющую направленность (жизнь) деятельности людей, вектор их социального действия. Первый из них сопрягает с конфуцианским и даосистским типом религиозно-философских воззрений, получившим распространение в Китае. Второй — с индуистским и буддистским, распространенным в Индии. Третий — с иудаистским и христианским, возникшим на Ближнем Востоке и распространившимся в Европе (а впоследствии и на американском континенте). Первый из них М.Вебер определил как **приспособление** к миру, второй — как бегство от мира, третий — как **овладение** миром. В каждом из этих способов отношения к миру уже заключен, как в зародыше, соответствующий «образ» и «стиль

[1] Давыдов Ю.Н. Картины мира и типы рациональности // Вопросы философии. — 1989, № 8. — С. 153.

жизни» людей — этически определенная модификация формы их существования. Им же, этим изначальным мироотношением, обусловлен и соответствующий, **тип рациональности**, задающий общее направление (и «темп») последующей рационализации — как в пределах **картины** «мира», так и в нем самом.

В мифологических, религиозных и философских воззрениях Древнего Востока преимущественно интуитивно сложились представления о мире как о едином живом организме, все элементы которого взаимосвязаны и вследствие этого оказывают влияние друг на друга. При этом все части единого организма иерархически выстроены, что и создает внутреннее единство и гармонию мира. Мир представляет собой единство различных элементов, но таких, которые имеют своей важнейшей характеристикой жизнь. Таким образом, мир есть живая реальность и жизнь едина как для человека, животного или растения, так и для камней или звезд.

Мифологические представления о тождестве человека и природы в древних философских воззрениях формируются в концепцию о естественном происхождении и состоянии человеческого общества и государства. Такой пример мы находим в древнекитайском трактате «Ли-цзы». В этом произведении создается социально-философская концепция управления государством на основе ритуальных форм поведения и закона, ориентируемых на ритуал бытия природных сфер неба и земли: «Поэтому ритуал должен исходить от неба, но подражать земному... Совершенномудрые сделали ритуал всеобщим достоянием, так что Поднебесная и ее царства смогут употреблять его для наведения порядка»[1].

Согласно одному из самых древних памятников культуры — китайской классической книге перемен «И изин», всякие периоды развития природы, общества и сознания имеют форму замкнутого круга с бесконечным повторением этапов развития, а человек — необходимый элемент в этом круговороте жизни, более того, элемент равный небу и земле. В некоторых трактовках «И цзин» встречается понимание человека как срединного элемента, соединяющего Землю и небо в единый гармоничный космос. Позднее это единство выражали, например, принципы даосизма «все в одном» и «одно во всем» или в широко известном положении Конфуция о том, что безнравственное правление вызывает природные катаклизмы. Главной же характеристикой древнекитайского типа рациональности является принцип «У-вэй» — минимального вмешательства в протекание природных и социальных процессов. В знаменитом памятнике древнекитайской философии «Дао дэ цзын», его автор Лао-цзы, говорит об исконной естественности жизни «Цзы жань», кото-

[1] Древнекитайская философия. — Т. 1. — М., 1972–1973. — С. 101.

рая не требует от человека никаких усилий, ибо она полностью покоится на собственных природных ритмах. Отсюда с лучшим практическим исполнением «Цзы жань» является «У-вэй», т.е. недеяние. Человек здесь и как индивид и как личность полностью растворен в природном бытии в «Цзы жань».

Подобное положение человека в природе созвучно с принципом «сансары», который начал формироваться еще в ранних ведических слоях, а в своем законченном виде существует и поныне в буддизме и джайнизме. Концепция «сансары» заключает в себе идею родственного единства всего сущего. Бессмертная душа постоянно вынуждена осуществлять переселение из одного тела в другое (т.к. тело смертно), при этом совсем не обязательно осуществление перерождения в другое человеческое тело, душа может переселиться в тело животного или растения.

Эти представления о едином мире и единстве процессов, происходящих в мире, глубоко диалектичны по своей сути и адекватны пониманию мира как абсолютного, идеального Космоса. Лао-Цзы пишет: «Бытие и небытие друг друга порождают. Трудное и легкое друг друга создают. Длинное и короткое друг друга соизмеряют»[1].

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОХРАНЕ СОЦИО-ГУМАНИТАРНОЙ СРЕДЫ. СОЦИО-ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ И БИОМЕДИЦИНСКИХ ПРОЕКТОВ

Андрианов Р., Волков П., Терехов М.

В 2008 г. при Институте философии РАН был создан клуб инновационного развития (КИР), в рамках которого стартовали несколько инновационных проектов, в том числе проект по биотехнологиям, научным координатором которого стал профессор В.И. Моисеев. Мы входили в состав молодежной группы этого проекта. Основная тема нашего проекта состояла в выработке концепции социогуманитарной экспертизы биотехнологических проектов. Взяв за основу «Положение об охране окружающей среды» и «Положение об экологической экспертизе», мы попытались ввести новое понятие «социогуманитарной среды» и разработать аналогичные «Положе-

[1] Там же. — Т. 2. — М., 1972–1973. — С. 124.

ния о социогуманитарной среде и экспертизе». Ниже приводятся основные выдержки из этих положений, как они сложились в нашей работе.

Каждый имеет право на благоприятную социо-гуманитарную среду. «Положение об охране социо-гуманитарной среды» регулирует отношения в сфере взаимодействия общества и социо-гуманитарной среды, возникающие при осуществлении любой деятельности, связанной с воздействием на социо-гуманитарную среду.

Под социо-гуманитарной средой понимают совокупность компонентов социо-гуманитарной среды — духовные, умственные, нравственные, культурные и общественные ценности. В ходе освоения социо-гуманитарных компонентов происходит их вовлечение в различные сферы деятельности социума и формирование отграниченной социо-гуманитарной системы или их совокупности — социо-гуманитарного комплекса.

Мониторинг и охрана социо-гуманитарной среды направлены на сохранение, восстановление и развитие определенного уровня благоприятной социо-гуманитарной среды, ее качества. Контроль в области охраны социо-гуманитарной среды направлен на предотвращение, выявление и пресечение неблагоприятного воздействия на социо-гуманитарную среду, обеспечение соблюдения требований в области охраны социо-гуманитарной среды. Социо-гуманитарный аудит является независимой, комплексной, документированной оценкой соблюдения требований в области охраны социо-гуманитарной среды и соблюдением социо-гуманитарной безопасности.

Существует социо-гуманитарный риск неблагоприятного воздействия на социо-гуманитарную среду и нанесение ей вреда — снижение ниже определенных нормативов (деградация).

В основе социо-гуманитарной экспертизы лежит определение допустимости реализации объекта социо-гуманитарной экспертизы в целях предупреждения возможных неблагоприятных воздействий этой деятельности на социо-гуманитарную среду и связанных с ними социальных последствий реализации объекта социо-гуманитарной экспертизы.

Объектами социо-гуманитарной экспертизы являются биотехнологические и биомедицинские проекты.

Государственная социо-гуманитарная экспертиза должна проводить комплексную независимую научно обоснованную оценку воздействия намечаемой деятельности на социо-гуманитарную среду.

Граждане и общественные организации (объединения) в области социо-гуманитарной экспертизы имеют право выдвигать предложения о проведении общественной социо-гуманитарной экспертизы деятельности, реализация которой затрагивает интересы населе-

ния, проживающего на данной территории, направлять в письменной форме исполнительному органу в области социо-гуманитарной экспертизы аргументированные предложения по социо-гуманитарным аспектам намечаемой деятельности и получать от исполнительного органа информацию о намечаемой деятельности, или результатах ее проведения, а также осуществлять иные действия в области социо-гуманитарной экспертизы, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

Именно поэтому при осуществлении социо-гуманитарной деятельности необходим учет и допустимость воздействия на социо-гуманитарную среду, государственный контроль, мониторинг и охрана в соответствие с международными нормативами, а также открытый общественный контроль с привлечением граждан.

БИОФИЛОСОФИЯ

БИОЛОГИЯ И ФИЛОСОФИЯ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ВЗАИМОВЛИЯНИЕ

Лисеев И.К.

«Философия» в прямом переводе с греческого языка — это любовь к мудрости. Но что такое мудрость? Надо полагать, что это не только умение размышлять о предельных основаниях бытия и познания, что обычно представляется как основная особенность философии. Это и умение ценить эти предельные основания с позиций самосознания культуры конкретного исторического периода. Философское знание всегда исторично и изменяемо, хотя и направлено на познание фундаментальных основ бытия и принципов его познания. Как тут не вспомнить знаменитое Гегелевское высказывание: «Философия — это эпоха, схваченная в мысли». Когда философы забывают об этой историчности философского сознания — философия отрывается от реальной жизни, не получает от нее никаких стимулов и сама ничего не дает ей взамен. Именно об этом писал на рубеже XIX и XX веков Альберт Швейцер, возлагая на философию основную ответственность в закате культуры того времени.

Но не напрашивается ли здесь некоторая аналогия с нашим временем? Вновь мы живем в условиях глубинного, системного цивилизационного кризиса. Вновь рушатся все привычные цивилизационные тренды и коды, длительное время определявшие нормы цивилизационного развития. И вновь философия очень вяло и инертно реагирует на эти вызовы времени, не модифицируется в связи с ними, не отвечает на них.

В огромном перечне проблем, вызванных к жизни нашим временем, видное место занимают проблемы, возникшие на основе развития научного знания и прежде всего знания, полученного в развитии наук о жизни. Примечательно, что еще в 1978 году на

Всемирном философском конгрессе в Дюссельдорфе первая секция Конгресса обсудила тему «Биология и вызов, который она бросает философии». С тех пор прошло 30 лет. Вызовы, идущие от всего комплекса наук о живом, неизмеримо возросли. Сейчас не только научная литература, но и все средства массовых коммуникаций полны рассуждениями о клонировании и эвтаназии, о трансгенных и генно-модифицированных продуктах, о манипуляциях со стволовыми клетками и т.д. и т.п. Но в философском знании практически нет, или почти нет ответов на все эти вызовы. Ответы эти, естественно, должны быть не сугубо прагматическими, а глубинно-философскими, намечающими как в связи с подобными вызовами могли бы измениться действующие онтологические, познавательные и ценностные философские установки. Ф. Фукуяма в своей работе «Наше постчеловеческое будущее», характеризуя происходящую ныне биотехнологическую революцию, отмечает, что эта революция — не просто нарушение или ускорение размеренного хода событий. Она приводит к тому, что будущее человечества оказывается открытым, непредзаданным и в решающей степени зависит от наших нынешних решений и действий. А эти решения и действия очень трудно предпринимать на основе действующих архетипов философского знания, традиционно отражающих пройденный путь цивилизационного развития и не готовых к освоению (или обсуждению) новых инновационных инвектив.

Поэтому одной из первоочередных задач философского осмысления мира живого представляется задача осознания целостного образа биологии во всех ее воздействиях и применениях. Философия биологии при этом не может быть до и вне биологии заготовленным комплексом методологических проблем, либо методологических средств исследования. Она формируется как конкретное историческое образование, зависимое от токов как сверху (от определенного уровня современной методологической культуры) так и снизу (от уровня и характера научно-теоретических исследований в биологии). Ибо современное философское познание не существует надбиологическим. Оно непосредственно выводится из него, вычленяется как элемент, сторона реальности, создающейся в ходе научного исследования. Современная философия в отличие от натурфилософии рассматривает свой объект не изолированно от конкретных форм познания, но как его результат, итог взаимодействия субъекта и предмета природы. Философия имеет дело со «второй реальностью», созданной наукой, т.е. в случае познания закономерностей живых систем — с биологической реальностью, которая изменяется по мере развития наук о жизни.

Осознавая всю многогранность, многоплановость и нелинейность поставленной задачи, наметим лишь основные направления в её

решении. Ответы философии на вызовы биологии, с нашей точки зрения, должны быть отражены в трансформации действующих ныне онтологических, методологических и аксиологических установок.

В онтологическом аспекте особое внимание должно быть привлечено к исследованию онтологических схем, представленных как в различных науках, так и в разных направлениях одной науки. Естествознание наших дней имеет дело с множеством картин природы, онтологических объяснительных схем, зачастую альтернативных друг другу или не связанных между собой. Это ведет к непониманию, несовпадению картин мира, предлагаемых различными областями научного знания. В частности в биологии из-за этого так и не преодолен разрыв эволюционного, организационного и функционального подходов к исследованию живого.

Задача трансформации онтологического направления в ответах на вызовы биологической науки видится в выявлении онтологических моделей, лежащих в основаниях различных подразделений современной науки о жизни, рефлексивной работе по осмыслению их сути, взаимоотношений друг с другом, их рационализации и упорядочению.

Проведенная работа в конечном итоге должна вести к новому пониманию природы, освобожденному от натурфилософских представлений о природе как существующей вне и независимо от человека. Фундаментальными абстракциями, консолидирующими новую концепцию философии природы становятся идеи глобального эволюционизма, коэволюции, человекоразмерности естественнонаучных концепций.

Философия природы из некоей мировой схематики, характерной для натурфилософии, становится философскими размышлениями человека, существующего в природной среде, вовлеченного в сложную сеть взаимоотношений с природой. Природа втянута в горнило человеческой деятельности и не может быть осмыслена вне этих отношений, вне исторического мира культуры.

В методологическом плане трансформация философского знания под давлением реалий биологического познания должна способствовать осознанию того, как новые методологические конструкты ведут к инновационному выходу за пределы существующих стандартов. Осознание и формулировка в биологии новых методологических принципов, имеющих порождающий характер, как правило, вела к становлению новой картины биологической реальности. Это ярко проявилось в процессе утверждения в биологии новых познавательных установок целостности, организации, эволюции, системности. Сейчас на повестке дня — утверждение нового познавательного конструкта — коэволюции, отражающего механизм сопряжения организации и эволюции материальных систем. Идея коэволюции может

стать новой парадигмальной установкой культуры XXI века, может задать новые перспективы для синтеза естественных и социальных наук, преодолеть ограниченности натурализма, социологизма и историцизма, объединить альтернативные стратегии элементаризма и системности, эволюционизма и структурализма.

Весьма важные изменения, как представляется, должны произойти и в среде аксиологии. Ведь все цивилизационные установки техногенного общества, ориентированного на идею прогресса, принимают фактор конкуренции, соревновательности, взаимной борьбы в качестве ведущего фактора прогресса, ссылаясь при этом на Дарвиновское положение о борьбе за существование. Однако в биологии уже давно показана альтернативность этой позиции. Так, одним из первых российских ученых К.Ф.Кесслер, за ним П.А.Кропоткин и др. обратили внимание на то, что наиболее приспособленными часто оказываются не те, кто физически сильнее и агрессивнее, а те, кто лучше объединяется, кооперируется, помогает друг другу. Это привело к созданию концепции, согласно которой взаимная помощь выступает как ведущий фактор эволюции и двигатель прогресса. Эта позиция получает поддержку и в современной литературе (Б.Л.Астауров, В.П.Эфроимсон, Л.В.Крушинский и др.). Современный физиолог бактерий академик Г.А.Заварзин, критикуя рыночную концепцию конкуренции утверждает: главный тезис анти-рыночной концепции — фундаментальное положение организма в трофической системе предполагает в первую очередь кооперацию, а не конкуренцию[1]. Трудно переоценить значение этих идей, перенесенных из сферы биологии в сферу социума и закрепленных отрефлексированной философской мыслью.

АНТРОПОМОРФИЗМ В РАННИХ *УПАНИШАДАХ*

Канаков Д.В.

Одной из возможных моделей целостного мировоззрения является антропоморфизм, при котором космос осмысливается сквозь призму человека. При таком мировоззрении человек понимается как малый космос, а макрокосмос представляется по аналогии с человеком, соответственно законы, управляющие большим космосом, аналогичны законам, управляющим миром человека, что обусловливает структурно-функциональное подобие человека и мира.

[1] Природа. — 1995, № 3.

На наш взгляд, история древнеиндийской мысли как пример восточного типа рациональности демонстрирует оригинальные концепции происхождения и связи человека и мира, которые могут быть проинтерпретированы как попытки холистского взгляда на проблему отношения человека и мира. В индийской литературе эта проблема впервые философски осмысливается в *упанишадах* как первой части тройственной основы (*прастхана-трайи*) *веданты*[1]. Традиция приписывает авторство *упанишад* легендарным *ришам* (поэтам-мудрецам), которые получили корпус ведийского знания в откровении, пребывая в священном пространстве и услышав его от божества.

В целом для *упанишад*, как и для более ранних ведийских представлений, характерно рассмотрение человека в рамках единого процесса космоантропогенеза. Космос предстает как вселенский человек, а человек — как космос в миниатюре, что нашло свое выражение в различных мифах о происхождении человека и космоса. Так, «Айтарея-упанишада» демонстрирует две линии рождения мира: через абстрактный первопринцип и через человека. В первом случае единый *Атман* («не было другого») создает миры, затем творит *пурушу* (вселенского человека), извлекая последнего из вод, потом богов как хранителей миров, боги выходят из *пурушы* и в нём же обретают свое пристанище (дом) и пищу. При этом такой первопринцип мыслится как сознательный, миры создаются согласно ментальному плану, сообщается, что вначале *Атман* задумал создать миры. Далее сам *Атман* через черепной шов обретает своё пристанище в *пуруше*,[2] становясь, таким образом, сокровенной сутью сотворенных им миров. Другая линия представляет первопринцип как зародыш в человеке, *Атман* актуализируется как сила в семени человека, способная излиться в женщину и породить жизнь. Зарождение и питание новой человеческой жизни необходимы ради «продолжения миров» и соотносятся с космогоническим процессом, что позволяет легендарному мудрецу *Вамадеве* воскликнуть: «Еще пребывая в [материнском] лоне, я узнал все рождения богов». Причем, следует подчеркнуть, сказано это было, когда *риши* ещё пребывал в материнском чреве. Далее по аналогии с человеком *Атман* провозглашается сущностью всего сущего: богов, первоэлементов, и всех классов живых существ[3].

---

[1] В состав канона входят так называемые главные, классические упанишады, а именно: «Брихадараньяка», «Чхандогья», «Иша», «Кена», «Айтарея», «Тайттирия», «Каушитаки», «Катха», «Мундака», «Мандукья», «Шветашватара», «Прашна» и «Майтри». При ссылке соответственно: Бр, Чх, Иша, Ке, Ай, Тай, Кау, Ка, Му, Ма, Шве, Пра и Май.

[2] Айт (I) // Упанишады / пер. с санскрита, исслед., коммент. и прил. А.Я. Сыркина. — М., 2003. — С. 501–502 (далее – упанишады).

[3] Там же (II). — С. 503–504.

Однако наиболее полно, на наш взгляд, холизм как философская стратегия выразился в концепции тождества *Атмана* и *Брахмана*, где первый элемент (*Атман*) соотнесен с человеком (как субъективным коррелятом высшей реальности), а второй (*Брахман*) — с миром (как объективным коррелятом абсолюта).

Термин «*Брахман*», образованный от глагольного корня *брих* — разбухать, расти, возрастать, распространяться, зародился в ведийский период, по крайней мере, в «*Ригведе*» он встречается свыше двухсот раз и означает «священное слово» как таковое, с произнесением которого связана широко *распространяющаяся* сила. В понимании *Брахмана* как сакральной силы заложены были две черты, унаследованные затем *упанишадами*: во-первых, подчеркивается всемогущество такой силы, и, во-вторых, она пронизывает и мир, и душу произносящего гимны. В *упанишадах Брахман*, понимаемый как духовно-субстанциальная основа, оказывается могущественней богов, а коррелятом второй идеи стало отождествление субстанциальной основы мира (*Брахмана*) и человека (*Атмана*). Также следует подчеркнуть, что в *Ригведе* встречается бог *Брахмо*, занимающий там периферийное положение, но в последующем развитии ведантизма получивший значение **личного аспекта** Вселенского Абсолюта — *Брахмана*. В *упанишадах* же *Брахман* начинает также пониматься как **недвойственная основа мира**: он одновременно всегда действует и всегда находится в покое, **генетическое и субстанциальное начало и** одновременно **завершение всего** сущего. Такое представление мы обнаруживаем в «Тайттирия-упанишаде»: «Поистине, от чего рождаются эти существа, чем живут рожденные, во что они входят, умирая, то и стремись распознать, то и есть *Брахман*».[1] Предметы мира постоянно меняют свою форму, и они не могут рассматриваться реальными в смысле чего-то первичного. Мир многообразных и изменяющихся вещей — это *намарупа* («имя и форма»), в котором, тем не менее, лежит что-то неизменное, образующее основу единства мира — единый *Брахман*. Разделенный же *Брахман*, по мысли древних философов, становится принципом множественности (*намарупа*).

Этимология слова *Атман* недостаточно ясна; так, исследователи сопоставляют его с *ан* («дышать»), *ат* («двигаться»).[2] Распространено мнение, что слово это означает возвратное местоимение «сам»; соответственно, может быть переведено как «Я», «себя», «я есть», «я сам», что вызывает ряд возражений, поскольку понятие высшего *Я* (ego) в западной традиции увязывается с личностью человека, тогда как для Индии характерно представление о личности как о чем-то иллюзорном, что необходимо преодолеть на пути слияния с высшим началом. Собственно представление о *Я* формируется в Ин-

[1] Та (III, 1) // Упанишады. — С. 542–543.

[2] Упанишады, комм. на с. 168.

дии достаточно поздно, в средние века, оно связано с личным местоимением *ахам*, и понимается там как внутренний орган (*ахамкара*), формируемый в результате наложения, ограничения или замутнения подлинной реальности. И именно этот внутренний орган ответствен за формирование у человека чувства собственного *Я*, которое, повторимся, надлежит преодолеть адепту на пути своей духовной реализации. Мы под *Атманом* будем подразумевать внутреннюю суть всего сущего, т.е. то значение, которое наследовало в *араньяках* ведийской *пране*, также понимаемой в качестве внутренней сути всех явлений.

Термин «*Атман*» впервые встречается уже в «*Ригведе*», хотя и реже, чем «*Брахман*», но все же довольно часто (вместе с сокращенной формой *тман* — около 100 раз), однако употребляется в несколько ином значении, чем в *упанишадах*. Как понятие основы всего *Атман* впервые употребляется в *Айтарее-араньяке*, где *Атманом* провозглашается, соответственно, всё сущее, из которого всё возникает и в котором всё завершается. Исследователи выделяют как минимум три значения этого термина в «*Ригведе*», к которым восходят некоторые аллегорические истолкования *Атмана* в *упанишадах*. Во-первых, *Атман* понимается как человеческое тело в его *целостности*. Так, в одном из гимнов это обобщающее понятие по отношению к различным органам тела. Во-вторых, *Атман* — это дыхание, это значение слова считается первичным. В-третьих, под *Атманом* иногда понимается некое животворящее и одухотворяющее начало вообще. Так, *Сома* именуется «душой» (*атма*) жертвоприношения, в одном из гимнов *Сурья* называется «душой всего, что движется и пребывает неподвижным» (aatma jagatas tasthushas ca). Та же формула в другом месте применяется к дождю, оплодотворяющему растения. Указанные тенденции получили свое развитие в *упанишадах*, где *Атман* понимается как целое тождественное самому себе[1], наделенный сознанием, начало и завершение всего сущего[2], внутренний правитель, нить, которая связывает «и тот мир, и этот мир, и все существа»[3].

В *упанишадах Атман* характеризуется как свободный от греха, влияний старых времен, смерти и печали, голода и жажды. *Атман* ничего не желает, кроме того, что должен желать, и ничего себе не представляет, кроме того, что должен. Это субъективное начало в человеке продолжает существовать во всех изменениях, в состоянии бодрствования, сна без сновидений, смерти, нового рождения и окончательного освобождения[4]. *Атман* не может быть разрушен,

---

[1] Чх (V, 18, 1) // Упанишады. — С. 335.
[2] Шв (III, 1-3) // Упанишады. — С. 567–568.
[3] Бр (III, 7, 1) // Упанишады. — С. 105–106.
[4] Бр (IV, 1-4) // Упанишады. — С. 116–132.

смерть не уничтожает его, равно как и порок не может его запятнать, он остается «чистым» во всех своих проявлениях. Среди непостоянных вещей *Атман* отличается постоянством, непрерывностью, единством, вечностью.

Кратко учение о *Брахмане-Атмане* как внутренней сути человека и мира (космоса) может быть сведено к следующим основным положениям:

1. совпадение противоположностей в *Брахмане-Атмане*: он мал и велик, меньше, чем зерно риса, горчичное семя, ядро просяного зерна, но больший, чем земля, воздушное пространство и небо, т.е. больше этого мира, и больше миров, движется и не движется, далек и близок;[1]
2. представление о нём как о пределе: меньше малого, но больше большего;[2]
3. снятие противоположностей в *Брахмане*: ни велико, ни мало, ни коротко, ни длинно, не имеет ничего ни внутри, ни снаружи; не познающий ни внутреннего, ни внешнего, ни обоих; ни познание, ни не-познание и т.д.;[3]
4. описание космогенеза как истечения из единого источника; однако, возникновение мира трактуется как **реальный процесс,**[4] а не иллюзорный. Так, единый *Атман* разделившись на мужское и женское начало, сочетаясь как «мужчина и женщина, соединенные в объятиях» последовательно порождает классы живых существ и т.д.;
5. тенденция к иррационализации, выразившаяся в представлении, что зафиксировать и описать безграничный *Брахман* человек не в состоянии. Так, «Кена-упанишада» свидетельствует: «Кем [Брахман] не понят, тем понят, кем понят, тот не знает [его], [Он] не распознан распознавшими, распознан нераспознавшими»[5], ибо *Брахман* отличен от познанного и выше непознанного.[6]

Упанишады дают два определения *Брахмана-Атмана*: отрицательное и положительное. Негативно первичная реальность определяется как: «Не [это], не [это]» (na iti na iti).[7] Эта формула, согласно Шанкаре, означает несовместимость *Брахмана* и *Атмана* с какими-либо эмпирическими определениями. Позитивно *Брахман* определяется как наделенное качествами (*сагуна*) и «всеохватывающее» (*сапрапанча*) начало. Общая формула такого определения *Брахмана* —

---

[1] Чх (III, 14, 3) // Упанишады. С. 308, Иша (5) // Упанишады. С. 615.
[2] Ка (I, 2, 20-21) // Упанишады. С. 553, Шв (Ш, 20) // Упанишады. С. 570.
[3] Бр (III, 8, 8) // Упанишады. С. 109, Ма (7) // Упанишады. С. 637.
[4] Бр (I, 4) // Упанишады. С. 76–80.
[5] Ке (II, 3) // Упанишады. С. 527.
[6] Ке, (I, 4) // Упанишады. С. 526.
[7] Бр, (II.3.6) // Упанишады. С. 90 (III, 9, 26), С. 115 (IV 2.4), С. 121 (IV, 4, 22).

джалан,[1] т.е. то, что порождает, поддерживает и поглощает. Согласно традиционному толкованию, *джа* (*джан*) означает «рождение», «начало»; *ла* (*ли*) — «растворение», «уничтожение»; *ан* — «дыхание», «существование», «длительность». Т.е. в таком *Брахмане* все возникает, все прекращается, все дышит; это тот аспект *Брахмана-Атмана*, благодаря которому мир как наличное бытие и человек как часть становящегося мира обретают свое существование, именно в *Брахмане-сагуна* происходит процесс развёртывания **космоантропогенеза**. Тот же смысл имеет разделение *Брахмана* на невидимый (*адах*), и видимый (*идам*), причем последний является проявлением первого,[2] и, соответственно, выделение непроявленного и проявленного аспектов. Последний характеризуется как воплощенный (*мурта*), смертный (*мартья*), неподвижный (*стхита*) и существующий, действительный (*сат*). В непроявленном аспекте *Брахман-Атман* определяется как невоплощенный (*амурта*), бессмертный (*амрта*), двигающийся (*ят*) и истинный (*тьят*). Причем идея о тождестве *Брахмана-Атмана* понимается так, что в проявленном аспекте сущностью (*раса*) *Брахмана* является Солнце, а *Атмана* — глаз, тогда как в непроявленном аспекте их сущностью является *пуруша*, соответственно, в Солнце и в правом глазу.

РУССКИЙ КОСМИЗМ В ПОИСКАХ НОВОЙ ПАРАДИГМЫ

Фесенкова Л.В.

1. В современной ситуации поиска новой парадигмы на философию русского космизма возлагают большие надежды. От нее ждут открытия новых ценностных ориентиров и новых подходов к проблеме нахождения путей дальнейшего развития цивилизации и ее выживания.

2. Русский космизм, несмотря на разнородность его учений, содержит общие принципы, образующие мировоззренческую концепцию, согласно которой прогресс природы, порождая разум, силами самого разума приводит к построению общества Справедливости и Добра.

3. Идея построения справедливого общества изначально заложена в структуре человеческой психики. Это идея Золотого века — архетипическая идея, несущая веру в конечное торжество добра.

---

[1] Чх (III,14,1) // Упанишады. — С. 308.

[2] Бр (V, 1, 1) // Упанишады. — С. 137.

Она возникала спонтанно, в разные эпохи, в разных культурах. Первоначально этот архетип реализовался в религиозной идее тысячелетнего царства Божия на земле (хилиазме), восходящей к глубокой древности. В современную эпоху архетип Золотого века проявляется в своих секулярных вариантах — социализме и коммунизме.

4. Наиболее ярко этот архетип выражается в учении русского космизма. Последователи этого учения в своих концепциях не ограничиваются социальной перестройкой и изменением нравственных норм, или трансформацией религиозного сознания, или даже переделкой природы планеты в целях более продуктивного ее использования человеком. Русский космизм заявляет о необходимости пересоздания всего бытия в космическом, вселенском масштабе.

5. Преодоление природного порядка бытия рассматривается как глобальная задача человечества. Она мыслится как создание совершенной жизни и нового человека в масштабах Вселенной. Русский космизм построен на идее грядущей реконструкции всех законов живого. Н.Ф.Федоров писал об отмене фундаментального закона жизни — воспроизведения себе подобных и замене его на воскресение умерших предков. Предлагаются и иные варианты: превращение людей в автотрофов или в животно-растения, парящих в межпланетном пространстве и т.д.

Все это подразумевает полную перестройку существующих обменных процессов организма, способных обеспечить «гибкое управление..» (по Горскому и Семеновой), или превратить человека в «животно-растение» (по Циолковскому). Космистам грезятся «новые тела, обладающие гораздо большей пластичностью, могуществом, подвижностью. Они будут передвигаться с громадной скоростью без внешних приспособлений, будут питаться непосредственно светом и не будут подвержены действию законов тяготения в теперешней степени. Вместе с тем они будут мыслить и чувствовать, и ощущать и действовать на расстоянии». (Так представляет себе новую, преображенную жизнь В.Н.Муравьев). Современный русский космизм впечатляет «онтологическим размахом» утопической мечты, согласно которой человечество должно принять руль управления эволюцией Вселенной и вести ее согласно велениям своего разума!

6. В таком учении от реального человека и реальной жизни не остается ничего. По мнению космистов, они должны исчезнуть и освободить место для преображенного человека будущего. Это формирует и аксиологическую позицию: реальное бытие — зло. Реальная природа — враг человека.

7. Этими взглядами продиктовано и отношение к глобальным проблемам. Они решаются на путях проектирования нового, внеземного единого человечества как сообщества существ, изменив-

ших свою природу, которые легко преодолеют кризисную ситуацию, став регулятором дальнейшего развития Вселенной. Иначе говоря, в своей центральной идее полного пересоздания бытия космисты видят выход из любых трудностей, встающих перед цивилизацией, и, прежде всего, из трудностей экологического характера. Сегодня, в преддверии экологической катастрофы и агрессивно наступающего зла, учение русского космизма приобретает особенное значение, поскольку ориентируется на возможность преображения человечества и выхода его в космос и, тем самым, спасения от угрозы глобальных кризисов.

8. Однако, надежда на то, что учение русского космизма сможет сформировать новые ориентиры в развитии цивилизации и вывести ее из духовного и экологического тупика оказываются достаточно проблематичными. Как мы могли убедиться, космисты имеют дело не с реальностью, а с утопическими представлениями о человеке и потому мировоззрение русского космизма не только не способно противостоять нарастающей техногенной агрессии в отношении природы, но, напротив, своими идеями полной ее переделки подпитывает эту агрессию, давая ей теоретическое оправдание.

9. Мы полагаем, что путь к преодолению экологической опасности лежит через борьбу с установками утопического сознания, на которые ориентируется русский космизм. Нужно преодолеть иллюзорные представления о человеке и привычку видеть в нем хозяина и распорядителя мира. Без этого выход из экологического кризиса невозможен.

ЖИЗНЬ С АНТРОПО-СИНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ[1]

Войцехович В.Э.

Что такое жизнь, в чем ее сущность? На этот вопрос пытались ответить самые разные ученые, мыслители, философы, религиозные деятели, поэты...

Мифологическое понимание жизни.

«Все живое» — так считали авторы мифов Древней Греции, Китая, Руси и других стран в доцивилизационные времена. Ту же мысль выражает и Дерсу Узала, «дитя природы» — дальневосточный охот-

[1] Статья написана при содействии Российского фонда фундаментальных исследований. Проект № 09-06-90408.

ник и герой книг В.К.Арсеньева. «Все — человек», — говорит Дерсу, подразумевая, что и тигр, и чайник, и дерево подобно нам имеют душу, желания, стремления и т.п.

Аналогичное представление господствовало в древних эзотерических учениях, в том числе и в алхимии.

Античное понимание жизни выразил Аристотель: «Жизнью мы называем всякое питание, рост и упадок тела, имеющие основание в нем самом... Душа необходимо есть сущность в смысле формы естественного тела, обладающего в возможности жизнью. Сущность же (как форма) есть энтелехия; стало быть душа есть энтелехия такого тела».[1] Аристотель прямо связывает жизнь с присутствием души, вносящей движение, рост в тело.

Средневековое понимание жизни теологическое. Бог создает различные виды жизни по принципу «от простого к сложному», начиная с растений и завершая первочеловеком. Поэтому религиозная картина мира включает в себя эволюцию как частный случай.

Понимание жизни в период Возрождения и Нового времени (XVI—XX вв.). В эту эпоху, эпоху как бы повторения античности, когда культура Запада вновь на 5 столетий обретает интерес к внешнему, к природе, возобновляются поиски сущности жизни на основе природного начала. Они проходят стадии: механистическую (XVII—XVIII века), физико-химическую (XIX—начало XX века), кибернетически-информационную, синергетическую (вторая половина XX века — начало XXI века). Машинно-подобный образ животного и растения у Р.Декарта перерастает в представление о живом как физико-химической фабрике (Э.Геккель, Э.Брюкке). В начале XX века формируется полевое понимание сущности жизни: сущность жизни — морфогенетическое поле, или «биополе» — впервые в 1924 г. у советского биолога А.Гурвича, позже на Западе у Р.Шелдрейка[2]. С середины XX века живое трактуют — и как холистическую систему (после Л.Берталанфи), и как информационную систему (с Н.Винера, А.Н.Колмогорова).

В XX столетии господствующими парадигмами науки становятся три: релятивистская, квантовая и фрактальная. Последняя вырастает из синергетики, главным конструктом которой стал фрактал.[3]

Через данные 3 парадигмы и пытаются объяснить все исследуемые явления, в том числе жизнь. В конце XX века возникает постнеклассическая наука.[1] Сущность жизни стали понимать с синерге-

---

[1] Аристотель. Метафизика // Сочинения в 4-х т. — Т. 1. — М., 1970. — С. 394.

[2] Sheldrake R. A new science of life. The hypothesis of formative causation. — L., 1981.

[3] Mandelbrot B. The Fractal Geometry of Nature. — N.Y., 1977 ; Аршинов В.И., Войцехович В.Э. Синергетическое знание: между сетью и принципами // Синергетическая парадигма. — М., 2000.

тических позиций, опираясь на понятия системы, информации, хаоса, фрактала, воспроизводимости, универсального эволюционизма.

Стало возможным постнеклассическое (синергетическое) понимание жизни. ***Жизнь — это совокупность эволюционирующих информационных систем, обладающих свойствами фрактальности (самоподобия), целенаправленности, самосохранения и развития.***

Конечно, данное определение весьма расширяет понятие живого, выходя далеко за рамки определения жизни как функционирования белковых тел (Ф.Энгельс). Однако новое, синергетическое определение ценно своей интегративностью, сближением биологии (науки о живом) с физикой (наукой о мёртвом). В первой всё способно к усложнению и развитию. Во второй всё упрощается и деградирует. Поэтому уже более двух столетий биология и физика находятся в противоречии. Понятие фрактала даёт надежду на совмещение науки о живом с наукой о мёртвом. Действительно, согласно фрактальной парадигме почти все известные нам устойчивые системы в природе самоподобны на многих уровня. Фрактально всё живое, а также микрочастицы, атомы, камни, горы, облака, планеты, звёздно-планетные системы, шаровые скопления, галактики и многое другое.

Тогда в область живых систем в синергетическом смысле попадают звезды, минералы, реки, системы элементарных частиц и т.п., причем в той мере, в какой в них присутствует тенденция к самосохранению и самовоспроизведению — тенденция, противостоящая II началу термодинамики. Так, среди специалистов по минералам, кристаллографов давно существует убеждение, что минералы — особый вид жизни. Они не только сохраняют себя, но и способны к росту, воспроизведению себя в подходящих внешних условиях, а также воспринимают информацию, хранят ее и перерабатывают, даже передают «дружественным» существам и предметам. Ряд геологов и планетологов также находят некоторые свойства живых существ у горных систем, континентов, планет.

Идея близости живого и формы присутствует уже у Аристотеля. В живом организме как информационной системе взаимодействуют бесформенный хаос и организованная форма, вносящая информацию о самой себе, о собственной структуре, функциях, возможностях в океан потенциального, бесформенного.

Идею оформленности бытия и степеней оформленности выразил Аристотель в учении о форме и материи. По его мнению все вещи есть соединение материи и формы. Материя понимается как потенция вещи, как способность принять форму, как исходное предельно неорганизованное начало, как хаос. Форма — это акт, сила

---

[1] Стёпин В.С. Теоретическое знание. Структура, историческая эволюция. — М., 2000.

и энергия, способность организовать материю в вещь. Акт, или оплодотворение, овеществление есть entelechia (понятие, напоминающее современному читателю информационное структурирование материи). Рассматривая живую материю, философ разделяет душу (как аналог формы) на вегетативную, чувственную и разумную.

Классифицируя же уровни оформленности бытия, Аристотель вводит: 1) неоформленную материю (хаос), 2) минимально оформленный уровень — глина, камень, 3) растение, 4) животное, 5) человека, 6) форму форм — Бога.[1]

Наряду с душой человека, животного, растения Аристотель вводит и «каменную» душу, признает живым (а также одушевленным, наделенным энтелехией) и минералы, что вполне соответствует предложенному здесь, синергетическому пониманию живого.

Если соединить аристотелево учение о форме и материи с монадологией Лейбница и синергетическим пониманием жизни, то живым следует признать уровни бытия **между** материей (хаосом) и Богом (формой форм): камни, растения, животные, люди — всё это фрактальное царство самоорганизации, эволюционирующее в направлении к одухотворению — восхождению от низшего к высшему, от хаоса к Богу. Все эти существа одушевлены (оформлены) и более того одухотворены, т.к. являются вечными монадами (духами), находящимися на различных ступенях эволюции как одухотворения — восхождения к Богу. Все эти ступени бытия, монады упорядочены по критерию свободы движения: растение — это «растущий» камень, животное — «бегающее» растение, человек — разумное, самотрансформируемое, самопрограммируемое животное, изменяющее само себя. Человек же соединяет в себе материю (хаос), камень, растение, животное при ведущем монадном — духовном и разумном начале.

В начале XX века и через столетие в современной постнеклассической науке ряд учёных разрабатывают гипотезу о возможности физических (квантовых) оснований сознания.[2] Однако существуют и противники этой оригинальной гипотезы. Действительно, мыслимо ли связать физику (науку о мёртвом) даже не с биологией (наукой о живом), а перескакивая через неё, связать сразу с ещё более сложными науками — психологией, когнитологией — науками о сознании. Кто прав? На наш взгляд первые — сторонники гипотезы. Аргументов два.

Первый аргумент. По-видимому, весьма авторитетные мыслители и учёные Аристотель и Лейбниц (будь они нашими современниками) согласились бы с этой гипотезой. Действительно, сознание и

---

[1] Аристотель. О душе. — М., 1937.

[2] Цехмистро И.З. Поиски квантовой концепции физических оснований сознания. — Харьков, 1981.

разум — главные свойства человека. Разум же в западной культуре в значительной степени сведён к логике. В логике Аристотеля первый закон — закон тождества. Его смысл: разрешено оперирование только неизменными, «неподвижными», «каменными» понятиями. По-видимому, люди освоили пока лишь мышление на уровне «камней», жёсткое мышление. Освоение «растительного», растущего мышления, а тем более «животного», «бегающего» мышления впереди. Хотя в наиболее трудных областях познания (в философии) диалектическая логика Гегеля напоминает именно «бегающее», наиболее свободное и «мягкое» мышление (В.В.Налимов). Отсюда наше предположение: соединить физику и психологию можно, но через биологию. Открыть квантовые основания сознания возможно, но для этого предварительно необходимо понять сущность жизни. Пока остаётся лишь постулировать квантовую природу сознания и разума.

Второй аргумент. И сознание, и квант объединяет феномен целостности. Для Лейбница это было бы очевидно, т.к. и сознание, и квант — свойства монады, отличающейся предельной замкнутостью и единством (холизмом).

Отсюда вывод: не только гипотеза о квантовой природе сознания, но и гипотеза о квантовой природе жизни правдоподобны, высоко вероятны.

В Средние века классификацию Аристотеля совершенствуют, усложняют (особенно в христианской философии), но критерий классификации остается прежним — по степени проникновения формы в материю. Вещь в такой степени сложна, насыщена информацией, одушевлена и одухотворена, совершенна, в какой степени она оформлена.

Отсюда мы можем рассматривать развитие жизни (не только на Земле, но и в Метагалактике, памятуя антропный принцип) как восхождение к **человеку**, как всепланетную устремленность различных форм к нему **как аттрактору эволюции**, как центру живого бытия. Под человеком в данном случае мы понимаем не только биовид *homo sapiens,* но гораздо шире — как разумное коллективное животное, устремленное к Свету. Свет здесь понимается метафорически — как идеал, источник любви, энергии, знания, обеспечивающий существование и развитие нашего биовида и других биовидов. Свет — главный аттрактор нашей эволюции.

В религии Свет — это Бог. В западной философии — Абсолют. В искусстве — красота. В нравственности — добро, благо. В науке — истинное знание. Отсюда человек лишь один из представителей «семейства Света», которое входит в совокупность всех семейств высокоразвитых существ, обладающих разумом.

Вероятно, наряду с семейством Света есть и другие семейства разумных существ, нацеленные на иные идеалы.

Идеал Света присутствует во всех культурах нашей планеты, а главное — на этом образе строятся мировоззрения (мифы, религии, философские учения). Так, под целью жизни философы понимали восхождение к Свету (8 ступеней Будды на пути к нирване, 6 ступеней оформленности бытия у Аристотеля, 30 ступеней духовного совершенствования на пути к Богу у св. Иоанна Лествичника и т.д.)

Подобные идеи о «световой» природе человека высказывал Тейяр де Шарден. Он понимал вселенскую эволюцию как восхождение к точке Омега (Богу).[1] Одной из промежуточных ступеней движения к нему является человек.

Отсюда эволюцию можно понимать как устремленность живого — фрактальных систем, способных к самосохранению и развитию, к человеку как существу Света.

КОНВЕРГЕНЦИЯ БИОЛОГИИ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Лебедев М.В.

Основная идея заключается в том, что в основе биологической жизни, как и в основе информатики, лежат коды. Можно превратить жизнь в информацию, а информацию — в жизнь, потому что и то и другое действует на основе закодированных инструкций и их можно «переводить» с одного кода на другой. Код — это ключ к информации. Постулат, что жизнь — это информация, наиболее распространен в области биологии.

Многие биологи (например, Р.Докинз) считают, что сегодня генетика — по большей части информационная технология. Именно поэтому можно, скажем, ген морозоустойчивости скопировать с гена арктической рыбы и ввести в помидор. Существуют примеры создания простейших организмов (искусственных вирусов) при помощи последовательности генов, обнаруженной в Интернете. Необходимые фрагменты ДНК заказываются также через Интернет или по почте, а для соединения соответствующих последовательностей используется компьютерное оборудование, т.е. для того, чтобы сделать этот организм, даже не нужно ни разу наблюдать его в лаборатории.

Конвергенция информации и биологии приводит к конвергенции информационной и молекулярной экономики, и этот процесс во многом направляет медицина. Здесь можно привести много примеров, но важнее всего отметить следующее методологическое об-

[1] Тейяр де Шарден. Феномен человека. — М., 1965.

стоятельство. С физикалистской точки зрения, мы имеем здесь дело с молекулярным уровнем, где электроны активизируют химические импульсы в нервах, и на этом уровне *граница между рожденным природой и рукотворным исчезает*.

Сегодня для ускорения процесса расшифровки биологических кодов можно применять всю мощь цифровых технологий; благодаря новым возможностям использовать цифровой код для описания поведения молекул родилась наука биоинформатика. Одновременно с влиянием информационных возможностей на развитие молекулярной экономики примеры биологии трансформируют наши представления об организационном и экономическом развитии. Все, что мы узнаем об адаптации и эволюции, теперь будет смоделировано в цифровом коде, что позволит впоследствии моделировать адаптивные системы для тех или иных целей. Затем и сами компьютерные программы станут напоминать экосистемы — уже появляются программы, основанные на использовании законов биологии.

Когда Ньютон работал над теорией тяготения, он создал как бы набор инструментов — целостную систему понятий, которая способствовала формированию физики как науки. Вслед за тем на основе модели жизненного цикла появились технологии машиностроения и электротехники, индустриальные инновации и организационный подход, известный как «научное управление». Физика с ее идеями повторяемости, предсказуемости и непосредственной причинно-следственной связи предопределила образ мышления, который в течение нескольких столетий помогал в конечном итоге увеличивать доход на душу населения.

Сегодня, несмотря ни на какие проблемы, биология и информатика остаются растущими секторами экономики. Обе эти отрасли все больше и больше демонстрируют примеры адаптации и эволюции. На этом фоне потребность организационного управления в адаптивности тоже растет, потому что ему постоянно приходится бороться с неустойчивостью экономического окружения. Поэтому и оргразвитие, возможно, примет эволюцию в качестве основной модели. Как предсказывает модель экономических жизненных циклов, у нас снова появится «научное управление», но на этот раз научной базой для него послужит общая эволюция. Теории, рожденные миром живой материи, повлияют на то, как мы используем информацию и как управляем предприятиями.

Теория адаптивных систем основана на определенных базовых принципах. Теория сложных систем еще недостаточно созрела для того, чтобы выработать общепринятый набор фундаментальных определений, но можно указать ее основные понятия.

- *Агенты*. Атомы, компьютерные программы и людей можно рассматривать как агенты системы. Агенты — это фактически

принимающие решения единицы, и их выбор определяется соответствующими правилами.

- *Самоорганизация.* Важное свойство агентов — способность автономно организовываться, чтобы создавать более сложные системы.
- *Рекомбинация.* В природе рекомбинация происходит случайно; мы же направляем этот процесс по своему желанию. Рекомбинация — самый эффективный двигатель инноваций и в природе, и в человеческой деятельности.
- *Направленный отбор.* Жизнеспособность организма оценивается его окружением. Именно направленный отбор определяет, какие агенты получат возможность рекомбинировать в следующем поколении.
- *Адаптация.* В природе животное может изменить свое поведение. Из поколения в поколение способности видов эволюционируют. Идея здесь состоит в том, что программа, технология, компания тоже может изменить свое поведение, а отрасль может эволюционировать.
- *Коллективная эволюция.* И конкуренция, и сотрудничество, и инновации ведут к коллективной эволюции — и в живой природе, и в оргразвитии (например, разработчики компьютерных программ постоянно адаптируются друг к другу, влияя на эволюцию отрасли).
- *Естественное возникновение.* Взаимодействие самоорганизации, рекомбинации, отбора и коллективной эволюции ведет к возникновению экологической — или экономической — системы. Эти сети настолько сложны, что, исследуя свойства отдельных агентов, мы не в состоянии предвидеть, как будут выглядеть сети в целом — результат возникает благодаря взаимодействию агентов.

Все эти понятия помогают находить сходные черты эволюции разных адаптивных систем.

КОНФИГУРАЦИЯ БИО-ПРОБЛЕМАТИКИ В КОНТЕКСТЕ НАНО-ТЕХНОЛОГИЙ[1]

Свирский Я.И.

Сегодня био-медицинская проблематика обретает, по-видимому, совершенно особую конфигурацию, что связано со многими

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ, проект № 07-03-00419а.

факторами. Перечислим лишь некоторые из них: экзистенциально-этические сдвиги в коммуникативных стратегиях «врач-пациент»; возникновение новых техник «лечения», то есть приведение человека в «нормализованное состояние» (как последнее понимается в современной культуре); а также понимание особого места биологии (как, впрочем, и медицины) среди иных способов освоения и преобразования как окружающей реальности, так и человека. В последнем случае речь, прежде всего, идет о так называемых био-технологиях, входящих в состав более широкого поля NBIC-технологий. Американский проект конвергенции нано-, био-, инфо- и когно-технологий поставил, помимо всего прочего, ряд важных проблем, связанных с природой коммуникации и взаимовлияния между этими технологиями. И такие проблемы имеют место как раз потому, что речь идет именно о конвергенции, о неком сближении, а не о слиянии в нечто целое или редукции к какой-либо одной из технологий. Соответственно, подобное сближение (без слияния) подразумевает внутри себя определенную самоорганизацию, пронизывающую поле указанных технологий.[1] Каков тип такой самоорганизации и каково ее биологическое измерение? Необходимость ответа на данный вопрос задается определенной тревогой, вызванной как раз указанными взаимодействиями между технологиями. Например, воздействие нано-технологий на биологические образования вообще и на человека в частности. И тут в очередной раз встает вопрос об истолковании сущности того, что мы называем «живым» — вопрос, часто формулируемый в терминах телесной организации биологического существа. Как трансформируются представления о телесности (не обязательно человека) в свете вышеупомянутых инноваций в технологическом оснащении жизни?

Прежде чем наметить возможные пути ответа на этот вопрос, вспомним размышления Г.Плеснера относительно той границы, где завершаются контуры или очертания тела и начинается внешняя телу среда (традиционная проблема различения внешнего и внутреннего): «Граница представляет собой всего лишь виртуальный промежуток между телом и примыкающей к нему средой... Граница не принадлежит исключительно ни телу, ни примыкающей к нему среде, но к обоим вместе... Она является чистым переходом от одного к другому, от другого к одному и действительна только как обусловленность именно этой взаимной определенности. ... Тело начинается не потому, что завершается примыкающая к нему среда (или наоборот), но его начало или завершение не зависит от существующего вне его, *хотя чувственная констатация и не в состоянии*

[1] Заметим, что сегодня речь уже заходит не только о NBIC-технологиях, но даже о Нано-Био-Инфо-Когно-Социо-Антропо-Фило-Гео-Эко-Урбо-Макро-Микро-Нано-технологиях и их конвергенции.

выявить отчетливые чувственно воспринимаемые приметы этой независимости».[1] Причем такое представление о границе (или границах) можно распространить отнюдь не только на биологическое тело, традиционно представляемое как некий цельный организм, определенным образом функционирующий и обладающий набором явно выраженных свойств (допустим, морфологического или поведенческого характера). То же, к примеру, можно сказать и о границах «между» органами или о границах, проводимых внутри органов. В конечном счете, переходный и условный характер границ позволяет ввести некое абстрактное представление либо о бесконечно текучем, либо о бесконечно фрагментируемом теле в зависимости от того каким онтологическим статусом мы наделяем концепт границы.

Именно здесь, на мой взгляд, уместно обратиться к концептуальному аппарату, предлагаемому французскими философами Ж.Делезом и Ф.Гваттари, а именно к их размышлениям относительно ритурнели, вибраций, сред, территорий и ритмов, а также к рассматриваемым ими процессам (или процедурам) территоризации и детерриторизации. Так, тело, прежде всего биологическое, может задаваться уже не своими геометрическими контурами, а занимаемой им территорией на некой среде и тем, что в эту территорию попадает (Я. фон Икскюль). Например, телом паука будет и сплетаемая им паутина, и даже муха, попавшая в эту паутину. С другой стороны паутина строится именно так, чтобы соответствовать телу мухи и может рассматриваться как продолжение ее телесности. К тому же, территории склонны не только менять свои очертания, но и исчезать (детерриторизация), давая место тому, что лишено территории (хаос как среда всех сред), или — в другой транскрипции — лишено органов (как территоризированных образований). И такие процессы конституируются определенными ритмами и повторениями — ритурнелью. Чтобы обозначить указанные текучесть и фрагментарность, территоризацию и детерриторизацию Делез и Гваттари используют термины типа «рой», «стая» и т.п. Очевидно, что все вышесказанное имеет явные аналогии с физическими теориями вроде термодинамики (прежде всего нелинейной и неравновесной), на что неоднократно указывают и сами авторы. Отличие состоит в том что «микрочастицами» здесь выступают не столько некие атомоподобные образования, сколько «микро-личинки», обладающие внутренней активностью, не сводимой к активности макрообразований.[2]

[1] Плеснер Х. Ступени органического и человек: введение в философскую антропологию. М.: РОССПЭН, 2004. С. 108.

[2] В другом месте в несколько иной терминологии Делез – со ссылкой на Лейбница – следующим образом описывает данную ситуацию: «Обычные механизмы состоят из деталей, однако те машинами не являются, тогда как организм бесконечно машинизирован, – это машина, и все части ее или детали – также машины». (Делез Ж. Складка. Лейбниц и барокко. М.: Логос, 1998. С. 16).

В данной интерпретации тело (в том числе и человеческое) представляет собой своего рода гигантский рой, или рой, состоящий из роев, ибо даже каждый его орган может рассматриваться как отдельный рой. То есть, тело истолковывается как рой, состоящий из роев-органов, бесконечно текучих и бесконечно фрагментируемых, территоризируемых и детерриторизируемых — вплоть до уровня ниже клеточного.[1] Можно сказать, что «рой» выступает в качестве некоего всеобъемлющего паттерна, но при этом речь не идет о приоритете совокупности над ее составляющими (ибо каждая составляющая совокупности может сама рассматриваться как рой). То есть, рой не локален и не глобален, он пребывает на третьем уровне, где пересекаются множественности и отношения.[2] В области такого пересечения и рождаются переходы через ритурнель от хаоса к средам, ритмам и территориям. Собственно, органы, взятые как территории на внутренне связанной среде, — это «фактически, некий акт, затрагивающий среды и ритмы, “территоризирующий” последние».[3]

Но рядом с термином «рой» проступает и концепт «хаоса»: пчелы в рое движутся явным образом хаотично, однако каждая оторвавшаяся от роя пчела стремится вернуться обратно.[4] Хаос выступает как предел текучести и фрагментарности. Но он же, согласно теории самоорганизации, является средой, на которой происходят становления упорядоченных (территоризированных) образований. Территоризация — это и есть, собственно, собирание (в нашем случае) организма на среде хаоса. Тогда как детерриторизация — вбрасывание хаоса в среду и территорию. И упорядочивание хаоса происходит в соответствии с определенными ритмами и повторениями на разных уровнях. Ритмы и повторения (ритурнели) — вот быстрый ответ хаосу.[5] Заметим, что ритурнель не следует понимать только как то, что повторяется. Она, скорее, выступает в качестве некоего различия в вибрациях между коммуницирующими средами, — различия, которое само является ритмичным. Вибрации порождают ритмы, а последние способны перемещаться между внутренними и внешними средами как связанные совместные действия (синергии).

В иной терминологии это можно было бы выразить следующим образом: территоризация на разных уровнях подчиняется фрактальному принципу самоподобия. Причем тут мы имеем дело как раз с тем повторением, кое порождает различия и дифференциации (до-

---

[1] В общем-то, для биолога здесь нет ничего удивительного. Любой микроскоп подтвердит сказанное.

[2] См. Thacker, E. (2004, 2007). Networks, Swarms, Multitudes // URL : http://www.ctheory.net/articles.aspx?id=423

[3] Deleuze G., Guattari F. Mille plateaux . — Minuit, 1980. — P. 386.

[4] Математической интерпретацией роя может служить странный аттрактор.

[5] См. G. Deleuze, F. Guattari. Mille plateaux . — Minuit, 1980. — P. 385.

пустим, органов). И если биологический организм (или тело) рассматривать как некую территорию (склонную менять собственные конфигурации), то и медицинское внедрение в тела также можно рассматривать как собирание заново (или ретерриторизацию) де-территоризированного организма.

Но собирание организма может пониматься исходя из разных принципов. Во-первых, исходя из принципа «сверху-вниз», когда уже имеется представление о целом (например, идеальный человек Леонардо), и части территоризируются под такое целое (то есть, имеется абстрактное представление о территории всех территорий). И, во-вторых, исходя из принципа «снизу-вверх», когда целое самоорганизуется из хаоса (среды всех сред) и его территоризация осуществляется через ритурнели, ритмы и повторения. Конечно же, и во втором случае имеют место лекала (собственные функции среды), задающие вектор нормализации. Но такие лекала утрачивают жесткость трансцендентальной модели и открывают путь новым территоризациям и де-территоризациям, новым границам и контурам телесности.

Именно в этом пункте происходит резонанс или сближение (без слияния) био-технологий с нано-технологиями. Нано-технологии внедряются в процессы территоризации био-организма на уровне среды всех сред (речь идет не только о микро-уровне, ибо хаос являет себя на разных уровнях организации). Претензии (некоторые из которых уже осуществимы) на механическое манипулирование молекулами, на создание самовоспроизводящихся манипуляторов-репликаторов[1] на нано-уровне в конечном счете предполагают конституирование нано-границ, или нано-территоризацию. При этом указывается на опасность, связанную с проблемой так называемой «серой липкой массы», когда репликаторы обретают способность уничтожать или необратимо трансформировать налично существующую телесность, то есть осуществить радикальную де-территоризацию — такую, что последующие территоризации породят качественно иные (по отношению к теперешним) различия. Однако такие опасения тревожат, по-видимому, лишь тех, кто упорно держится за априорную трансцендентальную модель. Детерриторизирующая сила нанотехнологий (в том числе и в био-медицинском плане конфигурирования «абсолютно здорового» организма, взыскующего бессмертия) непосредственным образом внедряется в про-

[1] «Когда речь идёт об эволюции, репликатор – это объект (такой как ген, мим или содержание диска памяти компьютера), который способен сам себя скопировать, включая любые изменения, которым он мог подвергнуться. В более широком смысле, репликатор – это система, которая способна делать свою копию, не обязательно копируя любые изменения, которым она могла подвергнуться» // Декслер Э. Машины создания: Грядущая эра нанотехнологии. URL : http://www.foresight.org/EOC/

блему, связанную с теми границами, где тело-территория перестает быть, допустим, человеческим, где речь заходит о формировании пост-биологичесого тела (трансгуманизм).

В заключении отметим, что реконфигурирование био-медицинской проблематики (а шире: «био-логоса») предполагает также некий дрейф антропологической матрицы (Б.Латур).[1] Согласно Латуру такая матрица состоит из гибридов (образований, в которых реальное неотличимо о воображаемого), и «каждый новый гибрид, появляющийся на сцене — дети из пробирки, прозак, расшифрованный человеческий геном, космические станции, глобальное потепление, — продвигает нас дальше в нечеловеческую область, в зазор между природой и культурой, сумеречную зону, где наука, язык и коллективное воображение интерферируют и проникают друг в друга».[2] Взаимодействие био- и нано-технологий вносит свой неоспоримый вклад в формирование такого рода гибридов, одним из которых и может выступать пост-биологическое тело.

БИОМЕДИЦИНА КАК СФЕРА СОВРЕМЕННОЙ ПОСТАНОВКИ ВОПРОСА О СВОБОДЕ И ЦЕЛОСТНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Румянцев О.К.

1. Пока человек живет в мифе, до тех пор в его жизненном мире звучат «голоса бессмертных». Эти голоса звучат в мифе, но их источник не в мифе, а за его пределами, в неосвоенном мире (по Канту — в вещи в себе). Если бы этот источник был обращен к человеку, то сделал бы его зрителем «мировой драмы всего сущего», обеспечил бы человеку позицию вненаходимости относительно его жизненного мира. Заняв позицию вненаходимости, человек может отдать себе отчет в том, что эта позиция зрителя и является условием превращения мира в зрелище, т.е. — условием ответственности человека за экспрессивность мира. Появление греческого театра, греческой трагедии означает зачатие индивидуального сознания и рефлексии, выраженной в позиции зрителя и существующей, пока идет представление. А затем уже философия порождает и конституирует позицию вненаходимости человека как его индивидуальную рефлексию на границы своей предметной деятельности. Человек осознает себя как посредника, связавшего идеальный мир-по-исти-

[1] Б. Латур называет антропологической матрицей некую сетевую структуру, объединяющую сознание и материю.

[2] Дэвис Э. Техногнозис. — Екатеринбург : Ульта. Культура, 2007. — С. 26.

не (мир как объект) и традиционный мир-по-мнению (мир культурных предметов). Так осуществляется тематизация человеком своей свободы (ответственности за единство мира) или своей субъективности. Эта субъективность конституируется как неразрывность и неслиянность двух ее ипостасей. Одна ипостась представлена субъектностью иного (или голосами бессмертных), а другая — субъектностью мысли — субъектностью, предполагающей две позиции разума: и как имманентного участника взаимодействий с миром, и как находящегося вне мира наблюдателя. Эта удивительнейшая особенность двусоставности человеческой субъективности является причиной одновременно и продуктивной мощи свободы человека, и беспокойной неприкаянности, принципиальной незавершенности его существования. Причина извечного беспокойства человека заключается в невозможности существования некоторого «третьего звена», в котором и первая и вторая субъектности когда-то были одним, или — когда-то станут одним.

2. Общее поле задач для современной философии и науки можно обозначить призывом «вернуть в природу голоса бессмертных». Как мне представляется, сейчас это означает для философии — восстановление преемственности с «прогрессом в понятии свободы», заданным европейским разумом, а для науки — возвращение к теме единства естественнонаучного и гуманитарного знания. Причем ни одну из этих двух задач нельзя решить силами только философии или науки и ни одну из них нельзя решить без другой.

От возникновения философии, когда была осознана двусоставность субъективности человека, и до XVII века взаимоотношение данных ипостасей мыслилось как непосредственное, что выражено тезисом о предпосланном тождестве мышления и бытия. Собственно, это предпосылочное сродство и обеспечивает такое пред-понимание, при котором понимание является не деятельностью конструирования понимающего субъекта, а умозрительным, созерцательным узнаванием изначально пред-понятого. Сверхприродное (а потом — природное) сродство мысли и иного в Средневековье (и — по наследству — в Новом времени) получило имя «естественного света разума». Непосредственность различения и отождествления этих двух полюсов обусловлена убежденностью в данности разуму (человеку) реальности. Такая самоуверенность внушена ‘априорностью’ для индивидуального сознания коллективного, надындивидуального сознания (исходно выраженного мифом), предоставляющего человеку мир как иное. Потому мысль об ином и мысль о мысли в разуме, понимающем себя таким образом, представляют как бы два полюса, которые не допускают опосредствования между собой. Принципиальная новация Канта заключается во введении третьей ипостаси разума, каковой стало оснащенное продуктивным воображением со-

зерцание, ответственное за данность разуму иного, за полагание инаковости иного. Для античного и средневекового типов знания, опирающихся на мифологическую и религиозную предпосылки (которые обеспечивали пред-понимание — способность слышать голоса бессмертных) двуполюсная модель разума была адекватной. А в Новое время бесплатная данность реальности оказывается несовместимой с открытием природы как иного для разума, голос которому и дает разум. Новому, «трехполюсному» устройству разума должна бы соответствовать такая структура знания, в которой, например, биология, психология и медицина опосредуют отношение между естественными и гуманитарными дисциплинами. Однако в новой теоретической эпистеме гуманитарное знание выдвигает претензии на суверенность только после В.Дильтея и неокантианцев, причем до сих пор ни биология, ни психология не только не пытаются синтезировать в себе естественнонаучную и гуманитарную ипостаси знания, но, кажется, теперь и не ставят себе такой задачи. А ведь речь идет не просто об организации знания. Вопрос о взаимоотношении наук о культуре и наук о природе является переформулировкой кантовского вопроса о природе и свободе, где речь идет о специфически новоевропейском понимании человеческой свободы — именно о свободе в мире явлений природы (а не в сверхчувственном мире идей).

3. В этом отношении биология, психология, медицина призваны выступить в научном знании как опосредствующее «звено» между естественными и гуманитарными дисциплинами. Речь идет о соотношении двух типов знания, одно из которых ориентировано как бы на естественнонаучный, а другое — на гуманитарный идеал знания. Такое размежевание обозначалось как различие объяснения и понимания, или — причинного и целевого (телеологического) объяснения, или — идеографического и номотетического метода. Причем эти два типа познания возможны и в естественнонаучном и в гуманитарном знании. Для естественнонаучного идеала адекватным является теоретико-системное понимание целостности как того, что больше аддитивной суммы его частей — больше на взаимодействие между ними; и такое понимание является формальным. Эта трактовка целостности вообще импонирует естественникам именно потому, что здесь возможна формализация элементов, составляющих целостность. Такой способ интерпретации целостности оправданно обозначается как редукционизм, заданный путем причинного объяснения — от элементов к «поведению» системы, и столь же оправданно данный способ заслужил уважение благодаря успехам в нахождении способов оптимизации функционирования системы. Но при таком понимании целостности объект исследования лишается определения самости и положения центра во взаимодействии со своим окружением. Философское (и вообще гуманитарное) пони-

мание целостности предлагает противоположный путь объяснения — от поведения системы к ее частям. Целостность здесь понята как субъект, и главное — как результат своей истории. Тогда целостность и есть индивид, а ее части выступают как действия, как деятельностные определенности, точнее — самоопределенности целого. Часть («орган») как действие целого актуализирует открытость этой самоорганизующейся, самоконструирующейся системы ее окружению, которому как бы может быть передана инициатива выстраивания взаимоотношений. Здесь часть есть единственно возможный способ явленности целого, и значит формализовать часть как элемент невозможно. Тогда вписанность (определенность) самоорганизующейся системы в ее окружение означает такое освоение «среды», в котором инициатива, запускающая круг самодетерминации системы, передается иному, что и выражает открытость данной системы. Хотя эта проблематика может решаться в любой научной дисциплине, но в биологии, психологии, медицине эта задача выражена наиболее контрастно, потому они играют роль плацдарма для постановки в современном теоретизировании вопроса о свободе человека. Причем для этого требуется новое понимание целостности и организма, и человека.

4. На протяжении всей огромной эпохи от рождения философии до XVII века в знании безраздельно господствует воспроизведение, т.е. мимесис, или принцип подобия, соответственно — властвует субъектность иного. Однако только изнутри новой конфигурации знания, где доминирует конструирование, — человек, осознавший себя радикально конечным существом, впервые смог *радикально* поставить вопрос об онтологической приоритетности иного. Но это пока — еще только *возможность* поставить вопрос о приоритетности иного — предполагается современный тип субъективности человека, такой субъективности, которая, твердо расположившись в *автономии конструирования*, озабочена вопросом об онтологической *приоритетности* иного. Эта задача и может быть выражена призывом — вернуть в природу голоса бессмертных.

ПОНЯТИЕ ЖИЗНИ КАК НАЧАЛО БИОЛОГИИ[1]

Гутнер Г.Б.

Вопрос о начале биологии я намерен поставить в том же смысле, в каком Гуссерль говорит о начале геометрии.[1] Речь идет об особом

[1] Подготовлено при поддержке РГНФ. Грант № 07-03-0028а.

акте сознания или, иначе говоря, об особом событии в интеллектуальной жизни, благодаря которому создается исходное представление о предмете этой науки. В результате такого акта формируется понятие, лежащее в основании науки. Речь идет не только (и не столько) об историческом событии, а преимущественно о базисном постижении, схватывании сущности биологического исследования. Иными словами, речь идет о том, что делает биологию биологией.

Заметим сразу, что определение специфики науки посредством базисного понятия имеет двойственный характер. С одной стороны, существует некоторое «биологическое априори», т.е. всегда присутствующее понимание сути исследуемых феноменов, благодаря которому предмет биологии выделяется из всего многообразия сущего. Такое понимание изначально. Его предмет выступает как эйдос биологии, определяющий весь регион возможных биологических исследований. С другой стороны, сами исследования должны дать ясное и развернутое представление об эйдетической структуре региона. Выявление эйдоса, исходно присутствовавшего и определявшего начало исследования, оказывается также и целью исследования, его ожидаемым результатом.

Такой характер исследования в биологии соответствует определению *позитивной науки,* которое дано в работе Мартина Хайдеггера «Феноменология и теология». Позитивность определяется, прежде всего, тем, что предметом науки является некоторое *positum*, т.е. «наличное сущее»[2]. Это сущее должно быть заранее в каком-то виде раскрыто, т.е. должно присутствовать исходное, возникшее прежде самой науки понимание ее предмета. «Для них (позитивных наук — Г.Г.) характерно, что объективация того, что становится их предметом, происходит лишь в том направлении, в каком она продолжает донаучную установку, уже существующую по отношению к этому сущему»[3]. Иными словами, позитивная наука работает с некоторым предпониманием, которое в рамках науки должно приобрести объективный статус, стать ясным, теоретически эксплицированным пониманием определенного класса объектов. «Позитивная наука — пишет далее Хайдеггер — есть *обосновывающее* раскрытие некоего наличного и уже *как-то* раскрытого сущего» (Курсив мой — Г.Г.).

Предложенное описание выявляет две важных черты науки. Первая — это единство научной дисциплины. Каждый шаг в исследо-

---

[1] Гуссерль Э. Начало геометрии // Гуссерль Э., Деррида Ж. Начало геометрии. — М., 1996. — С. 210–245.

[2] Heidegger M. Phänomenologie und Theologie. // Heidegger M., Phänomenologie und Theologie. — Frankfurt a. M., 1970. — S. 13–33. (рус. пер. В. Зелинского: Хайдеггер М. Феноменология и теология //
URL : http://christianphilosophy.ru/node/39).

[3] Перевод В. Зелинского.

вательской работе сохраняет связь с исходным пониманием, поскольку представляет собой его «обосновывающее раскрытие». Во всех частных проявлениях науки, при постановке и решении конкретных исследовательских задач присутствует некоторое знание целого. Представление обо всем регионе имплицитно сопровождает все исследовательские усилия. Даже тогда, когда научное знание становится сложным и разветвленным, сохраняется возможность поддерживать это единство дисциплины. Сложность научной дисциплины не позволяет одному человеку овладеть в полноте всем ее содержанием. Однако остается представление об этой полноте, как о многообразном проявлении единого эйдоса науки. Для биологии таким эйдосом, судя по всему, является понятие жизни. Оно, будучи исходно донаучным представлением, раскрывается и уточняется в многообразных исследованиях. К компетенции биологии сейчас относятся весьма далекие друг от друга предметные сферы, требующие различных методов исследования. Исследование биохимических свойств клеточной мембраны совсем не похоже на изучение миграций птиц. Но и то и другое есть, в конечном счете, знание о живом. И то, и другое позволяет полнее раскрыть исходное представление о том, что есть жизнь вообще.

Вторая черта науки, обнаруживаемая при таком подходе, — это циклический характер ее развертывания. Всякая частная задача может быть поставлена и решена лишь при наличии исходного понимания, т.е. предварительного знания целого. Однако решение этой задачи изменяет знание целого, создавая новое понимание, которое станет исходным для следующих задач. Движение познания напоминает движение в герменевтическом круге: от целого к частям и от частей к целому. Целое, заданное эйдосом науки, постоянно становится иным под воздействием частных исследований. Но это становление не разрушает целостность. Оно означает возврат к тому же на новом уровне. Понятие жизни — если говорить о биологии — проясняется во множестве своих частных определений. Вовлеченность в циклическое движение не позволяет ухватить точку начала науки. Знание целого всегда предстает как результат решения суммы частных задач. Но никакая задача не может быть даже поставлена без предварительного знания целого. Хайдеггер, как мы видели, находил это исходное понимание в донаучной сфере. Но и там оно должно было как-то сформироваться. Возникновение понятия о жизни в человеческом сознании есть, возможно, такая же тайна, как и возникновение самой жизни. Мы всегда уже знаем себя в качестве живых существ и всегда уже знаем, что такое жизнь, хотя и не уточняем это знание с помощью специальных исследований. Но это знание и составляет начало биологии как науки. Именно оно позволяет сохранять ее целостность.

Получается, что понятие жизни не исчерпано ни в какой научной концепции. Будучи исходной точкой для биологии, как позитивной науки, оно в то же время выступает как горизонт этой науки. Развитие биологии предполагает постоянное расширение предметной области. Ничто, с одной стороны, не мешает этому расширению быть бесконечным. Биология постоянно конституирует новые объекты исследования, вовлекая в свою предметную область представления из физики, химии, математики, лингвистики. Однако, с другой стороны, это расширение обусловлено заданным исходным понятием жизни. Например, исследование биохимических процессов в живых организмах близко к химическому исследованию. Тем не менее, оно проясняет особый аспект понятия жизни, выявляя определенные механизмы ее осуществления. Биология конституирует здесь свой собственный объект — биохимические реакции — для того, чтобы полнее представить существование живого организма вообще.

Следовательно, понятие жизни являет себя в многообразии конституированных биологией объектов как одно и то же. Можно представить, что само это понятие постоянно раскрывается, но все же не раскрыто до конца. Иными словами, заданность не означает данности. Понятие жизни не есть нечто данное для нашего знания, но, скорее некий ориентир его расширения.

ОБЩЕФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОЛОГИИ И БИОЛОГИИ СТАРЕНИЯ

Донцов В.И.

Проблемой старения занимаются самые различные теоретической науки и их практические разделы. Философии принадлежит ведущая роль в вопросах о сущности жизни и смерти, постоянном движении и самообновлении, а также методологические вопросы о сущности и причине феномена старения и принципиальной возможности его преодоления, о будущем человека как расы и т.п. Знание философии избавляет от типичных ошибок, характерных для современных представителей узко специализированной науки, прежде всего, от подмены сущности старения его механизмами, что и привело к безудержному размножению «теорий» старения, которых насчитывают более 200.

Основой современных научных воззрений на сущность жизни и бытия вообще является учение о развитии, изменении, эволюции,

прогрессе всего сущего, что, впрочем, было известно еще в глубокой древности: все находится в движении, все течет, нет отдыха и покоя (Гераклит Эфесский, 480 г. до н.э.). Но почему наряду с несомненным прогрессом и усложнением жизни в целом мы всюду встречаемся и с его противоположностью — старением? Интерес к общим теориям старения отражает именно этот глубинный взгляд на самые фундаментальные основы нашего бытия.

Одним из древнейших объяснений главной причины старения как явления, присущего живым организмам, явилось учение о «жизненной силе» («энтелехии» Аристотеля), которая имеет тенденцию только растрачиваться со временем для любого родившегося организма. По Бюргеру эта энтелехия проявляется в виде двух зачатков — жизни и смерти. Эти представления послужили основой развития всего комплекса теорий «изнашивания» организма — от Мопа и Гертвига, считавших, что организм изнашивается как машина, до современных теорий изнашивания, искавших конкретный материальный субстрат такого «изнашивания» — изнашивание уникальных генов и пр.

С развитием современной узко специализировавшейся науки, критика общих представлений как «идеалистических» сменилась грубым материализмом, сводящим часто причину, проявляющуюся как общее, к ее частным конкретным манифестациям. Не удивительно, что в результате все теории старения, основывавшиеся на частных положениях, потерпели крах и признаны только описанием механизмов старения, но не его первопричины. Нельзя не видеть преемственности между термином «жизненная сила» и терминами «жизнеспособность» и «жизненность», являющимися главными для медицины, биологии и геронтологии. Аналогичным образом, двойственная «энтелехия» соответствует антагонистичности катаболизма и анаболизма, или противоположности системного процесса разрушительного старения и противостоящего ему комплекса приспособлений и повышения жизненности организма — «витаукта» современного геронтолога В.В.Фролькиса.

Интересно, что именно общая идея спонтанной утраты «жизнеспособности» является в настоящее время краеугольным камнем всей научной геронтологии. Эта идея была, в частности, положена в основу знаменитой формулы Б.Гомперца почти 200 лет назад, наиболее точно описывающей смертность человека и, видимо, большинства других организмов. Являясь специалистом по страхованию жизни, Гомперц теоретически вывел необходимую для его занятий формулу интенсивности смертности как обратной величины жизнеспособности, повышение которой с возрастом и служит наиболее общим определением старения как такового до настоящего времени.

Гомперц же отмечал сходство кривых изменения смертности и энтропии, а Перкс прямо писал, что неспособность противостоять разрушению имеет ту же природу, что и рассеяние энергии (то есть, старение эквивалентно увеличению энтропии, которая служит мерой неупорядоченности любой системы). А.Комфорт в своей знаменитой, ставшей классической, «Биологии старения» (1967) прямо пишет о том, что загадочная «энтелехия» и «жизненность» на современном уровне понимания может быть сведена к достаточно конкретному, хотя и не вещественному субстрату — «в настоящее время представляется вполне вероятным, что информация, содержащаяся в клетках, и есть та “биологическая” энергия”, существование которой предполагалось ранее и о которой думали, что она растрачивается с возрастом».

То, что энтропия для любой замкнутой системы только нарастает во времени известно давно как наиболее общий закон нашего Бытия. Жизнь противостоит потоку энтропии, организуя встречный поток порядка, однако, эффективное противостояние возможно только при условии обновления на всех уровнях, всех элементов системы. По этой причине жизнь в целом не стареет, а **развивается**, но лишь путем смены всех форм-организмов. Организм же, являясь по своей природе «законченным» в морфофункциональном отношении объектом, может только стареть сразу же после прекращения роста и развития. Эту закономерность улавливали многие, сформировав ряд теорий старения как «продолжения развития», «окончания роста и развития», «последствия дифференцировки клеток», «ограничения роста» и «особого типа ограничения роста» и пр. Однако, этим теориям не хватало методологической законченности — общности, что во многом было связано с отсутствием адекватного языка для описания общих процессов вообще.

В последние годы бурно развиваются новые теории информации, теории систем, самоорганизации и пр., что дает возможность достаточно точно и содержательно выражать общие положения, которые ранее могли быть рассмотрены только как философские заключения, мало пригодные для целей естествознания.

В настоящее время теоретически достаточно ясно, что наиболее выраженной ПРИЧИНОЙ СТАРЕНИЯ является второй закон термодинамики, проявление которого для живого обуславливается ДИСКРЕТНОСТЬЮ существования жизни. Именно это глобальное свойство жизни создает ГЛОБАЛЬНОЕ ПРОТИВОРЕЧИЕ, предопределенно ведущее к старению со временем любых, не изменяющихся форм живого. Это противоречие конечности «усилий» частей сохранить свое постоянство и бесконечности разнообразных влияний целого на эти части. Это противоречие — глобальный закон, стимулирующий эволюцию и усложнение, но если какая-либо

часть не может постоянно эволюционировать (а любой организм имеет конечные морфофункциональные параметры после достижения взрослого состояния), то развитие старения неизбежно.

Способ противодействия старению как накоплению хаоса, в общем виде, достаточно хорошо известен — это поступление энергии (а также вещества и информации) ИЗВНЕ, что дает принципиально значимые эффекты:

— обусловливает ненарастание энтропии в системе, а возможно даже ее снижение при росте и развитии;

— обеспечивает прогрессивную эволюцию (увеличение биомассы и ее усложнение в целом);

— однако не определяет сохранения исходных форм (изначальной структуры системы), т.е. также обеспечивает прогрессивную эволюцию, но путем развития разнообразия форм, их изменения и смены друг другом.

Таким образом, старение отменяется путем развития, эволюции всех форм, путем перерастания, развития, эволюции систем, а не путем консервирования всех структур (форм) на длительный срок. Общим глобальным направлением противодействия старению, исходя из его глобальной причины, является повышение степени открытости системы — организма и обеспечение его дальнейшей эволюции в целом и всех его подсистем в частности. Частные методы воздействуют на отдельные механизмы, синдромы и типы старения и влияют на старение лишь частично — на его отдельные проявления. В этом и состоит принципиальная методологическая ошибка многих, занимающихся проблемой старения, причем эта ошибка свойственна механистическому мышлению, сопровождающему технологическое — «мертвое» развитие цивилизации в настоящее время.

ЭНТРОПИЯ, ЭВОЛЮЦИЯ И СТАРЕНИЕ ЖИВЫХ ОРГАНИЗМОВ

Донцов В.И.

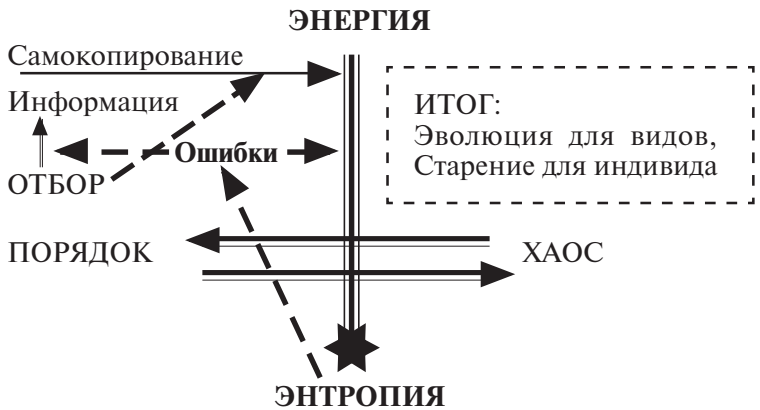
Энтропия и внешняя энергия — две противостоящие силы, ответственные за самоорганизацию и изменение отдельных, как простых, так и самых сложных систем, в том числе организмов.

Действие механизмов самоорганизации в классическом примере, обычно используемом в учебниках по самоорганизации динамических систем, видно на следующей схеме: масло на чашке (сковородке и т.п.) на огне самопроизвольно формирует устойчивую

структуру. Этим обычно пример и ограничивается — утверждается самопроизвольная самоорганизация динамических структур при потоке энергии через вещество. Однако, стоит рассмотреть его в реальности, как выявляются интересные и характерные особенности: со временем масло испаряется, прогоркает (окисляется воздухом), прогорает чашка и горелка и т.п. Все это реально ведет не к сколь угодно длительному существованию самоорганизованной структуры, а к ее эволюции, причем однозначно — в направлении старения и самораспада. Для поддержания структуры нужны — новое масло, слив старого, периодическая замена чашки и горелки — полная аналогия в биологии с метаболизмом, клеточным самообновлением и рождением новых организмов.

Важно понимать, что реально идут ВСЕ возможные процессы, которые реально и следует учитывать, когда речь идет об очень длительных периодах времени и очень сложных системах. Системный анализ, как современная научная методология, как раз и способен это делать.

Реальная схема будет следующая:



Энергия необходима для получения Порядка из Хаоса, но она действует в конкретных условиях, по конкретному плану — на основе **информации** биологических систем (развитие на основе генетики организма), и путем **самокопирования** имеющихся биомолекул и биоструктур. Энтропия противодействует этому процессу путем **ошибок**, которые с неизбежностью проявляются на всех и любых уровнях. Ошибкам противостоит **Отбор** (естественный отбор для вида и иммунные и другие механизмы внутри организма), однако, отбор также подвержен неизбежным ошибкам и дает лишь материал для эволюции системы (организма).

Практически *внутри* организма невозможно достичь бесконечной эволюции и усложнения. Кроме того, ввиду самого существо-

вания организма как отдельной системы, организм принципиально смертен, и отбор и эволюция не имеют достаточно времени и необходимости (как и возможности) для формирования нестареющего организма в котором ВНУТРИ него ПОЛНОСТЬЮ компенсируются ВСЕ ошибки и происходит полноценная эволюция и дальнейшее бесконечное развитие. На деле неизбежно накопление ошибок, прекращение развития и снижение упорядоченности в целом, что и есть **старение живых организмов**.

ГЕРМЕНЕВТИЧЕСКИЙ КОНЦЕПТ В ОСМЫСЛЕНИИ ЖИВОГО

Денискин С.А.

1. В настоящее время одной из важнейших проблем биофилософии является концептуализация объекта познания и поиск соответствующих методологических оснований. Нам представляется, что указанная проблема может быть решена при экстраполяции герменевтической методологии на всю область живой природы. Для этого необходимо вычленить фундаментальные черты живого во всех его проявлениях, которые остаются за пределами внимания в силу ограничений традиционной парадигмы исследования.

2. Как установлено при анализе герменевтики, в социально-гуманитарном приложении ее объект формализован как *текст* (К.Леви-Стросс, Ю.Кристева, Э.Кассирер и др.), который представляется как форма объективированного духа, имеющая структурно-смысловую или структурно-функциональную целостность, части которой взаимосогласованы между собой и с целым. Интерпретация осуществляется с целью осмысления той духовной жизни, в результате которой появился исследуемый текст.

Как через текст осмысляется духовная жизнь, так и, образно говоря, «читается» живая природа. Здесь в качестве текста выступает *органическая целостность*, представляемая в немецкой классической философии как единица живого[1]. Эта целостность возникает со своими частями в едином процессе становления в результате действия «формирующей силы» — специфического многокомпонентного отношения части-части и части-целое. Осмысление органической целостности возможно только путем интерпретации ее активности.

---

[1] Денискин С.А. Методологический анализ концептуализации живого // Философские проблемы биологии и медицины: Вып. 2 : Междисциплинарные аспекты биомедицины : сборник. — М.: Принтберри, 2008. — 408 с.

Общее основание для этих двух подходов видится в том, что как текст, так и органическое целое являются продуктом процессов одной природы, в которых возникают многокомпонентные целостности. Их родовым понятием может быть понятие *органичной целостности*, акцентирующее не вещественный — органический, а именно процессуальный аспект — взаимосогласованность, гармоничность.

3. Методологически осмысление органичного целого осуществляется путем интерпретации, которая в наиболее общем виде включает в себя следующие шаги:

1) выделяется объект как целостность на основе единственного признака (например, общего смысла текста, реализуемой функции и др.);

2) выбирается признак, на основе которого возможно различение частей объекта;

3) выделяются исчерпывающим образом параметры, составляющие в совокупности признак целого (части смысла или функции, в совокупности дающие общий смысл или функцию целого), и части целого во взаимооднозначном соответствии, т.е. каждому частному признаку целого сопоставляется часть его структуры;

4) последующая детализация производится для каждой выделенной части аналогично.

4. Существование органичной целостности обусловлено наличием особого вида взаимодействия частей в составе целого. Ее обоснование выполнено по методологии В.И.Плотникова, в соответствии с которой качественно новый объект возникает на основе новой, особой связи элементов[1]. В данном случае необходимо соотнести с органичной целостностью соответствующую *органичную связь* — гармоничное, согласованное многокомпонентное отношение части-части и части-целое. Эта особая связь обеспечивает взаимосогласованные действия во всей живой природе, на всех уровнях организации, т.е. согласованность как между частями целого (на уровне системы), так и между разными органичными целыми (на уровне надсистемы).

Основанием органичной связи должно быть свойство, которое принципиально отлично от известных физико-химических взаимодействий. Размышления по этому поводу приводят к выводу, что таким свойством может быть свойство *активного отображения*.

Осмысление различия классического понятия *отражения* (как всеобщего свойства материи фиксировать в своих изменениях результат внешнего воздействия) от понятия *отображение*, соотносимого с живой материей, выполнено в терминах информации в работах А.Д.Урсула, Э.П.Семенюка. Отражение является субстратным взаимодействием, при котором происходит изменение структуры

[1] Плотников В.И. Социально-биологическая проблема : материалы спецкурса. — Свердловск.: УрГУ, 1975. — 190 с.

самого тела в результате внешних физико-химических воздействий, т.е. имеет характер внешней причинности.

В нашем представлении *отображение* мыслится как способность органичной материи (органичных целых) фиксировать *в изменениях специализированной структуры целостности* признаки, свойства и отношения отображаемого. При этом указание на *активность* отображения акцентирует самопричинность этого процесса, т.е. необусловленность с необходимостью процесса отображения внешним воздействием. Качественное отличие такого процесса состоит в том, что изменение отображающей структуры соотнесено с характеристиками отображаемого, что в свою очередь предполагает использование в механизме изменения структуры принципа *кодирования* признаков. Здесь имеет значение не физический контакт и его интенсивность и не сам воспринимаемый объект или его признаки, а их наличие или отсутствие в качестве некой целостной неоднородности, которая имеет значение для жизнедеятельности.

5. Постоянно создаваемая и корректируемая в органичной целостности совокупность зафиксированных отображений различаемых неоднородностей выполняет функцию ориентира, на основе которого становятся возможными направленные действия. Самопричинение без ориентира не может мыслиться иначе, чем хаотическая активность.

Благодаря тому, что свойство активного отображения проявляется как во внешних, так и во внутренних связях, в процесс отображения попадают не только внешние объекты, но и внутренние, что создает явление восприятия себя. Этот образ себя, зафиксированный в той же специфической структуре, является тем эталоном, на основе которого возможно создание образа другого.

Можно представить, как в процессе активного взаимного отображения органичных целых по принципу «все со всеми» происходит синхронизация всех отображающих структур, т.е. появление согласованного образа действительности. Очевидно, необходимым условием взаимного отображения является принципиальная симметричность взаимодействующих сторон и отношений, т.е. структурно-функционально-сигнальный изоморфизм, причем как во внутренних, так и во внешних отношениях.

6. Таким образом, введение понятия *органичное целое* в качестве формализованного объекта в осмыслении живого и формулировка соответствующей методологии его интерпретации создают единое основание для био-социо-гуманитарного познания, в котором человек познает живое и себя как живое в совокупности общих и отличительных черт.

В качестве сущностной характеристики органичного целого указано свойство активного отображения, базирующееся на сигнальной системе.

СИНЕРГЕТИКА И МЕДИЦИНА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМАМ ЗДОРОВЬЯ

Коваль Т.И.

В последние десятилетия в науке сформировалась синергетическая парадигма, в соответствии с которой мир рассматривается как сложное взаимодействие способных к саморазвитию систем. Основным содержанием такого подхода является осознание принципиальной возможности возникновения порядка из беспорядка в результате процессов самоорганизации, нелинейности процессов и появления относительно устойчивых неравновесных состояний. Примером сложной открытой неравновесной системы является человек во всех его многообразных проявлениях и сферах бытия, в том числе и медицинской. Рассмотрим некоторые аспекты здоровья с точки зрения синергетической парадигмы.

В синергетическом понимании не существует раз и навсегда данного образа порядка. Открытая нелинейная система в случае критической неравновесности способна порождать порядок из хаоса, менять тип своего поведения. Те ситуации, которые в обыденном сознании отождествляются с беспорядком, нездоровьем, деструктивным состоянием организма, могут стать мощнейшим символом пересмотра сложившегося образа жизни и прежнего отношения к здоровью, т.е. показателем тенденции зарождения нового порядка. С другой стороны, необходимо понимание, что стабильное состояние здоровья есть не вечный порядок жизни, а временно достигнутый этап, требуемый постоянного поддержания и известных усилий, без чего возможно его скорое завершение. Так, устойчивость и неустойчивость, самоторможение и самоусиление выступают как необходимые способы самоорганизации.

Сложноорганизованным социоприродным системам, к которым относится и человек, нельзя навязывать пути их развития, таким образом, взаимодействия врача и пациента тоже можно проанализировать с позиций синергетики. Пациент, с точки зрения медицинской осведомленности, чаще всего выступает неупорядоченной хаотизированной (диссипативной) системой, которая обладает определенной свободой в выборе способов лечения, принятия окончательного решения. При контакте такой системы с внешней средой (в данном случае — с врачом), поглощении её энергии и информации (о существующих способах лечения и диапазоне возможных последствий) происходит разумное уменьшение числа степеней свободы. В результате пациент выбирает наиболее благоприятный для себя путь эволюции, ориентируясь на свои ценностные предпочтения и возможности. Вот почему на смену идее патерна-

лизма, где врач, обладающий профессиональным знанием, делал выбор, инициируя и контролируя предписанные манипуляции, приходит антипатерналистская модель, в которой основополагающим является принцип уважения автономии пациента. Главная задача для врача заключается в том, как управлять, не управляя, как малым резонансным действием «подтолкнуть» систему на один из собственных (и благоприятных для пациента) путей развития. Таким образом, именно пациенту принадлежит особая роль в нелинейных критических ситуациях (бифуркация) и выборе желаемого, оптимального для него пути развития.

Человек как система, испытывающая влияния (флуктуации) со стороны сложного, непредсказуемого окружения, с позиций синергетики проявляет не только свою открытость, но и автономность, внутреннюю целостность. Следовательно, здоровье человека в значительной степени зависит от уровня самодетерминированности, собственной активности и усилий по его поддержанию — как известно, по оценке ВОЗ, определяющим здоровье фактором является образ жизни.

Лечение может быть рассмотрено как синергетическое состояние, в котором существуют определенные установки (структуры — аттракторы) на благоприятное и здоровое будущее. В условиях комплексной оценки здоровья (как состояния полного физического, психического и социального благополучия) с позиций синергетики возможно обсуждение вопросов о том, насколько здоровье связано с хаотическими социальными состояниями, можно ли быть психически здоровым при соматической болезни, может ли быть здоровым человек, если нездорово общество и наоборот.

Таким образом, синергетический подход к человеку предполагает новый подход к индивидуальному и коллективному здоровью.

ЭВРИСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИДЕИ ГЛОБАЛЬНОГО ЭВОЛЮЦИОНИЗМА В ОБСУЖДЕНИИ ПРОБЛЕМ БИОФИЛОСОФИИ

Черникова И.В.

Идея глобального эволюционизма является основой современной научной картины мира. Ее оформление как философской идеи связано с деятельностью таких мыслителей как Гегель, Г.Спенсер, А.Бергсон, Тейяр де Шарден, А.Уайтхед, В.И.Вернадский. Онтологический аспект идеи глобального эволюционизма содержит поло-

жение о существовании единого эволюционного процесса от космогенеза до социогенеза. В рамках картезианского каркаса мира подобные представления не могли доминировать. Напротив, считалось, что развитие социума происходит по своим специфическим законам и изучать историю общества можно только из нее самой.

Естествознанием XX века были созданы эволюционные модели астрономической, геологической, биологической реальности, которые позволяли усмотреть единство эволюции. Важнейшей составляющей современной эволюционно-синергетической парадигмы является эволюционизм, понимаемый не в традиционном дарвиновском смысле, а через идею глобального (универсального) эволюционизма. Термин «глобальный эволюционизм» вошел в язык современной философии в начале 80-х годов. Прежде всего, об идее глобального эволюционизма стали говорить в аспекте изучения интегративных явлений в науке, связанных с обобщением эволюционных знаний, полученных в разных отраслях естествознания. В работах автора[1] анализируется и обобщается естественнонаучное обоснование глобального эволюционизма, а также социокультурная значимость нового видения эволюции. Фокусом глобально-эволюционной проблематики является человек.

Идея глобального эволюционизма явилась новой метафорой эволюции, современной формой историзма. В отличие от прежней трактовки эволюции как линейного процесса постепенных изменений под действием случайных факторов, глобальный эволюционизм базируется не только на аксиоме историзма, но и на аксиоме системности. Опираясь на утверждающуюся парадигму самоорганизации многие авторы подчеркивали, что эволюция — это, прежде всего создание новых структур, усматривали сущность эволюции в *организации* новообразований. Однако, эволюция не сводится к самоорганизации. Изучение механизма самоорганизации дает знание о локальном новообразовании, но оставляет в тени саму систему таких событий, *направленность* процесса новообразования. Поэтому сущность глобального эволюционизма как нового подхода к эволюции, это понимание эволюции как коэволюции, сопряженной эволюции системы и среды.

Идея глобального эволюционизма является не только фундаментальной идеей современного научного мировоззрения, она методологически эвристична. В контексте глобального эволюционизма преодолевается разрыв между Природой и Культурой, формируется холистическая картина реальности, в которой новое прочтение получают многие актуальные проблемы биофилософии, такие как

---

[1] Черникова И.В. Глобальный эволюционизм (философско-методологический анализ). — Томск, 1987. — 180 с. ; Черникова И.В. Всеохватывающий феномен эволюции и человечество. — Томск, 1994. — 108 с.

проблема детерминизма, вопрос о природе человека, о соотношении биологического и социального, о биологических корнях когнитивной деятельности и другие.

Рассмотрим в качестве примера обсуждение проблемы детерминизма в биологии. Традиционный анализ этой проблемы на собственно биологическом уровне приводит к обсуждению проблемы телеологизма. Как отмечал Э. Майр, никакое обсуждение причинности не будет полным, если оно не затрагивает проблему телеологии. Признавая целесообразность как специфику функционирования живого, биологи стремились освободить используемое ими объяснение от таких оттенков как «замысел», «принцип Конечных Причин», путем замены термина телеологический на термин телеономический. Внутри такой постановки проблемы споры продолжаются и сегодня.

В контексте глобального эволюционизма проблема детерминизма рассматривается через выявление специфики детерминизма, являющейся следствием особых параметров порядка, специфической организации процессов на разных уровнях сложности. Попытаемся проанализировать вопрос о совместимости случайности и универсальности в эволюции. Возможно ли, чтобы в развитии не только одной и той же системы, но и разных по природе системах проявлялось наряду со случайностью закономерность?

Так физический детерминизм рассматривает только каузальные связи, причем причина как единственный вид детерминации физических явлений, рассматривается и в концепции лапласовского детерминизма, и в статистическом детерминизме. Ведущими противоречиями каузальной связи является оппозиция необходимого и случайного. В лапласовском детерминизме связь причины и следствия имеет необходимый характер. Случайность обнаружилась в физике микромира, и это инициировало изучение видов случайности. Например, случайность, являющаяся атрибутом некоторого процесса, назовем ее динамической (пример — случайность выпадения герба или решки при бросании монеты) отличается от случайности такого рода, как последовательность чисел, которую нельзя задать существенно короче, чем выписать ее целиком (случайные последовательности А.Н.Колмогорова). Второй тип случайности, в отличие от динамической, вскрывает оппозицию случайность — организация.

Анализ детерминизма в биологии, прежде всего, позволил осознать, что детерминизм не тождественен каузации. В биологии вариативность видов детерминизма выше, чем в физике. Здесь имеет место не только причинный детерминизм, как например, генетический, нейрофизиологический. В биологии имеем дело с более сложным объектом, чем в физике, в связи с этим возрастает и

разновидность детерминизма: детерминизм причинный; детерминизм эволюционный (мягкий), согласно которому некоторые события беспричинны; детерминизм целевой (телеологизм). В биологии обсуждение проблемы детерминизма формируется через объяснение функционирования на основе причин и резонов (целей). В социобиологии, в этологии при объяснении форм социального поведения наряду с противоречием «необходимость — случайность», все большую роль играет противоречие «детерминизм — либертализм».

В тех случаях, когда имеем дело с псевдослучайностью, т.е. случайностью как «мерой невежества», мы не можем утверждать, что закономерности нет в действительности. Другое дело, когда случайность реальна. Однако и здесь, как показал Ю.А.Шрейдер, следует различать модусы реальности случая. Новым модусом случая становится свобода. Проблема свободы в рамках классической парадигмы социальности считалась релевантной для человеческого поведения. Однако в контексте холистического подхода стало возможным поставить задачу при обсуждении проблемы свободы и моральности не ограничиваться философской спекуляцией, но рассмотреть их и с позиций научного исследования[1].

По Деннету дилемма «детерминизизм — либертализм» уходит корнями в картезианскую традицию, согласно которой сознание является особой ментальной реальностью. В рамках холистического подхода сознание должно быть понято эволюционно как процесс формирования новой сложности через создание новых «структурных сопряжений» (У.Матурана), «управляющих параметров» (Г.Хакен). Свобода воли как атрибут сознания и самости рассматривается в рамках холистического подхода как еще один уровень сложности. Элементы свободного поведения отмечаются и у животных. Объяснение человеческого воления только адаптивным механизмом недостаточно. У человека добавился еще один уровень. Этот уровень связан с социолингвистической деятельностью и саморефлексией. Для объяснения функционирования объекта на этом уровне сложности потребуется новая методология. Д.Деннет в качестве таковой предложил теорию установок: физическая установка, установка дизайна и установка интенциональная[2]. Деннет рассматривает свободу как реальный феномен, но реализацию свободы связывает с нашими интенциями. Согласно Деннету реальность свободы зависит от того, верим ли мы в нее, подобно тому как реальность любви зависит от того, чувствуем ли мы ее.

---

[1] Dennett Daniel C. Freedom Evolves. — 2003. — 347 p.; Хаузер М. Разум и мораль. — М., 2008.

[2] Юлина Н.С. Философский натурализм : О книге Дэниела Деннета «Свобода эволюционирует». — М., 2007. — С. 132, 64.

Такой подход к трактовке реальности свободы может показаться не достаточно убедительным. Если реальность зависит от веры в нее, то чем такая реальность отличается от иллюзии? На наш взгляд, для решения этой проблемы методологически продуктивно вспомнить дискуссию в биологии по поводу реальности видов. В этой дискуссии обозначился вопрос о модусах реальности. Отрицать реальность вида на том основании, что вид в отличие от организма и популяции не локализован в пространстве, это отрицать существование эволюции, поскольку виды — это репродуктивная единица эволюции. В ходе дискуссии было отмечено, что вопрос следует ставить иначе: не о том, реальны или не реальны виды. Они реальны, но как?

Воспользуемся этим методологическим уроком при обсуждении вопроса о реальности свободы воли. Реальность свободы должна быть понята эволюционно. Живые системы отличаются от кибернетических моделей тем, что управляются эндогенно, то есть сами себя организуют. Важным понятием, входящим в теорию аутопоэзиса является понятие «операциональная замкнутость». Сложные системы отчасти открыты, отчасти замкнуты, способны сохранять свою идентичность, автономию. Уровень сложности социальных систем может определяться и быть коррелятивно связан с уровнем свободы. Свобода человека оказывается реальностью эволюционно обусловленной, явлением многоуровневым, характеризующим человека как существо биологическое, разумное и духовное.

АКСИОСОМАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕЗА И ИДЕЯ РАЗВИТИЯ

Шацких А.С.

В связи с обсуждением аксиосоматической гипотезы[1], рассматривающей заболевание как результат неадекватной абсолютизации чего-либо, хотелось бы сначала рассмотреть вопрос, связанный с относительностью ценностей. Спектр уровней сознания, отражаемый в определенном смысле условном разделении на стадии (в качестве примера можно привести классификацию стадий сознания, которую приводит Кен Уилбер[2]), подразумевает наличие подобного спектра ценностей, который в той или иной степени соответствует спектру сознания. Таким образом, проблему абсолютизации отно-

[1] Моисеев В.И. Философия биологии и медицины. — М.: Принтберри, 2007. — 176 с.

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

сительных ценностей можно представить как проблему несоответствия стадии сознания и ценностей.

Возможно, что эта проблема особенно остро стоит в том случае, когда человек находится на грани перехода между уровнями сознания. Он, словно шарик на лезвии ножа, готов скатиться как в одну, так и в другую сторону. В этом случае понимание того, что ниже и что выше, может помочь сделать правильный выбор и продвинуться в развитии. В одном случае может быть достаточным воздействия внешних факторов (таких, как социальное окружение), которое, несомненно, будет болезненным, поскольку затрагивает чрезвычайно важные для человека вещи. Однако боль, как физическая, так и душевная, представляет собой естественный механизм, отражающий несоответствие потребностей и реальных условий вне зависимости от того, насколько относительными являются потребности. Отсюда следует вывод о том, что развитие будет неизбежно сопровождаться страданием, которое будет тем больше, чем быстрее идет перемещение по спектру сознания. Человек как биологическая система стремится к гомеостазу, но гомеостаз тоже относителен. Можно говорить о стационарных уровнях, к которым стремится биологическая система, но, в силу ряда условий, крайне редко их достигает. Развитие можно представить как переход с низкого стационарного уровня на более высокий. Таким образом, получается парадокс — стремление к стабильности, к покою, в конечном счете, приводит к изменению, развитию. Следует отметить, что система, находящаяся между стационарными уровнями, с большей вероятностью перейдет на более низкий уровень, так как это менее энергозатратно.

В связи с этим возникает вопрос: если развитие происходит, то что же является тем фактором, который направляет изменение, придает ему векторный характер? Вопрос этот очень важен, но и чрезвычайно сложен. Поэтому хотелось бы высказать ряд идей, которые, конечно, не претендуют на всестороннее объяснение данного явления, но, может быть, в какой-то степени помогут найти более полный и аргументированный ответ на поставленный вопрос.

На первый взгляд, если на уровне самой системы нет разницы, на каком стационарном уровне пребывать, то переход на более высокий уровень должен стимулироваться внешними факторами. Тогда непрерывное развитие может быть только в том случае, если внешние факторы будут действовать в определенном направлении, причем в каждом случае внешнее воздействие должно соответствовать уровню развития системы. В противном случае достаточно сильное ненаправленное внешнее воздействие с равной вероятностью может привести как к подъему, так и к падению, и стабильное развитие окажется просто невозможным. Можно предположить нали-

чие каких-то внутренних факторов, в определенной степени обуславливающих направленный характер как индивидуального, так и эволюционного развития[1]. Ключ к пониманию вопроса направленного развития видится в сложном взаимодействии внешних факторов с системой, имеющей предпосылки к направленному изменению.

Индивидуальное развитие может иметь намного больше черт сходства с биологической эволюцией, чем это может показаться на первый взгляд. В связи с этим представляется возможным говорить о некотором универсальном характере развития как такового. Именно наличие универсального характера развития может объяснять структурное и функциональное сходство ряда систем, таких как биологические и социальные[2]. Поэтому, возможно, имеет смысл рассматривать биологические и социальные патологии как явления, имеющие общие корни. В рамках синергетического подхода[3] рассматриваются некоторые причины сходства развития систем самого разного уровня организации, переходы систем из одного состояния в другое, и возникающие при этом процессы самоорганизации, приводящие к возникновению нового упорядоченного состояния. При достижении определенного уровня внешнего воздействия, система оказывается в метастабильном состоянии, и то направление, в котором произойдут изменения, может зависеть от случайных факторов, которые к тому же могут быть крайне малы по величине. В случае биологических систем, характеризующихся большой сложностью, могут иметь место механизмы, которые направляют переход системы из метастабильного состояния на новый стационарный уровень. Одним из таких механизмов может быть наличие эпигенетических изменений[4], также огромную роль может играть психическая сфера[5], значение которой увеличивается по мере как эволюционного, так и индивидуального развития.

---

[1] Животовский Л.А. Наследование приобретенных признаков: Ламарк был прав // Химия и Жизнь, 2003. — № 4. — С. 22–26.

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

[3] Хакен Г. Тайны природы. Синергетика: учение о взаимодействии. — Москва—Ижевск: Институт компьютерных исследований, 2003. — 320 с.

[4] Гродницкий Д.Л. Эпигенетическая теория эволюции как возможная основа нового эволюционного синтеза // Журнал общей биологии. — 2001. — Т. 62, № 2. — С. 99–109.

[5] Шацких А.С. Феномен онкогенеза: случайность или непознанная закономерность? Часть 2. Психологические аспекты онкогенеза / А.С. Шацких, Е.А. Москалёв // 2-я Научно-практическая конференция «Философские проблемы биологии и медицины: Междисциплинарные аспекты биомедицины», Москва, 22-24 октября 2008 г. — М., 2008. — С. 305–309.

Возвращаясь к вопросу аксиосоматической гипотезы, в свете всего вышесказанного, можно придти к выводу о том, что возникновение заболеваний может служить фактором, способствующим переходу на новый стационарный уровень. Поскольку человек в развитии психической сферы достиг уровня самосознания, то у него заболевания могут служить механизмом, корректирующим его моральные принципы и установки, которые сами, в свою очередь, влияют на патогенез. Так реализуется один из универсальных механизмов регуляции — механизм обратной связи. Следует заметить, что работа подобного механизма может быть корректной только в том случае, если индивидуальный уровень сознания предполагает возможность осознания ситуации и соответствующего изменения поведения. В противном случае может произойти зацикливание вида: болезнь → неверие в возможность излечения → болезнь. При этом неверие в возможность излечения будет являться следствием непонимания истинной причины болезни. Однако в этом случае болезнь может играть несколько иную роль: она будет не фактором, способствующим направленному переходу на новый стационарный уровень из метастабильного состояния, вызванного теми или иными условиями, но будет сама являться фактором эндогенного напряжения, способствующим переходу со стационарного уровня на метастабильный уровень в направлении к более высокому стационарному уровню. Длительное воздействие подобного эндогенного напряжения может оказаться достаточным для изменения сознания настолько, что оно окажется способным осознать свое реальное положение и устремиться на новый стационарный уровень, избегая страдания.

Поскольку напряжение является неотъемлемой составляющей развития, наличие тех или иных трудностей неизбежно. Долгий застой в силу закономерных причин будет нарушен во имя развития. И если внешние факторы не подталкивают, или ценности и установки индивида не приемлют идеи развития, а способствуют стремлению к покою, застою, то возникновение заболеваний будет тем механизмом, который обусловит внутреннее напряжение и переход на метастабильный уровень.

Способы избежать подобной ситуации давно известны как официальной медицине, так и на обывательском уровне. В качестве практической рекомендации можно предложить занятия спортом, наукой, творчеством. Причем эффект будет выше, если все эти составляющие будут иметь место в жизни человека. Общеизвестно, что если человек ведет активный и полноценный образ жизни, то у него намного меньше шансов заболеть многими заболеваниями и больше шансов сохранить физическое и душевное здоровье до глубокой старости. Повышенная заболеваемость после выхода на пенсию может быть, таким образом, объяснена не столько старением

организма, сколько тем, что многие пожилые люди теряют смысл жизни и не приемлют идеи постоянного развития, или, по крайней мере, начинают прилагать меньше усилий, что приводит к циклу вида: приложение меньших усилий → замедление развития → ослабление организма → приложение меньших усилий. Функционирование подобного цикла сопряжено с патогенезом как механизмом эндогенного напряжения. Инфекционные и другие заболевания, имеющие внешнюю причину, также имеют эндогенную составляющую патогенеза, заключающуюся в ослаблении организма вследствие снижения интенсивности сознательной трудовой деятельности.

Также хотелось бы отметить тот факт, что абсолютизация относительных ценностей имеет две стороны. Как было сказано выше, наличие спектра ценностей предполагает тот факт, что каждая ценность является одновременно высшей и низшей относительно других ценностей, т.е. все ценности относительны. И то, является ли данная ценность высокой или низкой, в общем, определяется тем уровнем сознания, которому она свойственна. В обществе же считают высокими те ценности, которые свойственны большинству, отрицая как более низкие, так и более высокие ценности. Поэтому надо с осторожностью говорить об абсолютности ценностей, чтобы избежать как непонимания, так и навязывания другому своих относительных ценностей, что может привести к еще более разрушительным последствиям, если тот, кто навязывает, имеет сознание с уровнем низшим, чем у того, кому он пытается навязать, пусть даже он делает это из самых благих намерений.

Сам факт абсолютизации ценностей нельзя однозначно назвать негативным или позитивным, т.к. это зависит от того, какая ценность абсолютизирована на данном уровне развития сознания. Абсолютизация более высокой ценности полезна, поскольку способствует развитию, но на более высоком уровне развития сознания абсолютизация этой же ценности будет тормозить развитие. Однако абсолютизация ценностей с последующей релятивизацией их на новом уровне неизбежна в процессе развития, также как и при подъеме по лестнице неизбежно нужно убрать ногу с той ступени, на которую прежде ее надо было поставить.

ФИЗИКА ЖИВОГО И КВАНТОВЫЙ ПОДХОД

НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ В ОПИСАНИИ БИОСОЦИАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ, НОРМА И РАСКОЛ МЕЖДУ СТОРОННИКАМИ ПРОФИЛАКТИКИ И МОРАЛИСТАМИ

Козлов А.П.

На протяжении более чем 10 лет Биомедицинский центр проводит в Санкт-Петербурге ежегодную конференцию по ВИЧ/СПИД и родственным проблемам[1]. Это крупнейшая в России конференция по ВИЧ/СПИД. Она проводится в течение одной недели и состоит из пятнадцати и более заседаний на различные темы, от молекулярной биологии до науки о поведении. Организаторы конференции никогда не сомневались в необходимости обсуждения самых дискуссионных вопросов, таких, как скрининг на ВИЧ, половое воспитание в школах или профилактика ВИЧ у потребителей наркотиков. Довольно рано было замечено, что обсуждение таких проблем ведет к разделению аудитории на две противоположные группы. К настоящему времени раскол по вопросу о том, что является правильной стратегией контроля ВИЧ/СПИД, стал очевиден в международном масштабе. Мы полагаем, что корни этого раскола имеют фундаментальную причину.

Мы считаем, что фундаментальная неопределенность существует не только в физике, но и в изучении биосоциальных явлений, в том числе эпидемии ВИЧ/СПИД, полового поведения и наркозависимости[2].

---

[1] Международные конференции «СПИД, рак и родственные проблемы», I –XIV, 1993—2005. — С.-Петербург, Россия (www.biomed.spb.ru).

[2] Козлов А.П. (1999) Русский журнал «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы», том I., № 1, стр. 7 – 8.

Козлов А.П. (2004) Русский журнал «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы», том 8, №1, стр. 8 – 10.

По аналогии с двойственной природой электрона, имеющего свойства как частицы, так и волны, биосоциальные системы можно рассматривать как явления с двойственной природой[1]. И чем выше точность измерения биомедицинских параметров, тем ниже точность измерения социально-поведенческих параметров при изучении биосоциальных систем.

Можно сформулировать принцип неопределенности, напоминающий принцип неопределенности В.Гейзенберга: при изучении биосоциальных систем невозможно одновременно точно измерить и медико-биологические, и социально-поведенческие параметры любой биосоциальной системы. Процесс измерения одного набора параметров немедленно вызовет искажение всей системы, что явится препятствием для точного измерения комплементарного набора параметров. Невозможно также одновременно точно следовать как биомедицинским, так и социально-поведенческим описаниям (теориям). Если мы все-таки хотим измерить оба типа параметров одновременно, нам следует иметь в виду, что получены будут только приблизительные значения параметров.

Согласно принципу комплементарности, впервые провозглашенному Нильсом Бором, любое фундаментальное описание природного явления должно включать в себя как минимум две взаимоисключающих концепции. Подобная ситуация существует и в области биосоциальных явлений. Осложнением здесь является то, что группы людей, вооруженные взаимоисключающими концепциями, вступают в антагонистические отношения.

Как было сказано выше, большие группы людей яростно противостоят друг другу в вопросах об уместности полового воспитания и «снижении вреда» от нежелательных форм поведения. Одна из этих групп состоит в основном из медицинских работников и организаторов здравоохранения. В другую группу входят учителя, работники охраны правопорядка и служители церкви. Медицинские работники и организаторы здравоохранения (сторонники профилактики) считают, что чем больше полового воспитания и «снижения вреда», тем лучше, в то время как «моралисты» полагают, что самым приемлемым является сведение полового воспитания и «снижения вреда» к минимуму. Такое противоречие существует не из-за того, что одна или другая группа злонамеренна или некомпетентна (в состав обеих групп входят высокообразованные и ответственные специалисты, имеющие гражданскую позицию), а в силу сложности природы биосоциальных явлений. Здесь, с одной стороны, можно увидеть попытку фиксировать биомедицинские параметры (защитить людей от инфекции, ранней беременности и т.п.), а с дру-

[1] Биосоциальные явления – более сложные и многоуровневые. Для простоты мы используем термин «двойственная природа».

гой стороны, сосредоточиться на социально-поведенческих параметрах (защитить мораль, социальную стабильность, традиционные ценности и пр.). Фиксация или точное измерение одного типа параметров не только делает невозможным точное измерение комплементарных параметров, но также отрицает возможность рассмотрения альтернативных подходов. Это пример двух комплементарных описаний биосоциальной системы.

Принятие во внимание обоих типов описаний на простом языке называется «компромиссом». В научном смысле компромисс определяет приблизительные значения дополнительных наборов параметров, находящихся между крайностями альтернативных или комплементарных описаний. Любое решение биосоциальных разногласий[1] требует поиска компромисса между концепциями, которые описывают биологические или социальные стороны человеческой природы.

Подходы, основанные на комплементарных описаниях, конкурируют между собой за ресурсы и бюджеты, поэтому они являются антагонистическими. Компромисс необходим для межведомственного сотрудничества и межсекторального партнерства. Идеальный компромисс сводит к минимуму расходы и является наиболее выгодным обществу.

ФИЗИКА ЖИВОГО

Штеренберг М.И.

Проблема феномена жизни в рамках науки, иными словами, то, что отличает живое от неживого, волнует умы с того момента, как началась наука. С точки зрения физики это способность к опережающей реакции на события, имеющие высокую вероятность повлиять на существование организма. Это, например, запах, световой, звуковой или болевой сигнал, предупреждающий организм еще до того, как он вступит в непосредственный контакт с источником сигнала. Каким физическим условиям должна отвечать система, чтобы подобное реагирование стало возможным. Таковых условий всего три.

1. Термодинамическое, т.е. организмы должны обладать потенциальной энергией. При этом она должна сохраняться без рассея-

[1] Примером такого разногласия является дискуссия вокруг книги “Sociobiology: The New Synthesis”, опубликованной Е.О.Вильсоном, в 1975 г. (по дискуссии см. U. Segerstrale, “Defenders Of The Truth”, Oxford University Press, 2000).

ния достаточно продолжительное время, чтобы обеспечивать работу необходимую для существования организма. Это требование удовлетворяется широко распространенными в природе метастабильными состояниями, в которых энергия высокого потенциала защищена от выравнивания потенциальным барьером. Наиболее простым примером такого барьера может явиться плотина гидроэлектростанции. Вода перед ней обладает запасом потенциальной энергии по сравнению с уровнем воды за плотиной. Именно потенциальным барьерам обязано своим существованием все разнообразие устойчивых изотопов таблицы Менделеева и разнообразие мира в целом. Иначе все элементы таблицы скатились бы к ее центру за счет синтеза легких (взрыв водородной бомбы) и распада тяжелых (взрыв атомной). Роль потенциальных барьеров здесь играют многомиллионные температуры или бомбардировка частицами, необходимые для инициации переходов от элемента к элементу. В организме эта энергия сохраняется в основных его веществах жирах, углеводах и даже белках.

2. Информационное, т.е. организм должен обладать веществами или структурами, регулирующими процесс освобождения этой энергии в ответ на ***сигнал-информацию — слабый, но специфический энергетический импульс***. В примере с плотиной такой информацией явится воздействие на устройство, перемещающее заслонку, перекрывающую переток воды с верхнего уровня на нижний. Этому условию отвечают органические и минеральные катализаторы, которые могут быть введены или, наоборот, выведены из контакта с веществом за счет слабого воздействия, например механического, или их активации за счет добавки к ферменту кофермента, выключатели электросети, разнообразные триггеры и т.п. Подобные структуры обладают способностью изменять состояния потенциального барьера. Они способны при получении сигнала снижать (в пределе устранять) или, наоборот, восстанавливать потенциальный барьер метастабильного состояния, т.е. ***управлять процессом выделения энергии***. Стрейторные реакции обладают высокой селективностью, например, в то время как нагревание ускоряет множество химических реакций, катализатор ускоряет одну или несколько.

3. Преобразовательному, т.е. организм должен обладать веществами или структурами, преобразующими выделившуюся энергию высокого потенциала в работу по сохранению организма. Например, это может быть молекула фермента, так как она выполняет не только каталитическую функцию, но иногда вместе с мембраной определяет направление реакции, или кинематическая часть станка, преобразующая вращения двигателя в конкретную работу. Свойство преобразования энергии при взаимодействии с ней присуще вообще всем материальным объектам. В примере с гидроэлектрос-

танцией таким преобразователем явится блок гидротурбина-электрогенератор. Структура, удовлетворяющая трем перечисленным условиям, являет собой сигнальный элемент или сокращенно — ***сиэл***. Из категории сиэла определяются основные исходные понятия, лежащие в основе теоретической биологии и наук, описывающих устройства, выполняющие функции, свойственные организмам: теории информации, кибернетики, общей теории систем и т.п.

Знание. Сиэл — это элементарная структура, которая «знает» на какой сигнал и как реагировать.

Смысл. В структуре сиэла заключен элементарный семантический, а не только физический аспект реакции, направленный конкретно на локальную операцию. Из многих триллионов этих элементарных смыслов складываются функции отдельных клеток, из них — функции органов, а из них — функции организма в целом.

Управление. Сиэл — являет собой элементарную структуру управления, в которой малая энергия сигнала-информации управляет существенно более мощными энергетическими потоками.

Программа. Программа — структура, способная под воздействием энергетического потока порождать сигналы для данного организма или автомата. Так, например, текст — программа, порождающая информацию при воздействии потока света, магнитная лента — под воздействием магнитного потока и т.п. Программа, как и сигнал-информация, является понятием ***относительным***. Так неподвижный ландшафт, порождающий сигналы для человека и многих животных, не является программой для лягушки, способной замечать лишь движущиеся предметы. Примеры программ: ДНК и РНК, магнитные ленты и лазерные диски и т.п.

Организация. Очевидно, что организованными называются системы, существование которых обеспечивается, в частности, за счет содержащихся в них сигнальных элементов, т.е. организмы, автоматы, компьютеры, роботы и их совокупности.

Самоорганизация. Сигнал по своей мощности может на много порядков уступать энергии реакции, возникающей при его получении. Иными словами обеспечение ее энергией и перестройки в организме для реализации реакции осуществляются уже самим организмом, т.е. фактически являются самоорганизацией. Можно по договоренности самоорганизацией назвать необходимые перестройки в организме, связанные лишь с необходимостью осуществления реакции уже не на внешние воздействия, а на информацию из внутренних программ организма, например голода, исследовательской потребности и т.п.

Однако жизнь не исчерпывается лишь пассивными реакциями на внешние воздействия. Она проявляет активность еще до того, как возникает угроза существованию организма или наоборот бла-

гоприятные условия для реализации его потребностей. Организмам свойственна активность — также свойство опережения, но диктуемое сигналами, генерируемыми его внутренними программами, например, чувством голода, сексуальными или исследовательскими потребностями и т.п. Таким образом, сказанное позволяет определить ***жизнь как активную сигнальную (информационную) форму существования систем***. Сигнальность или информационность и есть тот особенный и в то же время ***необходимый признак жизни***, который отличает живые системы от систем, существующих только за счет лабильности и стабильности, а ***активность — достаточный ее признак***. Способность к размножению, которые многие авторы считают определяющим свойством жизни, является следствием активности, ибо организм, прежде чем размножится должен искать пищу, расти, а для полового размножения искать сексуального партнера.

Обычный вопрос: являются ли устройства, моделирующие поведение организмов, живыми? Собственно понятие жизнь может быть отнесено лишь к биосфере, ибо вне ее не может существовать ни один организм. Общество также относится к биосфере. А машины, автоматы, компьютеры и роботы не только выполняют функции аналогичные организмам, но и являются неотъемлемой частью современного общества, которое воспроизводит их и эволюционирует вместе с ними. Инвариантность основной единицы жизни сиэла от разных материалов, конструкций, различных форм энергии говорит о том, что организмы могут существовать в совершенно иных условиях, чем земные.

КВАНТОВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ

Плохова М.А.

Квантовая проблематика сознания сегодня обсуждается такими отечественными исследователями как М.Б.Менский[1], В.И.Моисеев[2], В.Г.Буданов[3]. Проблема «отелесненного» сознания также может быть рассмотрена в контексте квантового подхода.

---

[1] Менский М.Б. Человек и квантовый мир. — Фрязино, 2005.

[2] Моисеев В.И. Квантовая модель сознания // Логика Добра. — М.: УРСС, 2004. — С. 44–50.

[3] Буданов В.Г. Как возможна квантово-синергетическая антропология: синтетические миры телесности // Телесность как эпистемологический феномен / отв. ред. И.А.Бескова. — М.: ИФ РАН, 2009. — С. 53–67.

Трудность в построении единой теории телесности, похоже, та же, что и трудность в построении единой теории сознания. Опыт телесности столь же открыт и доступен каждому, как и опыт сознания, и относится к разряду тех явлений, которые в принципе раскрываются только изнутри, через сопричастность телу. Но возможно, телесность как проблема еще более фундаментальна, чем проблема сознания, хотя бы потому, что, исследуя сознание, мы явно или неявно понимаем под этим феноменом сознание человека, а с телесностью ситуация иная. Телесность не является специфической человеческой характеристикой. Под телесностью мы будем понимать состояние[1] сознания.

Можно выделить параллели между методологией исследования сознания и методологией телесности. Самое простое, что приходит на ум — это исследование отдельных функций и характеристик сознания, с одной стороны, и изучение отдельных функций и органов тела, с другой. Как в одном, так и в другом случаях, очевидно, что углубленное изучение отдельных проявлений и сторон сознания и телесности не приближает к их пониманию как целостных феноменов.

Связка телесность-сознание столь прочна, что разделять их возможно лишь в методологическом плане для выявления тех или иных особенностей столь сложного феномена. Телесность как состояние по своему содержанию крепко спаяна с состоянием сознания. Телесность, опыт телесности вплотную зависит от состояния сознания. Опыт знакомства с разными состояниями сознания задает диапазон опыта телесности.

Знаком ли телесности опыт границы? (Заметим, что речь идет о телесности как состоянии). Думаю, да, но граница эта такого рода, которая знаменует коллапсирование, сворачивание состояния до уровня информации о нем. Квантовый подход позволит выявить и заострить этот момент.

Возможно, что квантовая реальность и реальность сознания-тела организованы по похожим принципам: для описания феноменов сознания принципиально необходимо наличие телесной сферы, а для описания квантовой области физических объектов принципиально необходимо наличие классической области физики.

Редукцию волновой функции — камень преткновения для интерпретаторов квантовой теории — можно проиллюстрировать на примере акта осознавания, схватывания, увидения человеком собственного состояния телесности, например, ощущение холода или движения. Массы состояний и процессов непрерывно сопровожда-

---

[1] См. подробнее: Плохова М.А. Квантовый подход к проблеме телесности // Телесность как эпистемологический феномен / отв. ред. И.А.Бескова. — М.: ИФ РАН, 2009.

ют повседневность человека, однако замечает человек отнюдь не все. Акт внимания к ним мгновенно изменяет ситуацию, прерывает, сворачивая сам процесс до точки, уровня объекта или, что привычнее, — информации о нем. До этого момента ее как бы нет, сказать о ней ничего нельзя, поскольку говорение есть уже результат внимания к увиденному.

Существенно, что каждый раз, говоря о реальном переживании телесности или телесных состояний, мы его «огрубляем», редуцируем, интерпретируем до типового уровня, хотя каждый такой случай является в принципе первичным, единичным опытом. Это сравнимо с тем, как, наблюдая виды природы, мы всякий раз лаконично характеризуем — «пейзаж». Не вдаваясь в детали и зачастую не считая нужным обращать внимание на различия. Это очень важный момент!

Можно не вступать на путь интерпретаций, а остаться на уровне внеоценочном, воздержаться от оценок, «навешивания привычных ярлыков». Если просто наблюдать боль (или иное ощущение/состояние — например, холод или жар, покалывание или резь и т.д.), что произойдет? Она потеряет резкость, возникнет дистанция, отделяющая боль от наблюдателя, а через некоторое время (если ее таким образом наблюдать) — она исчезнет.

Интересно, что Леви-Стросс описал такую модель работы с телесностью в своем известном исследовании[1] на примере оказания шаманом помощи при родах.

Можно привести характерный пример из сферы музыкального исполнительства, который наверняка знаком каждому ученику музыкальной школы. В ситуации концертного исполнения произведения — будь то экзамен или просто выступление перед аудиторией — исполнитель всегда оказывается в очень специфическом состоянии тела-сознания. В процессе исполнения музыкального произведения, музыкант как бы расфокусирует свое внимание, не воспринимает частностей (конкретные клавиши, которые он нажимает и др.), настроен на целостное воспроизведение музыкального текста. Профессиональный навык, полученный в классе, уходит на полуосознаваемый, почти бессознательный уровень. Понятно, что исполнитель, особенно не имеющий богатого опыта выступления на публике, сталкивается с ситуацией, когда волнение включает фокусное внимание совсем не вовремя — в процессе исполнения произведения. И тут случается следующее — музыкант вдруг осознает, что буквально не понимает, в каком месте произведения он находится, какая следующая нота должна быть нажата. В результате — паника и как следствие, либо остановка, либо судорожные попытки

[1] Леви-Стросс К. Структурная антропология. — М., 1983. — С. 171.

включиться в прежний ритм, что не всегда возможно без особого навыка.

На языке квантовых процессов — это классический случай редукции. Целостность звучащего музыкального произведения прерывается актом осознания, вмешательства наблюдателя, непоправимо меняя состояние системы — в нашем случае — музыкального произведения (если смотреть на систему извне), исполнительского акта (если смотреть на систему изнутри).

Рассмотрим другой характерный эффект квантовой теории — ЭПР-эффект. Невозможно провести измерения над частицей в ЭПР-эффекте, не возмутив при этом другую. Например, вспомнив/осознав/ увидев в себе эмоцию, сильное переживание, ту или иную реакцию в психо-когнитивном пространстве, не только психика, но и телесность человека автоматически перестраиваются. Зачастую неявно, невербально, постепенно, но происходит изменение, пусть не всегда существенное, оценок, реакций и проч., меняется отношение к себе и к миру. В какую сторону — это уже другой вопрос. Важно, что изменения происходят. Этот феномен нагляден на примере работы психотерапевта с пациентами. Например, в психоанализе, воспоминание (инициированное с помощью наводящих вопросов терапевта) о травматическом переживании способно в принципе весьма существенно повлиять не только на душевное состояние пациента в этот конкретный момент, но и на состояние здоровья в целом. Любопытно отметить тот факт, что даже ложное воспоминание способно оказать такое же воздействие на пациента. История психоанализа знает немало фактов таких явлений.

Если обратиться к уровню психики и оценок, очевидно, что всякая оценка неустранимо содержит, подразумевает свою противоположность. В каком-то смысле, идеи рождаются в паре и исчезают тоже (к примеру, идея абсолютного добра неустранимым образом содержит в себе идею абсолютного зла). И что существенно, всякая оценка сопровождается определенной реакцией тела, даже если она остается незамеченной, закрепляется в телесности человека.

Исследования проблематики телесности неразрывно связаны с исследованиями сознания. Не перспективно изучать состояния телесности в отрыве от сознания. Опыт измененных состояний сознания одновременно является и опытом телесных состояний. Правильнее представляется говорить о психосоматической проблематике: о телесности-осознавании, сознании-телесности, понимая их как взаимосвязанные, взаимозависимые и взаимодополнительные феномены, а возможно, как единое целостное образование, которое подлежит разделению только из методологических соображений.

БИОЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

БИОМЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: МЕЖДУ ФИЛОСОФИЕЙ НАУКИ И ФИЛОСОФИЕЙ МЕДИЦИНЫ[1]

Юдин Б.Г.

Биомедицинские исследования, будучи вполне законным объектом интереса для философии науки, вместе с тем могут и должны изучаться и с точки зрения философии медицины. Чтобы раскрыть содержание этого тезиса, необходимо зафиксировать различия между двумя названными разделами философии и, в частности, попытаться выявить специфику философии медицины. Дело в том, что философия медицины нередко понимается с односторонне когнитивной точки зрения, когда предмет ее ограничивается анализом особенностей познавательной деятельности, как она осуществляется в рамках медицины. Философия медицины при этом оказывается не более чем одним из разделов философии науки.

Ни в коей мере не оспаривая правомерности и известной продуктивности такого подхода к философии медицины, хотелось бы все же отметить, что он далеко не полностью охватывает все то, что относится к этой сфере человеческой деятельности. Более того, он, на мой взгляд, упускает из виду именно то, что в медицине наиболее интересно и что определяет ее своеобразие.

Оправдание исключительно или преимущественно когнитивного понимания философии медицины коренится в тенденции воспринимать медицину прежде всего как науку, а историю медицины — как процесс неуклонного нарастания в медицине того содержания, которое позволяет использовать для его характеристики прилагательное «научное». К примеру, в Большой советской энцикло-

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

педии медицина определяется как «система научных знаний и практических мер, объединяемых целью распознавания, лечения и предупреждения болезней, сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности людей, продления жизни» — здесь на первом месте стоят именно научные знания. Словарь Ушакова в этом смысле идет еще дальше, в нем медицина — это «цикл наук о болезнях и их лечении». Сходные определения мы найдем и во множестве других словарей и энциклопедий.

Между тем в словаре Даля медицина определяется как «врачебство, врачебная наука или лекарское искусство»; в этом случае «наука» отодвинута чуть дальше. А вот как определяется медицина в Кратком Оксфордском словаре: «искусство восстановления и сохранения здоровья...». Как видим, здесь медицина характеризуется прежде всего в качестве искусства. В свою очередь, электронная Википедия в англоязычной версии определяет медицину как «искусство и науку исцеления». Характерно, что в русскоязычной версии на первом месте опять оказывается наука: медицина понимается как «область научной и практической деятельности...».

Этот краткий экскурс позволяет зафиксировать то обстоятельство, что отнесение медицины — всей, целиком — по ведомству науки отнюдь не является общеобязательным. И действительно, при любом понимании медицины она — не только наука и не просто наука, а включает в себя и многое сверх того. Это «сверх» включает в себя деятельность, которая направлена не на получение нового знания как такового, а на то, чтобы помочь тому, кто страдает от болезни — помочь другому человеку, и помочь, может быть, не столько знанием, сколько другими средствами: сочувствием, состраданием и др. Таким образом, в философию медицины включается проблематика взаимоотношений с человеком, который находится в этом уязвимом состоянии. А это значит, что медицина (даже понимаемая как наука или комплекс наук), в отличие от других наук, имеет дело с весьма специфическим типом объектов, да и изучает эти объекты она под весьма специфическим углом зрения. Было бы трудно представить себе, что познание того или иного объекта, скажем, в физике руководствовалось состраданием к нему и поиском того, как можно было бы этому объекту помочь. Следовательно, в философии медицины, если попробовать взять ее не усеченную, а полную версию, неизбежно должно присутствовать этическое содержание. На мой взгляд, есть основания и для того, чтобы пойти дальше, взяв именно эту ценностно и этически нагруженную проблематику в качестве исходной для философии медицины в целом. Разумеется, встав на такой путь, нам никоим образом не придется приносить в жертву тот круг проблем, который изучается в когнитивно ориентированной философии медицины, стандартом для ко-

торой выступает философия науки. Просто на все эти проблемы можно будет посмотреть под другим углом зрения.

Сегодня данное обстоятельство раскрывается, быть может, в наиболее полной мере в философии биомедицинских исследований, т.е. в том разделе философии медицины, который в известном смысле располагается ближе всего к философии науки.

Понятие биомедицинского исследования, вообще говоря, можно интерпретировать широко, включая в него все те исследования, которые проводятся на любых живых объектах. В последние десятилетия, однако, стало принято относить это понятие не к любому исследованию в области биологии и (или) медицины, а только к такому, в котором в качестве испытуемого выступает человек (либо животное; впрочем, здесь мы не будем касаться проблематики исследований, проводимых на животных). Это обстоятельство — участие в исследовании человека, а чаще всего не просто человека, а пациента, т.е. человека, который страдает от болезни и ждет помощи, — влечет за собой множество самых разнообразных последствий.

Именно оно, в частности, обозначает резкую грань между установками «классического», если можно так выразиться, естественнонаучного исследования и исследования биомедицинского в отношении того, что и как можно исследовать, а что и как — нельзя. «Можно» и «нельзя» в данном случае приобретают наряду с содержательным (возможного с точки зрения имеющихся научных знаний) и техническим (возможного с точки зрения имеющихся методов и средств исследования) также и моральный смысл. И этот моральный смысл играет весьма заметную роль в определении не только того, каковы допустимые пути и средства проведения биомедицинского исследования, но и в том какова будет его тематика, на что именно оно будет нацелено. Этические соображения, таким образом, проявляют себя как в специфических ограничениях, налагаемых на свободу научного поиска при проведении биомедицинских исследований, но и в этических же по своей природе ориентирах этих исследований.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА — НОВАЯ ФИЛОСОФСКАЯ ПАРАДИГМА

Хрусталёв Ю.М.

Биомедицинская этика как новая философская парадигма — это одна из главных составляющих сферы научного познания путей со-

хранения жизни вообще и сбережения здоровья людей в особенности. Для того чтобы по достоинству оценить сущность этой инновационной философско-этической дисциплины в системе здравоохранения необходимо во многом переосмыслить традиционное содержание понятия «этика» и понять её новый статус в современной духовной культуре как собственно практической философии или социально-философского учения о морали и нравственности в сфере современного научного творчества в медицине. Этика ведь всегда была, а ныне превращается в ключевой раздел собственно философского осмысления научного познания, как естественной природы, так и сути гуманитарного творчества нового бытия человека, формирования у него осознания ответственности за всё человеком сотворенное. Это оригинальное и самобытное учение об гуманных идеалах, этических принципах, нормах, правилах функционирования морали и нравственности в различных сферах современной культуры.

В многочисленных философских системных учениях об общественной морали и личной нравственности человека исследуется, прежде всего, некая мотивация разумного или целесообразного в поведении всех специалистов, как в общественной, так и в личной жизнедеятельности. Именно философия науки и медицины подвергает их социально-культурные ориентации эволюционно-эпистемологическому осмыслению в целях более глубокого осознания и объяснения сути и смысла *постоянного обновления* всех форм и видов совместного общежития людей и научно-творческой их деятельности. Современные философские учения стремятся создавать и новые нормативные принципы и требования к морально-правовому поведению всех специалистов, особенно медиков, которые были бы готовы по взаимному согласию их добровольно исполнять на основе разумного и совестливого отношения к научному творчеству. В связи с этим новейшие современные морально-нравственные установки в здравоохранении содержат в себе следующие ключевые эпистемологические аспекты:

- генеалогию морали и нравственности медика: их смысл, источники, причины происхождения в историческом саморазвитии человечества;
- целостную систему философских категорий и понятий, главными из которых остаются: добро и зло, благо и справедливость, долг и честь, идеал и смысл жизни, совесть и личное достоинство и т.д.;
- философию укрепления морали и нравственности в повседневной деятельности учёных и медиков, в их личной и общественной жизни;
- уникальность новых корпоративных этических учений (прежде всего в системе здравоохранения) состоящая в том, что они

исследуют и созидают принципиально новые моральные принципы и правила профессиональных действий специалистов-медиков.

Чтобы современному человеку выжить в современном противоречивом мире и при этом достойно жить и творчески действовать, мало быть просто порядочным, хорошо информированным и много знающим специалистом, надо стать ещё и мудрой личностью. А она должна помнить, что человека делает личностью приверженность его таким ценностям как: справедливость, взаимосвязь интеллекта и нравственности. Решение всех названных ценностных параметров во многом зависит от профессиональной подготовки и этической компетентности специалистов. Поэтому биомедицинская этика разрабатывает и философски оценивает не только полноту истинности новейших теоретических и прикладных знаний в здравоохранении, но и подвергает их глубокой нравственной экспертизе, апеллируя при этом к совести учёных и медиков в целях их ответственного участия в деле сохранения жизни и здоровья людей. Знание принципов биомедицинской этики сегодня необходимо любому профессионалу, работающему в области социальной политики вообще и в системе здравоохранения, но особенно тем, кто профессионально связан с делом сохранения жизни и сбережения здоровья людей — врачу, фармацевту, медицинской сестре.

На фоне успехов медицинской науки и биотехнологий стали выступать и негативные аспекты современной научно-технической деятельности человека. Это — катастрофическое загрязнение природной среды, разрушение естественных биоценозов, исчезновение десятков и сотен видов живых организмов, с одной стороны. А с другой — ухудшающийся уровень здоровья основных масс населения, расширение самого спектра болезней, деформирование моральных норм и жизненных ценностей миллионов людей и многое, многое другое. Всё это говорит о нарастании экологической напряжённости, которая уже проявляется сегодня в социально-культурной сфере жизни людей. Осмысливая происходящие процессы, учёный и философ Н.Н.Моисеев (1917—2000), сформулировал задачу: «Что должно управлять деятельностью человека, держать его в разумных пределах: страх, разум, может быть, религия?». Нет, это дело науки, которая пришла к выводу о том, что: «появилось представление о необходимости экологического императива, или запретной черты. Стало ясно, что некие акции человечество не может предпринимать ни при каких условиях. Потому что дальше параметры биосферы изменятся настолько, что могут начаться необратимые процессы: биосфера придёт в новое состояние, где для нас с вами не будет места. Для того, чтобы не

допустить этого, необходима новая нравственность, без которой человечеству не выжить»[1].

Глубокие изменения практически во всех областях жизнедеятельности людей в обществе остро проявляются сегодня в духовной сфере. В российском обществе, к сожалению, все глубже проявляется индивидуализм. Всё шире распространяется безответственность и цинизм в делах. Это происходит из-за бездумной коммерциализации в разных видах деятельности людей, в том числе и духовной. Потребность в модификации моральных принципов и правовых норм в системе здравоохранения стала особо очевидной в XX—XXI вв., отмеченных изменениями в различных областях жизни и деятельности людей. Под воздействием усложняющихся жизненных обстоятельств они фактически стали утрачивать свою индивидуальность, жертвуя своей свободой. Поэтому первостепенной задачей философов, ученых, медиков, педагогов и других специалистов является создание гуманной человеческой этики, утверждающей принципы моральной ответственности до масштабов мирового сообщества. Созидание высокогуманной биомедицинской этики, как парадигмы всеобщей ответственности, становится важнейшей задачей человечества.

Биомедицинская этика сегодня рассматривает проблемы, выходящие за рамки традиционной медицинской этики. В её проблемном поле — философское осмысление таких непростых вопросов, как сбережение здоровья людей, проведение абортов, клонирование, суицид, эвтаназия, психические нормы в патологии и т.д. Кроме того, биомедицинская этика ставит и решает острые проблемы социально-культурного бытия. Она значительно углубила и расширила задачу научного обновления смысла профессионального и морально-правового сознания всех ученых, биологов, медиков, а также философов, психологов, социологов, политиков и многих других специалистов. Биомедицинская этика приблизила их к осознанию причин обострения нравственных проблем в современном развитии человечества, повышения ответственности медиков за результаты их научной деятельности.

Специалистам-медикам сегодня необходимо научиться философски размышлять и разбираться в явлениях, которые радикально поменяли морально-нравственные идеалы, этические принципы и правила поведения врачей, медсестер, фармацевтов, других медиков при проведении ими разного рода научных исследований, а также в клинической практике. Им надо постигнуть смысл новой логики и понять практическое назначение повсеместного распространения идей и идеалов биомедицинской этики, как новой мо-

[1] Моисеев Н.Н. В зоне неопределённости // Наука и религия, 1989. — № 2. — С. 11.

рально-правовой парадигмы в сфере здравоохранения. Нужно познакомиться и с деятельностью комитетов по биоэтике, созданных на разных уровнях организации научной и практической деятельности медиков. Но прежде чем философски осмыслить эти новации, глобальные биомедицинские проблемы в мире и новые профессиональные установки в системе здравоохранении, следует вернуться к философскому переосмыслению вечных проблем морали: добра и зла.

ЭТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Силуянова И.В.

Сегодня наиболее острые дискуссии в медицине связаны с вопросом — можно или нельзя применять человеческие стволовые клетки (СК) для лечения болезней? По определению Ю.М. Лопухина «стволовые клетки — это клетки, способные трансформироваться в более, чем одну форму человеческих тканей»[1].

При получении СК из пуповинной крови, особенно при информированном согласии родителей, и из костного мозга или жировой ткани пациента (так называемые аутологичные СК клетки) опять же при его информированном согласии, этических проблем практически не возникает.

Вся острота этических проблем концентрируется вокруг получения СК из человеческих эмбрионов и фокусируется на методах извлечения СК из эмбрионов ранних стадий развития, связанных с их разрушением. Именно здесь встают этические вопросы: правомерно ли уничтожение человеческой жизни для использования продуктов ее разрушения для другой человеческой жизни? Каково соотношение целей и средств подобного действия? Можно ли благими целями (развитие науки и лечение болезней) оправдать средства их достижения (уничтожение человеческой жизни или использование продуктов ее уничтожения)?

Очевидно разрешив для себя эти вопросы, экспериментаторы уже вышли на уровень практического использования человеческих эмбрионов. СК в России сегодня получают из следующих трех групп человеческих эмбрионов:

---

[1] Лопухин Ю.М. Биоэтика. Избранные статьи и доклады (1993-2003). — М. : Геотар-мед, 2003. — С. 110.

— СК из зародышевых клеток, выделенных из абортированных человеческих плодов;

— СК из внутренней клеточной массы бластоцист человека, полученных оплодотворением in vitro;

— как реальная перспектива рассматривается получение СК из эмбрионов, созданных с помощью перенесения в человеческий ооцит соматического ядра (терапевтическое клонирование).

Весьма интересна этическая оценка данных методов немецкими исследователями Т. Хайнеманом (Tomas Heineman) и Л. Хонефельдером (Ludger Honefelder). Из трех перечисленных методов абсолютно этически неприемлемы последние два, так как СК извлекаются в данных случаях из тотипотентных клеток, т.е. клеток, из которых может сформироваться человеческий организм, человек может быть рожден и быть усыновлен.

Получение клеток, выделенных из абортированных человеческих плодов, оценивается, как менее проблематичное в этическом отношении.[1]

Использование (утилизация) абортивных человеческих эмбрионов — этическая проблема XXI века. Можно ли выйти на уровень морального одобрения использования абортивных человеческих эмбрионов для терапии и для научных исследований? С точки зрения Дж. Харриса, директора по науке Центра социальной этики и политики Университета Манчестера, «если есть возможность использовать ресурсы ради выгоды, неправильно упускать такую возможность и растрачивать ресурсы впустую».[2]

Практика превращения в выгодные «ресурсы» человеческих отходов (кожи, волос и т.п.) в фашистской Германии уже известна европейской истории. Данная историческая аналогия многих отрезвляет. Тем не менее, такая точка зрения весьма распространена, особенно среди сторонников прагматически-натуралистического мировоззрения. Ей противостоит моральная религиозно-идеалистическая традиция.

Соломонова мудрость, как основа этой традиции, предостерегает от ошибочного *«...пути всякого, кто алчет чужого добра: оно отнимает жизнь у завладевшего им» (Притч.,1,19)*. Классическая этика основана на принципе, что свобода действий любого человека ограничена свободой другого человека. Согласно категорическому

---

[1] Аморальность аборта не вызывает сомнения в Германии, где принят «Акт о защите эмбриона человека», по которому налагается строгий запрет на любую манипуляцию над человеческим эмбрионом, за исключением манипуляции, целью которой является сохранение и спасение эмбриона.

Heineman T., Honnefelder L. Principles of ethical decision making regarding embrionic stem cell research in Germany // Bioethic. — Vol. 16. — Number, 2002.

[2] Харрис Дж. Стволовые клетки и воспроизводство // Человек. — № 5, 2003. — С. 133.

императиву Канта использование человека в качестве средства для достижения цели другого человека аморально.

Моральная недопустимость превращения человеческих эмбрионов в «ресурсы» и «материал», используемый с выгодой, основывается на моральной ценности человеческого достоинства. В это понятие включено не только то, что человеческий эмбрион — это живое существо, принадлежащее к человеческому роду. Достоинство человека заключается в его «богоподобии», т.е. в способности человека к любви и милосердию, состраданию, исцелению, помощи и защите ближнего своего.

Понятие «достоинство» неразрывно связано с понятиями «достижение», «достигнуть», «достойный», в которых фиксируется место, планка, или уровень отношения человека к человеку в их взаимоотношениях. Этот уровень отношений «человек — человек» создает и формирует человеческое достоинство. Человеческое достоинство человеческого эмбриона определяет человеческое достоинство любого человека к нему относящемуся, в том числе и достоинство врача-исследователя. Уничтожение человеческой жизни на ранних стадиях ее развития любым человеком — форма уничижения его собственного достоинства. В случае со СК встает вопрос о масштабах и перспективах этих процессов. Так, известно, что в США проводились первоначальные исследования лечения диабета с помощью пересадки эмбриональных клеток. По данным исследований для одной операции потребовалось 8 абортированных эмбрионов в возрасте 14—20 недель. Но в США 1,5 миллиона человек страдают диабетом. Подсчитано, что для «излечения» всех, страдающих диабетом, понадобится 12 миллионов абортированных эмбрионов. Однако в год в США абортируется только 120.000 эмбрионов.[1] Прогнозируемое соотношение «спроса» и «предложения» 100: 1. Если к диабету прибавить болезни, которые уже сегодня рассматриваются как области клинического применения стволовых клеток, как то: болезни Паркинсона, Альцгеймера, рассеянный склероз, инсульты, повреждения спинного мозга, инфаркты миокарда, врожденные пороки сердца, остеоартриты, иммунодефициты, лейкемии, опухоли, врожденные болезни крови, гепатиты, циррозы, ожоги, не заживляющиеся раны, остеопорозы, макулярная дистрофия, мышечная дистрофия, то требуемое для «лечения» число абортных эмбрионов должно возрасти в миллионы раз. Что следует из этого? Ситуация конфликта «спроса и предложения» в условиях рыночной экономики способна породить не только коммерциализацию способности женщины быть источником яйцеклеток для производства

[1] Maugh T. Transplant Cell Aided Diabets // Los Angeles Times. 12.03.1995; Джон и Барбара Уилки. Мы можем любить их обоих // Аборт: вопросы и ответы. — М., 2003. — С. 101.

стволовых клеток, но и неизбежную в этих условиях практику продажи матери своего умерщвленного ею же ребенка. Не станет ли это новой формой уже известных истории преступлений против человечности?

ТОПИКА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО САМОПРЕОБРАЗОВАНИЯ

Тищенко П.Д.

1. Человек себя постоянно преобразует — конструирует. Биомедицинские технологии являются полем самых радикальных преобразований человеческого в человеке. Моей задачей является выявление сложной структуры самопреобразующего (конструирующего) действия.

2. Природе конструирующего действия (как и любого другого предметного действия) имманентно присуща самоустремленность (В.С.Библер). В этом смысле преобразовательное действие включает: а) план взаимодействия с предметом и его изменения; б) план овладения действующим телом, которое продолжается в технологических средствах и, сопрягаясь с другими взаимодействующими телами, образует коллективное тело действующего субъекта (субъекта воплощенного); в) план заботы о себе как субъекте действия. Последний план в свою очередь расслаивается, представляя, по крайней мере, пять субъектов: субъекта гносеологического, морального, эстетического, практического (властвующего) и субъекта веры (как религиозной, так и внерелигиозной).

3. Усложняя ситуацию, каждый из выделенных планов в свою очередь расслаивается под влиянием четырех конкурирующих тенденций, проявляющих себя в соответствующих дискурсах легитимации — узнавания, признания и оправдания происходящего. Сложное слово ре-де-кон-струкция является обозначением этих тенденций. Ре-де-кон-струкция связывает пучок тенденций, которые можно обозначить словами реконструкция, конструкция, деконструкция и деструкция. В отношении к последним это слово выступает в качестве конструктора. Из него они складываются как из деталей.

3.1. Реконструирование — это тенденция действия, направляющая его на припоминание ранее существовавшей формы или восстановление утерянной (нарушенной, искаженной и т.д.). Восстановление утраченного здоровья — самый характерный, хотя и не единственный пример реконструирования. Уточняющим синонимом реконструирования может считаться идея реабилитации как деятельности

предполагающей не только медицинское, но и психологическое, социальное и даже духовное восстановление целостности человеческого существования. В любом случае, та норма (идея целостности), ориентируясь на которую строится человеческое действие, предсуществует в отношении к ситуации действия. Она как бы локализована в прошлом, была нарушена и теперь ее предстоит восстановить.

3.2. Контструирование представляет собой реализацию тенденции к созданию новой формы. В отличие от реконструирования, она предполагает в качестве определяющего специфику элемент новации, изобретения, создания новой формы человеческой сущности или человеческого существования. Его частным вариантом являются практики абилитации. Об абилитации говорят тогда, когда врачам, педагогам, психологам, социальным работникам и иным субъектам биомедицинской деятельности приходится не восстанавливать утраченную целостность, но создавать ее фактически заново. В любом случае для конструирования важен эффект новации с одной стороны, а с другой (с тем, чтобы отличить от деконструирования) — эффект возникновения новой целостности. Конструирование преобразует некоторую исходную природу человека с тем, чтобы придать ей новую более современную конкретную форму. В конструировании и продукт, и его нормативный образ появляются одновременно. Целостность не предсуществует произведению, а рождается вместе с ним. Она локализована не в прошлом, но в настоящем. Она по сути своей современна.

3.3. Деконструированием я называю процесс преобразования природы человека, результатом которого является ее превращение в своеобразный конструктор, материю (в аристотелевском смысле). Этой материи в соответствии с индивидуальными или коллективными преференциями можно придавать необходимую для решения конкретных задач или реализации тех или иных ценностей форму. Особенность деконструирования в том, что ценность и целостность человеческого существа категориально схватывается идеей бытия-в-возможности. Человеческое в человеке в данном случае — это не нечто бывшее или здесь и теперь созданное, но культивируемое всем блоком наук о человеке *могущество*, его возможность приобретать новые биологические, психологические, социальные и иные качества, осваивать новые формы деятельности и образы индивидуального существования. Его *целостность открыта неизвестности будущего*. В основе деконструирования лежит онтологический сдвиг — от онтологии «бытия» к онтологии «бытия в возможности» — человека как предмета, как действующего тела и ответственно поступающего субъекта.

3.4. Деструктурирование обнаруживается в продуцировании отходов — активной среды научно непредставимых и технологически

неконтролируемых последствий трех первых тенденций. Того что возвращается к человеку (в качестве следа) в форме болезней, экологических проблем и глобальных антропологических рисков. Человек в этой ситуации оказывается не просто открыт будущему в горизонте *возможностей* настоящего, но брошен в ситуацию *невозможного*. Она никак не просматривается и не освещается его знанием. Он теряет возможность узнавать себя как субъекта действия. Одновременно само понятие действия утрачивает свойственный ему смысл.

4. Можно отметить связь описанных выше тенденций с выделенными Маргарет Мид типами самоидентичности — постфигуративной (полагающей центр самоидентичности в прошлом), конфигуративной (полагающей его в настоящем) и префигуративной (полагающей в будущем). Единственное, для большей точности и соответствия, полезно было бы дополнить мидовскую классификацию типом «дисфигуративной» идентичности, формирующейся как отход в реализации трех основных проектов самоидентификации. Его природа — это природа ускользающего протея. Бессознательное, открытое Фрейдом — одно из частных имен дисфигуративной идентичности, являющейся отходом постфигуративных практик самоидентификации (самоидентификации через отношение к отцу). Причем эта открытость дисфигуративному сохраняется не в психоаналитических топиках и теориях, а в свойственной самому психоанализу деструктурирующей тенденции становления иным. С момента своего возникновения психоанализ начал и до сих пор продолжает дробиться на многочисленные варианты школ и интерпретаций, каждая из которых, схватывая и вводя в обзор представимого свое, с неизбежностью теряло из виду неуловимую стихию становящегося, тем самым раскрывая пространство для новых интерпретаций.

5. Не трудно заметить, что выделенные тенденции и формы самоидентификации схематично связаны с темпоральной структурой прошлое — настоящее — будущее. Конструирующее действие, поскольку оно разворачивается во времени, с неизбежностью структурируется относительно выделенной топики тенденций. Тенденции приобретают особенность в зависимости от того, какой момент времени избирается как определяющий идею целостности человека. В реконструкции доминантой является прошлое, в конструкции — настоящее, в деконструкции — будущее. Если бы ситуация этими тенденциями ограничилась, то вполне можно было бы дать им общее имя, поскольку есть общее основание — разворачивание времени. Однако карты путает четвертая тенденция, внося в ситуацию имманентные черты безвременья, продуцируя непредставимые эффекты чистого становления. Отсылка к ней неизбежна поскольку,

возникающую экзистенциальную ситуацию, порождаемую прогрессом биомедицинских технологий, иначе как пастернаковским переводом Шекспира — «распалась связь времен» — охарактеризовать затруднительно. Еще в начале 60-х годов XX века Ганс Йонас убедительно показал, что в сфере биотехнологий рост могущества с неизбежностью ведет к непредсказуемости и неконтролируемости результатов человеческого действия. Именно эта тенденция и обозначается мной словом — деструктурирование или деструкция.

6. Сложность идеи конструирования человека требует переосмысления традиционного понимания ответственного поступка. Сталкиваясь с конкретной проблемной ситуацией, порождаемой научно-техническим прогрессом, человеку необходимо принимать однозначное решение. Ясно и обосновано отвечать на вопрос — да или нет, запретить или разрешить (к примеру) клонирование человека. И в этом смысле, сохранить преемственность с аристотелевским пониманием поступка и моральной ответственности. Но ответ, в силу трудности предсказания отдаленных последствий (как «да» так и «нет») и их внутренней сложности, с необходимостью окажется временным. Поэтому проблему необходимо сохранить, постоянно осуществлять мониторинг развития последствий того или иного однозначно принятого решения. Тем самым, остаются в деле не только те позиции, которые были приняты, но и временно отклоненные. Спор сохраняется как необходимость, внутри которой вызревают новые решения более адекватные меняющейся исторической ситуации. В области биомедицинских технологий органом диагностики и мониторинга подобного рода проблем стала биоэтика. Методологической основой мониторинга выступает идея гуманитарной экспертизы, основывающаяся на действии «принципа опережающего реагирования» (Б.Г.Юдин). Биоэтика как форма самосознания и социальный институт призвана обеспечить стабильность идентичности человека в потоке неизбежных трансформаций.

ЭТИКО-ПРАВОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РОССИИ

Силуянова И.В., Яковлев В.В.

Одним из центральных вопросов Послания Президента РФ Федеральному Собранию в 2006 г. стало рассмотрение демографического положения в стране. «В обществе есть консенсус в понимании того, что мы должны в первую очередь решить именно эту, ключе-

вую для всей страны проблему». Из трех основных составляющих демографического положения — показателей смертности, миграции населения и рождаемости, особое внимание было уделено программе стимулирования рождаемости. Президентом был предложен комплекс финансовых и административных мер поддержки молодых семей, женщин, материального стимулирования рождения второго ребенка.

Однако для решения этой проблемы должны быть привлечены не только финансовые, но и другие возможные и доступные способы, в том числе меры правового порядка

За последние 5 лет отечественные юристы все чаще поднимают вопросы о необходимости совершенствования конституционно-правового регулирования репродуктивных прав человека.[1]

Наши предложения касаются ст. 36 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (№ 5487-1 от 22.06.1993 г.).[2] Статья 36 называется «Искусственное прерывание беременности» и начинается с утверждения «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве». В контексте данной статьи искусственное прерывание беременности рассматривается как право каждой женщины. На уровне общественного морально-этического сознания этот принцип равнозначен суждению: «Каждая женщина имеет право на детоубийство». Для традиционного морального сознания данный принцип является предельным выражением аморализма. Именно морально-этическая некорректность искусственного прерывания беременности веками сохраняла за абортом статус

---

[1] См.: Перевозчикова Е.В., Панкратова Е.А. Конституционное право на жизнь и правовой статус эмбриона человека // Медицинское право. — 2006. № 2(14). — С.16–22 ; Чернега К.А. Юридические аспекты права врача отказаться от производства абортов // Православие и проблемы биоэтики. — Вып. 2. — М., 2006. — С. 79–84; Рубанова Н.А. Право человека на жизнь в законодательстве РФ: понятие, содержание, правовое регулирование: автореф. канд. дис. — Ростов-на-Дону, 2006 и др.

[2] Приводим полный текст: «Статья 36. Искусственное прерывание беременности. Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины – независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а перечень социальных показаний – положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации».

преступления «против жизни, против семьи и общественной нравственности» в законодательствах европейских государств. В Уголовном Уложении России — с 1832 г. (первое издание) до революции 1917 г. — «изгнание плода» классифицируется как вид смертоубийства. Даже в СССР с 1937 г. по 1955 г. аборт был уголовно наказуемым действием.[1]

Учитывая принципиальную роль права, которое наряду с моральными принципами является основной формой регулирования поведения человека, мы предлагаем:

- принять новую редакцию ст. 36, исключив первую фразу «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве», заменив ее на следующее положение: «Каждая женщина решает вопрос о материнстве после беседы с врачом и в соответствии со своими нравственными и религиозными убеждениями». Далее разумно добавить положение, отражающее политику государства, терпящего убыль населения: «Врач при беседе должен исходить из презумпции деторождения, естественных законов природы». Это означает: 1) врач первой фразой должен предложить рожать; 2) врач не вправе принуждать беременную к проведению аборта. Таким образом, название статьи 36 «Искусственное прерывание беременности» логично переименовать на более соответствующее: «Принятие решения о материнстве»;
- внести изменения во второй абзац данной статьи в целях ограничения доступности аборта. Это означает необходимость утвердить проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель только в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения вне рамок обязательного медицинского страхования через систему предоставления платных медицинских услуг (ст. 50 Гражданского Кодекса РФ). Это обеспечит право большинства налогоплательщиков не финансировать действия, противоречащие их совести, нравственным чувствам и религиозным убеждениям (ст. 28 Конституции РФ);
- сократить перечень социальных показаний к искусственному прерыванию беременности с четырех до одной позиции: для беременностей после изнасилования;
- легализовать право врача отказаться от производства абортов, закрепленное в п. 6 Декларации Всемирной медицинской ассоциации «О медицинских абортах» (Осло, 1983), согласно которому в том случае, «если личные убеждения не позволя-

[1] УК РСФСР. Ст. 140 (а,б). Аборт. — М. : Госюриздат, 1953. — С. 45.

ют врачу сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге».

- привести «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» в отношении свободы отказа от аборта в соответствие со статьей 28 Конституции РФ.

Перечисленные меры, безусловно, будут способствовать совершенствованию этической корректности российского медицинского права, что найдет свое отражение в изменении морального отношения в обществе к абортам, что в свою очередь рассматривается нами как важнейший этико-правовой фактор решения демографических проблем страны.

«ОЧЕЛОВЕЧЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА» В КОНТЕКСТЕ ПОСТНЕКЛАССИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ[1]

Делокаров К.Х.

И.Р.Пригожин призвал к актуализации проблемы «очеловечения человека», связав ее с европейской гуманитарной традицией, восходящей к греческой досократической философии. Он писал: «Природа любит скрываться. Это знаменитое выражение Гераклита, несомненно, применимо к изобретению человека, к его очеловечению, приданию ему человеческого облика и гуманизации нравов»[2]. Характерно, что по мнению одного из классиков постнеклассической науки и философии, «несмотря на все наши усилия, мы еще мало знаем об этом»[3]. Сама постановка вопроса об очеловечении человека возвращает мышление к проходящей через всю гуманитарную традицию проблеме человека, его природы, формам, самореализации и, в конечном итоге, к вечной проблеме: «Что есть человек?». В этой связи мысли И.Р.Пригожина — часть широко обсуждаемой сегодня в рамках социально-гуманитарной и политической культуры проблемы идентичности, проблемы «Кто мы?». Широкий интерес к проблеме идентичности (социальной, цивилизационной, культурной, этнической и т.д.) свидетельствует об узости существующих трактовок человека, необходимости переосмысления базовых характеристик человека с учетом глобальных транс-

[1] Работа выполнена при финансовой поддержке РГНС. Проект № 08-03-91309aU.

[2] Пригожин И. Очеловечение человека, креативность природы и креативность человека // Вызов познанию: стратегии развития науки в современном мире. — М., 2004. — С. 250.

[3] Там же.

формаций в постиндустриально-информационном мире. Согласно, например, З.Бауману, «идентичность становится призмой, через которую рассматриваются, оцениваются и изучаются многие важные черты современной жизни»[1]. По мнению же американского политолога С. Хантингтона, «1990-е годы увидели вспышку глобального кризиса идентичности. Почти везде люди спрашивали себя: «Кто мы такие?»[2]. Поводом для подобного явления, несомненно, стали социально-политические потрясения конца XX в., которые привели в движение исходные, базовые ценности современной цивилизации. Однако, причина актуализации проблемы очеловечения человека глубже. Связано это с тем, что человечество своими действиями, своим отношением к себе и природе породил такие проблемы, которые не разрешили в рамках функционирующих экономических, политических и т.д. структур. Не социализм и не капитализм, как социокультурные феномены, а современное постиндустриальное общество, опирающееся на определенную трактовку рациональности, прогресса, свободы и в конечном итоге человека, исчерпало свой цивилизационный потенциал. Именно это явно или неявно, привело к актуализации проблемы идентичности и очеловечения человека. При этом испытывает кризис сознание, теоретическая мысль. Большинство существующих теоретических концепций возникли в период противостояния капитализма и социализма и относятся к закрытым обществам. Далее, эти теоретические представления не готовы к учету экологической проблемы, требующей создания новых концепций, способных «работать» не столько с социальными или природными системами самими по себе, сколько с социо-природными системами. Императивы эпохи приводят к необходимости учета того, что «Индивид одновременно и четко выделяется из среды, и в то же время погружен в нее. Очеловечение неотделимо от природы, в которой находится человек». Этот аспект проблемы или не учитывается или перифериен для современных социально-политических и экономических концепций. Между тем, новый этап очеловечения человека ставит вопрос о том, чтобы научиться вести диалог с природой и с себе подобными.

Однако необходимость нового осмысления проблемы очеловечения человека вызвана не только кризисом функционирующих социальных концепций. Проблема более масштабна и касается попыток конструктирования человека. Строго говоря, человек конструирует себя на протяжении всей истории, поскольку эволюция человека подчиняется более сложным законам, чем эволюция других систем. Но в начале XXI в. речь идет не только и не столько о том, что эволюция человека вышла за пределы биологических зако-

[1] Бауман З. Индивидуализированное общество. — М., 2002. — С. 176.
[2] Хантингтон С. Столкновение цивилизаций. — М., 2003. — С. 186.

номерностей, а о том, что ускоряемая развитием новых технологий биологическая эволюция человека приведет к выделению особого слоя людей, опережающих других по своим интеллектуальным и физическим качествам. Такова, в частности, позиция Ф.Фукуямы в работе «Наше постчеловеческое будущее». Такая постановка вопроса актуализирует вопрос о сути постчеловека и особенностях постчеловечества. Не имея возможности рассмотреть возникшие новые подходы по этой проблеме, отметим, что происходит не только расширение границ человека, изменение его социальных и ментальных характеристик, но и такое ускорение бытия человека, которое начинает угрожать его будущему. Проблема в том, что «каждый последующий шаг, как правило, будет сделан быстрее каждого предыдущего»[1]. При этом каждый последующий шаг делает мир более сложным и нелинейным со всеми вытекающими из этого последствиями. Вот почему скорость трансформации становится угрозой. Ситуация становится еще более запутанной, если учесть, что в результате информационно-коммуникативной революции каждый человек может, пока, правда, только теоретически, быть источником событий. Производство информации со временем все больше будет превосходить возможности человека осваивать эту информацию, что может иметь далеко идущие, в том числе и негативного характера, последствия. Все это требует философской рефлексии, поскольку философия — единственная форма сознания, которая не только не считает вопрос о человеке решенным, но и знает, что он не имеет окончательного решения.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕМЕНЦИИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Сабурова В.И.

К одной из основных проблем биоэтики в Великобритании относится проблема эвтаназии и ассистированного самоубийства безнадежных больных. Обращает на себя внимание позиция по деменции доктора Агнет Сатон из Лондонского Университетского Колледжа, которая была представлена на Международной конференции «Биоэтика: восточно-православные и западно-христианские перспективы», состоявшейся в Даремском университете Великобритании, 27—29 апреля 2009 года.

---

[1] Делягин М. Место информационной революции в эволюции человека // Постчеловечество / науч. ред. М.Б.Ходорковский. — М., 2007. — С. 169.

Свое сообщение доктор Агнет Сатон начала с позиции философа Мери Ворнок о деменции и обязанности умереть.

В сентябре 2008 г. философ Мери Ворнок дала интервью Церковному Шотландскому журналу «Жизнь и работа». В нем она заявила, что люди, у которых диагностирована 1-я стадия болезни Альцгеймера, должны попросить помощи умереть, чтобы не стать обузой своим семьям и общественным службам. Баронесса Ворнок хочет, чтобы добровольная эвтаназия была легализована не только для тех, кто умирает и страдает невыносимыми болями, но также для людей, которые могут еще жить. В обществе, где возрастает популяция старых людей, нуждающихся в заботе, такая легализация могла бы оказать давление на людей с болезнью Альцгеймера, которые бы попросили помочь им умереть.

Отношение к эвтаназии.

Установлено, что приблизительно 700 тыс. британцев страдают от деменции. Около 400 тыс. из них подвержены болезни Альцгеймера — наиболее общей формы деменции. Подобно другим Европейским популяциям, британская популяция стареет. Предположительно через 30 лет число больных с болезнью Альцгеймера удвоится. В связи с этим возникают вопросы о цене ухода за такими больными и расходов работающей популяции. Раздаются голоса, выражающие озабоченность и голоса, требующие принятия радикальных решений, особенно в отношении тенденции в нашем обществе, связанной с дискриминацией по возрасту. Современная семья (или один родитель в семье) не может разместить стариков и родственников. Мы живем в обществе, которое предпочитает молодость, красоту, здоровье, независимость, физические и интеллектуальные возможности. В нашем обществе принято измерять не только качество жизни, но и независимость, полноту здоровья и продуктивность. Поэтому не удивительно, что большинство жителей Великобритании будут за эвтаназию, парламентарии Великобритании постоянно обращаются к закону (Private Members Bills), требующему легализации эвтаназии или ассистированного самоубийства. На сегодня ни один из законов не был принят. Но, может быть, это только дело времени, полагает автор, когда закон будет принят. Напротив, Британское медицинское сообщество выступает всецело против эвтаназии и ассистированного самоубийства. Два исследования, недавно опубликованные в журнале Паллиативная Медицина, показали, что большинство врачей Великобритании выступают против легализации эвтаназии и ассистированного самоубийства и против исполнения этого нелегально. Оба сообщения были опубликованы профессором Клив Сил из Центра изучения здоровья им. Святого Бартоломео и Лондонской Школы Медицины и стоматологии. Можно добавить, что все Медицинские Коро-

левские Колледжи и Британская Медицинская Ассоциация заявили протест против эвтаназии и ассистированного самоубийства.

Тело и ум.

Далее рассматривается позиция философа П.Сингера, который считает, что цена человеческой жизни изменяется со снижением психических способностей. Люди, которые потеряли интеллектуальную силу, не имеют прав на уважение их достоинства и даже имеют меньше прав на жизнь, чем взрослый, психически здоровый горилла. Это светская точка зрения на человеческое тело. И, как говорил Иоанн Павел II, это форма светского материализма, опускающего тело до физической материи. В противоположность этому, человеческое тело понимается как аспект нашей относительной природы в образе Триединого Бога. Мы, как телесно-духовное создание отражаем внутреннюю природу Троичного Бога. Наше тело — дом нашей души. Человеческое тело не может потерять своего достоинства, даже когда ум пропадает. До тех пор пока остается жизнь, тело остается домом духа и осязаемой частью личности, и знаком и местом взаимодействия с другими, с Богом и с миром. Вот почему даже мертвое человеческое тело следует рассматривать как место бывшего дома духа и часть человеческой персоны.

Болезнь Альцгеймера и Направляющие Директивы.

Ни эвтаназия, ни ассистированное самоубийство пока не легализованы в Великобритании. Что легализовано, так это заявление об отказе от лечения и назначении адвоката. Акт 2005 года о Психических Способностях позволяет вам назначить адвоката и здравоохранению принять решение от вашего имени, если вы утратили свои психические способности. Но этот Акт не дает разрешение на прямое убийство пациента, например, летальной инъекцией. Директивы, также, предполагают отказ от некоторых видов лечения. Они были легализованы в апреле 2007 года, когда Акт вступил в силу.

Сейчас, видимо, имеет смысл советовать использовать Директивы людям с болезнью Альцгеймера. Общество по болезни Альцгеймера само советует людям писать Направляющие Директивы, указывающие какого типа вмешательства они не хотели бы в конце своей жизни. Среди видов лечения, от которых можно отказаться (по этим директивам) указывается искусственное кормление. В связи с этим Акт 2005 г. о Психических Способностях становится угрозой пациентам с болезнью Альцгеймера. Пациенты в развитой стадии болезни Альцгеймера могут не только забыть есть, но и не хотеть есть. Проблемы с едой являются общими для больных деменцией. И если ухаживающий за больным откажется кормить больного, это может означать помощь пациенту умереть. Однако это не означает, что больных с болезнью Альцгеймера следует насильно кормить.

Деменция и помощь в кормлении.

Так как же мы поступаем с пациентом с болезнью Альцгеймера, который отказывается есть, или принимает пищу, но затем выплевывает её? Клиническое решение о питании должно быть принято на основании лучшего способа лечения, которое наиболее подходит этому пациенту. Необходимо обратить внимание на то, что автор статьи подчеркивает, такое решение не будет основано на том, является ли жизнь этого пациента ценной. Как полагает профессор Джон Вайт, доктор медицины и христианский биоэтицист: «Врачи могут принять решение, какое лечение необходимо, а какое нет. Но врачи не настолько лучше образованы, чем кто-либо другие, чтобы оценить стоимость человеческой жизни, чтобы решить какая жизнь ценная, а какая нет. Врачи могут определить является ли это лечение напрасным, но они не могут никогда определить является ли жизнь человека напрасной».

Солидарность с пациентами.

В то время как призывы помочь умереть больным с деменцией отражают тенденцию, происходящую в нашем обществе, я не могу поверить, что эта тенденция охватывает все общество — восклицает автор статьи! Не так много людей хотят жить в обществе, где оказывается давление на пациентов в состоянии деменции, заставляющее выразить просьбу об эвтаназии. И кто бы не побоялся за свою собственную жизнь в таком обществе? Но что более важно, большинство из нас признают, что возможно любить и ценить личность, даже, если она нуждается в заботе и уходе. Какова ценность человеческой жизни в утилитаризме или в системе здравоохранения, где нет любви?

Многие связывают болезнь Альцгеймера с потерей достоинства. Они так полагают, поскольку измеряют человеческое достоинство в терминах могущества, независимости и продуктивности. Но это достоинство представляется в узко субъективном смысле. Те, кто видят человеческое достоинство, пришедшее от Бога, полагают, что личность достойна уважения и солидарности, даже, когда её психические способности исчезают.

Однако если рассмотреть светский взгляд, то смерть по требованию может быть рассмотрена как право и как долг. Если смерть — право, во имя человеческой автономии, тогда это выглядит как избегание более нежелательной жизни. И это может выглядеть подобно долгу, если жизнь не считают ценностью. В самом деле, если говорить о долге умереть, когда диагностирована деменция, это значит принять обе точки зрения — и увидеть эвтаназию и как право, и как долг. Не выполнение ни Христианских, ни Гиппократовых принципов присуще светскому и либеральному поиску автономии, когда считают, что некоторые жизни не обладают ценностью.

Однако не только старость и болезнь заслуживают солидарности и уважения, солидарность со старыми и больными есть краеугольный камень цивилизованного общества. Это свидетельство социального единства. Это основа доверия. Это основа такого общества, в котором мы можем жить без страха быть униженными или уничтоженными, если мы будем нуждаться в помощи и заботе.

Мы полагаем, что представленный опыт этико-правовых проблем деменции в Великобритании может быть полезным для российской биоэтики.

ЦЕННОСТНЫЙ КОНФЛИКТ ПОКОЛЕНИЙ В ЭТИЧЕСКОМ РЕГУЛИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ[1]

Ригина Ю.И., Асеева И.А.

Моральное сознание медицинского сообщества начало формироваться более двух тысяч лет назад. Гиппократ, его ученики и последователи стояли у истоков традиции понимания нравственной культуры врача не только как свойства его личности, но как основы медицинской профессии. Среди древнейших нравственных оснований медицины — святость жизни, ненанесение вреда, доверительность. Насколько прочны эти ценности? Сохраняется ли их императивное влияние у молодого поколения врачей?

Каждая новая историческая эпоха диктует свои поведенческие регулятивы и обусловлена специфическими нравственными ценностями, в том числе и в медицинской сфере. С другой стороны, понимание и оценку настоящих нравственных установлений следует, видимо, относить к несколько более ранним временам, к XIX веку, когда формируется моральное сознание российской корпорации медиков.

Рассмотрим динамику отношения к нравственным ценностям в медицине в период с XIX века до настоящего момента. Возникает сложность с выделением в указанном периоде определенных этапов. Любое деление представляется довольно приблизительным и практически не отражено в литературе. В данной работе исследуемый период условно разделен на четыре основных этапа: 1) с начала XIX века до октября 1917 года; 2) с октября 1917 года до середины 40-х гг. XX века; 3) с середины 40-х гг. до конца 80-х гг. XX века; 4) с начала 90-х гг. XX века до настоящего момента.

[1] Публикация подготовлена при поддержке гранта РГНФ, проект № 08-03-72303 /Ц

На первом этапе исследуемого периода в России (с начала XIX века до октября 1917 года) вопросы врачебной этики нашли место в научных трудах выдающихся представителей медицинской профессии: С.П.Боткина, М.Я.Мудрова, Ф.П.Гааза, Н.И.Пирогова. Боткин считает нравственность необходимым основанием медицины: «Нравственное развитие врача-практика поможет ему сохранить душевное равновесие, которое даст ему возможность исполнить священный долг перед ближним и перед родиной, что и будет обуславливать истинное счастье его жизни»[1].

Значение нравственных ценностей глубоко проанализировано В.В.Вересаевым в книге «Записки врача», опубликованной в 1901 году. «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуметь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собой. Необходима этика в широком, философском смысле», — рассуждает он в комментарии «По поводу записок врача»[2]. В.В.Вересаев не стремится развенчать образ благородного и преданного своему делу человека, но старается привлечь внимание к широкому кругу проблем, связанных с осмыслением нравственных ценностей в медицине.

Таким образом, на первом этапе шло становление системы нравственных ценностей и требований к личности медицинского работника, среди которых можно выделить следующие: научные знания и практические навыки, внимательное отношение к больному, ответственность, милосердие, необходимость соблюдения врачебной тайны, уважение достоинства пациентов, индивидуальный подход к больному (в том числе и при сообщении о неблагоприятном прогнозе заболевания), патриотизм.

В начале второго этапа (с октября 1917 года до середины 40-х гг. XX века) наступает переломный момент. Н.А. Семашко, будучи в то время наркомом здравоохранения РСФСР, изменяет отношение к принципам медицинской этики. Он прямо заявляет, что «...первейшей задачей в разрешении вопросов так называемой врачебной этики является политическое воспитание врача».[3] Семашко выделяет следующие вопросы: «В основном так называемая медицинская этика включает в себя три группы вопросов: во-первых, отношение врача к больному, во-вторых, отношение врача к коллективу (обществу), и, в-третьих, отношение врачей между собой».[4] Тем са-

[1] Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. Т. 2. Клинические лекции. — М., 1950. — С. 25.

[2] Вересаев В.В. По поводу «Записок врача» // Собр. соч. в 4 т. — Т. 1. — М., 1985. — С. 359.

[3] Семашко Н.А. Об облике советского врача // Семашко Н.А. Избранные произведения. — М., 1967. — С. 286.

[4] Там же. С. 280.

мым Н.А.Семашко определяет ключевые сферы проявления медицинской этики, среди которых сфера отношения врача к пациенту выходит на первый план.

Идеологическому переосмыслению Н.А.Семашко подвергает даже милосердие. «В наше время наша сестра — не старая сестра милосердия. Не из полурелигиозного милосердия, не из филантропии идет она на свой тяжелый подвиг на фронте. Идет она потому, что она «сестра», т.е. родной по духу человек нашему бойцу. Идет она потому, что рядом с бойцом и в помощь ему хочет делать общее дело — содействовать разгрому ненавистного врага и защищать свою родину. Не слащавое «милосердие», а лютая ненависть к врагу и горячая любовь к нашему защитнику-бойцу ведут ее на подвиг», — пишет он в статье «Сестра»[1] (опубликована в 1942 г.).

Третий этап начинается в середине 40-х гг. XX века. В 1944 году в нашей стране отечественным хирургом Н.Н.Петровым вводится в научный оборот понятие «медицинская деонтология». Исходной посылкой введения этого понятия для автора является признание важности того, «...чтобы хирурги становились полноценными врачами, т.е. брали на себя все заботы по лечению не только тела, но и психики своих пациентов, посвящали бы им не только полноту своих знаний, но и свои лучшие душевные движения и свои доброжелательные заботы»[2]. По мнению И.В.Силуяновой, Н.Н.Петров использовал этот термин, чтобы обозначить реально существующую область медицинской практики — врачебную этику — которая в России была «отменена» в 1917 году за логическую и историческую связь с религиозной культурой[3].

Во второй половине XX века при обсуждении проблем медицинской этики нравственным ценностям и образу советского врача также уделяется достаточно много внимания. «В практике взаимоотношений все чаще мы видим готовность забвения врачом своих интересов ради помощи больному... Общеизвестно требование сочувственного, отзывчивого, сострадательного отношения к больному»[4]. Возведение вышеперечисленных качеств в ранг общепринятых ценностей, без сомнения, делает честь медицинским работникам. Обсуждались также недостатки, которые часто рассматривались как единичные случаи: «Некоторые врачи теряют свою эмоциональную гибкость, становятся пассивными, безжизненными и бесчувствен-

---

[1] Семашко Н.А. Сестра // Семашко Н.А. Избранные произведения. — М., 1967. — С. 287.

[2] Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. — Л. : Медгиз. Ленинградское отделение, 1956. — С. 6.

[3] Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. — М., 1997. — С. 37.

[4] Мясищев В.М. Взаимоотношения врача и больного // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни / под ред. проф. Г.И.Царегородцева. — М., 1975. — С. 297.

ными, поэтому их любовь к медицине как профессии и конкретному больному все уменьшается, параллельно с этим исчезает и чувство ответственности»[1]; «Недостойное, безразличное, черствое отношение к человеку, к его запросам и здоровью — вреднейший и опасный пережиток прошлого»[2].

Однако именно этому периоду XX столетия О.Е.Бобров посвящает следующие строки: «...государством осознанно (с помощью продажной пишущей братии, готовой писать под любой социальный заказ) создавался лубочный морально-этический образ врача — человека благородного, бескорыстного, некую пародию на средневекового монаха. Всех это устраивало, и за последующие годы все к этому привыкли»[3]. Итогом стало «...немалое количество духовных потерь, особенно морально-нравственных. И выражение милосердия к слабым людям, к сожалению, входит в их число. Даже медицина, которая исторически выросла из сострадания, из стремления компетентно помогать страждущему, не стала сегодня исключением»[4].

На четвертом этапе (с начала 90-х гг. XX века до настоящего момента) в отечественной медицине под влиянием западной культуры формируется новая система ценностей, в которой кардинально переосмысливаются главные этико-правовые нормы. Прошедший XX век был очень непростым. Одни увидели в нем век гуманности, «эру милосердия», другие оценивают его как столетие, вместившее в себя две мировые войны. Нам представляется обоснованным отсчитывать начало современного этапа с момента появления биоэтики, которая начинает рассматривать медицину в контексте прав человека.

«С нашей точки зрения нравственная парадигма — это система правил и ценностей, мотивирующих человеческую деятельность... Новая нравственная парадигма опирается на понятие «качество жизни», ценности здоровья, прибыли и дохода. В рамках новой парадигмы человек — это, прежде всего, живой «капитал» для предпринимателя, здравоохранение — это система услуг, здоровье — это «товар», пациент — потребитель услуг здравоохранения, а врач — производитель медицинских услуг», — пишет И.В.Силуянова[5].

Общество лишилось объединяющего начала — единой системы ценностей, — высшего регулятора социальных отношений, фунда-

---

[1] Димитров Х. Медико-психологические аспекты некоторых деонтологических проблем в современной медицине // Там же. С. 173.

[2] Виноградов Н.А. Мораль советского врача. — М., 1955. — С. 49.

[3] Бобров О.Е. Заметки брюзжащего медика»
URL : http://www/critical.ru / actual / bobrov / hotes.htm

[4] Философия медицины / Ю.Л.Шевченко и др. — М., 2004. — С. 444.

[5] Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. — М., 2008. — С. 161.

мента мировосприятия и поведения личности. Даже милосердие, традиционно занимающее одно из первых мест в иерархии нравственных ценностей в медицине, теряет свою значимость.

Проведенное нами исследование[1] красноречиво демонстрирует различия в нравственных ориентирах поколений российских медиков. На базе городских больниц г. Курска в 2008 году проведено анкетирование 1214 врачей, 36,2% из них имели стаж работы менее 10 лет (мы их называем далее «начинающими» врачами), 63,8% — более 10 лет («опытные» врачи).

Более 90% опрошенных подчеркнули нравственную мотивацию врачебной деятельности, но при этом респонденты связывают нравственные проблемы медицины с различными факторами: недостаточным финансированием, нищенской зарплатой, коррупцией среди врачей (45%), падением социального статуса врача в российском обществе (22%), деформированием профессионально-деонтологических установок (30%) и др.

Наибольшую тревогу у нас вызвали ответы на вопрос: Какие ценности вы считаете наиболее важными в медицине?

Ценность	«Начинающие»	«Опытные»
профессионализм	32,07%	47,2%
ответственность	11,32%	1,8%
добросовестность	5,77%	5,4%
гуманизм	24,5%	5,4%
материальные	7,5%	1,8%
милосердие, сочувствие, внимание, доброта	по 1,32%	по 18,1%
затруднились ответить	1,3%	0%

Нельзя не обратить внимание, что работающие молодые медики практически игнорируют в своих ответах такие главнейшие в прошлом ценности, как милосердие, сочувствие и внимание. А среди врачей со значительным стажем работы о них вспоминает лишь каждый пятый.

На вопрос о наиболее адекватной модели взаимоотношений с пациентами врачи ответили следующим образом:

Модель	«Начинающие»	«Опытные»
патерналистская	9,4%	18,1%
коллегиальная	26,4%	14,5%
договорная	20,7%	21,8%
техническая	5,8%	
коллегиально-техническая		12,7%

[1] Асеева И.А., Гребенщикова Е.Г., Ригина Ю.И. Конфликт нравственно-ценностных парадигм в современной российской медицине // Облики современной морали : Материалы международной научной конференции. М., 2009. С. 195–199.

Таким образом, с возрастом, опытом и увеличением уверенности в себе врачи склонны принимать решения относительно лечения скорее самостоятельно, нежели в партнерстве с пациентом. Этот вывод подтверждают ответы на принципиально важный в ценностном отношении вопрос — об информировании пациентов. На основании данных ответов, собственно, и можно судить, какой модели отношений врач придерживается на практике. Опрос показывает, что 14% врачей (особенно онкологи и психиатры) не считают нужным информировать своих пациентов, ссылаясь на некомпетентность пациента и нехватку времени. Лишь 12% врачей (в основном это специалисты частных стоматологических и косметических клиник) дают пациенту полную информацию, признавая законное право пациента и финансовую выгодность более близких отношений. 56% информируют обычно о наиболее важных обстоятельствах диагностики и лечения, и только 18% докторов склонны прислушиваться к персональному выбору пациента.

На вопрос: Кто, на ваш взгляд, должен определять объем информирования пациента? Ответы разделились следующим образом:

	«Начинающие»	«Опытные»
Врач	32,07%	36,3%
Врач и закон	20,07%	23,6%
Закон	18,8%	25,6%
Врач и пациент	7,5%	3,6%
Пациент	5,7%	7,2%
Пациент и закон	0%	3,63%
Врач, пациент и закон	1,8%	0%

Ответы демонстрируют явное предпочтение патерналистской модели отношений, особенно среди врачей со стажем.

Вместе с тем, студенты 1, 2 и 6 курсов Курского государственного медицинского университета (562 человека) демонстрируют более высокую оценку нравственных оснований в профессиональной деятельности врача. 97% из них в качестве основных ценностей называют гуманизм, милосердие, ответственность, заботу, сочувствие, тем самым подчеркивая нравственный компонент как важнейший фактор формирования профессионального самосознания будущих медиков.

Студенты КГМУ в аналогичном опросе показали, что 78% из них собираются информировать пациентов полно, 15% — в зависимости от конкретной ситуации, а 7% затруднились с ответом. Причем студенты младших курсов более охотно отвечали положительно, мотивируя тем, что информирование пациента будет способствовать улучшению контакта врача и пациента для совместного поиска наиболее оптимального варианта лечения.

К сожалению, изучение биоэтики в университете и влияние гуманистически настроенной профессуры довольно быстро корректируется в реальных условиях и отношениях отечественного здравоохранения.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ[1]

Гребенщикова Е.Г.

Прогнозирование представляет собой вид познавательной деятельности, направленной на формулирование вероятных вариантов развития в будущем какого-либо объекта на основе анализа его состояния в прошлом и настоящем. В медицине прогнозирование предполагает решение нескольких задач, связанных с предсказанием состояния практически здоровых людей в разных условиях при разных воздействиях, риска заболеть той или иной болезнью, течения заболевания и исхода болезни.

Проблема построения гипотез вероятного будущего в медицине, в отличие от других сфер теоретической и практической деятельности, имеет специфические ограничения гносеологического и методологического характера. Рациональность медицинского знания неявно предполагает рациональность прогностических моделей, выстраиваемых врачом на основании доступного фактического материала и комплекса знаний об особенностях протекания различных процессов в организме человека. Однако сложность и неравновесность человеческого организма, ориентирует на учет не только рациональных, но и интуитивных моментов в построении моделей медицинской прогностики. С.А.Саркисян и Л.В.Голованов, классифицировавшие прогностические методы на основе оценки источника информации на эвристические и фактографические, убеждены, что последние могут быть основаны как на знаниях логического анализа объекта прогноза, так и на интуиции. Достаточно вспомнить известного отечественного клинициста С.П.Боткина, который ставил предварительный диагноз за то время, пока больной шел от двери до стула. Большинство его интуитивных предположений о состоянии здоровья пациента подтверждались в дальнейшем. Особое значение интуиции отводится в тех случаях, когда специалисту приходится делать выводы по неоднозначному комп-

[1] Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 09-03-00205а.

лексу симптомов. Но в данном случае можно утверждать, что врач редуцирует определенную симптоматику под известную нозологию. В отличие от стандартизированных методов в медицине особую роль играет эвристическая интуиция, связанная с формированием принципиально нового знания, как, например, выдвижение С.П.Боткиным гипотезы об инфекционной природе катаральной желтухи («болезни Боткина»).

Не менее сложной задачей оказывается проблема прогнозирования на грани нормы и патологии. Современная теория и практика врачевания исходит из бинарной логики в оценке состояния организма, диагностируя либо здоровье, либо болезнь. Но ещё в древности Авиценна писал, что «...бывает тело здоровое, но не до предела, тело не здоровое, но и не больное..., затем тело в хорошем состоянии, быстро воспринимающее здоровье, затем тело больное легким недугом, затем тело больное до предела»[1]. В настоящее время однозначного ответа о том, что представляет собой состояние между здоровьем и болезнью ещё нет. Несомненно, важным фактором, позволяющим рассматривать этот переход как постепенную смену качественных состояний организма, является опыт изучения реакций организма на различные условия, накопленный в спортивной и авиационной медицине, физиологии труда и т.п. специальных областях медицины. «Здоровье, — по мнению Р.М.Баевского, — с позиции теории прогнозирования должно рассматриваться как процесс последовательных переходов организма через разные степени адаптации к условиям среды в интервале между качественно различными состояниями нормы и патологии, здоровья и болезни»[2].

Сложность организма человека не позволяет построить однозначные зависимости, в силу невозможности учёта всех внутренних и внешних факторов, воздействующих на него. В таком ракурсе задача предсказания первоначально сводится к сужению прогностического поля до возможных и вероятностных состояний, выводя в область особого внимания понятия неопределенности и вероятности. Переосмысление явления неопределенности, обращение к концепции многоальтернативности развития в синергетических исследованиях представляет лечение и излечение «как “синергетическое приключение” человека, при котором в самом человеке обнаруживаются скрытые установки (структуры-аттракторы) на благоприятное и здоровое будущее. Оно есть проявление собственных поддерживающих человека путей и внутренних сил следовать этими путя-

---

[1] Авиценна. Канон врачебной науки: [Электронный ресурс]. URL : http://c-bajun-v.narod.ru/Avicena.html

[2] Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. — М., 1979. — С. 43.

ми»[1]. С учётом синергетических концепций эффективность незначительных влияний на состояние организма человека многократно возрастает, что, однако, не полностью разрешает проблемы о характере и возможности предсказаний результатов подобных воздействий.

Наиболее разработанной областью медицинского прогнозирования является проблематика, связанная с исследованиями исходов заболеваний, где ожидаемые события относятся к стохастической неопределенности классического типа. Медицинская этика, ориентированная на реалии практического здравоохранения, актуализирует этические проблемы прогнозирования течения заболевания и исхода болезни. В ситуациях, когда вероятность прогноза высока, основные нравственные коллизии могут быть связаны с информированием пациента о неблагоприятном результате. Неопределенность вектора дальнейшего развития нозологии или равновероятностная возможность нескольких вариантов динамики патологии ставит в центр этической рефлексии нравственные проблемы другого порядка. Например, должен ли врач сообщать о сомнениях или может настраивать пациента на ожидание лучшего из возможных вариантов? Разные культурные традиции демонстрируют разные подходы к данной проблеме.

Не менее важным этическим аспектом прогнозирования в медицине является необходимость ориентации врача на биографические факторы пациента. Особенно важен этот момент при долгосрочном прогнозировании. Пациент не всегда готов принять вероятный сценарий развития или осложнения болезни, в силу ограниченности понимания предсказываемой ситуации или, например, отсутствия здравоохранительных установок по отношению к собственному здоровью. Идею «лечимся, пока плохо» поддерживает, по некоторым оценкам, более половины пациентов. «Пациенты, как правило, готовы принимать лекарства, только пока сохраняются неприятные симптомы. Даже в условиях стационара в среднем через 5—7 дней без контроля со стороны персонала начинаются несоблюдения назначений. Причина тут кроется в психологии: ведь если налицо улучшение, тяжело ограничивать себя в чем-то и испытывать неудобства соблюдения режима»[2]. Фактически ситуация предполагает решение двуединой проблемы: с одной стороны — ориентацию врачей на установление доверительных отношений (замечено, что пред-

---

[1] Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Антропный принцип в синергетике : [Электронный ресурс].

URL : http://spkurdyumov.narod.ru/Antr.htm

[2] Щеботанский Л., Сосницкая О. Почему пациенты не хотят выполнять предписания врачей : [Электронный ресурс].

URL : http://medportal.ru/budzdorova/things/1422/

писания врача, который вызывает доверие и уважение, выполняются более тщательно); а с другой стороны — очевидна необходимость формирования норм саногенного поведения в обществе. Показательный пример: «Подавляющее большинство мужчин в ответ на вопрос “На что жалуетесь?” отвечают с раздражением: “Да вот, послали к кардиологу”»[1].

Кроме того, специфические проблемы этического плана в сфере медицинского прогнозирования могут быть детерминированы возрастом пациента (ребенок), спецификой его заболевания (психические заболевания), другими обстоятельствами жизни или здоровья.

Этические принципы медицинской прогностики должны строиться с учётом степени неопределенности прогноза, возможных неблагоприятных моральных последствий при моделировании ситуации вероятного прогноза, а также на основе высокой ответственности и осторожности того, кто его делает. Активный характер прогноза с необходимостью предполагает сотрудничество врача и больного для достижения общей цели — сохранения здоровья пациента.

БИОЭТИКА О ЧЕСТИ И ДОСТОИНСТВЕ МЕДИКОВ

Алексеев И.Л.

На протяжении тысячелетий проблема чести и достоинства человека в его жизни и деятельности приковывала к себе внимание ученых, философов и, конечно, медиков. Все они по мере своих сил и знаний стремились постигнуть суть и смысл человеческого бытия на Земле. Они пытались понять и ответить на извечные вопросы: что такое жизнь, когда и почему она зародилась на Земле? Как ее сохранить, уберечь от разного рода природных катаклизмов, происходящих на Планете, а также по причине бездумной деятельности людей? Как оценить социально-культурные и научно-технические достижения учёных: или как торжество их творческо-созидательной деятельности, или как расплату за бесконтрольное обновление способов и средств жизни людей? Эти вопросы продолжают волновать лучшие умы философской, научной и, конечно же, медицинской общественности. Итогом этих непростых размышлений стало создание новой философской парадигмы — биоэтики.

Термин «биоэтика» появился в научной и философской литературе в середине прошлого столетия. Его ввел в широкий научно-

[1] Осипов М. В родном краю // Знамя. 2007. № 5 : [Электронный ресурс]. URL : http://magazines.russ.ru/znamia/2007/5/

гуманитарный оборот американский биолог, врач-онколог Ван Ренсселер Поттер (1911—2001), вложивший в содержание термина, прежде всего, установление органической взаимосвязи этики с биологией и медициной. Связь эта рассматривалась им широко и многопланово, но для ученого самое главное заключалось в установлении новой человеческой мудрости, которая бы нацеливала всех специалистов и исследователей на разумное использования новейших открытий в науке вообще, в биологии и медицине, в особенности. «Человечество, — убеждал Поттер, — нуждается в соединении биологии и гуманитарного знания, из которого предстоит выковать науку выживания и с ее помощью установить систему приоритетов»[1].

Все эти идеи в биоэтике указывают на необходимость воспитания чести, достоинства личности, особенно если это врач, фармацевт, медсестра. Согласно этому подходу к чести любое решение медика должно быть справедливым в социальном отношении, нравственным с морально-правовой точки зрения и вполне компетентным с медицинской позиции. Оно должно сопрягаться с высоким профессионализмом врача и информированностью пациента. «Честь» и «достоинство» личности — это принципы, указывающие на права пациента, врача, медицинской сестры и предполагающие их взаимный заинтересованный диалог, способствующий компетентному выбору способа лечения. Такой совместной выбор способа лечения уже не возлагает всю ответственность за конечный результат только на врача, а распределяет ее на него, медицинскую сестру и пациента. Это обстоятельство в медицинской сфере требует выработки новых принципов и методов этической и правовой защиты чести, достоинства и медиков, и их пациентов.

Честь и достоинство личности — это этические оценочные понятия и категории, которые указывают на состояние моральных ценностей и представляют собой общественную и индивидуальную характеристику поступков человека. При этом честь выступает условием выполнения врачом, фармацевтом и медицинской сестрой своего профессионального долга. Как моральный феномен честь медика связана с общественным признанием его поступков, что сказывается на его почитании. Поэтому честь в принципе внутренне присуща всем медикам как гуманным личностям. Она связана и со стремлением их добиваться высокой нравственной оценки со стороны пациентов и их родственников. Профессиональная честь воздается врачу и медицинской сестре в соответствии с современной общественной оценкой, которую они получают за нравственные качества как личности, гражданина и как представителя медицинской профессии, выполняющего свой профессиональный долг.

---

[1] Поттер В.Р. Биоэтика : Мост в будущее. — Киев, 2002. — С. 34.

Конечно, поддержание чести и достоинства во многом зависит от них самих, но не только. Не в малой степени они зависят и от тех условий, которые предоставляет медикам государство (оснащение современным оборудованием, необходимыми фармацевтическими средствами, повышение квалификации, финансовое и материальное вознаграждение их труда). Ведь безнравственно, когда труд медиков пока не оценивается в нашем обществе соответствующим образом. Кроме социально-экономических факторов в поддержании и защите чести медиков важное место принадлежит общему культурному и социально-правовому состоянию общества. В отсутствии правовых законов, которые не опираются на традиционные моральные нормы, медикам приходится брать на себя всю ответственность, особенно при осуществлении таких операций как трансплантация, реанимация, аборты и т.д. В случае негативного отношения к ним широкой общественности медикам приходится защищать свою честь и достоинство, опираясь на ранее сложившиеся корпоративные традиции и общечеловеческую мораль. Но эти непростые ситуации во врачебном деле во многом сегодня стремится разрешать биоэтика.

Надо думать, что со временем биоэтика будет важнейшим этико-правовым законом жизни всех медиков и не только. Она обращается к наивысшим моральным и правовым нормам научно-творческой жизнедеятельности всех людей, а именно сбережения ими жизни как высшей космической ценности на Земле и, конечно, укрепления как физического, так и духовного здоровья людей. В связи с этим значительно возрастают социальные требования к системе здравоохранения. Происходит переосмысление прав и обязанностей в отношениях между самими врачами, фармацевтами, медсестрами и пациентами. Это происходит потому, что на первый план выдвигается принцип информированного согласия пациента, чтобы медицинское вмешательство (диагностического, профилактического, лечебного или, тем более, научно-исследовательского характера) проводилось только на основе осознанного и добровольного согласия пациента, на кого оно собственно и направлено. Ведь для того, чтобы принять верное врачебное решение недостаточно только опыта, знаний и компетенции специалиста, необходима ещё и нравственная составляющая в работе врачей, фармацевтов, медицинских сестер, ею является ныне биоэтика.

С учетом гуманных идеалов и принципов развития чести и достоинства медицинских работников, изложенных во «Всеобщей декларации прав человека», а также этико-правовых нормах, провозглашенных в конвенциях и резолюциях Организации Объединенных Наций, Совета Европы, Всемирной организации здравоохранения, Всемирной медицинской ассоциации сегодня осуществля-

ется морально-правовое наполнение идеологии российского здравоохранения.

Уже разработаны «Кодекс врачебной этики», «Этический кодекс фармацевтического работника», «Этический кодекс медицинской сестры», «Российская декларация в защиту прав пациента» и др.

Важнейшей задачей российских биоэтических документов стала ориентация каждого медика на повышение личной ответственности во избежание нежелательных последствий при внедрении в повседневную медицинскую практику качественно новых, но еще недостаточно проверенных, медико-биологических достижений и новейших медицинских технологий.

ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ БИОЭТИКИ

Банных С.В., Ростова Н.Н.

Философию всегда интересовали вопросы смысла человеческой жизни, отношения человека к самому себе, к окружающим людям, к миру, к жизни и смерти, к добру и злу.

Одной из задач философии является поиск путей свободного развития личности. Поэтому все, что может нарушать биосоциальную целостность человека, представляет особый интерес философского знания.

Во все времена существования человеческого общества люди сталкивались с критическими ситуациями, требующими морального выбора. Это требовало выработки основополагающих принципов, регулирующих поведение человека в обществе. Появилось самостоятельное направление, изучающее генезис, сущность и специфику морали, анализирующее смысл таких категорий как добро и зло, свобода и ответственность, долг и совесть, честь и достоинство, счастье и смысл жизни. Это учение получило название этика. Этика дает ориентир для правильного поведения, для гуманных и справедливых отношений.

С точки зрения гуманистической этики, нет ничего выше и достойнее, чем человеческая жизнь. В медицине перед врачом ставится столь же высокая задача: спасение и сохранение человеческой жизни.

В эпоху биотехнологической революции стало возможным манипулировать человеческой жизнью и смертью, в частности, «давать жизнь» (современные репродуктивные технологии), «“управлять” жизнью» (реанимационные и жизнеподдерживающие мероп-

риятия), «контролировать» смерть (ускорять или продлевать ее наступление). При этом новая медицина вступает в конфликт с традиционными ценностями, что требует новых подходов в оценке сложных морально-нравственных ситуаций при оказании профессиональной медицинской помощи. Проблемами донорства органов, права на смерть, эвтаназии, искусственного оплодотворения, суррогатного материнства, клонирования, генотерапии, транссексуальной хирургии призвана заниматься биоэтика, объединяющая общие моральные принципы и медицинскую практику. Биоэтика призвана ориентировать человека и общество на выработку и установление нравственно понимающего отношения к Жизни.

Философские подходы к проблеме сохранения целостности личности, свободы человека, так или иначе, интерпретируются в биоэтике. Биоэтика как новое мультидисциплинарное этическое учение обобщает опыт медицины, философии, этики, психологии, религии и права в решении моральных, юридических и социальных проблем, вызванных современностью.

На наш взгляд, именно в этом и заключается философское основание появления биоэтики в человеческом обществе.

ПРИНЦИП АВТОНОМИИ И ПРАВО НА ДОБРОВОЛЬНУЮ ЭВТАНАЗИЮ

Гаспаров И.Г.

В современной биоэтической литературе часто принято обсуждать моральные проблемы в терминах права. Например, сторонники моральной и/или юридической допустимости эвтаназии говорят, что в определенных случаях смертельно больной пациент имеет *право* на эвтаназию. Это право сторонники эвтаназии выводят из «принципа автономии», согласно которому каждый человек имеет право определять, какой должна быть его жизнь в той мере, насколько это не нарушает права других людей. Противники эвтаназии также часто формулируют «принцип святости жизни», на который они ссылаются в своей аргументации против допустимости эвтаназии, в терминах права: «Никто не имеет права лишать жизни невиновного человека»[1]. Обычно спор об эвтаназии принято структурировать именно как конфликт этих двух фундаментальных прин-

[1] Kohl M. The Sanctity-of-Life Principle: Philosophical Background for the Consideration of Euthanasia // Humanistic Perspectives in Medical Ethics. — Maurice Vischer, ed. Prometheus, 1972. — P. 39–61, P. 40.

ципов — принципа автономии и принципа святости жизни.[1] Цель настоящей статьи — анализ аргумента в пользу добровольной активной эвтаназии, понятой как право смертельно больного и страдающего пациента на помощь со стороны другого лица в причинении ему смерти в случае, если сам пациент сознательно желает смерти, но не способен самостоятельно покончить свою жизнь самоубийством.

В соответствии с концепцией добровольной активной эвтаназии пациент имеет право на эвтаназию, если он (1) смертельно болен; (2) маловероятно, что ему может быть оказана какая-либо помощь в ожидаемые сроки его жизни; (3) вследствие болезни обречен либо на значительные страдания, либо его жизнь неприемлемым образом будет зависеть от других людей или технических средств; (4) выражал осознанное, добровольное и стойкое желание прекратить свою жизнь; и (5) неспособен самостоятельно совершить самоубийство.[2] Основной аргумент в пользу наличия у пациента подобного права заключается в том, что каждый человек имеет право на самоопределение, а следовательно, среди прочего, имеет право и определять, какой будет его смерть, включая обстоятельства и время смерти. Таким образом, кажется, что право на эвтаназию вытекает из права на самоопределение. Обычно против моральной и/или правовой допустимости добровольной эвтаназии выдвигаются следующие аргументы:

(1) В добровольной эвтаназии нет необходимости, так как существует достаточно обезболивающих средств и паллиативных мер для сокращения страданий пациента.

(2) Невозможно быть уверенным в том, что желание пациента умереть является осознанным, добровольным и стойким.

(3) Доктрина «двойного эффекта» запрещает добровольную эвтаназию, так как причинение смерти является прямым вредом человеку.

(4) Есть разница между пассивной и активной эвтаназией, последняя должна быть запрещена, так как предполагает активное лишение пациента жизни.

(5) Разрешение добровольной эвтаназии ведет к увеличению числа случаев недобровольной эвтаназии.[3]

Ни один из этих аргументов не кажется убедительным в полной мере, так как кажется, что если право на активную доброволь-

---

[1] Warnock M. MacDonald E. Easeful Death: Is There the Case for assisted Dying? — Oxford Univ. Press, 2008. — P. 1.

[2] Young R. «Voluntary Euthanasia», The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL : http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/euthanasia-voluntary.

[3] Там же.

ную эвтаназию действительно вытекает из принципа автономии, то ни одно из вышеперечисленных обстоятельств не может лишить пациента этого права. Однако, на мой взгляд, выведение права на эвтаназию из права на самоопределение сталкивается с существенной трудностью, которая затрудняет признание добровольной активной эвтаназии в качестве права пациента. Согласно стандартному анализу, предложенному В.Хофелдом, базовые права индивидов делятся на «права-привилегии» и «права-требования».[1] Лицо А имеет право-требование на Х если и только если лицо В обязано предоставить Х лицу А. Тогда как право-привилегию на Х лицо А имеет если и только если А не обязано воздерживаться от Х. Очевидно, что в рассматриваемом случае, право на эвтаназию, в отличие от права на самоубийство, является правом-требованием. Следовательно, наличие этого права у пациента накладывает на медработника или иное компетентное лицо обязанность причинения смерти пациенту по его требованию. Однако можно ли вменить кому-либо в обязанность причинение смерти другому человеку? Если долг должен рассматриваться как универсальная моральная норма, то, кажется, что это возможно только если существует объективный критерий, когда для человека прекращение жизни оказывается предпочтительнее ее продолжения, и этот критерий познаваем рациональным способом. Однако, по мнению сторонников права на эвтаназию, это право вытекает как раз из того, что никто кроме самого пациента не имеет права решать жить ему или умирать. Но в этом случае никто не может вменить в обязанность кому-либо причинить смерть пациенту по требованию последнего. Следовательно, принцип автономии исключает наличие у кого бы то ни было долга причинения смерти по требованию пациента, тогда как право на эвтаназию предполагает существование подобного долга.

Таким образом, поскольку принцип автономии, понятый как право на самоопределение, предъявляет к моральным агентам противоречивые требования, сам по себе он не может быть признан достаточным основанием для признания за пациентом права на добровольную активную эвтаназию, по крайней мере, если это право должно пониматься как «естественное», то есть неотчуждаемое, право, например, как необходимое дополнение к праву на жизнь.

---

[1] Wenar L. «Rights», The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.). URL : http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/rights/.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ БИЗНЕСОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Гацура О.А, Бебурова Е.А.

Фармацевтические компании (ФК), аккумулируя значительные финансовые ресурсы, всегда оказывали значительное влияние на систему здравоохранения и общество в целом, а в современных экономических условиях оно может оказаться еще большим. В частности, представляется интересным тот факт, что, по мнению ведущих компаний, работающих в области маркетинга, аналитики и информационных технологий (Larson&Holz IT Ltd, RMBC, DSM и др.), фармацевтический сектор экономики в ходе текущего глобального финансово-экономического кризиса пострадает в наименьшей степени.

Современный этап развития российского фармацевтического рынка соответствует мировым тенденциям и характеризуется постоянным расширением и обновлением номенклатуры лекарственных средств и насыщением потребительского спроса на фоне обострения конкуренции[1].

Продвижение лекарственных препаратов (ЛП) в условиях жесткой конкурентной борьбы является одной из самых затратных статей деятельности ФК, на которую приходится от 30% до 50% бюджета компаний. Из четырех основных технологических групп маркетинга лекарственных препаратов — реклама (advertising), личные продажи (personal selling), интенсификация продаж (sales promotion) и общественные отношения (public relations), наиболее результативной, и в то же время, этически нерегламентированной практикой является привлечение медицинских представителей (МП). Так, ФК всего мира широко используют уникальную возможность личной (не опосредованной) передачи информации о ЛП практикующему врачу — фигуре, определяющей целесообразность назначения того или иного препарата пациенту.

Традиционно высокий уровень доверия к межличностному общению делает работу МП особенно эффективной. Ценность МП для ФК подтверждается лишний раз еще и тем фактом, что отрасль тратит на них по разным данным от 46 до 63% своих бюджетов продвижения.

---

[1] Шашкова Г.В., Лепахин В.К., Юргель Н.В. Справочник синонимов лекарственных средств. — М.: РЦ «Фармединфо», 2007. — С. 4–10.

Эти инвестиции легко окупаются, так как медицинские представители обеспечивают своим компаниям значительный доход. По данным исследования двадцати транснациональных корпораций, один медицинский представитель обеспечивает продажи на 300—900 тыс. $ в год[1]. Таким образом, очевиден конфликт интересов практического здравоохранения и фармацевтического бизнеса. Если для врача главной профессиональной и этической целью является сохранение и восстановление здоровья пациентов, и, соответственно, одной из задач — рациональная фармакотерапия; то для МП, по меткому определению признанного «гуру» искусства продвижения ЛП г-на С.В.Паукова, профессиональной целью деятельности является «торжество Госпожи Продажи», а задачей — информирование врачей о продукции компании.

Поток медицинской информации о ЛП нарастает с каждым днем и приобретает лавинообразный характер. В этих непростых условиях врачи всех специальностей, в особенности, специалисты первичного звена, испытывают объективные трудности при выборе оптимальной фармакотерапии для лечения «конкретной болезни у конкретного пациента в конкретной ситуации» (П.А.Воробьев, 2009 г.).

Особого внимания заслуживает этическое и правовое регулирование в сфере распространения фармацевтической информации.

Важнейшим этическим документом в этой области является Кодекс маркетинговой практики Международной федерации ассоциаций фармпроизводителей. Кроме того, проблема взаимоотношений специалистов здравоохранения и представителей фармацевтической промышленности находит отражение не только в отраслевых кодексах маркетинговой практики, но и в этических кодексах врачей и фармацевтов.

Если за рубежом накоплен значительный опыт регулирования в области фармацевтической информации, то в России правовое регулирование в этой сфере вызывает значительные нарекания. Вовсе выпадают из поля зрения законов разнообразные и многочисленные методы продвижения лекарств. По сути, из всех приемов продвижения подлежит правовому регулированию только товарная реклама. Большинство широко используемых приемов продвижения фармацевтической продукции находятся в России вне правового поля, и нормы их регулирования носят исключительно этический характер. Однако добровольных ограничений, устанавливаемых фармацевтическими компаниями, явно недостаточно. Все заинтересованные стороны — врачи, фармацевты, издатели медицинской литературы и периодики — должны определить собственные нор-

[1] Бударина Т.Н. Профессиональная роль медицинского представителя фармацевтической компании: автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Волгоград, 2008. — С. 3–4.

мы поведения относительно сотрудничества с производителями лекарственных средств, что будет отражено в соответствующих документах. Прогресс в этом направлении сдерживается тем обстоятельством, что в России нет общественных объединений специалистов здравоохранения, обладающих широкой известностью и авторитетом в профессиональных кругах. Тем не менее, опыт, накопленный в этой сфере за рубежом, может быть с успехом применен и в отечественном здравоохранении. Приоритет должен принадлежать официальной информации, одобренной органами регистрации лекарственных препаратов. Маркетинговая информация, распространяемая фармацевтическими компаниями, должна соответствовать официально утвержденным данным. Поскольку основной проблемой является сокрытие производителями негативных свойств своей продукции, должны быть установлены стандарты, определяющие какие именно блоки информации будут содержаться в промоционных материалах. Необходима предварительная экспертиза этих материалов, осуществляемая общественными советами или органами власти, контролирующими сферу обращения лекарственных средств. В тех случаях, когда для потребителя информации не очевидна причастность производителя продукта к факту распространения информации (медицинские конференции, публикации в прессе), конфликт интересов в обязательном порядке должен быть раскрыт на страницах издания или во время презентации на конференции.

В марте 2009 г. ФАС России уже предложила внести в российское законодательство ряд поправок, которые смогут урегулировать такой размытый сегодня в законодательных нормах вопрос как отношения врачей с фармацевтическими компаниями. По словам начальника управления по контролю в социальной сфере и торговле ФАС России Т.В.Нижегородцева, «без урегулирования данных вопросов бессмысленно ожидать от нашей системы здравоохранения улучшения качества лечения больных».

Безусловно, административные меры являются главным, хотя вовсе не единственным инструментом для оптимизации уже сложившегося взаимодействия фармацевтической промышленности с системой российского здравоохранения. Этические аспекты отношений врачей с медицинскими представителями фармацевтических компаний нуждаются в широком обсуждении, согласовании с заинтересованными сторонами, оформлении и утверждении соответствующего отечественного кодекса, обязательного для всех участников российского фармацевтического рынка. Задача комплексной профессиональной подготовки и сертификации основных проводников маркетинговой политики фирм-производителей лекарственных средств — медицинских представителей имеет также очевидное профессиональное и социальное значение для отечествен-

ного общественного здравоохранения и не может быть реализована с должным учетом потребностей врача и пациента вне стен медицинского ВУЗа.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСКУССИЙ В ОБЛАСТИ БИОЭТИКИ: КОНСЕРВАТИВНЫЙ И ТЕХНОКРАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Гордеева И.В.

Проблемы современной формы традиционной биоэтики в настоящее время вышли далеко за пределы сугубо медицинских и юридических дискуссий и широко обсуждаются как с религиозно-философской, так и с технологической точки зрения. Стремительный прогресс биомедицинских технологий в сочетании с моральным плюрализмом вызывает небезосновательные опасения не только в традиционном, но и современном постиндустриальном социуме. Современные технологии могут предоставить потенциальную возможность модифицировать личностные характеристики человека, как в результате воздействия психотропных препаратов, так и в процессе преобразований генотипа. Последнее представляется вполне допустимым в свете достижений последних лет в области генетики человека, показавших, что многие черты характера и формы поведения, такие как агрессивность и застенчивость, интерес к политике и предпринимательской деятельности, повышенная сексуальность и супружеская верность, смелость и трусость — генетически детерминированы. Подобные открытия порождают сразу две проблемы. Первая заключается в том, что различные формы асоциального и аморального поведения получают своего рода «индульгенцию» ценой признания, что Homo sapiens по своей сути ничем не отличается от других биологических видов. Вторая проблема состоит в потенциальном соблазне решить целый ряд социальных проблем путем незначительных модификаций генома, не принимая при этом во внимание сложные взаимодействия между различными элементами единой системы. Очевидно, что принцип редукционизма, опирающийся на устаревшую концепцию «один ген — один признак», продолжает существовать в прикладных направлениях биотехнологии, невзирая на давно открытое явление плейотропии и многообразные взаимодействия дискретных единиц наследственного материала. По словам Ф.Фукуямы «во многих случаях медицинская техника предлагает нам сделку с дьяволом: продление жизни — но

со снижением умственных способностей; избавление от депрессии — но и от творческой силы духа». «Есть много аспектов человеческой природы, которые мы хотели бы изменить. Но улучшение природы — совсем не такая простая вещь. Понимание добра и зла в человеческой природе — дело куда более сложное, чем может показаться, потому что добро и зло сильно переплетены».

Кроме обоснованных претензий к потенциальным возможностям использования методов генной инженерии не только для лечения наследственных заболеваний, но также и для коррекции нежелательных, с точки зрения неких общепринятых норм, характеристик (внешние данные, особенности поведения — повышенная возбудимость, агрессивность и пр.), добавляются дискуссии по двум важнейшим темам: рождения и смерти, включая право женщины на искусственное прерывание беременности, экстракорпоральное оплодотворение и суррогатное материнство, а также эвтаназию. Если в современном российском обществе не существует однозначного отношения к вышеупомянутым проблемам, то позиция Русской Православной Церкви однозначна: «Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются все разновидности внетелесного оплодотворения, предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов. Православная Церковь провозглашая ... испытания как причины и возможность для спасения, ... отрицает любую смерть, исходящую из человеческих решений и выборов, как оскорбление Господу».

Не удивительно, что сторонники беспрепятственного научно-технического прогресса в медицинской сфере, не только нацеленного на существенное увеличение средней продолжительности жизни нашего вида, но и сулящего человечеству в перспективе если не физическое бессмертие, то, по крайней мере, многократное пролонгирование физиологически активного существования (именно на это нацелены представители иммортологического направления), рассматривают позицию Русской Православной Церкви как предельно консервативную, препятствующую развитию передовых биомедицинских технологий. По словам И.В.Вишева, «человек должен стать и станет свободным в выборе между старостью и молодостью, между жизнью и смертью, между небытием и личным бессмертием. И никакие идеологические соображения, тем более столь сомнительного свойства, как религиозные, не должны воспрепятствовать решению этой великой и дерзновенной задачи». Таким образом, принятие решения о продолжении (или непродолжении) жизни, а также качестве этой жизни становится правом самого человека, однако при этом не учитывается, что добровольный уход из жизни может осуществляться не только через эвтаназию, но и путем суицида, нередко совершаемого под влиянием сиюминутно порыва и

затрагивающего интересы не только умершего, но и его близких. А.Никонов считает, что «право на жизнь — это и право распоряжаться своей жизнью. Например, отказаться от нее», не принимая, видимо, при этом во внимание чувства окружающих, которые не должны препятствовать реализации подобного «права». Но если решение о прерывании собственной жизни принимает самостоятельная личность, то за не рожденного ребенка решение осуществляют родители и медицинский персонал. Если христианская этика «в тех случаях, когда необходим выбор между жизнью матери и плода... ориентирует мать на самопожертвование, как высшее проявление любви к ближнему», то с точки зрения технократического подхода — «даже новорожденный еще не человек, а человекообразный», так как «человеком не рождаются, а становятся и только в человеческом окружении». Дискуссии по вопросу о моменте, начиная с которого человеческий эмбрион можно рассматривать как полноценное существо и потенциальную личность, отражены, в частности, в многочисленных работах американского философа и специалиста-консультанта по биоэтическим проблемам Р.Т.Халла. Что касается позиции Русской Православной Церкви, то она отражена в заявлении «О грехе детоубийства», принятом в 2000 г. Церковно-общественным Советом по биомедицинской этике при Московском Патриархате: «Православное богословие и антропология ... связывают начало человеческой жизни с моментом зачатия». Аналогичной точки зрения придерживается и большинство теологов Римской Католической церкви, ссылаясь на высказывание Тертуллиана: «тот, кто должен стать человеком, уже человек». Полемизируя с вышеупомянутыми высказываниями, Р.Т.Халл утверждает, что никакого «момента зачатия» не существует, так как оплодотворение — сложный процесс, включающий несколько стадий. Возражая идеям о существовании у зиготы человеческой души, автор достаточно остроумно рассматривает проблему «раздвоения душ» при зарождении однояйцевых близнецов и «слияния душ» при образовании организмов-химер, приходя к выводу, что вплоть до 16 суток после завершения оплодотворения бессмысленно рассуждать о каком бы то ни было целостном организме. Автор проводит аналогию между желудем (потенциальным дубом) и человеческой зиготой (потенциальной личностью), судьба которых непредсказуема и зависит от совокупности множества факторов (в случае зиготы это может быть неспособность имплантироваться в стенку матки или спонтанный аборт). С точки зрения теории вероятности у оплодотворенной яйцеклетки немногим больше шансов стать человеческой личностью, нежели у желудя дать начало взрослому растению, поэтому говорить об убийстве при медицинском аборте на ранних сроках беременности не имеет этического смысла, так как большинство зигот

погибает и без медицинского вмешательства. Оппоненты Халла возражают, что последовательно придерживаясь подобной позиции, следует отказаться и от этической оценки убийств как нравственных и уголовных преступлений, так как люди в любом случае смертны.

Принимая во внимание тот факт, что оба вышеупомянутых подхода можно рассматривать как крайние проявления диаметрально противоположных точек зрения, а также то, что в современном российском обществе присутствуют сторонники обеих точек зрения, необходимо рассматривать биоэтические проблемы с максимальной осторожностью и взвешенностью, учитывая как гуманистическую составляющую медицины, так и необходимость дальнейшего прогресса в данной сфере, нацеленного на улучшение качества человеческой жизни.

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Гурылёва М.Э., Уразманов А.Р.

С глубокой древности медицинская практика регламентируется двумя формами социального регулирования — моралью и правом. Исторически первая составляющая занимает главенствующие позиции. Статус врача в эпоху древнего мира был заоблачно высок («врач-философ равен богу» считали во времена Гиппократа), позже корпоративные интересы заставляли представителей сообщества поддерживать высокие профессиональные стандарты, ревностно следить за чистотой рядов. Ситуация изменилась во второй половине прошлого века когда начался стремительный прогресс медицины, связанный с научно-техническим прогрессом и демократизацией общества; к этому периоду был накоплен печальный опыт злоупотреблений, особенно в области экспериментальной медицины, потребовавшие усиления правовой составляющей всей медицинской деятельности. С этого времени роль этико-правового регулирования в медицинской сфере деятельности значительно возросла. Была сформирована новая область гуманитарного знания — биоэтика, в самостоятельную область выделилось и медицинское право — они органично дополняют друг друга, их союз позволяет найти решение во многих ситуациях.

Сегодня фармацевтическую область деятельности регулируют такие этические документы как «Этический кодекс фармацевтического работника России (провизора и фармацевта)», «Заповеди фар-

мацевта», «Клятва провизора». С позиции права этот вид деятельности регламентирован многочисленными законодательными актами: Конституцией страны, уголовным и гражданским кодексами, законами Российской Федерации «Об охране здоровья граждан», «О лекарственных средствах» «О рекламе», «О фармацевтической деятельности», законодательными актами по медицинскому страхованию и правах потребителей и целым рядом подзаконных актов.

Во времена Гиппократа в медицине ведущим был принцип патернализма, основанный на авторитете профессионала. Пациент не принимал участия в обсуждении проблем собственного здоровья, он обязан был следовать указаниям доктора, бравшего на себя весь груз ответственности за результаты лечения. Для реализации этого принципа нужен был высокоморальный профессионал, требования к больному не предъявлялись.

Сегодня на передовые рубежи вышли требования партнерства, добровольного информированного согласия, строгой конфиденциальности. Новые стандарты способствовали замене патерналистской схемы отношений моделями, основанными на признании представителями медицинской специальности принципов самоопределения и автономии пациента. Эти принципы заложены в этических документах мирового медицинского сообщества: «Международный кодекс медицинской этики» (ВМА, 1983), Лиссабонская декларация «О правах пациента» (ВМА, 1981), «Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе» (ВОЗ, 1994), «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» Совета Европы, и в законодательстве нашей страны: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Новая концепция предъявляет серьезные требования не только к медицинскому работнику (высокоморальный, высокообразованный профессионал), но и к больному. Теперь пациент должен быть достаточно подготовлен к восприятию информации о собственном здоровье, он должен проявлять заинтересованность в результатах лечения и являться достаточно зрелым для того, чтобы разделить с доктором ответственность за его результаты. Реализация новых отношений реальна при условии терапевтического сотрудничества.

Если в ситуации врач-пациент все относительно ясно, то при появлении нового звена — фармацевтического работника в цепи реализации процесса лекарственной коррекции — появляются новые проблемы. В соответствии с концепцией качественной фармацевтической практики[1] фармработник обязан снабдить пациента

[1] См.: Копенгагенская декларация по созданию эталонной фармацевтической практики – GPP (ВМА,1994).

выписанным врачом лекарственным средством и обеспечить необходимыми знаниями по его грамотному применению.

Для оценки уровня этико-правовых знаний фармацевтических работников, их установок на реализацию концепции качественной фармацевтической практики, мы провели социологический опрос 254 провизоров и фармацевтов. Были получены следующие результаты: 100% профессионалов признают необходимость правового регулирования фармацевтической деятельности и большинство (96%) — этического, 91% знают о наличии правовых документов в этой сфере, 76% — этических. При этом только 43% респондентов обладают корректными знаниями, не путают этические рекомендации и юридические запреты; 86% осознают недостаточность своих знаний в этой области и стремятся к их пополнению. При взаимодействии с пациентом 68% аптечных работников ориентированы на совещательную модель взаимоотношений, 23% выбирают информационную модель, патерналистскую реализуют лишь 9%. Это означает, что современный пациент должен быть хорошо информирован о лекарственных средствах, которые нужны ему для поддержания и укрепления здоровья, активно участвовать в процессе реализации лекарственного лечения и брать на себя значительную долю ответственности за него. При таких установках особую значимость приобретает адекватное информирование потребителя лекарственной продукции.

Все фармацевты и провизоры признают за посетителями аптеки право на информацию о покупаемом лекарственном средстве, при этом каждый седьмой дает ее только по просьбе покупателя. Качество и объем предоставляемой информации зависит от внешних обстоятельств: при отсутствии посетителей в торговом зале покупатель получает сведения о правилах хранения препарата (89% случаев), лекарственных и пищевых взаимодействиях (68%), побочных эффектах (72%), правилах приема и курсовой дозе (49%), при наличии очереди — лишь о стандартных рекомендуемых дозировках (81%) и кратности приема (94%).

При таком положении дел мы видим четкое несоответствие между требованиями, которые предъявляет фармацевтический работник к своему клиенту (человек, готовый взять на себя ответственность за результаты лекарственного лечения) и усилиями, которые он затрачивает на реализацию достижения такого результата (недостаточное информирование и, следовательно, невозможность принятия пациентом обоснованного самостоятельного решения). Таким образом, на сегодня мы имеем четкое несоответствие между реализуемой моделью взаимоотношений фармацевт/провизор — покупатель лекарственного средства и условиями, при которых эта модель может существовать. Решение этой проблемы возможно путем длительной работы по этико-правовому воспитанию всех участников лечебного процесса.

БИОЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА: СТАТУС И РОЛЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Катрунов В.А.. Кузнецова М.Н., Павлова Л.А.

Современная медицина является сложной социокультурной системой, которая имеет дело с трансисторическими и транскультурными явлениями человеческой жизни (здоровье, жизнь, рождение, смерть, болезнь, выживание и сохранение человека). Все, без исключения, люди являются непосредственными субъектами — участниками процесса воспроизводства этих феноменов (как особого рода ценностей) и, таким образом, вступают в постоянные и каждый раз специфические отношения с медициной. Именно это и позволяет говорить о том, что медицинская этика, как форма оценки человеческих отношений, не может быть только сводом профессиональных правил и запретов. Она регулирует и оценивает отношения людей в более широком, чем религиозный, классовый, этнонациональный или политический контекст, и поэтому ограничения нравственной проблематики медицины специфическими клиническими отношениями, либо отношениями «врач—пациент» неправомерно.

Биоэтика прошла долгий исторический путь становления и развития в структуре норм человеческого поведения к той форме морали (в эпоху глобализации социальных и технологических проблем), когда нравы, обычаи и привычки несут в себе те грандиозные изменения, которые произошли в современном обществе, медицине и биологии. Биоэтика формируется на основе социальной и медицинской практики, которая на определенном этапе выявила потребность в новых моральных регуляторах социальных связей и отношений, медицинской деятельности. Формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще, медицинской и биологической этики в частности.

С развитием медицины, появлением новых средств и возможностей в медико-клинической практике, появлением современных биомедицинских технологий, обострились прежние и появились новые медико-этические проблемы, которые встали перед врачом и пациентом, перед всем обществом, и решение которых уже было невозможным на основе принципов и правил традиционной медицинской этики. Существуют ли пределы оказания медицинской помощи и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека? Допустима ли эвтаназия? Допустимы ли аборты? И др. Иными словами, в современной медицине трудно обнаружить такие области, которых не коснулся бы научный и технологический прогресс. Именно под его воздействием традиционные проблемы медицинской этики трансформируются в проблемы биоэтики. Био-

этика пытается осмыслить медико-этические проблемы с различных точек зрения, позиций и мировоззренческих оснований. Ее синкретический и многоуровневый характер дает возможность «маневра» в выработке и принятии профессиональных медицинских решений в непростых ситуациях применения биомедицинских технологий. Сегодня понятие «биоэтика» все больше используется в медицинской практике, получив известную интерпретацию, как биомедицинская этика. Конечно, биоэтика не отрицает принципы и правила медицинской этики. Напротив, биоэтика обращается к ним, она актуализирует их с точки зрения современных достижений в обществе и медицине, сообразуясь с новыми возможностями медицины и требованиями, которые предъявляются обществом к медицине сегодня.

Мы исходим из того, что биоэтика получила свое название от биологии, а не от медицины. Она не сводится к традиционной медицинской этике и отличается от нее, прежде всего тем, что обсуждаемые ею проблемы стоят на грани биологии и антропологии, затрагивают самые основы биологического существования человека, и уже в биологии нащупывает кардинальные сущностные характеристики человека. Это не просто проблема здоровья и болезни, лечения и выздоровления, жизни и смерти. Это проблемы поиска подлинной сущности человека в его природе, в его биологической организации, а не только в его исторической или социальной проявленности. Поэтому в нашем понимании биоэтика — не часть медицинской этики, а совершенно новый, может быть, самый глубинный пласт философской антропологии и этики, настолько специфичный, что мог бы претендовать на статус методологии решения метафизических проблем человека.

Кроме того, биоэтика — это, в первую очередь, все-таки этика, разновидность этики. Биоэтика — это этическая реакция на неблагополучие в современном обществе и возможность злоупотреблений в той важной сфере жизни человека, которая связана с биологической природой человека, с его выживанием на грани жизни и смерти, в условиях болезни и страдания.

Биоэтика базируется на моральных принципах и, прежде всего, на гуманистических ценностях, не абстрагируясь от человека и его интересов, но воспринимая их как приоритетные.

Если содержание профессиональной медицинской этики определяется такими принципами, как «приносить пользу», «не наносить вреда», «исполнять обещания», «строго выполнять предписания», «вызывать доверие пациента к врачу», то содержание принципов биоэтики выражено на языке интересов и прав пациента. Сегодня, в результате мощного прогресса в области медицины и биологии, власть врача (или биолога) над человеческим организ-

мом стала беспрецедентной, а вследствие этого — непредсказуемой и пугающей. Иными словами, если профессиональная медицинская этика была, есть и будет для медицинских работников, то биоэтика — для всех, в том числе и для тех, кто оказывает медицинскую помощь больному. Биоэтика для тех, кто заинтересован в положительных результатах деятельности медицинских работников, кто испытывает на себе результаты этой деятельности, кто заинтересован в контроле за деятельностью этих профессионалов.

Биоэтика, таким образом, характеризует не только внутреннюю содержательную сторону деятельности медицинских работников, но как бы извне оценивает и контролирует эту деятельность посредством создаваемых этических комитетов и комиссий международного и национального характера, куда входят не только медики, но так же юристы, психологи, экологи и т.д.

Биоэтика имеет соответствующие уровням функции, которые проявляются в любой отдельно взятой сфере или области медицины. На общепрофессиональном уровне она предлагает ряд новых этических принципов и правил для регуляции деятельности ученого и клинициста-практика. Принципы биоэтики возникают из гносеологической и мировоззренческой предпосылки: необходимости соединения ценностей объективного знания и универсальных духовных ценностей человеческой культуры, где человек становится целью, а не средством научного исследования или клинической практики.

В предметном содержании биоэтики отражается главное направление или парадигма развития современной медицины, те ее проблемы, которые приобретают сегодня особое значение для жизни и деятельности человека, и решение которых есть необходимое условие и предпосылка его выживания. То есть, биоэтика выступает как интегративная теория медицины и медицинской этики.

Биоэтика обозначила поворот к новому пониманию и роли науки, где приоритетной ценностью должны будут стать интересы человека.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ С ПОЗИЦИИ АНТИНОМИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Копытин В.А., Афанасьев С. А., Тимофеев Ю.С.

I. Биоэтика в психиатрии.

Для обозначения комплекса проблем междисциплинарного характера, находящихся на стыке этики, биологии и медицины

В.Р.Поттером в 1971 году был предложен термин биоэтика[1]. Значение биоэтики для психиатрии носит особенный характер и требует рассмотрения в ключе новейших биоэтических концепций.

II. Введение понятие биоэта

Одной из новых идей в биоэтике является рассмотрение данной дисциплины как науки о биоэтах[2]. Биоэты — класс антиномических ситуаций, объектов и процессов, которым присущ пограничный статус на пересечении биологической и этической реальности. В анализе биоэта можно выделить два основных полюса: эторедукт и биоредукт. Эторедукт (зачастую совпадающий с консервативной позицией) — полюс биоэта, в котором крайним образом выражено этическое понимание ситуации, объекта или процесса, а биоредукт — полюс биоэта, совпадающий с биологическим (или в нашем случае медицинским) пониманием. С биоредуктом коррелирует «либеральная позиция».

III. Аналоги био- и эторедуктов в психиатрии.

Проводя анализ психиатрических проблем, с позиции концепции биоэтов мы можем выделить следующие полюса:

- Биоредукт — психиатрический редукт, для которого характерно психиатрическое понимание ситуации, объекта или процесса, т.е. понимание с использованием методологического инструментария психиатрии.
- Эторедукт — этическое понимание проблемы, как понимания в ключе общечеловеческой, философской этики и в некоторых случаях религиозной этики.

IV. Случаи биоэтов в психиатрии.

В психиатрии можно выделить множество проблем, относящихся к классу биоэтов.

1) Первым рассматриваемым нами психиатрическим биоэтом станет вопрос врачебной тайны в психиатрии. Согласно Кодексу профессиональной этики психиатров «Психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну».[3]

С позиции эторедукта (общеэтической позиции) — неразглашение вполне закономерно и этично. С позиций психиатрического редукта данный вопрос напротив не так однозначен. Существует, например, семейная психотерапия, при которой психиатр прово-

---

[1] Поттер В.Р. Биоэтика : Мост в будущее / пер. Т.Г. Будковской, С.В. Вековшинина. Киев, 2002.

[2] Моисеев В.И. Философия науки. Философия биологии и медицины: учебное пособие для вузов. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008.

[3] Кодекс профессиональной этики психиатров, принятый Российским обществом психиатров, 19 апреля 1993 год.

дит беседу с родственниками пациента и инструктирует по поводу коммуникации с ним. С позиций психиатрического редукта тут все правомочно, однако с позиций этической редукции это может быть расценено как разглашение тайны (пусть даже оправданное). Возникает ситуация, при которой выделяются два полюса — на одном находится необходимость сообщения родственникам информации, необходимой для коррекции и лечения, с другой стороны некоторые этические принципы.

Одной из попыток синтеза можно считать применение индивидуального подхода к каждой конкретной ситуации, при этом в каждой из них будет наблюдаться склонения в одну из сторон биоэта, либо же компромиссные решения. При этом стоит отметить, что подобный индивидуальный подход требует как высокой квалификации врача-психиатра, так и его высоких морально-этических качеств и определенной биоэтической подготовки.

2) Следующим биоэтом в психиатрии является проблема учета мнения пациента при терапии. С позиций этического редукта: «психиатр должен стремиться уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психатрической помощи после предоставления необходимой информации».[1] С позиции этики тут все закономерно, однако в психиатрии существуют случаи (в том числе учтенные законом[2]), при которых психиатрическое вмешательство, включая госпитализацию должно оказываться против воли пациента. Например, пациент может отказаться от лечения и тогда согласно этическому редукту его отказ должен быть принят, согласно этическому принципу свободы воли и т.д., но этот пациент может представлять опасность для самого себя и тогда с позиций психиатрического редукта его необходимо госпитализировать. Таким образом, мы здесь видим неклассическую антиномичную сущность, состоящую из двух полюсов (полюс учета мнения пациента, и полюс действия против воли пациента), разрешение которой согласно текущему законодательству решается в сторону психиатрического редукта. Однако это не снимает пограничного этического статуса данной проблемы, т.к. здесь затронуты фундаментальные этические основы вроде свободы воли, свободы распоряжаться собственной жизнью, которые в разных этических системах трактуются по-разному.

3) Другим биоэтом в психиатрии является изменение поведения под действием терапии. Изменение поведения пациента может осуществляться посредством психотерапевтического, психофармакологического, физических средств воздействия и т.д. С позиций эти-

---

[1] Там же.

[2] Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон РФ. М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993.

ческого редукта изменение поведения и даже личностных особенностей человека является недопустимым, т.к. многие этические системы негативно относятся к подобному вмешательству. Согласно психиатрическому редукту, такое вмешательство наоборот необходимо, т.к. оно носит терапевтический характер. В результате возникает два полюса, которые зачастую вступают в конфликт, порождая такие негативные явления как антипсихиатрия и т.д. Решение подобных проблем может заключаться в синтезе психиатрического и этического редукта, и одним из путей подобного синтеза будет являться опять же индивидуальный подход к каждому конкретно взятому случаю.

4) Последним психиатрическим биоэтом, который мы рассмотрим в данной работе, будет частный случай воздействия посредством так называемого «рефлексивного управления», которое осуществляется при различных психотерапевтических методиках. Рефлексивное управление — процесс передачи одним субъектом оснований для принятия решения другим субъектом[1]. Механизмом подобного управления является передача информации, которая попадает во «внутренний мир» управляемого субъекта и склоняет его к изменению каких либо решений, совершению действий или корректировке поведения и т.д. Подобный механизм используется, например, при рациональной психотерапии[2], где психотерапевт является управляющим субъектом, а пациент управляемым. С позиций этической редукции такой подход не полностью правомерен, т.е. происходит влияние на внутренний мир другого человека, зачастую не всегда полностью осознаваемое самим человеком, а также тут проявляются моменты, которые описаны в предыдущем пункте. С позиций же психиатрии (психиатрический редукт) подобное рефлексивное управление необходимо для пользы пациента. Однако этический редукт будет противоречить такому подходу, вызывая различные негативные ситуации и конфликты. В результате опять получается биоэт, в котором на одном полюсе этические свободы личности, а на другом — польза психотерапевтического воздействия. Разрешение данной ситуации не должно сводиться к одному из редуктов, а должно воспринимать обе позиции, причем нахождение решения является актуальнейшим вопросом психиатрической этики и биоэтики в целом, но, к сожалению, его решение в полном объеме не найдено.

V. Выводы.

Рассмотрев некоторые моменты психиатрической этики с позиции биоэтов, мы пришли к пониманию наличия антиномичности во многих этических вопросах психиатрии. Подобный подход вполне

---

[1] Лефевр В.А. Рефлексия. — М.: Когито-Центр, 2003.

[2] Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.

применим для рассмотрения данных вопросов, позволяя взглянуть на проблему с двух противоположных сторон и выработать оптимальное решение, которое будет приемлемым как с этической стороны (этоpедукт), так и с психиатрической (биоpедукт).

БИОЭТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКОВ КОГНИТИВНЫХ УЛУЧШЕНИЙ

Кудашов В.И.

Определенные риски сопровождают любое вмешательство в сознание, не только в процессе биомедицинских процедур. Даже привычное всем образование является рискованным способом усиления интеллекта, ведь оно может существенно повысить когнитивные навыки и возможности, но может также способствовать формированию идеологической предвзятости, догматизма, схоластики и софистских способов мышления или эгоистичного расчета, характерных для рациональных, циничных манипуляторов. Даже высокое качество образования, которое включает обучение формальным методам логики и критического мышления, может создавать весьма проблематичные эффекты. Например, некоторые исследования показывают, что изучение экономики делает студентов в среднем более эгоистичным, чем они были прежде[1].

Можно, конечно, поспорить о том, что риски, связанные с образованием, принципиально отличаются от других категорий риска, таких, как медицинские риски. Студент, который становится догматиком или расчетливым эгоистом, делает это по своему собственному выбору, на основе личного принятия изучаемых материалов, в отличие от принимающего препараты, которые улучшают мышление или память, действуя напрямую на нервную систему. Этот аргумент, однако, не вполне убедителен, поскольку образовательные технологии тоже применяются для субъектов, которые слишком молоды, чтобы дать информированное согласие на восприятие предлагаемых знаний и которые еще не могут критически оценить то, что и как им преподают. Даже для более продвинутых студентов неправдоподобно, что все последствия их образования основаны на рациональном осмыслении, ведь очень многое поступает через подсознание в качестве побочного эффекта представляемой информа-

[1] Rubinstein A. (2005). A Skeptic's Comment on the Study of Economics. URL :http://arielrubinstein.tau.ac.il/papers/econ exp.pdf.

ции. К тому же, многие когнитивные и перцептивные привычки и установки, приобретенные в процессе обучения, часто имеют пожизненные последствия в виде штампов и стереотипов сознания.

Тем не менее, именно в медицинской сфере когнитивных улучшений проблемы безопасности, скорее всего, будут наиболее важны. Поскольку нынешняя система оценки медицинского риска основывается на сравнении рисков лечения с рисками заболевания, то следует избегать риска в случае усиления интеллекта, которые не уменьшают риск заболеваемости и польза которых может иметь крайне субъективный характер. Хотя прецеденты подобных рисков можно найти, например, в использовании многих технологий косметической хирургии, там пациент самостоятельно решает, необходимо ли рисковать, если процедура может привести к осложнениям. Аналогичная модель может быть использована и в случае медицинских технологий когнитивных усовершенствований, когда решение, перевешивают ли выгоды потенциальные риски, может быть принято на основе консультаций с медицинскими работниками и собственных оценок.

Использование в когнитивном усилении ноотропных препаратов предусматривает возможность анализа воздействия как прямых, так и побочных эффектов самого препарата. Однако часто не представляется возможным точно количественно просчитать потенциальные риски долгосрочного использования ноотропиков, так что даже медицинские эксперты не всегда в состоянии однозначно оценить выгоды и опасности приема когнитивных стимуляторов для конкретного человека. Достоверность исследований является еще одним важным биоэтическим вопросом. Многие из когнитивных технологий расширения интеллекта показывают незначительный эффект, поэтому могут потребоваться более широкие исследования, возможно, подвергающие группы испытуемых непредвиденным рискам.

Общая обеспокоенность по поводу когнитивных улучшений в биомедицинской сфере заключается в том, что они выходят за рамки целей медицины. Несмотря на это, очевидно, что медицинская практика постоянно транслирует свои средства и технологии за пределы собственно лечения, предотвращения или облегчения болезни, как, например, в области пластической хирургии или противозачаточных препаратов. Кроме того, существует также множество форм улучшения, такие, например, как психологические методы и диеты, которые не вписываются в традиционные медицинские каноны, но, тем не менее, производят терапевтические последствия. Даже если границы между терапией и усилением интеллекта могут быть согласованы, то вряд ли они смогут иметь какое-либо нормативное значение, поскольку будут постоянно меняться.

В этой связи возникает вопрос о том, стоит ли прибегать к медицинской или иной технологической помощи для решения некоторых глубоких социальных и личных проблем. Особенно активно он обсуждался в США, где прозак, риталин и другие лекарственные препараты функционируют и как средства когнитивного усиления здоровых людей, и как лекарства, часто используемые для «умиротворения» чересчур активных школьников[1]. Однако следует заметить, что если современное общество требует более глубокого сосредоточения и интеллектуальной концентрации, чем это было типично для нашего вида в процессе эволюционной адаптации, то неудивительно, что многие люди сегодня пытаются регулировать спонтанность удовлетворения потребностей в школе или на рабочем месте. Технологические способы саморегуляции и использование методов усиления интеллекта можно, поэтому, рассматривать как продолжение человеческой способности приспосабливаться к окружающей среде.

Возникает и весьма важный этический вопрос о том, что врожденные интеллектуальные способности и лично достигнутый опыт имеет более высокую ценность, чем интеллект, который приобретен. Если познавательные способности можно приобрести в форме таблетки или какой-либо другой внешней помощи, уменьшит ли это их социальную ценность? И будут ли вообще в таких случаях эти способности действительно нашими собственными? В связи с этим, можно было бы предположить, что все знания достигаются в основном за счет напряженной работы, а генетические различия и возможности родителей играют меньшую роль в определении успеха. Но ведь известно, что если имеются врожденные предпосылки к интеллектуальной деятельности и благоприятные социальные условия их развития, то они во многом определяют личный успех или неудачи. Во многих начальных школах запрещают пользоваться калькуляторами на уроках математики, когда главная задача состоит в том, чтобы понять основные арифметические операции, но эти же калькуляторы будут затем разрешены и даже все более необходимы в старших классах и вузе, когда основы математики уже освоены и задачей становится понимать более продвинутые темы. Поэтому когнитивные технологии, направленные на усиление и расширение интеллектуальных способностей, могут способствовать подлинно творческой деятельности путем разрешения повторяющихся или скучных задач и позволят человеку сосредоточиться на решении более сложных проблем.

Другой стороной этической проблемы является степень уверенности, является ли наш «свободный выбор» следствием манипуля-

[1] Fukuyama F. (2002). Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution, Farrar, Strauss and Giroux.

ций рекламодателей или раболепия перед господствующей модой, следуем ли мы нашим собственным желанием стать чуточку умнее или хотим слепо соответствовать социальным ожиданиям и жаждем общественного признания. Если когнитивные улучшения будут добавлены в существующую систему современного потребления, не только наши тела, но и наши умы станут еще более подвержены внешней манипуляции. Таким образом, подобное усиление интеллекта может привести к ослаблению свободы самого человека, глубинная сущность которого будет упрощаться и «уплощаться», а одномерное технократическое мышление будет угрожать «расплющить» наши души, ослабить нашу волю и способность любить. Некоторые авторы выражают даже опасения, что современные когнитивные технологии умаляют духовные устремления человека, подрывая его достоинство и приводя к банальностям потребительства, гомогенизации и омассовления культуры. Хотя эти опасения вызывают не столько перспективы когнитивного улучшения, сколько другие возможные формы человеческого изменения (например, настроения и эмоций), они отражают общее беспокойство о том, чтобы сущность человеческой природы не превратилась в очередной проект технологического апгрейда. Философская критика последствий современных технологий для человеческой культуры является в большей мере критикой посредственности самой массовой культуры, а не технологий как средств, расширяющих человеческие возможности. Многие из негативных последствий когнитивного улучшения могут быть устранены или изменены в различных социальных контекстах.

ХОСПИС И ОБЩЕСТВО: К ФИЛОСОФИИ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ

Кузьмичев К.А., Плютто П.А.

1. Идея. Хосписы определяются как учреждения здравоохранения, предназначенные для оказания медицинской, социальной и психологической помощи неизлечимым больным. Хотя список неизлечимых болезней продолжает пополняться вплоть до настоящего времени, с момента возникновения хосписов речь преимущественно идет о помощи онкологическим больным в терминальной стадии болезни. Заметим, что практически одновременно с оказанием помощи самим больным возникла необходимость предоставления психологической поддержки их родственникам. Идея хос-

писного движения сразу вышла, таким образом, за узкие рамки области медицины. Понимание и распространение этических оснований хосписного движения стало показателем цивилизационного развития общества.

Все виды помощи неизлечимым больным могут быть суммированы в термине «паллиативная помощь», которая определяется, соответственно, как помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам — и членам их семей — на стадии заболевания, когда специальное лечение уже невозможно. По-английски *palliative* означает *смягчающий*. *Palliative words — смягчающие*, *успокоительные слова*: те слова, которыми — в идеале — должна пользоваться вся медицина как одним из средств оказания помощи людям. Именно поэтому в тех обществах, где уровень агрессии и боли значительно превышает гуманистические нормы, распространие идеи хосписного движения неожиданно приобретает масштабное общественное значение. Это касается и нашего общества, по отношению к которому достаточно будет, на наш взгляд, сослаться на замечание Д.С.Лихачева: «Хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы».

Вместе с тем, стоит отметить, что сама *идея* паллиативной помощи — как это нередко бывает в культуре — родилась задолго до ее полного и систематического воплощения в хосписном движении. Здесь можно вспомнить, в частности, Л.Н.Толстого, вставившего в «Анну Каренину» такой эпизод: брат Константина Левина, Николай, умирает от чахотки и жена Константина старается «сделать что-нибудь, чтобы было хоть не лучше, но менее дурно». Толстой сформулировал мимоходом с трудом поддающуюся рефлексии этическую основу человеческого поведения в наиболее тяжелых для человека обстоятельствах: он невольно сформулировал саму *идею* хосписного движения.

2. **Этика.** К настоящему времени хосписное движение основывается на ясных и тщательно продуманных этических принципах, тесно связанных с практическими принципами паллиативной медицины: утверждать жизнь и рассматривать смерть как нормальный процесс; не ускорять и не замедлять смерть; обеспечивать облегчение боли и других беспокоящих симптомов; обращать особое внимание на психологические аспекты ухода за больными; предлагать систему поддержки, чтобы помочь больным жить активной жизнью до конца; предлагать систему поддержки родственникам больных, чтобы помочь им справиться с трудностями как во время болезни близкого им человека, так и после его смерти.

Опыт хосписов показывает, что в условиях эффективной паллиативной помощи, когда боль и другие тягостные симптомы взяты

под контроль, заключительный этап жизни человека, сознающего, что он умирает, становится нередко этапом интенсивной творческой работы, и потому (как это ни удивительно) может быть преисполнен для него особенно глубоким смыслом, даже по отношению к тому периоду его жизни, когда он был здоров. Общеизвестно оживление (иногда весьма продуктивного) интереса у таких больных к религиозным, философским и научным проблемам.

Главным в этике хосписа является то, что она утверждает жизнь: она строится на убеждении, что благодаря персональному уходу и заботе окружающих пациенты — и их близкие — могут вполне полноценно прожить последний период жизни больного, приготовиться к достойной смерти, что очень важно для любого человека. Основополагающий принцип один: каждый человек — больной или здоровый — достоин спокойно и без боли прожить оставшиеся ему дни. Именно поэтому хоспис — это не «дом смерти», а «дом жизни». Хоспис — это такие условия жизни пациента, такой его образ жизни, такое качество его жизни, когда самодостаточным и актуальным является именно настоящее. Хоспис — в определенном смысле — отвечает на известный вопрос Дейла Карнеги: «Как перестать беспокоиться и начать жить?». «Хосписный ответ» на этот вопрос имеет глубокие философские основания, представляя собой по сути попытку деятельного осмысления *предельного* опыта человеческой жизни-в-смерти. Хосписы — место накопления этого опыта, который жизненно необходим в условиях той новой цивилизации, которая возникает на наших глазах взамен старой — религиозной — имевшей собственный опыт осмысления человеческого *предела*.

Поскольку этическая и психологическая сторона дела является для хосписов едва ли не более значимой, чем практически-медицинская, хосписы во многом являются отрицанием идеи больницы. При этом, как мы уже отмечали выше, можно прямо сказать, что состояние хосписного движения может служить чутким показателем развития цивилизованности того или иного общества.

Идея хосписов исключает идею активной эвтаназии: «милосердного убийства» безнадежных больных. Как известно, решающим аргументом сторонников активной эвтаназии является ссылка на чрезмерные страдания умирающего человека, которые врачи не в состоянии облегчить. Хроническая боль изменяет мироощущение, мировосприятие человека, она способна «отравить» отношения больного с окружающими его людьми. Не освободясь от боли, человек не может ни размышлять, ни даже вспоминать. Боль способна вытеснить нравственные потребности и нравственную мотивацию поведения. Все это так. Но именно опыт хосписов показал, что боль, как правило, может быть взята под контроль у самых тяжелых больных, если современные медицинские средства сочетаются с проду-

манной человеческой помощью, с умелым владением *паллиативным* словом и делом.

3. **Страх смерти.** В заключение хотелось бы особо подчеркнуть, что идея хосписного движения заключает в себе — наряду с другими, перечисленными выше ее аспектами и смыслами — смысл преодоления страха смерти. Поскольку этот страх так или иначе касается и вполне здорового человека, накапливаемый в хосписах опыт выходит за пределы медицины, приобретая свое особое значение в современном обществе.

Опыт движения за помощь умирающим — опыт хосписов — должен в будущем изменить отношение современного человека к смерти. В последние 100—150 лет общественное здравоохранение и медицинская технология все больше вытесняют — как «ненужный негатив» — смерть и мысли о смерти из центра общественного внимания. Хосписы выявляют эту «скрытую боль» современного общества. Они конструктивно и деятельно реабилитируют то, что общество не особенно успешно (а главное недальновидно) «старается забыть». В развитых европейских странах люди уже нередко предпочитают провести последние месяцы, дни и часы в хосписах. В них созданы условия для пребывания рядом с умирающим его близких, а этика хосписного дела не оставляет человека — будь то сам пациент или его родственники — один на один с феноменом человеческого горя и страхом перед собственной смертью или смертью близкого человека.

ПРОБЛЕМЫ ФИЛОСОФСКОЙ РЕФЛЕКСИИ НА БИОЭТИКУ

Кулиев З.А.

Изучение любого явления обычно начинается с его определения. Дать определение — значит очертить некие границы рассматриваемого явления, за пределами которых мы имеем дело уже с чем-то иным. Определение биоэтики, как уже можно было заметить, процесс сложный, поскольку предмет, границы которого предстоит установить, настолько многогранен, что какая-то часть его постоянно ускользает, остаётся за границами любого определения. Появление *биоэтики* свидетельствует о новом подходе к жизни человеческой личности, уважению её прав и достоинства. Её цель — выработка качественно новых идей, принципов сохранения жизни вообще и человеческой жизни в особенности. Принципы биоэтики перекликаются с принципами философской этики и этики медицины. Биоэтика привлекает внимание людей к естественнонаучной и практи-

ческой деятельности врачей, провизоров, медицинских сестер, других медицинских работников, которая может качественно изменить всё живое на Земле и «улучшить» биологическую природу человека.

Тысячелетние традиции размышления о создании именно такой медицинской этики, к сожалению, были слишком далеки от практической работы врача, честно выполняющего свои обязанности здесь и сейчас. Известный русский врач и писатель В.В.Вересаев (1867—1945) по этому поводу сетовал: «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки (медицинской) до сих пор нет настоящей этики. Нельзя же разуметь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь только нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собой. Необходима этика в широком, *философском* смысле... Узкие вопросы врачебной практики, прежде всего, должны решаться *именно с философской точки зрения*, — и только в этом случае мы сумеем создать настоящую медицинскую этику»[1].

Сегодня мысли В.В. Вересаева о создании медико-философской этики постепенно воплощаются в жизнь, изменяют лицо медицины как науки и практики. Научно-инновационная деятельность современных учёных-медиков и научных исследователей жизни и её сохранения вызвала обеспокоенность у широкой общественности и, прежде всего, научной и медицинской. Многие представители естествознания и гуманитарных дисциплин почувствовали некую ограниченность традиционной этики и стали искать качественно новый смысл этического регулирования в научной и особенно медицинской сфере познания. На это обратил внимание врач, философ медицины Ю.Л.Шевченко, который заявил, что «общественный смысл биоэтики заключается в том, что она является конкретным проявлением гуманизма в медицине. Данный критерий является основным в научных исследованиях по биологии и медицины. Какие бы цели ни ставились исследователями, гуманизм и безвредность для человека всегда должны стоять на первом месте»[2]. Биоэтика как принципиально новая нравственно-правовая доктрина стала действенным способом сохранения жизни на Земле в её естественном состоянии и укрепления здорового образа жизни человека.

Биоэтика становится важнейшим компонентом социально-культурной жизни и деятельности людей. Она стала философской, морально-правовой составляющей не только у медиков, но и у работников социальной сферы в их работе с населением, а также научного и созидательного труда ученых, специалистов исследовательских, экологических и других государственных органов и учрежде-

---

[1] Вересаев В.В. По поводу «Записок врача» // Собр. соч. в 4-х т. — Т. 1. — М., 1985. — С. 359.

[2] Философия медицины / под ред. акад. Ю.Л. Шевченко. — М., 2004. — С. 314.

ний, общественных центров и организаций. По сравнению с традиционной этикой и деонтологией биоэтика приобрела особый научный и социально-культурный статус. Она дает этико-правовые наставления всем специалистам, имеющим отношение к сбережению жизни и здоровью людей. Это и обусловило ее уникальное специфическое содержание.

Новым наполнением биоэтического учения стали гуманно-философские основания, морально-этические идеалы и принципы, правовые требования ко всем, кто имеет прямое или косвенное отношение к жизненным процессам и задачам сбережения жизни и укрепления здоровья людей. Эти задачи указывают на необходимость воспитания у людей уважительного отношения к жизни и сохранению чести и достоинства личности. Согласно биоэтике любое решение ученого, медика должно быть справедливым в социальном отношении, нравственным с морально-правовой точки зрения и компетентным. При этом профессионализм врача и информированность пациента весьма важны. Совместная деятельность медика и пациента предполагает, что ответственность за конечный результат лечения лежит не только на враче, медсестре, но и самом пациенте. Это новая тенденция в сфере здравоохранения. Она требует разработки и новых идей, принципов гуманистической ориентации в жизнедеятельности людей.

Биоэтика, как область философских исследований, направленных на осознание и практическое разрешение новых моральных проблем, порождена усложнением социально-экономических условий, а также научно-исследовательскими акциями. На сегодняшний день наука и медицина превратились в один из самых важных и актуальных объектов философско-этического осмысления. Ведь именно с социальным прогрессом, достижениями науки и инновациями в медицине современная цивилизация связывает как надежды, так и тревоги за своё будущее. В силу этих и многих других обстоятельств научное познание и клиническая медицина оказались в центре внимания многих дисциплин, таких как история науки, философия, социология, психология и, конечно, биоэтика.

Исходным морально-нравственным требованием биоэтики поистине стал принцип, предложенный А.Швейцером (1875—1965) — благоговеть перед жизнью. Этот принцип требует от каждого человека на Земле «относиться с благоговением к каждому живому существу и уважать его как собственную жизнь»[1]. В этом принципе заложена нравственная нацеленность на достижение искренней любви в жизни, на самопожертвование, сострадание и на стремление помогать выжить любому живому существу. Нравственным че-

[1] Швейцер А. Благоговение перед жизнью. — М., 1992. — С. 84.

ловек, согласно учению Швейцера, может стать «только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, которой он может помочь, и удерживаться от того, чтобы причинить живому какой-либо вред»[1], когда он выражает благоговение, как по отношению к собственной жизни, так и по отношению к любой другой жизни.

Сегодня биоэтика стала важнейшей философской, морально-правовой составляющей не только всей системы здравоохранения, но и социальной работы с населением, а также профессиональной деятельности специалистов научно-исследовательских, экологических, образовательно-просветительских и иных государственных и общественных учреждений, центров и организаций. По отношению к традиционной этике и деонтологии биоэтика приобрела особый научный и социально-культурный статус. Она охватывает этические наставления и правовые требования к специалистам, так или иначе имеющим отношение к сферам, воздействующим на жизнь как таковую и здоровье людей. Это обусловило ее принципиальные особенности:

— она носит универсальный моральный характер;
— все ее предписания нормативны с правовых позиций;
— она обладает масштабной публичностью;
— ее характерная черта — новая концептуальность.

Итак, рождение биоэтики — естественное явление в науке и медицине. В современных условиях технотронной эпохи традиционная этика при всей ее привлекательности и актуальности не способна в полной мере ориентировать ученых, медиков в их деятельности. Основное отличие биоэтики от традиционной этики и тем более от деонтологии состоит в том, что если последние давали людям довольно четкие рекомендации и советы, как вести себя в той или иной ситуации, то биоэтика ставит более широкие и глубокие задачи. Она обостряет жизненные ситуации, не давая при этом своего однозначного решения. Биоэтика апеллирует к разуму и совести ученого, медика, и тем самым возлагает на них всю полноту личной ответственности за их научно-творческие инновации.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НАНОТЕХНОЛОГИИ

Летов О.В.

Развитие новых технологий способно лишить обыденную мораль свойства очевидности, породив дискуссии, переоценку ценно-

[1] Там же.

стей, изменения. Тем самым мораль превращается в этику. Промоутеры новых идей пытаются привлечь к ним внимание заинтересованных лиц, способных оказать финансовую, политическую и моральную поддержку. Нанотехнологии — это не столько открытие новых явлений, сколько новые возможности их применения. Проблема осложняется тем обстоятельством, что под «этичным» понимается то, что хорошо сделать, или то, что следует сделать, а отнюдь не то, что можно было бы сделать. Новизна всегда означает шаг в неизвестное, а неизвестное всегда порождает риск. Так, ученые могут убеждать общественность, что зубная паста, содержащая наноингредиенты, безвредна, однако впоследствии может оказаться, что она способна порождать аллергическую реакцию. Ночные клубы Барселоны и Роттердама предлагают своим посетителям идентификационный чип, который имплантируется под кожу. Этот чип, если с его помощью открыть депозитный счет, способен заменять не только клубную карту, но и бумажник или кредитку. Однако широкое распространение идентификационных чипов может привести к обществу тотального контроля в духе антиутопии Д.Оруэлла.

Этику нередко оценивают как некий тормоз на пути развития новых технологий. Однако позиция, способствующая развитию науки, столь же этична, как и позиция, ограничивающая это развитие во имя определенных более высоких ценностей. В рамках этики новых технологий выделяются три аспекта: этический, юридический и социальный. Все указанные аспекты тесно взаимосвязаны. Так, сторонники экономического аргумента за или против развития новой технологии, используют при этом утилитаристскую этическую концепцию коллективного счастья.

Первые предупреждения о возможных побочных эффектах использования нанотехнологий появились в конце 1990-х гг. В качестве аналогии подобного риска приводилось использование асбеста. Дебаты в этой области обострились после того, как представители исполнительных органов Европейского сообщества взяли на вооружение принцип соблюдения осторожности и выдвинули мораторий на продукцию, содержащую наночастицы. Риск использования наночастиц стал правомерным вопросом, и правительства многих развитых стран стали искать пути урегулирования подобного риска. Проблема осложняется тем обстоятельством, что до сих пор степень подобного риска трудно определить. Представители таких организаций, как Гринпис, подвергают сомнению саму возможность использования наночастиц в целях удовлетворения человеческих потребностей.

Вопрос о том, способен ли человек оказывать влияние на характер развития новых технологий, относится к метауровню. С позиций технологического детерминизма, новые технологии материа-

лизуются независимо от того, что о них думают люди. Проблема риска в данном случае «решается» посредством отрицания человека как субъекта. Эта позиция может быть обоснована с помощью обращения к трансцендентному технологическому разуму, материализующемуся по аналогии с гегелевской Идеей. В другом случае трансцендентный разум может быть заменен «стратегическими играми» или «межгосударственной конкуренцией»: если мы не сделаем технологический прорыв, то это сделают наши конкуренты, и новая технология все равно появится. В последнем случае нет полного отрицания человека как субъекта, однако его воля целиком подчиняется стратегическим целям. Более активные «игроки», такие как фирмы-инвесторы или представители власти, оказываются лишь «проводниками» этих целей. Человек как субъект заменяется «коллективным разумом».

Когда сторонники технологического детерминизма обращаются к широкой аудитории, они используют метафору надвигающегося поезда, который нельзя остановить. Обращаясь к узкому кругу специалистов, они утверждают, что пытаются улучшить и усовершенствовать имеющиеся технологии. В данном случае сторонникам применения нанотехнологий не следует повторять ошибки представителей биотехнологии. В целом позиция детерминизма представляется как случайный результат, ведущий к непредсказуемым последствиям на коллективном уровне.

Позицию технологического детерминизма можно представить как «организационную безответственность». Например, когда ученых, работающих в штате компании «Филипс», спросили, задумываются ли они над социальными последствиями внедрения их научных разработок, они ответили, что это не их дело. Однако, когда над этими последствиями задумаются другие, ситуация может измениться: сами результаты открытий могут оказывать влияние на их оценку. Позиция сотрудников «Филипс» — прагматическое неведение с робкой надеждой на то, что другие задумаются над социальными последствиями их открытий. В итоге все это приводит к социальной безответственности. Подобная позиция характерна для общества эпохи постмодерна или «общества риска». В этом обществе субъекты не знают иной ответственности, кроме ответственности выполнения обещаний.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА ИНЦЕСТА: УКАЗАННАЯ З.ФРЕЙДОМ НЕРЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА ТАБУ ИНЦЕСТА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АЛГЕБРЫ ФОРМАЛЬНОЙ ЭТИКИ И ЕСТЕСТВЕННОГО ПРАВА

Лобовиков В.О.

В работе «Тотем и табу» З.Фрейд обращает внимание на нерешенную проблему *обоснования* табу инцеста в древних культурах. Почему это табу *закономерно* возникает *во всех или почти во всех* культурах? Современные медико-биологические знания дают возможность предложить некоторые научные основания для принятия обсуждаемого табу в качестве закона позитивного права (хотя, строго говоря, ситуация не абсолютно однозначна). Однако современные медико-биологические знания не дают возможности понять *именно те* основания, на которых табу инцеста *закономерно* возникло *в большинстве* древних культур; в древности не было упомянутых выше научных медико-биологических знаний; нередко даже существование связи между половым актом и деторождением не осознавалось. Тогда почему это табу возникает почти повсеместно? В дополнение к тому, что высказал об этой загадке З.Фрейд, в настоящей работе предлагается вариант ответа на данный вопрос, с точки зрения дискретной математической модели формальной аксиологии ригоризма — двузначной алгебры формальной этики и естественного права. Согласно классической античной теории права, *естественное* право есть *общее* право — система *универсальных ценностей*, объединяющая всех богов, людей и животных. Универсальность законов естественного права означает, в частности, *вечность* их действия. Следовательно, они повсеместно действовали и в древних культурах (даже не будучи осознаны). В таком случае алгебра естественного права (синоним — алгебра формальной этики) может оказаться адекватным средством решения обсуждаемой проблемы.

Под формальной этикой понимается раздел этики, систематически изучающий морально-правовые формы (любой) деятельности субъектов. При этом вводится *абстракция от конкретного содержания* морально-правовых форм. В данной работе рассматривается простейшая дискретная математическая модель формальной этики — двузначная алгебра формальной этики ригоризма. Она строится на множестве поступков и их морально-правовых форм. Поступками, по определению, являются любые действия, представляющие собой добро (хорошее) или зло (плохое) с точки зрения некоторого субъекта. Элементы множества {х (хорошо), п (плохо)} называются морально-правовыми значениями поступков и их мораль-

но-правовых форм. Лишенные конкретного содержания морально-правовые формы простых поступков играют роль ценностных переменных, а морально-правовые формы сложных поступков представляют собой морально-правовые ценностные функции. Областью допустимых значений переменных этих функций в случае ригористической этики служит двухэлементное множество {х (хорошо), п (плохо)}. Областью изменения значений этих функций служит то же самое множество.

Для экспликации *биоэтических* оснований табу инцеста введем следующие символы в язык алгебры формальной этики. Пусть *а* обозначает ценностную переменную, *Жа* — ценностную функцию «*существование, жизнь* (чего) *а*». *На* — «*небытие, смерть* (чего) *а*». *Ха* — «*сохранение* (чего, кого) *а*». *Va* — «*разрушение* (чего, кого) *а*». *Да* — «*продолжение* (чего, кого) *а*». *Иа* — «инстинкт (чего, кого) *а*». *Za* — «инстинкт против (чего, кого) *а*». *Та* — «табу на (что, кого) *а*». *Ра* — «род (чего, кого) *а*». *Ва* — «вид (чего, кого) *а*». *Эа* — «представитель, индивид, экземпляр, элемент (чего, кого) *а*». *Са* — «свой, собственный, родной, родственный для (чего, кого) *а*». *Ча* — «чужой, неродной, чужеродный, другой, иной для (чего, кого) *а*». *Па* — «пол (чего, кого) *а*, половая (что) *а*». *Ла* — «любовь к (чему, кому) *а*». *Ьа* — «любовь (чего, кого, чья) *а*». *Sa* — «секс (половая любовь) с (чем, кем) *а*». *Ца* — «инцест с (чем, кем) *а*». Ценностно-функциональный смысл этих унарных операций в двузначной алгебре этики определяется следующими таблицами 1 и 2.

Табл. 1

а	*Жа*	*На*	*Ха*	*Va*	*Да*	*Иа*	*Za*	*Та*	*Ра*
х	х	п	х	п	х	х	п	п	х
п	п	х	п	х	п	п	х	х	п

Табл. 2

а	*Ва*	*Эа*	*Са*	*Ча*	*Па*	*Ла*	*Ьа*	*Sa*	*Ца*
х	п	х	х	п	п	х	п	п	п
п	х	п	п	х	х	п	х	х	х

В алгебре этики *отношение формально-этической эквивалентности* определяется следующим образом. *Любые морально-правовые формы (ценностные функции) а и в формально-этически эквивалентны* (это обозначается символом «*а*=+=*в*»), *если и только если они принимают одинаковые морально-правовые значения* (из множества {х, п}) *при любой возможной комбинации морально-правовых значений переменных, входящих в эти формы.* В естественном языке отношение «=+=» выражается словами «есть», «значит» и т.п., иногда заменяемыми тире. Но эти же слова служат в естественном языке для

обозначения логических связок и отношений. Поскольку логические и этические структуры не абсолютно тождественны, постольку указанные слова суть омонимы. Использовать их на стыке логики и этики нужно осторожно, оговаривая то, в каком значении (формально-логическом или формально-этическом) используется слово «есть» в том или ином случае. С помощью данных выше дефиниций, можно получить следующие формально-этические уравнения. Справа от каждого уравнения помещен его перевод на естественный язык. Слово «есть» (тире) обозначает здесь не логическую связку, а отношение «=+=».

1. *Жа=+=ИХа*: жизнь есть инстинкт сохранения.
2. *ИХа=+=ИДРа*: инстинкт сохранения есть инстинкт продолжения рода.
3. *ИДРа=+=ИЛЧПа*: инстинкт продолжения рода есть инстинкт любви к другому полу.
4. *Жа=+=ИЛЧПа*: жизнь есть инстинкт любви к другому полу.
5. *ИЛСПа=+=ИНа*: инстинкт любви к своему полу есть инстинкт смерти.
6. *Жа=+=SЭЧРа*: жизнь есть секс (половая любовь) с представителями другого (чужого) рода. (Отсюда вытекает необходимость «браков» между чуждыми родами).
7. *SЭСРа=+=Ца*: секс (половая любовь) с представителем своего рода (т.е. с родственником) — инцест.
8. *Ца=+=На*: инцест *формально-аксиологически равноценен* смерти.
9. *ИЦа=+=ИНа*: инстинкт инцеста — инстинкт смерти (вымирания).
10. *ИХЖа=+=ИНЦа*: инстинкт сохранения жизни — инстинкт небытия инцеста.
11. *Жа=+=НЦа*: жизнь — небытие инцеста.
12. *ТЦа=+=ИХЖа*: табу инцеста — инстинкт сохранения жизни.

Ощущение парадоксальности (несовместимости некоторых из этих утверждений с фактами) — логико-лингвистическая иллюзия, так как приведенные уравнения означают не *формально-логическую эквивалентность* соответствующих *фактов*, а *формально-этическую эквивалентность* соответствующих *ценностей* (ценностных функций). Впечатление о несовместимости уравнений с фактами — следствие логической ошибки, заключающейся в подмене термина «формально-этическая эквивалентность ценностей» термином «формально-логическая эквивалентность высказываний о реализации ценностей». Логико-философский принцип, известный под названием «Гильотина Юма», запрещает такую подмену. Из *а=+=в* не следует логически, что реализация *а* логически эквивалентна реализации *в*. И обратно: из того, что реализация *а* логически эквивалентна реа-

лизации *в*, не следует логически, что *а*=+=*в*. Истинность универсального утверждения о равноценности инцеста и вымирания логически совместима с ложностью универсального утверждения о логической эквивалентности установления факта инцеста и факта вымирания. Древние люди не могли осознавать и обсуждать вышесказанное, но это и не было необходимо для почти повсеместного установления табу на инцест. Это табу — *неосознанный инстинкт* самосохранения и продолжения рода — инстинкт жизни, лежащий в основе *неизменной* системы естественного права, *общей для всех* людей и животных.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: МЕТОД ИСКУССТВЕННОГО ОСЕМЕНЕНИЯ

Ляуш Л.Б.

Появление вспомогательных репродуктивных технологий (далее ВРТ) связанно с одной из серьезных проблем — бесплодием. Отсутствие в семье детей нередко может стать причиной и другой беды — ухода из семьи одного из супругов.

Под словосочетанием вспомогательные репродуктивные технологии принципиально имеются в виду два метода: первый — метод искусственного осеменения (далее ИО), второй — метод экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО), последний иногда ещё называют оплодотворение in vitro (в пробирке).

Метод искусственного осеменения — искусственный перенос мужских половых клеток (сперматозоидов), применяемый при отсутствии достаточного числа сперматозоидов в миллилитре семенной жидкости, при недостаточной их (сперматозоидов) подвижности или недостатке генетически здоровых мужских половых клеток. При использовании метода ИО возможны три ситуации (случая): ИО половыми клетками мужа, ИО половыми клетками донора замужней женщины, ИО половыми клетками донора незамужней женщины.

Первый случай — случай осеменения женщины половыми клетками мужа — это единственный случай из всех методов ВРТ, где практически отсутствуют какие-либо этические проблемы[1]. Про-

[1] В данном случае делается оговорка «практически», т.к. до конца не исключена вероятность более частых осложнений, свойственных детям, рожденным искусственным путем.

цесс зарождения новой жизни происходит без нарушения целостности контекста брачно-семейных отношений супругов, т.к. социальный отец (воспитатель) и генетический отец ребенка здесь являются одним лицом.

Существует, правда, позиция Католической Церкви, допускающая появление человека на свет в согласии с «естественным законом», только в результате присущего человеческой природе «естественного» соития супругов. Все иные пути, пусть даже «искусственные» по форме, а не по содержанию (при ИО половыми клетками мужа принцип целостности брачного союза не нарушается, формально «искусственным» является лишь способ доставки половых клеток) признаются Католической Церковью неприемлемыми и противоречащими Божественному Замыслу. Русская Православная Церковь, исходя в своей позиции не из «буквы», а из «духа» закона относит метод ИО половыми клетками мужа к морально приемлемым. Так в документе «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви» (2000 г.) говорится: «К допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостность брачного союза, не отличаясь существенным образом от естественного зачатия, и происходит в контексте супружеских отношений».[1]

Во втором случае не так все просто как в первом. Здесь выделяют три проблемы: первая — возникновение фактора нестабильности семейных отношений, увеличивающего вероятность развода, вторая — увеличение вероятности возникновения близкородственных браков, третья — проблема донорства половых клеток — «безответственного отцовства».

Увеличение вероятности развода связанно с тем, что социальный отец ребенка не приходится генетическим отцом ребенку. Нарушается принцип целостности брачного союза. Семья является живым организмом, а для любого организма характерны стабильные и кризисные периоды. В кризисный период разрыв (семейных отношений) может произойти там, где «слабое место». Таким слабым «кирпичом» в семейном здании и может стать обстоятельство генетического не родства ребенка. Подспудное присутствие в сознании отца факта донорства в конфликтной ситуации может вылиться в прямой отказ от воспитания «генетически чужого» ребенка. Сходные проблемы возникают при донорстве яйцеклеток (метод ЭКО). 27% женщин, использовавшие донорские яйцеклетки, чувствовали себя как бы в состоянии «соревнования» с женщиной-донором и «превосходства» её над собой. В течение 3-х первых месяцев бере-

[1] Силуянова И.В. Антропология болезни. — М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007. — С. 257–258.

менности реципиенткам казалось, что «плод не их». Это же ощущение появлялось после родов, но исчезало в результате каждодневного контакта с ребенком[1].

С чем связанна проблема увеличения вероятности возникновения близкородственных браков? Предположим, что в каком-либо городе или районе один мужчина стал донором половых клеток для какого-либо числа супружеских пар, страдающих бесплодием, — 10-ти, 20-ти или 100. Обязательным условием применения методов ВРТ является условие полной двусторонней анонимности. Ни бесплодной паре не сообщается никаких данных о доноре, кроме самых общих данных: цвета волос, глаз, национальности, ни донору не сообщают, какой паре будет передан его генетический материал. В результате в последующих поколениях дети, рожденные в семьях, использовавших половые клетки от одного донора, могут вступить в брак, не зная что, по сути, будут являться генетическими родственниками. Можно возразить, что вероятность встречи и брака между родными братом и сестрой очень мала. Да, но она не равна нулю. Для снижения риска возникновения близкородственного брака, одни предписывают мужчине быть донором только 4 раза в течение жизни, другие привязывают возможное число быть донором, к численности населения, чем численность выше, тем большее число раз может быть донором один мужчина. Учитывая, что более 90% медицинских центров, занимающихся ВРТ в нашей стране, это коммерческие организации, проведение контроля над донорством половых клеток является довольно сложной задачей.

Донорство половых клеток является самостоятельной проблемой. Есть донорство крови, есть донорство органов и тканей, а возможно ли с моральной точки зрения донорство половых клеток? Для некоторой части людей данная практика рассматривается как неприемлемая, т.к. половые клетки выполняют функцию образования новой человеческой жизни, что невозможно вне семейного контекста и воспитания. При донорстве происходит искусственное разделение, расщепление до того цельной родительской функции на отдельные: социальную (воспитание) и генетическую. Как результат этого — психологическая неудовлетворенность «социальных родителей» и проблемы идентичности личности ребенка. Исследование, проведенное в Германии, показало, что 25% родителей, использовавших донорство половых клеток и утаивавших это, чувствовали себя угнетенными[1]. Ряд авторов определяет донорство

---

[1] Михальченко А.А. Церковь и «планирование семьи» // Церковь и медицина: на пороге III тысячелетия. — Мн: Издательство Белорусского Экзархата, 1999. — С. 192.

[2] Никитин Е. Бесплодие. Что предлагает медицина? Правовые аспекты. — М.: Эксмо, 2008. — С. 53.

половых клеток как «безответственное отцовство». Донор дает письменное обязательство никогда не интересоваться и не разыскивать детей, рожденных с использованием его генетического материала.

В третьем случае, основные этические проблемы сосредоточены на ребенке. По мнению семейных психологов при ИО половыми клетками донора незамужней женщины нарушается право ребенка на воспитание в полной семьи. Бесспорно, что наиболее гармонично идет воспитание в той семье, где есть и отец, и мать. Сейчас много «половинок», неполных семей, но в них есть хоть какая-то память об отце: умер, ушел из семьи, погиб и т.д. А в случае ИО половыми клетками донора незамужней женщины, об отце известно лишь то, что он анонимный донор. Исходя из пути появления ребенка на свет, можно заключить о невысокой вероятности появления отца у ребенка в дальнейшем. Помимо, воспитания не в полной семьи, ребенок обрекается на мучительный поиск своей идентичности.

ГЕНЕТИКА И РЕЛИГИОЗНАЯ ЭТИКА

Мольков А.С.

Отношение христианства к генетике

Отношение христианской религиозной этики можно выразить через документ «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви», поскольку и католицизм, и протестантизм полностью присоединяются к положениям Православной Церкви, касающихся интересующих нас вопросов (в сущности, конечно, речь не идет об абсолютно не важных сейчас частностях, как то, скажем, имена святых). Приведем несколько выдержек: «Формулируя свое отношение к широко обсуждаемым в современном мире проблемам биоэтики, в первую очередь к тем из них, которые связаны с непосредственным воздействием на человека, Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божием, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности, призванной «к почести вышнего звания Божия во Христе Иисусе» (Флп. 3. 14), к достижению совершенства Небесного Отца (Мф. 5. 48) и к обожению, то есть причастию Божеского естества (2 Пет. 1. 4)... Значительную часть общего числа недугов человека составляют наследственные заболевания. Развитие медико-генетических методов диагностики и лечения может способствовать предотвращению таких болезней и облегчению страданий многих людей. Однако важно помнить, что

генетические нарушения нередко становятся следствием забвения нравственных начал, итогом порочного образа жизни, в результате коего страдают и потомки... Таким образом, исследования в области генетики лишь подтверждают духовные закономерности, много веков назад открытые человечеству в слове Божием. Привлекая внимание людей к нравственным причинам недугов, Церковь вместе с тем приветствует усилия медиков, направленные на врачевание наследственных болезней. Однако, целью генетического вмешательства не должно быть искусственное «усовершенствование» человеческого рода и вторжение в Божий план о человеке. Поэтому генная терапия может осуществляться только с согласия пациента или его законных представителей и исключительно по медицинским показаниям. Генная терапия половых клеток является крайне опасной, ибо связана с изменением генома (совокупности наследственных особенностей) в ряду поколений, что может повлечь непредсказуемые последствия в виде новых мутаций и дестабилизации равновесия между человеческим сообществом и окружающей средой. Успехи в расшифровке генетического кода создают реальные предпосылки для широкого генетического тестирования с целью выявления информации о природной уникальности каждого человека, а также его предрасположенности к определенным заболеваниям. Создание «генетического паспорта» при разумном использовании полученных сведений помогло бы своевременно корректировать развитие возможных для конкретного человека заболеваний. Однако имеется реальная опасность злоупотребления генетическими сведениями, при котором они могут послужить различным формам дискриминации. Кроме того, обладание информацией о наследственной предрасположенности к тяжким заболеваниям может стать непосильным душевным грузом. Поэтому генетическая идентификация и генетическое тестирование могут осуществляться лишь на основе уважения свободы личности. Двойственный характер имеют также методы пренатальной (дородовой) диагностики, позволяющие определить наследственный недуг на ранних стадиях внутриутробного развития. Некоторые из этих методов могут представлять угрозу для жизни и целостности тестируемого эмбриона или плода. Выявление неизлечимого или трудноизлечимого генетического заболевания нередко становится побуждением к прерыванию зародившейся жизни; известны случаи, когда на родителей оказывалось соответствующее давление. Пренатальная диагностика может считаться нравственно оправданной, если она нацелена на лечение выявленных недугов на возможно ранних стадиях, а также на подготовку родителей к особому попечению о больном ребенке. Правом на жизнь, любовь и заботу обладает каждый человек, независимо от наличия у него тех или иных заболеваний. Согласно Священ-

ному Писанию, Сам Бог является «заступником немощных» (Июд. 9. 11). Апостол Павел учит «поддерживать слабых» (Деян. 20. 35; 1 Фес. 5. 14); уподобляя Церковь человеческому телу, он указывает, что «члены... которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее», а менее совершенные нуждаются в «большем попечении» (1 Кор. 12. 22,24). Совершенно недопустимо применение методов пренатальной диагностики с целью выбора желательного для родителей пола будущего ребенка... Осуществленное учеными клонирование (получение генетических копий) животных ставит вопрос о допустимости и возможных последствиях клонирования человека. Реализация этой идеи, встречающей протест со стороны множества людей во всем мире, способна стать разрушительной для общества. Клонирование в еще большей степени, чем иные репродуктивные технологии, открывает возможность манипуляции с генетической составляющей личности и способствует ее дальнейшему обесцениванию. Человек не вправе претендовать на роль творца себе подобных существ или подбирать для них генетические прототипы, определяя их личностные характеристики по своему усмотрению. Замысел клонирования является несомненным вызовом самой природе человека, заложенному в нем образу Божию, неотъемлемой частью которого являются свобода и уникальность личности. «Тиражирование» людей с заданными параметрами может представляться желательным лишь для приверженцев тоталитарных идеологий. Клонирование человека способно извратить естественные основы деторождения, кровного родства, материнства и отцовства... Необходимо также учитывать, что «побочными результатами» экспериментов с клонированием человека неизбежно стали бы многочисленные несостоявшиеся жизни и, вероятнее всего, рождение большого количества нежизнеспособного потомства. Вместе с тем, клонирование изолированных клеток и тканей организма не является посягательством на достоинство личности и в ряде случаев оказывается полезным в биологической и медицинской практике»[1].

Особой темой, положившей начало целого столкновения генетики и религии, является дерзкое заявление отдельных представителей-генетиков о возможном клонировании Иисуса Христа. Христианская церковь рассматривает это заявление как посягательство генетики на религию. А между тем, действительно неизвестно, что сейчас происходит с пробами, взятыми с Туринской Плащаницы генетиками и бактериологами. Иногда в СМИ даже проскальзывает информация о том, что клонирование того, кто был завернут в Плащаницу, давно началось и уже подходит к своему завершению. Церковь называет такие сообщения лживыми. Представители христианства гово-

[1] «Основы социальной концепции РПЦ», гл. «Проблемы биоэтики». Pdf-версия документа.

рят о том, что, если клонирование Христа действительно произойдет, генетиков можно будет поздравить с сотворением Антихриста.

Как мы видели из «Основ социальной концепции РПЦ», церковь не только лишь отвергает некоторые генетические аморальные методы, но и «берет на вооружение» многие из них, не считающиеся таковыми. Например, кроме всего прочего, христиане взяли на заметку, что гены человека и круглого земляного червя совпадают. «В этом нет ничего странного, — говорят они. — Ведь все, согласно Библии, сотворено из земли»[1].

Отношение ислама к генетике

«Все ученые исламского мира твердо убеждены: во Вселенной нет ничего бессмысленного и надо всегда стремиться ее познавать, чтобы познать Аллаха. Делая открытия, ученые все больше утверждаются в своей вере. Чем больше они находят закономерностей, тем больше они познают свойства Творца»[2]. В исламе нет четко выраженного отношения к генетическим исследованиям и экспериментам, как в христианстве. Вообще, христианство наиболее информативно в этом вопросе. Ислам и все последующие религии четко очерчивают свое отношение лишь к отдельным аспектам современной генетики. Так, известно отношение ислама к клонированию. Клонирование разрешено в исламе только в том случае, если оно идет на пользу человечеству:

1. Терапевтическое клонирование — клонирование органов и тканей организма человека. Данное направление используется для лечебной цели недостаточности и изнашивания тканей и органов (например, после инфаркта миокарда, при инсульте мозга, циррозе печени, хронической почечной недостаточности), врожденном или приобретенном отсутствии тканей и органов (например, при рождении с одной почкой, после ампутации конечности).

2. Клонирование элитных животных сельского хозяйства (коров-рекордсменок по молоку и мясу, кур, овец и др.)

3. Клонирование растений с целью получить высокий урожай (**солеустойчивые пальмы** в Арабских Эмиратах).

Клонирование целого организма человека бессмысленно и неоправданно с точки зрения Ислама, так как:

1. Рождение ребенка происходит неестественным путем (одна мать у него будет биологической, вторая — суррогатной; отец может быть как биологическим, так и приемным).

2. Клонирование с целью получения гениев и идеальных людей никогда не приведет к нужному результату, так как души, среда и условия воспитания, сфера деятельности у них будут разными.

---

[1] URL : http://www.genoterra.ru/news/print/226.

[2] URL : http://www.genoterra.ru/news/print/241.

3. Клонирование человека приведет к его ущербному восприятию самого себя, своего предназначения (не говоря уже о том, что клонированные организмы быстро стареют)[1].

В целом, отношение исламской религии и этики к клонированию сходно с христианским. Генную терапию мусульмане «берут на вооружение» — они считают, что Аллах не послал ни одну болезнь на человечество без способа ее излечения. А генная терапия — как раз один из таких способов. К тому же, считают мусульмане, генетика подтверждает правдивость их коранического учения. Например, генетика доказала, что все в будущем ребенке определяется семенем отца и ничего не зависит от женщины, о чем уже давно было сказано в Коране[2].

Отношение буддизма к генетике

Буддисты связывают генетические процессы в человеке с его кармическими процессами. Они допускают отдельные изменения генов человека с целью лечения того или иного заболевания, однако они категорически против изменения генетических процессов и генетической структуры организмов в целом, поскольку это может невообразимо отрицательным образом повлиять на весь священный закон кармы в целом[3].

Также буддизм выступает категорически против клонирования не только человека, но и всех других форм жизни на Земле[4].

Оставшиеся нерассмотренными нами существующие ныне религии, в большинстве своем, разделяют приведенные выше точки зрения, а расхождения наблюдаются лишь в незначительных аспектах, «порожденных» особенностями вероучений.

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТУДЕНЧЕСТВА В КОНТЕКСТЕ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ БИОЭТИКИ

Мухамедова З.М., Хамидов Б.К.

В формировании духовно-нравственного потенциала студентов, обосновании приоритетов социально-профессионального становления личности в условиях медицинского вуза велика роль биоэти-

[1] См. там же.
[2] См. URL : http://www.islam.ru/news/arch.
[3] См. URL : http://www.sunhome.ru/religion/5698.
[4] См. URL : http://www.asiatimes.narod.ru/top/top_rel.htm.

ческого знания, направленного к новым морально-этическим ориентирам медицины и здравоохранения как в теории, так и в практике.

Определение методологических оснований процесса формирования биоэтических представлений у современной молодежи с необходимостью обращает нас к анализу состояния и перспектив развития биоэтического образования в условиях профессиональной школы. Несомненен вклад общественности и ученых в развитие биоэтики. Особую значимость в этом отношении имеют рекомендации и положения в области биоэтического образования, выработанные международным сообществом, в том числе Советом Европы, Комиссией ЮНЕСКО по этике научного знания и технике, Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения.

В современную эпоху достижения биоэтики являются источником развития мировоззрения и профессиональной компетенции личности медицинского работника. В определении и оценке факторов риска для человека и общества при внедрении биомедицинских новаций в качестве критерия нравственности наряду с традиционными медико-этическими представлениями выступает новая комплексная наука биоэтика.

Потребность в выработке биоэтического императива ответственности остро обнаруживает себя вследствие возникшего разрыва между уровнем развития биомедицинской науки и практики, с одной стороны, и отставанием нравственной компоненты медицины на уровне теории и практического врачевания — с другой. Проблемные вопросы и дилеммы биоэтики невозможно разрешить без осознания обществом, и в том числе медицинским сообществом, своей ответственности за безопасность человеческого существования и выживание человеческого рода.

Одной из причин деформирования традиционных ценностно-мировоззренческих представлений являются существующие установки субъектов здравоохранительной деятельности, которые не скоординированы с защитой прав пациентов, интересами медиков, не имеют статуса адекватного правового закона. В этом плане представляется актуальной разработка полновесного закона о правах пациентов, закона об охране здоровья граждан РУз в контексте биоэтики. Существующий сегодня закон об охране здоровья граждан РУз, исключая статьи о волонтерах, участвующих в испытаниях новых лекарственных средств, не связан с биоэтической парадигмой норм регуляции медицинской деятельности.

Современное состояние медицины необходимо порождает новую проекцию традиционной медицинской этики, направленную в сторону принятия биоэтических ценностей у практикующего меди-

цинского персонала, поиска новых моделей медицинского образования, отвечающего современным требованиям. Решение проблемы реформирования медицинского образования находится в общем русле направлений, заданных программой Национальной подготовки кадров РУз (1997 г.) и должно основываться на диалектической гармонизации равноправных и общепризнанных образовательных парадигм, с учетом гуманной специфики медицинской деятельности.

Отсутствие системы воспитания биоэтически ответственной личности на всех уровнях медицинского образования способно привести к деградации врачебной профессии в плане ее этико-гуманистической составляющей.

Сущностной характеристикой биоэтического знания является его соотнесенность с философским и правовым осмыслением нравственно-этических проблем, связанных с развитием биомедицинских технологий, которые не могут быть решены в рамках классических этических принципов.

Формирование социально-профессиональной ответственности медицинского студенчества в контексте достижений современной биоэтики связано с уровнем развития в обществе биоэтической культуры, которая включает в себя адекватные требования в области образования и права.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Назарова Е.В.

Сегодня многие ценности техногенной цивилизации, связанные с отношением к природе, человеку, ранее казавшиеся незыблемым условием прогресса и улучшения качества жизни, ставятся под сомнение.

Стремление человечества к обновлению системы моральных и духовных ориентиров нашло свое воплощение в новой междисциплинарной отрасли знания — биоэтике — науке о нравственном отношении к живому. Эта наука строится на законах и принципах биологии и в тоже время выходит за границы ее традиционных представлений, включая в сферу своего рассмотрения наиболее существенные элементы социальных и гуманитарных наук.

Биоэтика как сложный культурный феномен, возникла в ответ на угрозы моральному и физическому благополучию человека, по-

рождаемые бурным прогрессом науки и практики. Целью биоэтики, в соответствии с идеями ее основателя Ван Р.Поттера (1911—2001) является изучение условий, при которых возможно сохранение жизни на Земле.

Современная биоэтика включает ряд тесно связанных форм деятельности.

Во-первых, биоэтика — это междисциплинарная область человеческого знания, в формировании которой участвуют медики, биологи, философы, социологи, юристы и представителей других профессий.

Во-вторых, — это сфера педагогической деятельности. Курсы биоэтики преподаются в университетах (на медицинских, биологических, философских, богословских и некоторых других факультетах). Ряд вопросов биоэтического содержания рассматриваются в детских садах, школах, гимназиях и лицеях.

В-третьих, — это развивающийся социальный институт, включающий сложную систему международных, национальных, региональных и локальных этических комитетов.

Основными направлениями биоэтики являются следующие.

- Медицинское направление. Чаще всего это направление называют биомедицинской этикой или медицинской биоэтикой и используют для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, прежде всего связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов.
- Глобальная биоэтика имеет целью достижение стабилизации жизни народонаселения в окружающей среде, что будет благоприятно влиять на здоровье человека и на здоровое функционирование экосистем.
- Экологическое направление в биоэтике призвано утвердить ценность и право на существование в естественных условиях каждого объекта экосистемы. Задачами экологической биоэтики являются:

— изменение роли человека в биосфере, а именно, превращение его из завоевателя природы в полноправного представителя биологического сообщества;

— провозглашение права каждого вида на существование, вне зависимости от его экономической ценности или полезности;

— распространение этических норм на всю биосферу как неделимое с целью регуляции вмешательства человека в область разнообразных проявлений жизни и др.

Выживаемость нашей цивилизации напрямую связана с духовно-нравственным состоянием человека и человечества, способностью грамотно решать этические проблемы. Для современного чело-

века биоэтическое мировоззрение должно стать нормой. Воспитать таких, в полном смысле слова, цивилизованных людей, призвана система биоэтического образования и воспитания.

Биоэтические качества личности должны формироваться в процессе широко понимаемого образования, в котором принимают участие семья, образовательные учреждения, государство и церковь. Их общей педагогической задачей должно явиться становление и развитие духовно-нравственной жизни личности, способной нести груз ответственности за судьбу природы, земной цивилизации и культуры, личности, которая будет в состоянии защитить и отстоять общечеловеческие ценности, творя гуманный и целостный мир.

В процессе биоэтического образования, помимо обращения к таким категориям, как мораль и нравственность, необходимо опираться на понятие духовность. Под духовностью человека понимается его способность различать и выбирать истинные нравственные ценности и подчинять им свои поступки, поведение, способ жизни.

Раскрытие и воспитание этих и других важнейших духовно-нравственных качеств человека возможно только средствами гуманистической педагогики, сторонники которой, как известно, до сих пор не оставляют попытки переустройства мира путем исключительно гуманного воспитания.

С позиций гуманизма, конечная цель воспитания состоит в том, чтобы каждый воспитанник мог стать полномочным субъектом деятельности, познания, общения; свободной, самодеятельной личностью, обретшей смысл жизни. Человек только тогда состоится в этой жизни, когда смысл его жизни совпадет с его природным генетическим призванием, если духовные и генетические начала будут находиться в динамическом единстве и взаимосвязи. Тогда он талантлив и уникален, и тогда он здоров.

Сегодня биоэтика является одной из важных составляющих высшего образования медиков, биологов, философов, социологов, педагогов. Однако глубокое понимание биоэтики, становление биоэтического мировоззрения необходимо для развития личности, воспитания и самовоспитания **каждого** гражданина цивилизованного общества. Поэтому необходимо ввести данный курс в программу подготовки специалистов различных областей знания.

Таким образом, биоэтика становится мировоззренческим основанием нового образования, призывает творить новые этические смыслы и принципы, исходя из главной ценности — ценности Жизни и всего живого на земле. Следуя этой цели, биоэтика вырабатывает привычку рассматривать проблемы в междисциплинарном и социокультурном контексте, воспитывает уважение к различным мнениям, взглядам, установкам, признает важным отсутствие догматичности, косности в изложении материала, учит преодолевать соб-

ственные предубеждения и предрассудки, призывает к живым дискуссиям, обсуждению конкретных этических ситуаций и дилемм, апеллирует к нравственной позиции человека, его собственному отношению к проблеме.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР БИОЭТИКИ ИЛИ РАСШИРЕНИЕ ПОЛЯ БИОЭТИЧЕСКОГО ДИСКУРСА

Нежметдинова Ф.Т.

Биоэтику можно определить как междисциплинарную область знания, в основе которого **оценка и выбор критерия нравственного отношения к живому** (определение Ф.Т.Нежметдиновой). Выработаны концептуальные подходы, правовая и нормативная база, разработаны этические принципы, нашедшие свое отражение, прежде всего, в профессиональной этике врача. Биоэтика на Западе состоялась сегодня не только как мировоззрение, но и как общественное движение. Общественную поддержку снизу получили принципы автономии и самоопределения личности, добровольного информированного согласия и отказа от медицинского вмешательства, реализация принципа справедливости (равенства) в политике и стратегии здравоохранения и т.д. Исторически сложилось, что будучи шире по объекту своего исследования, биоэтика актуализировалась как один из результатов революции в биологических и медицинских науках, когда биомедицинские технологии — генная инженерия, репродуктивные технологии, экспериментальная медицина, клиническая трансплантология, экстраординарные средства продления жизни — в буквальном смысле задели человека «за живое». Как следствие, биоэтика вынуждена была разрабатывать собственные социальные технологии, которые включали бы в себя контрольные функции с точки зрения права и морали, защиту прав человека. Так появились комитеты по биоэтике, и биоэтика обрела статус социального института.

Вместе с тем, 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. Глобальные вызовы, стратегические социально-экономические приоритеты будущего России и ее регионов обусловили необходимость ускорения изучения, прогнозирования и разработки средств, которые должны

способствовать устойчивому их развитию, обеспечивать безопасность и качество жизни населения, защищать экологию и совершенствовать рациональное природопользование.

Все это повлияло на то, что поле дискурса биоэтики, возможная экстраполяция ее оценочно-регулирующей роли и опыта ее использования в качестве инструмента гуманитарной экспертизы на сферы экологии, внедрение биотехнологий в сельское хозяйство, профессиональный спорт и т.д., становится все более очевидным. В пользу данного утверждения говорят следующие примеры:

1. Зарубежные и отечественные эксперты прогнозируют в будущем картину мира, где сельскохозяйственные поля будут иметь то же значение, что и нефтяные. Они утверждают, что мы движемся к экономике, основанной на биологии, где «бензин заменят на гены» как ключевой источник не только различных сырьевых материалов, но и энергии. Уже сегодня отходы биомассы могут быть преобразованы: в пищу, корма, удобрения, волокно, химикалии, электричество, смазочные материалы, клеи, топливо и т.д. Из растительного сырья можно производить композитные материалы, более прочные, чем сталь и келавр. Утверждается, что так как «биопреобразователи» будут строиться вокруг источников сырья, то ожидается активное развитие региональной агрокультуры, что приведет к созданию несельскохозяйственных рабочих мест в сельских районах и замедлит процесс урбанизации. Речь идет о самостоятельном секторе экономики, а именно **биоэкономике,** основанной на использовании возобновляемых биоресурсов и защиты экологического разнообразия. Сегодня к биоэкономике относится не только лесная, целлюлозно-бумажная, пищевая промышленность, сельское хозяйство и рыбоводство (это так называемый зеленый сектор биоэкономики), но и биофармацевтика, биомедицина (красный сектор), а также производство ферментов, биотоплива, биоремедитация почв и воды (белый сектор). На фоне других стран биотехнологические успехи России пока выглядят скромно. Объем продаж на рынке биотехнологий в России не больше 1 млрд. долларов в год, в то время как на мировом рынке он превысил 95 млрд. Для сравнения, рынок Китая и Индии, который стремительно развивается в последние годы, составляет 3,8 млрд. долларов. Лидер мирового рынка — биофармацевтика, хотя в последнее время усиливаются сельскохозяйственный и промышленный секторы. Появление и развитие биоэкономики сегодня серьезно рассматривается в качестве альтернативы традиционным отраслям промышленности и производства.

2. Продовольственная безопасность обеспечивается за счет развития биотехнологий по основным продуктам питания, распространения пищевой продукции, полученной из генетически модифицированных растений с использованием генетически модифициро-

ванных микроорганизмов и микроорганизмов, имеющих генетически модифицированные аналоги**.** Генетически модифицированные культуры сегодня в мире занимают площадь 8,1 млн. га, а продажи ежегодно растут на 20%. Получение генетически модифицированных организмов, увеличение за счет этого урожаев культурных растений и продуктивности сельскохозяйственных животных становится все более распространенным решением проблемы продовольствия в мире и способом снижения цен на продукты питания.

3. Развитие данного направления актуализируется также и в связи с достижениями современного профессионального спорта. Спорт стал заметным общественным явлением в XX и XXI веке и динамично развивается в контексте современных социально-экономических и политических процессов. Общепризнано, что спорт — культурная деятельность, которая осуществленная справедливо, обогащает общество и дружбу между нациями. Он также признан как деятельность, которая осуществляемая справедливо, предлагает человеку возможность самопознания, самовыражения и самореализации; личное достижение, приобретение навыка и демонстрация способности; социальное взаимодействие, удовольствие, хорошее здоровье и благосостояние. После Олимпиады в Пекине в августе 2008 года и до сих пор ведутся дискуссии о справедливости некоторых спортивных достижений, корректности решений о недопущения к соревнованиям тех или иных спортсменов заподозренных (и только!) в употреблении допинга. Как утверждают специалисты, *“убогая эпоха”, когда анализы мочи и крови выдавали олимпийцев, закончилась.* Больше никаких стероидов и гормонов. **Будущее — за генной инженерией**, и в этом сходятся почти все эксперты. Ученые постепенно начинают понимать суть генетической детерминации физической деятельности человека. Официально в этом направлении работает небольшое число лабораторий со всего мира, имеется всего несколько десятков публикаций об ассоциациях полиморфизмов генов с такими физическими качествами, как скорость, сила и выносливость.

Высокая степень потенциальной и реальной опасности достижений современных биотехнологий, предупреждение и недопущение их использования без предварительной гуманитарной экспертизы актуализирует в этом контексте такой социальный феномен как **биоэтика** и возлагает на нее особый социально-регулятивный статус. Ключевыми понятиями здесь становятся «выбор» и «оценка» нравственного отношения к живому. Они становятся инструментами «опережающего переживания» (Б.Г. Юдин), когда ситуации возможного вреда для живого «проигрываются» в экспертной среде, оставаясь в рамках сценария «Что было бы, если ...?», фильм по которому возможно никогда не будет снят.

ПРОЕКТ ФИЛОСОФСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ И ПРОБЛЕМА ЭТИЧЕСКОГО РЕГУЛЯТИВА «ВСЕОБЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЯ»

Панов С.В., Ивашкин С.Н.

Проект философской антропологии, как он мыслился немецкой классикой, оставляет все больше пространства для вопрошания, ставя под сомнение саму «классичность» этого проекта. Одним из истоков этого антропологического проекта, несомненно, является та эпистемологическая складка в ренессансном гуманизме, впервые обозначившая производность мудрости (sapienza) от вкуса (sapore): вкус как сфера самочувствия чувствующего, всякий раз задающего меру чувствования, впервые становится сущностью мудрости — внятия бытию в его творении. Именно поэтому не возникает, а является результатом переинтерпретации классической мудрости представление о человеке как душевно-телесном единстве, единстве, впервые построенном на принципе сообразности восприятий идеям сообразности «природы целям свободы» (Кант). Поворот в метафизике представления позволил Канту сформулировать и антропологическую идею, и идею культуры: сущность человека оказывается сведена к производству душевно-интеллектуальной субъективности как подлежащему подведению временной множественности к единству сопредставления, поэтому душа становится «органом внутреннего чувства», определенного внутренним созерцанием, отношением представлений во времени. Мы видим, что уже у Гегеля антропологическая идея как производство субъективности выступает как знакопроизведение и обналичивание сущности в изображение и образ, т.е. воплощение идеальности души в телесности, понимаемой как «качественная определенность», чем, собственно говоря, она и остается в рамках так называемых гуманитарных наук. Антропологический проект — аналогическое производство субъективности, всякий раз устанавливающей меру дистанции представляющего и объекта. Если человек определен как означивание внутреннего, полагающее меру представимости представимого, то и культура будет ничем иным, как символическим производством проективной связи бессвязного. Время антропологии как понимание меры человеческого — возвращение к невозвратному, дающее шанс преодолеть саму проективность как внутреннего чувства, забывшего о временном разделе как условии возможности чувствования, так и символического производства культуры, в которой тело не было и больше не будет подчиненным основанием для означивания, а обнажит себя как рану раны в

евхаристии смысла. Антропология Канта явилась основой для прагматического проекта, который заменил безусловное условие идеала и цели творения на производство согласия человека с самим собой, другими и миром и определил новый этический регулятив человеческого существования.

Прагматическая традиция в философии открывает совершенно новое понимание существования человека в предполагаемом им способе самочувствия и самопознания. Классическая «истина» трансцендентального познания как полагание априорных условий опыта в связности определимого и определения переформулируется в прагматической перспективе как мера «всеобщего экспериментирования» в ожидании всякий раз предвосхищаемого ответа природы производимой научным проектом гипотезе. К критике оснований прагматической традиции обращается Жак Пулэн, который в своей книге «Прагматическая эпоха, или всеобщее экспериментирование» (1991) вскрывает сущностные механизмы так называемой новой технологической революции человеческой культуры, на самом деле воспроизводящей структурные элементы архаичных «изобретений» — суверенных богов как автономных внеположных сил, создающих событийный ряд мира, и мифорелигиозных схем, порождающих само смысловое ожидание и гарантии ответа в сообразном человеческому способу восприятия, мышления и действия порядке бытия. Религиозный схематизм политеизма как органическая суть современной технологической эпохи задает весь горизонт самопроизводства человека в постоянном самоотчуждении и самоприсвоении в том, что со времен Просвещения носит название «природа». Пантеон суверенных богов как способ самоотчуждения человека в порядок необходимой судьбы, впервые основывающий непреложную связь причин и следствий в виде некоего телео-космологического реализма, структурно равноценен «идентификации прагматического человека с моделью успешного функционирования созданных им автоматизмов»[1], что всякий раз дает ему возможность осознать собственное несовершенство в утрате согласованности своего бытия, недостатке согласия во всех его формах и продуктах, согласия как основной цели «всеобщего экспериментирования», которое, как предполагается, принесло бы раз и навсегда человеческому существу полное удовлетворение потребностей, исчерпывающее снятие стимулов при реализации задач человеческого праксиса, привело бы к постметафизическому покою, выраженному в «иллюзии идеала» — прагматической атараксии и аффективной апатии. Таким образом, идея прагмати-

[1] Poulain J. L'age pragmatique, ou l'experimentation totale. — P., Harmattan, 1991. — C. 208.

ки как проекта человеческого согласия субъекта с самим собой, природой и другими основывается на «идентификации себя с тем, что мы из себя создаем, исходя из единственного факта, что мы себя мыслим и себя проговариваем»[1]. Именно поэтому прагматический человек в экзерсисе технологической воли самопроецирования и самосоздания, подчиняющей воспринимаемое, мыслимое и создаваемое целям «всеобщего экспериментирования», априорно запрещает себе самому судить об условиях истинности человеческого самопродуцирования, не позволяя представить саму возможность «ложности того, во что мы воплощаемся»[2]. Прагматический «демон» заставляет каждый раз воспроизводить коммуникационную модель согласия «безупречного автоматизма», заменяя им вакантную позицию «Третьего» (внеположных отчужденных сил или суверенных богов), гарантировавшего условия развертывания любого человеческого действия, выбора, решения, аффекта. Это вопрос-ответное единство технологического ожидания имеет в своей основе коммуникационную структуру речевого акта, в которой предвосхищение слуха, слушания является исходным условием связывания означающих, а значит — и смыслового обращения в идентификации реализуемых действий с условиями их реализуемости, в различении реализуемых действий от нереализуемых как продуктов «фантазматических желаний». Подчинение видимого произносимому как основа технологического дискурса прагматического человека в его «всеобщем экспериментировании» — обналичивании опытного в «картину мира» или «концепцию» — необходимым образом отсылает к модели аудитивной рецепции звуков речи, к чувственному «немыслимому» языка, который «секретирует невидимое сочленение с феноменальной чувственной явленностью речи»[3], т.е. априорное связывание, которое и является условием невидимого продуцирования согласованности видимого и ожидаемого, а также согласия с другим посредством звуков в том «отношении, которое до опыта освобождает нас от необходимости судить наше собственное суждение»[4]. Именно поэтому языковое моделирование коммуникационной структуры прагматического разума обнажает его «апраксию» как диагноз неспособности соотнести собственное продуцирование с суждением об исходных условиях истинности своего проекта в идентификации самой мысли с саморегулируемым автоматом как «перводвигателем» и первозаконом «всеобщего экспериментирования». Коммуникационный

---

[1] Там же. — С. 213.

[2] Там же.

[3] Poulain J. L'age pragmatique, ou l'experimentation totale. — P., Harmattan, 1991. — С. 215.

[4] Там же. — С. 215–216.

этос прагматической эпохи как времени «всеобщего экспериментирования» связан с тем обстоятельством, что коммуникация сама по себе создает гармонию человека с самим собой, другим и миром только в том случае, если она «проецирует во внутреннюю и внешнюю природу коммуникационную структуру, присущую идентификации человека с произнесенными и услышанными звуками»[1]. Вещи, желания и успех приобретают вид «вербальной прозопопеи» (prosopopee verbale), которая раз и навсегда заранее дает положительный ответ нашему призыву, нашим потребностям и стремлениям, как и согласие с другим уже исходно предполагается в возможности «сказать ему то, что мы ему говорим и говоря ему это»[2]. Таким образом, человек отождествляется с прозопопеей согласия, всякий раз удовлетворяющей его желание в достоверности, в истине собственного бытия предсуществующим заранее соответствием этой истине исходя из единственного факта события этого соответствия[3]. «Чистое действие» как «абсолютное потребление», раз и навсегда удовлетворяющее любую возможную потребность, возводится в сущность человека, «вычитая» его из всякого способа регуляции. Априорная автономия чистой воли становится безумием прагматического желания, раздвоенного на желающее и желаемое и всякий раз устанавливающего эту дистанцию как условие обретения согласия с самой собой. Структурообразующий аффект консенсуальной воли — удовольствие от всякий раз предполагаемого согласия видения и видимого, произносимого и слышимого, волимого и воплощенного. Время удовольствия — время постонтологического неопрагматического тотального перцептивного, познавательного, ценностно-мотивационного экспериментирования человека — вне возможности полного и окончательного «удовлетворения» как обретения единого ставит под вопрос классическую этику самочувствующей практической субъективности, открывая поле вопроса о немыслимых безосновных основах удовольствия и наслаждения, о постаффекте волевого становления в том повороте мышления, который больше не связывает бытие удовольствия с тождеством смысла, человеческое существование и идею жизни со схемой «предустановленной гармонии», а с разделом реального — с соблазном и преследованием Другого, который все еще и всегда уже преследует нас[4].

---

[1] Poulain J. Le jugement de verite dans les actes de paroles // Semiotiques. — P., 1996. — № 10. — С. 84.

[2] Там же.

[3] Там же. — С. 84–85.

[4] Derrida J. L'animal que (donc) je suis. — P., 2006. — С. 85.

АКСИОЛОГО-ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПОСТНЕКЛАССИЧЕСКОЙ НАУКИ (БИОЭТИКА) КАК ФИЛОСОФСКИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ

Перова О.Е.

В сферу современного научного исследования постепенно включаются новые фрагменты, развитие науки требует осмысления новых связей между явлениями. Анализируя такие изменения можно прийти к мысли о нетождественности реальности на стыках наук и в дисциплинарной науке. Стыки предметности разных наук требуют анализа как форм познавательных подходов науки, так и осмысления внутренней логики познавательного подхода как такового. Традиционно это было задачей философии. Но именно современные познавательные формы, такие как биоэтика, проявляют требование переосмысления традиционно философских проблем познания. Именно их осмысление провоцирует переоценку роли опыта и здравого смысла в познавательных подходах науки. Таким образом, биоэтика может быть рассмотрена как аксиолого-познавательная модель, в рамках которой реализована попытка одновременного осмысления противоположного, а именно, неантропологических и антропологических ракурсов живого. Возможно, биоэтика как такая аксиолого-познавательная форма и задает параметры постнеклассического типа познания.

Такие познавательные формы постнеклассической науки (биоэтика) становятся исходной точкой рассуждений для осмысления объекта современной науки. Они задают диалектическое измерение постнеклассическому научному познанию.

Учитывая ситуацию завершения смысловой эпохи[1], анализ познавательных подходов биоэтики имеет значение для развития дальнейших научных стратегий: «Переходный период, в котором главным становится бессодержательность, растворяются идеологемы прошлого и настоящего, является пространством мировоззренческого разрушения и одновременно — нового содержания. Это состояние мира, когда все можно и, одновременно, ничего нельзя, когда все важно и, одновременно, ничего не имеет значения, когда фантомными предстают все ценностные критерии, и поэтому, трудно отличить истинное от ложного, умное от глупого, добро от зла»[2].

---

[1] Кремінь В. Г. Людиноцентризм в освітній діяльності: традиції и нові вимоги // Философскі проблеми гуманітарних наук. — 2006. — № 8–9.

[2] Кремінь В. Г. Людиноцентризм в освітній діяльності: традиції и нові вимоги // Философскі проблеми гуманітарних наук. — 2006. — № 8–9. — С.12–19.

Состоялась смена познавательных «приоритетов», актуальным становится не только вероятностный стиль мышления, который можно рассматривать как основу познания в современной науке (например, синергетика), а также и стиль мышления многозначной детерминации, который должен быть осознан для дальнейшего развития науки. Что касается науки предыдущих типов, исследователи приписывают ей стиль однозначной детерминации[1].

Как было отмечено, «допостнеклассические» подходы к пониманию научного знания не отвечают современным требованиям науки. Например, рассматривая жизнь как особый феномен, познание которого не только выходит за пределы традиционной биологии, но и «задано» аксиолого-познавательными формами постнеклассической науки. Можно сделать вывод, что объект постнеклассической дисциплинарной науки и постнеклассической науки «на стыках» не тождественны. Такая ситуация может быть критически осмысленна соответственно постнеклассическим требованиям к научной рациональности, т.е. наличием в науке аксиолого-познавательных форм.

Ученый будущего, скорее всего пользующийся стилем мышления многозначной детерминации, поставил бы вопрос о критериях нового знания в постнеклассической науке. Обращение к исторической реконструкции традиционного (допостнеклассического) научного знания, как путь осмысления новейших стратегий, в определенной степени сомнителен. Такие подходы рассматривались как перспективная стратегия познания человека в современной медицине и были правомерно критически осмыслены[2]. Не секрет, что развитие медицины в ее традиционном понимании способствовало общему ухудшению биологических показателей популяции.

Таким образом, можно сделать вывод, что познание в постнеклассической науке и наличие характерных для нее аксиолого-познавательных форм (биоэтика) демонстрирует некоторый «эпистемологический паритет» в познавательных подходах науки и философии.

Напомним, что в конце XVI — начале XVII вв. возникает экспериментальное естествознание, соответственно определение предмета философии в этот период рассматривается как определение ее места в системе конкретных наук, что способствовало

---

[1] Апостолова Иванка. Стил на мислене. София, 1972. Цит за Огородник И.В., Стогний И. П. преемственность научного знания. — К.: Политвидав Украины, 1981. — Р. 109.

[2] Моисеев В.И. К возможным концептам теоретической медицины // Философские проблемы биологии и медицины: Вып. 1: В поисках новой парадигмы: сборник. — М.: Принтберри, 2007. — С.11–12.

появлению двух тенденций — позитивистской и метафизической (умозрительной). Напомним — умозрительная спекулятивная философия, не опираясь на обобщения конкретных наук в рамках своего предмета, задавала предметы конкретных наук (Декарт, Лейбниц).

Демонстрация «эпистемологического паритета» в современном научно-познавательном измерении подталкивает к выводу, что возникающие познавательные подходы науки не могут быть осмыслены, только опираясь на историю науки (от классической XVII века — до постнеклассической начала XXI века), или апеллируя к потенциалу логико-эпистемологического измерения познания (неопозитивизм, например). Изменяются познавательные формы, а потребность очередного самоопределения философии, как результат осмысления аксиолого-познавательных подходов (биоэтика) в сопоставлении с конкретным научным знанием, по сути, формально воспроизводит включение в предмет философии предмет конкретного научного знания. Такой способ самоопределения философии, в свое время носил название «метафизика» (Аристотель).

Исходя из предварительных соображений, можно отметить, что в постнеклассической науке проявил себя исключительный метод познания, который формально напоминает метафизику. Познавательные подходы субъекта могут рассматриваться как определяющие, а процесс познания как уникальная системная определенность, которая включает «смерть», как фактор, разрушающий такую системную определенность. Тогда речь идет об априорной познавательной «размерности». Если вспомнить, что И.Кант занимался поиском метафизических априорных синтетических суждений, то к его трем известным вопросам можно добавить познавательное «требование», спровоцированное наукой, — требование метафизического метода как варианта познавательного подхода. Познавательный подход рассматривается как предусматривающий локальность познания субъекта, учитывается конечность, которая может быть рассмотрена как универсальная характеристика субъекта.

Проанализирована возможность априорной локальности знания в постнеклассической науке, а по сути, возможность абсолютизации предпосылок естествознания. С нашей точки зрения, речь идет о возрождении в науке (через осмысление ценностного измерения постнеклассической науки — биоэтики — как аксиолого-познавательной формы постнеклассической науки), познавательных подходов, осознанных еще Кантом, — о фундаментальной проблематике познания, о познавательном априоризме.

ИНВАЛИД И СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА: ВЫЖИВАНИЕ ИЛИ АДАПТАЦИЯ?

Протасов И.С., Любимов А.В.

С тех пор, как существует человечество, его сопровождают болезни, травмы и сопутствующая им инвалидизация. Проблемы физической неполноценности на разных этапах развития общества решались по-разному. И детей с уродствами со скалы сбрасывали, и раненых добивали или бросали на поле боя. А если социальная среда и не отторгала калек, то перспектив им никаких не предоставляла. За тысячи лет существования цивилизаций вопрос приспособления и выживания в обществе для людей с ограниченными возможностями не потерял своей актуальности.

Каким же образом человеку, лишённому прежних возможностей или не имевшему их изначально, сохранить социальную среду для себя и себя для социальной среды? Термин «реабилитация» буквально означает «восстановление (утраченных) возможностей». Рассматривают медицинскую, психологическую и социальную реабилитацию.

Медицинская реабилитация позволяет человеку в той или иной степени вернуть утраченные в результате болезни или травмы физические возможности — восстановить функциональную пригодность органов и систем (конечностей, органов чувств и т.д.), используя для этого в зависимости от характера патологии все виды медицинских воздействий. Фармакотерапия и физиотерапия, кинезотерапия, лечебная гимнастика и массаж, специально разработанные рацион и режим питания, применение особым образом факторов внешней среды применяются на разных этапах восстановительного лечения (в идеальном случае — с первых минут заболевания). Медикам прекрасно известно, что только своевременное и надлежащее воздействие на проблему имеет шансы на успех, а поздняя, неадекватная или фрагментарная реабилитация лишь питает иллюзии и фактически крадёт физические возможности пациентов. Следовательно, перспективы сохранения социальной активности инвалида зависят от медицинской реабилитации в высочайшей степени.

Психологическая реабилитация для указанной категории граждан является не менее актуальной. Лишённые в результате инвалидизации привычных условий жизни (профессионального коллектива, знакомых, а часто — и прежней жизни в семье), люди оказываются один на один со своей болезнью, своими страхами и переживаниями. Развитие депрессии в таких случаях — явление весьма нередкое, представляющее очень серьёзную медико-социальную проблему.

Если рассматривать общение как процесс обмена информацией, то для пациента, не имеющего возможности выйти из квартиры, этот процесс становится особенно необходимым. Ведь в нашу эпоху доступного транспорта для здорового человека сознание возможности в некий момент встретиться с другим человеком часто позволяет этого как раз не делать. Для инвалида же перемещение в пространстве становится почти или совершенно недоступным. И каждая встреча с людьми для них становится сравнимой с глотком воды в знойной пустыне. Ибо «самая большая роскошь — это роскошь человеческого общения» (А. де Сент-Экзюпери). А понятие «информационный невроз» касается как слишком большого потока информации, так и ее депривации. И речь здесь прежде всего идёт о человеческом общении.

Осознание этого факта позволяет понять и важность всей работы, проводимой всеми причастными к проблеме организациями и отдельными людьми, что можно проиллюстрировать на примере Воронежской общественной организации — ассоциации больных рассеянным склерозом (РС). Даже для неспособных передвигаться организуются интеллектуальные командные игры «Что? Где? Когда?», выезды в лагеря кратковременного пребывания, паломнические поездки, издание бесплатной ежемесячной газеты «Соломинка» (практически силами пациентов при депутатской и административной финансовой поддержке). Совместно с органами здравоохранения для больных проводятся тематические конференции и школы для пациентов; врач кабинета РС проводит консультации профильных больных по телефону, электронной почте и на дому. Осуществляется взаимодействие с другими общественными организациями (день поэзии совместно с Воронежским отделением общества слепых и др.).

Социальная реабилитация также помогает человеку оставаться более или менее полноценным членом общества. В РФ этим вопросом занимается ***система социальной защиты***. В перечне возможностей данной федеральной службы находятся вопросы финансового обеспечения (пенсия по инвалидности, система льгот), организация помощи по дому (социальные работники), изготовление специализированных адаптирующих технических средств (транспортных и суппортивных приспособлений для лиц с нарушением функций опорно-двигательного аппарата — трости и костыли, специальная ортопедическая обувь и туторы, ортезы, инвалидные коляски и автомобили; слуховых аппаратов для слабослышащих и книг, написанных шрифтом Брайля, для незрячих и т.д.), организация переобучения и квотирование рабочих мест для инвалидов.

Специализированные учреждения позволяют получать общее и специальное образование лицам с ограниченными возможностями

(тифло- и сурдопедагогика, интернаты для детей с нарушениями функций опорно-двигательной системы (например, при ДЦП); отдельно можно упомянуть и воспитание собак-поводырей для слепых).

Система социальной защиты участвует и в медицинской реабилитации пациентов. Так, совместно с системой социального страхования осуществляется организация санаторного и санаторно-курортного лечения инвалидов, совместно с медицинскими учреждениями и бюро медико-социальной экспертизы — разработка индивидуальных программ реабилитации.

Даже беглый взгляд на всё вышеперечисленное позволяет утверждать, что в нашей стране имеется весьма значительный арсенал возможностей для адаптации инвалидов к изменившимся условиям их жизни. Медицинские, педагогические, психологические, социальные разработки как советского, так и постсоветского периодов вполне соответствуют целям и задачам реабилитации, даже с учётом современных требований к качеству жизни.

Однако в реальной жизни мы часто видим, что адекватная адаптация лиц с ограниченными возможностями с включением индивида в социальную среду превращается в буквально биологическое выживание. И вместо полноценной жизни с реализацией своих интеллектуальных и профессиональных возможностей наблюдаем почти дарвиновскую борьбу за существование (struggle for life). А ведь человечество уже полвека летает в космос!

Инвалиды становятся *заключёнными* поневоле. Отсутствие специально оборудованных подъездов, транспортных средств и тротуарных бордюров не позволяет «колясочникам» перемещаться даже в пределах маршрутов «дом-магазин» или «дом-поликлиника». Редко можно увидеть в домах лестничные пролёты-пандусы от входной двери до лифтовой площадки первого этажа (это, к сожалению, касается и многих новостроек). Вот почему, в отличие от многих экономически развитых стран, мы (в XXI веке!) почти не видим на улицах наших городов передвигающихся инвалидов. А ведь это проблема не только индивида, но и *общества*. Пока наши дети не будут воспринимать появление инвалидов на улице как *естественное*, не научатся сопереживать и оказывать помощь нуждающимся, трудно говорить о воспитании гуманности как ведущей *общечеловеческой* ценности. Следовательно, откладывается и формирование *высокоразвитого и гармоничного* общества.

Таким образом, проблему *сохранения индивида в социальной среде* необходимо решать *всем* обществом. Только медицинские и социальные структуры, равно как и энтузиасты-общественники, не могут решить всех проблем, связанных с инвалидами. Ведущая роль здесь должна принадлежать специальным масштабным государственным программам с соответствующими финансированием, органи-

зацией и контролем исполнения. Для решения отдельных задач следует привлекать общественные организации и бизнес. Только вложив значительные средства и грамотно объединив усилия различных структур, можно решить проблему адаптации инвалидов к социальной среде.

СТИГМАТИЗАЦИЯ КАК ПРОБЛЕМА В КОНЦЕПЦИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ

Серова И.А., Ягодина А.Ю.

Если мы не в силах понять мир в такой степени, чтобы его изменить, то имеет смысл хотя бы научиться мыслить себя на месте другого, непонятого. Коммуникативная этика (частью которой является биоэтика) — концепция сосуществования, построенного на взаимопонимании — этика, рождающая нормы и ценности в муках общения. Стержнем коммуникативной этики является понятие «толерантность», понятие сложное и внутренне противоречивое, поскольку оно не только формирует навыки и умения жить вместе, но и превращает мир в Пизанскую башню, в мир, отклоненный от вековых традиций, построенных на животных инстинктах выбора «свой — чужой».

Термин «толерантность» в словарях имеет два значения: терпимость, снисходительность к кому-либо и потерю иммунитета. В основе этого явления лежит классическое противоречие: толерантность, как терпимость к чужому, имеет смысл только при сохранении иммунитета, т.е. при отсутствии толерантности. Закон исключенного третьего делает проблему рационально не разрешимой. Однако практика всегда находит способы совместить несовместимое. Перечислим классические вариации на тему толерантности, представленные в истории философии.

- Для стоика толерантность — устойчивость, терпение, способность держать удар судьбы, стремление сохранить себя в невыносимых условиях за счет самоизоляции. Стоическая толерантность не воспринимает чужого, не реагирует на агрессию со стороны.
- Для софиста толерантность — игра.
- Для средневекового схоласта толерантность возможна при отрицании действительности таинства, при отсутствии веры.
- Гегель понимает толерантность как режиссируемую разноголосицу: находясь на различных ступенях становления, люди,

естественно, с одной стороны, плохо слышат друг друга, с другой стороны, тугоухость отдельных исполнителей дает возможность абсолютной идее решать проблему совместимости интересов на более высоком надындивидуальном уровне.

- У Ницше толерантность возможна при наличии большей силы, превосходства над соперником, известно, что ворон ворону глаз не выклюет.
- Прагматизм нашел способы совмещения интересов на основе личной практической пользы с помощью механизмов конвергенции (сближения позиций) и когерентности (попадания в резонанс).
- Позитивизм легко решает проблему толерантности, объявляя ложными формулировки, провоцирующие конфликты, ментально снижая ценность объектов вожделения.
- Экзистенциализм в вопросе о толерантности опирается на старую библейскую истину — время обнимать и время уклоняться от объятий — толерантность необходима, но она должна быть прерывна.

В отношениях с людьми, страдающими инфекционными заболеваниями все обозначенные вариации звучат ярко и своеобразно, поскольку сама постановки вопроса о толерантности к этой категории больных вбрасывает в кровь адреналин. На первый взгляд, стигматизация, как социальный стереотип предвзятого отношения к, например, ВИЧ-инфицированным является абсолютной альтернативой толерантности. Однако, это не так. Интервьюирование нами 65 врачей по вопросам стигматизации ВИЧ-инфицированных выявило сложное, зачастую аргументированное и оправданное вкрапление элементов стигматизации в концептуальные установки толерантности по отношению к пациентам. Причем, в зависимости от исповедуемых видов толерантности, перечисленных вначале статьи, складывается и соответствующая конфигурация стигматизации.

Так стоическая толерантность хирургов легко сочетается с положительными ответами на вопросы: «Люди, у которых ВИЧ-СПИД, неприятны в общении? Люди, у которых ВИЧ-СПИД, расплачиваются за свои грехи? Люди должны вести себя так, чтобы ВИЧ-инфицированные испытывали стыд? Люди, у которых ВИЧ-СПИД, должны быть готовы к тому, что будут ограничены в своих правах? Люди, у которых ВИЧ-СПИД, совершили проступок и должны быть наказаны? Люди, у которых ВИЧ-СПИД, должны быть изолированы? Я не хочу иметь друзей, больных ВИЧ-СПИДом?».

Софистическая толерантность, как известно, в определенной мере наиграна. Молодые врачи, со стажем работы 1-2 года легко отвечают «нет» на все перечисленные вопросы. При этом вряд ли оставили бы без опасения своих детей с людьми, у которых ВИЧ-СПИД,

считают, что ни презерватив, ни знание правил совместного проживания в быту с ВИЧ-инфицированными от заражения не предохраняет, что люди, у которых ВИЧ-СПИД должны быть готовы к тому, что будут ограничены в своих правах.

Схоластическая толерантность строится на отрицании веры, в данном случае, веры в опасность заражения. Таких среди интервьюированных оказалось немного. Это врачи, которые без всяких опасений оставят детей с ВИЧ-инфицированными, не видят причин ни при каких обстоятельствах их изолировать, с ними не дружить, безоговорочно доверяют презервативам как средству профилактики ВИЧ и правилам совместного проживания в быту.

Гегелевская абсолютная идея «работает» в ответах респондентов через бессознательную дифференциацию ВИЧ-инфицированных на наркоманов, проституток и людей, заразившихся в медицинских стационарах или в быту от неверных супругов. В первом случае, доминируют стигма-ответы, во втором — стигматизация отсутствует.

Ницше воспевает силу, превосходство. Ницшеанская толерантность врачей по отношению к ВИЧ-инфицированным опирается на превосходство здорового, профессионально грамотного человека над больным, который «уже наказан смертельной болезнью». Стигматизация возможна и под флагом сочувствия и рационализма. С одной стороны, « заболеть может каждый, не обязательно быть наркоманом или проституткой», с другой стороны, надо ограждать детей от неадекватных больных с паранойей инфицирования других людей, надо изолировать их по закону о поставлении в опасность, отмечаются сферы ограничения по работе. Подчеркивается, что одного знания правил совместного проживания с ВИЧ-инфицированными в быту недостаточно, необходимо их неукоснительное исполнение.

Прагматизм объединяет всех. Ни один из интервьюированных не счел необходимым запрет на работу. Интересно, что работа в ответах врачей представлена скорее не как благо, а как своеобразное наказание — «Работать надо всем!»

В одном из ответов на вопрос: «Люди, у которых ВИЧ-СПИД, неприятны в общении?» очень точно зафиксирована позитивистская позиция снижения остроты конфликта за счет смещения акцентов: «Да! Так же как и те, у которых нет ВИЧ-СПИДа. Разные». «Все люди расплачиваются за свои грехи». И «они должны быть готовы ко всему», в том числе и к ограничению в правах. Соответственно, «если доверяешь человеку, то можно с ним оставить своих детей», «если он мой друг, он им останется навсегда». В общем, так же как все, как все, как все... Стигматизации нет, но нет и сочувствия.

Экзистенциалистская толерантность прерывна в зависимости от степени угрозы: «ВИЧ не влияет на вербальное общение», «здоро-

вые опасения должны присутствовать при оставлении детей с ВИЧ-инфицированными», «возможно, что изоляция уменьшит рост вновь заразившихся». Последнее высказывание однозначно является «стигма-ответом», однако его мотивация (остановить эпидемию) сопрягается с мировоззренческой установкой: «Корить —это грех», поэтому люди не должны вести себя так, чтобы ВИЧ-инфицированные испытывали стыд, «возможно это вообще не их вина», «СПИД — не критерий при выборе друзей».

РАЗМЫШЛЕНИЯ О НРАВСТВЕННОЙ КУЛЬТУРЕ ВРАЧА

Токарь В.А., Кашин А.В.

В последнее время много пишут и говорят о моральном облике врача, что характеризует его нравственное и духовное воспитание. И в этой связи на последнем Всероссийском пироговском съезде врачей вопрос был поставлен ребром: так называемый курс реформ привел к тому, что «врачи не могут выполнять свой профессиональный долг». Почему? Большинство считают, что основной причиной стала медицинская этика, более конкретно — низкая нравственная культура и нарастающее влияние бездуховности в «рыночном обществе». Поэтому острые дискуссии были при обсуждении «Кодекса врачебной этики», ибо врач, давший клятву Гиппократа, в любых, в том числе и в самых диких «рыночных условиях», обязан следовать высоким моральным принципам и образцам в своем этическом поведении[1]. Этому пример — традиции русской земской медицины, которые особенно проявились в годы Великой Отечественной войны.

История полна высказываний разных времен и народов о тех требованиях, которым должен соответствовать врач. Любопытно, что всегда и повсюду подчеркивалось, что врач, помимо профессиональных знаний и компетентности в избранном поле деятельности, должен обладать определенными человеческими качествами. Приоритетом являлась нравственная культура. Не случайно моральное кредо было актуально во все времена. Первым это понял Гиппократ. Его заслуга в том, что он сделал вызов безнравственной общественной человеческой природе и, опираясь на авторитет богов, перечислил нравственные правила медицинской профессии — знаменитая «клятва Гиппократа». Дополнил ее врач Ван Тюльп:

[1] ... Войду в дом для пользы больного (О служении врача). — М.: Изд-во Душепопечительского Православного Центра св. прав. Иоанна Кронштадского, 2007.

«*Светя другим — сгораю сам*». Дальнейшая реализация нравственных принципов продолжала опираться на религиозную культуру и достижения медицинской науки. Однако духовное начало служило всегда основой медицинской этики.

Что требовало общество? Выделялись — милосердная любовь к людям и профессиональные знания — главное, вот что требовало общество от врача. Но и этого мало. Необходима общая культура и высокая нравственность, на что особенно обращал внимание известный хирург, академик Федор Григорьевич Углов. Он часто говорил в 90-е годы своим коллегам, особенно молодым: «*Мы не всегда можем дать все, что требуется больному. Нет порой дефицитных лекарств, нет в нашем распоряжении каких-то уникальных инструментов, не все «медицинские кроссворды» разгаданы учеными. Но бережное, милосердное отношение к больному мы можем и обязаны гарантировать всегда*». А как иначе? Нравственное во враче должно сочетаться с профессиональным знанием — вот основы медицинской культуры. Этикет требует от врача быть вежливым, тактичным, честным, не позволять в общении с коллегами таких приемов, которые умаляли бы их честь и достоинство.

Ничто не заменит и не оправдает врача, допускающего нарушение этических норм во взаимоотношениях с коллегами и больными, элементы безнравственности при исполнении служебного долга. Несомненно, этические нормы поведения во многом определяют авторитет врача. Можно вести себя вполне этично, оставаясь «плохим врачом», и наоборот.

На авторитет врача влияет ряд факторов. Прежде всего, отношение к своему делу. Недобросовестность с врачебной деятельностью несовместима. Люди легче прощают доктору незнание, чем грубость и недобросовестность. А это предполагает сознательно халатное отношение к больному. Надо сказать, что такие врачи являются исключением, но, к сожалению, они имеются. И если человек чуть ли не у дверей клиники наталкивается на невнимание или, что вообще недопустимо, на грубость, то все действия людей в белых халатах приобретают совершенно иную окраску и даже другой, противоположный исцелению, смысл. Здесь, в клинике не может быть и речи о недобросовестности и нетактичности в поведении врача. Его задача — вылечить больного или помочь ему в этом! Этот процесс идет через слово врача, его личность. Врач-писатель, и в то же время больной туберкулезом, Антон Павлович Чехов, высказав свои знаменитые слова: «*В человеке все должно быть прекрасно ...*», имел в виду врача.

Беседы с больным должны быть всесторонние и глубоко продуманными, по форме спокойными, уверенными, и по содержанию — логичными. Диалог с больным — это большое искусство. Тот, кто

им владеет, не просто слушает больного, но переживает вместе с ним его страдания, достигает главной задачи врачевания — воздействия словом на «больную Душу». Главная задача врача — заставить поверить в себя, давая по ходу беседы рациональные советы. Как добиться этой веры? Эта важная часть психотерапии — терапии души, должна опираться и на религиозную культуру, как врача, так и больного. Не случайно врачевание «вышло» из религии, и Гиппократ ссылался на эту доминанту. Об этом указано в Библии. Это закрепилось в общественном понимании медицинской деятельности.

Что свидетельствуют известные доктора?

Профессор Н.Эльштейн в своей статье «Авторитет врача» по этому поводу приводит несколько примеров из своих встреч и историй, говорящих о необходимой твердости, уверенности и убежденности врача в своих высказываниях и действиях.

В свое время профессор Б.Е.Вотчал рассказал ему о случае из своей практики. Как-то он был приглашен консультировать на дому одного из выдающихся полководцев современности. Известно было, что тот не отличался легким характером. Когда зашел Борис Евгеньевич, больной невольно поднялся и пошел к нему навстречу. Ответив на приветствие, Борис Евгеньевич предложил больному сесть, сразу дав понять, что хозяином положения в данный момент является он — врач. Пациент (маршал) улыбнулся. В других консультантах в дальнейшем необходимости не было.

Твердость оправдывается только интересами лечения больного, но она не должна переходить границ корректности и Закона.

Известный терапевт генерал-майор медицинской службы Н.С.Молчанов говорил: «К каждому больному надо относиться, как к генералу, но лечить, как солдата!»

Перечень качеств, которыми должен обладать врач, довольно велик. Он должен быть психологом и дипломатом, артистом и педагогом. И, прежде всего, добросовестным и чутким человеком. Без внимательности и чуткости к больному нет врача. Этикет врача — часть искусства врачевания. В основе этикета, как и этики врача, лежат профессиональный гуманизм и потребность делать людям добро. Эти качества воспитываются во время обучения в ВУЗе на гуманитарных кафедрах и на клинических занятиях. В настоящее время востребована духовно-нравственная культура. В Воронежской медицинской академии появился элективный курс для студентов «Основы духовно-нравственной культуры». Еженедельно на кафедре философии проходит встреча студентов клуба «Лекарь», факультативно изучаются избранные разделы теологии. Лекции читают преподаватели Воронежской духовной семинарии. На конференции СНО заслушивались самостоятельные исследования студен-

тов на секции «Духовно-нравственная культура» по актуальным вопросам биоэтики и нравственности в медицине.

Нравственная культура врача формируется в ВУЗе, и каждая кафедра обязана вносить свою лепту в воспитание нравственной культуры врача.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИКИ

Трубецков А.Д.

Современные подходы к сохранению здоровья ориентированы на презумпцию того, что каждый человек, безусловно, хочет быть здоровым и жить бесконечно долго и именно такое состояние рассматривает как если не состояние счастья, то его обязательное условие. Профилактический подход к охране здоровья всегда был значимым моментом декларируемой политики в области медицины. Профилактическая медицина, во многом базирующаяся на картезианских подходах к человеческому организму, включает две основные тенденции. Первая из них связана с максимально полным исключением неблагоприятных внешних воздействий и формированием поведения, которое может пролонгировать исходное состояние здоровья. Вторая предусматривает улучшение исходно существующих свойств человека, проведение вмешательств, которые позволят улучшить качество жизни и предотвратить или снизить вероятность развития различных патологических состояний. Обе эти тенденции имеют существенный авторитет, однако их продолжение и развитие может носить прямо противоположный характер. Развитие технологий в указанных направлениях требует возможности осмысления перспектив профилактической медицины и биоэтической экспертизы потенциальных проблем.

Наиболее ярко проблема сохранения исходного здоровья проявляется в концепции «здорового образа жизни». Интересно, что термин имеет очень широкое хождение, при этом его понятие не достаточно полно определено и посвященные ему разделы содержатся как в Википедии, так и в Абсурдопедии. В любой ситуации следует отметить, что большинство общепринятых слагаемых пропагандируемого способа профилактики не прошли проверки в соответствии с критериями доказательной медицины и их эффективность не является однозначной с медицинской точки зрения (при безусловной социальной предпочтительности). В качестве крайнего выражения

данных идей выступает энвайронментализм, последователи которого являются адептами сохранения естественного состояния природы, ограничения воздействия на окружающую среду, что сочетается с критикой антропоцентризма. Следует отметить, что подход предполагает если не ограничение, то безусловный контроль технического и технологического прогресса, в том числе и с целью его ограничения. В рамках идей энвайронментализма происходит сближение многочисленных общественных организаций от вегетарианства до неоязычества. Одной из компромиссных форм является движение так называемых «scuppie», объединяющих людей, претендующих на социальную ответственность при сохранении позитивного отношения к ценностям современной цивилизации.

К биоэтическим проблемам подобных профилактических программ следует отнести, прежде всего, возможность отказа от существующих принципов профилактики, реализации автономии личности в отношении образа жизни и своего здоровья, возможности пользоваться существующими методами лечения в случае реализации права на подобный отказ.

Вторая тенденция, ориентированная на улучшение и изменение существующей человеческой природы, предусматривает активное воздействие на организм с целью изменения его возможностей. Наиболее наглядным примером подобного воздействия может быть вакцинация. Однако использование новых технологий позволяет ожидать, что в дальнейшем процесс самосовершенствования приведет к появлению существ, которые будут столь значительно отличаться от современного homo sapience, что для них предложен термин «постчеловек», критерии которого трудно прогнозируемы. Трансгуманизм (H+), возникший в конце 50-х гг. XX века, в последние десятилетия набирает большое количество сторонников. Активность представителей современного трансгуманизма ориентирована на максимальную поддержку технологического прогресса и расширение свобод каждого человека для использования вновь возникающих возможностей самоусовершенствования. Конечная цель трансгуманизма видится победой над старением и смертью.

Биоэтические подходы в данной ситуации, безусловно, важны для реализации информированного согласия на проведение каждой процедуры и манипуляции, достижения безопасности и оценки долговременных последствий. Однако возникают и более общие вопросы, связанные с общественными ценностями, осознанием и сохранением человека как вида, возникновением неравных возможностей при искусственном приобретении индивидом дополнительных свойств.

В дальней перспективе возможности профилактической медицины должны соединяться с ключевым вопросом биоэтики — воп-

росом эвтаназии. Обсуждение эвтаназии стало актуальным в связи с технологическими возможностями продолжения человеческой жизни и, очевидно, в дальнейшем актуальность проблемы будет нарастать. Так возможным вопросом для биоэтического рассмотрения может быть отношение к отказу от профилактических мероприятий и доказанных способов увеличения продолжительности жизни как формы пассивной эвтаназии.

Таким образом, представляется целесообразным уже на современном этапе рассматривать существующие тренды профилактической медицины в рамках биоэтического дискурса для готовности к новым технологическим вызовам в отношении сохранения здоровья и жизни. Несмотря на то, что внедрение профилактических технологий изначально представляется меньшей этической проблемой, чем клиническая медицина, научно-технический прогресс может именно в данной области поставить принципиальные проблемы биоэтического и философского характера.

БИОЭТИКА КАК КОМПОНЕНТ СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Трущелёв С.А.

История этики восходит, по крайней мере, к временам Гиппократа, Сунь Сы-мяо[1] и Ибн-Сины (Авиценны)[2]. Однако биоэтика, как современное мультидисциплинарное учение, сформировалась после Второй мировой войны, в ходе которой были выявлены многочисленные факты жестоких медицинских экспериментов на узниках концентрационных лагерей. Развитие биоэтики обусловлено также стремительным прогрессом в области медицины, активацией движения за гражданские права, усилением социального контроля над соотношением прав и обязанностей между врачами и пациентами.[3]

Из особенностей развития современной медицинской науки отметим проявление глобализации — активное вовлечение в между-

---

[1] Han M.T., Shampo M.A., Kyle R.A. Sun Ssu-Miao (Si miao) // JAMA. 1981. Vol. 246. P. 2067. doi:10.1001/jama.246.18.2067 pmid: 7026814.

[2] Butterworth C.E. Medieval Islamic philosophy and the virtue of ethics // Arabica. 1987. — Vol. 34. — P. 221–250.

[3] Coleman C.H., Boulsseau M.-C., Reis A. The contribution of ethics to public health // Bulletin of the World Health Organization. — 2008. — Vol. 86. — № 8. — P. 577–656; Potter V.R. Bioethics: Bridge to the Future. — New Jersey, 1971. — C. I.

народные проекты стран Центральной и Восточной Европы, Латинской Америки, Азии. Так, с 2000 по 2005 г. в Российской Федерации было выдано 2015 разрешений на клинические испытания лекарственных средств, из них 50% — международные. Клинические испытания в половине случаев проводили сами компании-производители, в остальных случаях — привлеченные научные организации (по контракту). Иностранные производители преимущественно испытывали новые и оригинальные лекарственные средства, тогда как отечественные в основном определяли биоэквивалентность дженериков. В этот же период число участников исследований (добровольцев) увеличилось с 23 тыс. до 41 тыс. Приоритетные области испытания лекарственных препаратов: онкология, кардиология, психиатрия, эндокринология, инфекционные болезни[1].

Во вступительном слове на V Международной конференции «Клинические исследования лекарственных средств» (Москва, 2005) академик РАМН В.И.Покровский отметил, что для обеспечения безопасности больных необходимо продолжать исследование лекарственных средств. Однако при проведении клинических испытаний часто возникают проблемы этического свойства.

По сведениям Ю.Б.Белоусова, Комитет по этике, как независимый орган при Федеральном органе контроля качества лекарственных средств, за период с 2000 по 2005 г. рассмотрел 4178 материалов. Из них одобрено и разрешено к проведению — 62%, разрешено с условием внесения рекомендованных изменений — 30,5%, отложено до устранения обнаруженных недостатков — 6,6%, отказано в разрешении на проведение клинических испытаний — 0,9%[2].

Некоторые эксперты отмечают, что перенос значительной доли исследований в развивающиеся страны иногда сопряжен со значительными дефектами технологии проведения научных работ. В связи с этим важнейшим этическим вопросом является определение содержания обязательств зарубежных спонсоров исследований перед местными участниками и обеспечение выполнения этих обязательств[3].

При поиске информации о клинических испытаниях лекарственных препаратов, проводимых на территории Российской Федерации, мы установили ограничение доступа к содержанию исследовательских проектов. В то же время обнаружено, что многие зарубеж-

---

[1] Клинические исследования лекарств // Московские аптеки [Электронный ресурс]. 2005. № 10. URL: http://www.mosapteki.ru/modules/articles/article.php?id=243 (дата обращения 20.01.2009).

[2] Там же.

[3] Coleman C.H., Boulsseau M.-C., Reis A. The contribution of ethics to public health // Bulletin of the World Health Organization. — 2008. — Vol. 86, № 8. — P. 577–656.

ные фармацевтические компании, в соответствии с законодательством своей страны, обязаны зарегистрировать исследовательский проект и обнародовать его план. Для этого часто используется информационный ресурс «ClinicalTrials.gov» [http://clinicaltrials.gov/]. К этому информационному ресурсу ежедневно обращаются более 50 тыс. посетителей, просматривая более 40 млн. страниц в месяц. В настоящее время на этом сайте размещено 73618 актуальных исследовательских проектов, проводимых в 167 странах.

Для изучения приверженности этическим принципам клинических исследований (информированное согласие, обсуждение в локальном этическом комитете и др.) из 1102 клинических испытаний, проводимых на территории Российской Федерации, методом бесповторной выборки и с помощью генерации случайных цифр сформирована репрезентативная исследовательская совокупность ($n = 300$). В результате проведенного анализа установлено, что элементы этических принципов в планах клинических исследований лекарственных средств отражаются недостаточно. Только в 7 из 300 документов (2,7%) обнаружено указание на информированное согласие участников исследования. В этой же исследовательской совокупности выявлено 188 документов (62,7%), содержащих информацию о применении плацебо в одной из групп, однако объяснений необходимости такого метода сравнения не приведено даже при формировании групп участников, отобранных из наиболее уязвимых контингентов (психически больные, дети).

Р.У.Хабриев в предисловии к книге «Этическая экспертиза клинических исследований (основы методологии и практики)» отметил, что оценка материалов клинических исследований с участием добровольцев представляет собой проблему, которую сравнительно недавно начали разрабатывать в России; действующие комитеты по этике работают разрозненно, накопленный опыт пока не систематизирован, принципы и методы их функционирования не скоординированы[1]. Примечательно, что в Российской Федерации (в соответствии с ГОСТом Р 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика») в состав независимого этического комитета могут входить неспециалисты (юристы, представители общественных организаций и др.). В последние годы в организации научно-медицинской деятельности значительное внимание уделяется укреплению систем, понуждающих к соблюдению принципов биоэтики (информированное согласие, надзор и др.)[2]. После развертывания таких систем

---

[1] Мартынов А.И., Ющук Н.Д., Вольская Е.А. и др. Этическая экспертиза клинических исследований (основы методологии и практики). — М.: Ремедиум, 2001. — 72 с.

[2] О порядке проведения биомедицинских исследований у человека // Бюллетень ВАК Минобразования России. — 2002. — № 3. — С. 73–76.

следующим шагом будет разработка механизмов по оценке их эффективности. Причем в основу социального контроля научно-исследовательской деятельности должны быть заложены принципы современной биоэтики.

БИОЭТИКА: ПАЛЛИАТИВЫ ЭПОХИ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Хен Ю.В.

Одной из первых областей, в которой произошло столкновение различных систем нравственности и где были предприняты первые попытки выработать этический консенсус, оказалась биомедицинская этика.

Биоэтика — исследовательское направление междисциплинарного характера, сформировавшееся в конце 60-х годов (термин «биоэтика» введен в 1969 г. В.Р.Поттером). В сферу биоэтики вошли проблемы медицинской деонтологии, ряд социальных проблем здравоохранения, этические регулятивы отношения к животным и проблемы из области экологической этики. Таково наиболее распространенное определение биоэтики. Однако на практике значение биоэтики оказалось значительно серьезнее того, что позволяет предположить это формальное определение. С момента зарождения она оказалась своего рода испытательным полигоном, на котором обыгрывались всевозможные медицинские коллизии, бросавшие вызов традиционным представлениям о том, что есть добро и зло, и ставились мысленные эксперименты, испытывавшие на прочность и общезначимость моральных принципов типа «не убий» и «все люди равны». Этическая теория, долгое время покоившаяся на незыблемых основах, четко разводивших понимание добра и зла, получила ощутимый импульс к развитию. Практически одновременно с ней такой же импульс получило законодательство, ибо «произвол» профессионалов от медицины нередко имеет немалое сходство с уголовным преступлением. К сегодняшнему дню биоэтика проделала изрядный путь, но до вожделенного «консенсуса» пока еще очень далеко. Впечатление такое, будто специалисты, работающие в области биоэтики, пытаются осуществить синтез различных систем этики посредством формализации и систематизации исходного материала, накоплением юридических и медицинских казусов. Проводятся интересные исследования, пишутся оригинальные работы, но результат неизменно выглядит как очередной подготовительный этап, призванный прояснить ситуацию, но в действительности ве-

дущий к ее усложнению. Так появляются на свет «четыре базисных принципа» и «три правила» биоэтики. К ним относятся — принцип «делай благо», принцип «не навреди» и принцип «автономии личности». К трем основным моральным правилам принадлежат «правило правдивости», «правило конфиденциальности» и «правило информированного согласия». Существует обширная литература, в том числе и отечественная (см., например, работы Б.Г.Юдина и П.Д.Тищенко), подробно разбирающая недостатки и противоречия, заключенные в этих регулятивах.

С юридической стороны проблем не меньше, чем с этической. Для американской биоэтики, наиболее развитой на сегодняшний день, дело осложняется тем, что в США существует несколько юридических школ, по-разному представляющих себе сам образ правосудия (наиболее влиятельными среди них являются правовой позитивизм, утилитаристский прагматизм и правовой реализм).

Отметим, что множественность концепций — это явление характерное для периода постмодерна, на который и пришлось время зарождения биоэтики. Вряд ли можно рассматривать это как простое совпадение, скорее следует говорить, что оба явления порождены одним механизмом, либо являются различными сторонами одного целого. «Деконструкция» традиционных культур и создание из их элементов новых «артефактов» — это то, что неизбежно происходит в результате *глобализации*. И не может происходить иначе, ибо быт и обычаи «малых» народов не исчезают бесследно в процессе захвата корпорациями их жизненного пространства. Фрагменты различных культур попадают в общечеловеческую копилку, порождая, например, моду на «этническую» музыку или одежду, интерес к народной медицине или повальное увлечение культом вуду. С другой стороны, культуры «больших» народов также разрушаются, «подтачиваются», хотя это происходит и не с такой катастрофической быстротой, как гибель малых культур. Тем не менее, для всякого заинтересованного наблюдателя изменения очевидны.

Ю.Хабермас писал что, по мере ускорения темпов социальных изменений период заката прежних (принятых) моделей нравственной жизни становился все короче. Политический либерализм Джона Роулза фиксирует завершение этого процесса. Он реагирует на плюрализм мировоззренческий и на прогрессирующую индивидуализацию стиля жизни. И, как следствие, он вытаскивает из пропасти философские попытки выделить какой-то определенный образ жизни в качестве образцового и обладающего всеобщей значимостью. «Справедливое общество» предоставляет всем лицам «распоряжаться временем своей жизни» так, как они хотят. Оно гарантирует каждому равную свободу развивать этическое самопонимание для того, чтобы в соответствии с собственными возможностями и

благими намерениями осуществить в действительности персональную концепцию «благой жизни»[1].

Ставить задачу построения новой единой системы ценностей, которая бы отвечала практическим потребностям современного (глобализационного) этапа развития цивилизации, по меньшей мере, самонадеянно. Ни религия, ни философия таким потенциалом не обладают, о чем свидетельствует провал экуменического движения с одной стороны, и множественность философских систем — с другой. О том же говорит и численный рост сторонников антиглобализма, ибо по мнению все большего количества людей, «в демократическом конституционном государстве большинство не в праве предписывать меньшинствам собственную форму культурной жизни (поскольку та отличается от общей политической культуры страны) в виде так называемой “ведущей культуры”»[2], и это же относится к миру в целом. В этом смысле биоэтика прекрасно отвечает требованиям времени постмодернистской деконструкции универсалистских нравственных систем, времени глобализованного мира.

Биоэтика — это, конечно же, этика, но этика нового типа, отличная от предшествующих систем. Она не претендует на статус теории морали, но ориентируется на решение практических вопросов. Из-за этого она лишается части традиционного этического содержания. Биоэтика не отказывается от нормативных высказываний вообще, но, как пишет Ю.Хабермас, ограничивается при этом вопросами справедливости. Оправданием для такого ограничения притязаний, по мнению Ю.Хабермаса, служит тот факт, что традиционная этика все равно не дает ответов на главные вопросы.

В действительности «практические» этики есть ни что иное, как паллиативы, изобретаемые человечеством ради примирения с собственной совестью применительно к случаю, когда человек не в состоянии соответствовать жестким требованиям нормативной морали. Следует однако, заметить, что паллиатив — самое обычное дело для глобализованного мира, а ситуация этической неуверенности — обычное состояние для граждан «всемирной общины». Вероятно, философам, работающим в области этики, придется смириться с сознанием невозможности построения всеобщей, универсальной системы ценностей, приспособленной для глобального мира, как в свое время физикам пришлось смириться с невозможностью одновременно знать координаты элементарной частицы и ее импульс. Классический период для этики, период, когда «нравствен-

---

[1] Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. На пути к либеральной евгенике. — М., 2002. — С. 12.

[2] Там же. — С. 13.

ный закон внутри нас» выводился непосредственно из природы человека и потому не мог быть никаким иным, кроме того, который уже существует и залогом которого является сам Бог, судя по всему, завершился. Наступило время релятивизма.

ВИРТУАЛЬНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ПРОБЛЕМЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НА АМЕРИКАНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ФОРУМЕ

Ягодина А.Ю.

Цель исследования — представить проблему инфекционной безопасности с помощью фокус-группы на американском Интернет-форуме — http://www.doctorslounge.com/infections/, которая собрана и переведена нами на русский язык для сравнительного анализа с отечественным аналогом.

Материалы и методы исследования: Для структурирования проблемы мы выделили 6 респондентов, отобранных как среднестатистические пользователи сети Интернет. В роли Мониторов рассматривались участники диалогов на форуме, позиционирующиеся в качестве врачей-инфекционистов. Чтобы позиционироваться в роли врача, пользователю сети в США необходимо зарегистрироваться и представить номер лицензии о праве деятельности в медицинской сфере, что повышает доверие и ответственность за данные рекомендации. Для пробного тестирования был проведен дискурс по одному вопросу: «Что делать в ситуации вероятного заражения?». Групповое интервью по 6 эпизодам выявило следующие основные болевые точки.

Эпизод № 1 «*Дорогой доктор! Наш сын только что начал ходить в детский сад и он, как вы догадываетесь, будет все тащить в рот... Не подхватит ли он ВИЧ или СПИД или какую-нибудь другую болезнь через биологические жидкости, которые передаются изо рта в рот. Отвратительные мысли, я знаю, но, как вы знаете, дети не осознают опасностей, поэтому родители должны защищать детей от них самих. Параноидальная и любящая мать*».

Эпизод № 2 «*Мой муж и я собираемся путешествовать в Египет. На сайте увидели, что перед поездкой рекомендуется вакцинироваться от гепатита А и, возможно, В. Мы оба вакцинировались от гепатита А и В после урагана Катрина в сентябре 2005. Очень мало информации в Интернете, касающейся эффективности вакцин... Нам сейчас около 50. После Катрины сделали прививки бесплатно, но сей-*

час для вакцинации мы должны пойти в отделение инфекционных болезней, где процедуры очень дорогие.... Как Вы думаете: мы защищены от гепатита А и В?»

Эпизод № 3 *«Привет, Я недавно узнала, что у человека, с которым у меня был секс, ВИЧ-положительный статус... С тех пор как мы вместе, я вакцинировалась от гепатита В, сделала Манту. Манту оказалось отрицательным. Это означает, что у меня нет ВИЧ-инфекции?»*

Эпизод № 4 *«Добрый День! Моему мужу 65 лет, он болеет более года. В прошлом году у него появились жалобы на плохой сон, потливость ночью, слабость, изменение голоса, депрессию, тревожность, конъюнктивит, сыпь и т. д. а также уровень тромбоцитов упал до* $190 \cdot 10^9$*. Думали, что у него эрлихиоз или бабезиоз. Он принимал 30 дней доксициклин и полностью вылечился. Но этой весной симптомы снова повторились.* ...Мы стали искать других врачей. ....*Наконец-то положительный ответ на Лайм боррелиоз. Наконец-то мой муж начал лечение. Лайм боррелиоз и другие клещевые инфекции распространены на восточном побережье. Многие так озабочены защитой саламандр и предотвращением обработки леса от клещей, что не замечают, что человечество в опасности. Медики оставляют без внимания эту проблему, в результате многим не удается поставить правильный диагноз. На тесты нельзя положиться. Когда пациент имеет симптомы клещевой инфекции, почему доктор отвергает вероятные версии? Не напрасно ли упускается время для начала лечения? Я горжусь, что моему мужу лучше. Отсрочка лечения усугубила симптомы и отодвинула сроки выздоровления. Что может быть сделано для привлечения внимания медицинской общественности к этой проблеме? Многие ответственные лица в администрации прячут голову в песок».*

Эпизод № 5 *«У меня диагностировали герпес 1 типа в 2005 году. Со времени начала лечения было только одно обострение. Я сейчас стараюсь забеременеть и беспокоюсь по этому поводу. Мог ли герпес повлиять на мою фертильность, и что я могу сделать для предотвращения обострений, когда я забеременею».*

Эпизод № 6: *«Мы думаем об усыновлении еще не родившегося ребенка, у матери которого ВИЧ-положительный статус Нам сказали, что она получает антиретровирусную терапию, находится под наблюдением врача. Какие шансы у ребенка заразиться ВИЧ-инфекцией? ...Как скоро после рождения возможно тестирование на ВИЧ? ... Сколько лет должно быть ребенку, чтобы быть уверенным, что у него нет ВИЧ-инфекции? Какое лечение должен получать ребенок с рождения. ...Я из сельской местности, где мы не сталкиваемся с этими делами, поэтому врачи здесь недостаточно информированы об этой проблеме».*

Результаты исследования и их обсуждение: В первом эпизоде для представления проблемы Монитор использует не затертое словосо-

четание, практически не употребляемое в нашей стране, — «держать тревогу инфицирования на минимуме».

Во втором эпизоде американцев, как и наших соотечественников, волнует качество вакцинации, и те и другие сопрягают его с вопросом «цена — качество».

Третий эпизод для специалиста необычайно полезен, ибо консультирование в качестве Монитора, позволяет понять степень безграмотности населения по вопросам инфекционной безопасности.

В четвертом — очевиден классический конфликт интересов экологов, медицинских чиновников и людей, живущих и работающих в лесу. Американцы, в отличие от нас, прекрасно понимают, что на индивидуальном уровне проблему профилактики клещевых инфекций не решить. Необходимо менять психологические и мировоззренческие установки, а также пересматривать приоритеты финансирования в здравоохранении.

Пятый эпизод носит образцовый характер и по обоснованности мотивации обращения за консультацией и по грамотной формулировке проблемы пациенткой и по классически лапидарной сдержанной содержательно и вместе с тем психологически комфортной, исчерпывающей консультации врача. В шестом эпизоде — Монитор молчит.

Выводы:

1. Опасность заражения и профилактика инфекционных заболеваний — тема, вызывающая живой интерес респондентов не только в нашей стране, но и в США. Одинаковы цели участия в дискурсе — адекватное реагирование на ситуацию опасности инфицирования. Врачей объединяет не только желание информировать пациентов в стрессовой ситуации инфицирования, незнания или неопределенности, но и стремление создать серьезную мотивацию на реальное обращение к врачу.

2. Поиски информированного согласия, как согласия основанного на доверии и понимании происходящего, активно осуществляются в виртуальном мире Интернет-пространства. Интересно, что в личной беседе во врачебном кабинете многие признания, которые одна из пациенток называет «отвратительные мысли», могли бы не состояться. Виртуальность раскрепощает и позволяет быть более откровенным (как в поезде с незнакомым попутчиком) и устанавливать по-настоящему доверительный контакт. Информированное согласие во врачебных кабинетах имеет тенденцию к формализации, в виртуальном пространстве Интернета — к либерализации.

3. Для американцев в проблеме обеспечения личной инфекционной безопасности очевидна необходимость проявления своей гражданской позиции — активное использование форума для формулировки требований к власти в части совершенствования организации медицинской помощи населению.

СЕКСУАЛЬНОЕ ВОСПИТАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

Васильева Д.А., Караваева К. С.

1. Как и перед многими странами, перед Россией стоит большая задача — борьба со СПИДом. На эти цели впервые выделены большие деньги. Осталось только решить, по какому пути мы пойдем, решая данную задачу. Будет ли Россия опираться на опыт стран, которые давно занимаются данной проблемой, или же будет разрабатывать свои методы и предлагать свои решения?

2. Мировой опыт однозначно говорит, что *главным звеном профилактики СПИДа является сексуальное образование молодежи*. Но для проведения такой политики существует ряд преград. Если верить председателю комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Мосгордумы Людмиле Стебенковой, передовые западные страны, прежде всего США, давно уже отказались от идеи «безопасного секса», которого вообще «не бывает», в пользу принципа полного воздержания до брака.

3. Половое воспитание — система медико-психологических, гражданских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола. Цель полового воспитания — способствовать гармоничному развитию подрастающего поколения и нравственным межполовым отношениям, содействовать укреплению брака и семьи.

4. Опросы. В России еще не было проведено ни одного глобального опроса по поводу сексуального воспитания человека. Посмотрим другие данные: американская общественная организация «Защитники молодежи» с 1998 г публикует в Интернете сайт **http://www.advocatesforyouth.org/**, где сравниваются показатели сексуального здоровья подростков в США, Германии, Франции и Нидерландах, и европейские результаты неизменно выше.

5. Почему же европейская сексуальная статистика лучше американской? «Защитники молодежи» объясняют это разницей социальной политики.

6. Сексуальное воспитание — это тот багаж знаний, который человек получает, переходя в определенный период жизни. Он складывается из многих источников, новые вещи мы узнаем: из уст родителей, от своих друзей и знакомых; получаем новую информацию из СМИ, из Интернета.

7. Надо ли создавать специальные организации для внедрения сексуального воспитания в массы? Опять же, положимся на пример Франции: французские власти, например, рекомендовали коллежам и лицеям приглашать для таких занятий профессионально подготовленных специалистов из Французского движения планирова-

ния семьи и Регионального центра информации и профилактики СПИДа (его французская аббревиатура — Крипс).

8. Использование СМИ. Для воспитания сексуальности широко используются телевизионные и радиопрограммы, а также молодежные глянцевые журналы. Вместо того, чтобы бранить «непристойные» СМИ, как принято в России, французское государство финансирует и контролирует создание качественных просветительных теле- и радиопрограмм для молодежи и оплачивает их показ и рекламу.

9. Интернет. Важнейшее средство воспитания сексуальности сегодня — Интернет. Во Франции он общедоступен. При поддержке государства, существует несколько специальных каналов для подростков и молодежи, где можно бесплатно и анонимно получить ответы на любые волнующие тебя вопросы.

10. Надо действовать быстрее. Данные всех без исключения выборочных исследований показывают весьма тревожную картину: высокая сексуальность активность молодежи (ни о каком воздержании до брака нет и речи) сочетается с крайне низкой сексуальной культурой, следствием чего являются многочисленные нежелательные беременности, аборты и рекордно высокие показатели ИППП и ВИЧ-инфекции.

МОРАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ГИГИЕНЫ В БОРЬБЕ С ВИЧ И СПИДОМ

Марков Д.

Важной задачей международной и национальной политики в области здравоохранения является консолидация средств противодействия развивающейся пандемии ВИЧ/СПИДа и борьба с ее разрушительными последствиями.

ВОЗ выделяет 4 основных направления деятельности, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ-инфекции и ее последствиями: 1. предупреждение половой передачи ВИЧ: обучение безопасному половому поведению, распространение презервативов; 2. предупреждение передачи ВИЧ через кровь; 3. предупреждение перинатальной передачи ВИЧ; 4. организация медицинской помощи и социальной поддержки больным ВИЧ-инфекцией, их семьям и окружающим.

«Изоляция» источника инфекции при ВИЧ-инфекции достаточно затруднительна, так как большинство зараженных остается потенциальными источниками по крайней мере несколько лет.

Изоляция ВИЧ инфицированных может снизить уровень распространения ВИЧ на достаточно изолированных территориях, тем не менее, имеются существенные возражения против применения этого метода. Изоляция «выявленных» инфицированных может привести к тому, что остальное население не будет применять мер предосторожности из-за ложной уверенности, что все ВИЧ инфицированные обнаружены и изолированы.

Меры же по недопущению ВИЧ-инфицированных в общие стационары также сомнительны. В самом деле, во многих случаях госпитализация проводится по экстренным показаниям, когда результаты обследования становятся известны в лучшем случае через несколько дней после госпитализации, следовательно, эти меры не достигают поставленной цели. Кроме того, эти меры ведут к дискриминации ВИЧ-инфицированных и ограничению их прав в доступности медицинской помощи.

В качестве изоляционной меры может рассматриваться отстранение ВИЧ-инфицированных от донорства.

Самостоятельной проблемой является отстранение от работы инфицированных ВИЧ лиц, осуществляющих парентеральные вмешательства в медицинских учреждениях. Однако противоэпидемическая эффективность этого мероприятия нигде и никем не изучалась.

Несомненным достижением является комплекс мероприятий, направленных на предупреждение передачи ВИЧ при переливании крови и пересадке органов и тканей: уничтожение или утилизация контаминированной ВИЧ донорской крови и других донорских материалов после исследования их на наличие антител к ВИЧ, снижение количества переливаний крови до необходимого минимума.

Ведущую роль в предупреждении распространения ВИЧ играет обучение безопасному половому поведению: ограничение числа половых партнеров до минимума, либо пользование презервативами и другими приемами, снижающими риск заражения независимо от числа партнеров.

Различные социальные, возрастные и т.п. группы населения нуждаются в различном уровне знаний и навыков, необходимых для предупреждения распространения ВИЧ и индивидуальной защиты от заражения.

Во многих сообществах распространены явления, которые следует отнести к факторам, негативно влияющим на эффективность обучения безопасному половому поведению, например, употребление алкоголя.

Особого внимания заслуживает вопрос о разработке специфических вакцин — препаратов для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Все перечисленное выше требует соответствующего ответственного поведения людей. Информация должна распространяться адекватными и разнообразными способами, быть достаточной по объему, длительности, повторяемости, а результаты должны постоянно оцениваться и корректироваться.

БИОПОЛИТИКА

БИОПОЛИТИЧЕСКИ ВАЖНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭВОЛЮЦИИ ЖИВОГО

Олескин А.В.

Биополитика в принятой нами широкой интерпретации соответствует всей **сумме приложений современных наук о живом** (от генетики до нейрофизиологии, от экологии до приматологии) **к социально-политической проблематике**[1]. Эта тематика в общей форме была предметом нашего сообщения на аналогичной конференции «Философские проблемы биологии и медицины», проводившейся по инициативе В.И.Моисеева в 2008 г. В данном тексте мы рассматриваем один из аспектов биополитики — кратко излагаем **биополитически значимые тенденции и закономерности эволюции живого (биоса),** которые, имея общесистемный характер, могут быть экстраполированы и на человеческий социум:

1. **Принцип объединения ранее самостоятельных частей в целостную систему («самосборка»).** Жизнь, весьма вероятно, с самого начала своего существования возникает не в виде отдельных изолированных организмов, а в виде их сообществ. Так, «наиболее ранние палеонтологические свидетельства жизни на Земле — строматолиты, демонстрируют, что жизнь возникла и поддерживается в виде сообществ»[2]. После возникновения многоклеточности принцип «самосборки» приводит к созданию в разной степени интегрированных сообществ многоклеточных организмов (биосоциальных систем), некоторые из которых приобретают черты единого целостного «организма из организмов» (колонии кишечнополостных и мшанок), «суперорганизма» (таковы, по мнению некоторых энтомоло-

[1] Олескин А.В. Биополитика. Политический потенциал современной биологии. — М.: Научный мир, 2007. — 508 с.

[2] Заварзин Г.А. Развитие жизни на Земле // Бактериальная палеонтология / под ред. А.Ю. Розанова. — М.: ПИН РАН, 2002. — С. 179–182.

гов, семьи у муравьев или термитов). В процессе эволюции политических систем принцип объединения систем с формированием интегрированных систем более высокого порядка получает дальнейшую реализацию. Первобытные сегментарные структуры интегрируются в вождества, далее государства; продолжая эту интегративную тенденцию в будущее, можно предположить формирование глобальной вселенской политической системы, наподобие уже существующих многоцентровых надгосударственных структур (Совет Европы, «Тихоокеанская Восьмёрка», объединение России и Беларуси).

2. **Параллельное возникновение комплексов признаков, соответствующих определенному типу, царству, империи живых существ, в разных группах живых существ** (например, в истории Земли неоднократно формировались комплексы признаков амфибий, рептилий, млекопитающих, а также признаки рода «человек»; некоторые попытки оставались неудачными). Как и в мире живого, в мире политики одни и те же, или по крайней мере, аналогичные структуры параллельно возникают в разных эволюционных линиях; таково, например, параллельное возникновение деспотических империй «азиатского типа», кроме самой Азии, также в Африке и Америке (правда, в социуме существует постоянная коммуникация, взаимовлияние, и потому часто затруднительно сказать, возникли ли одни и те же политические формы в результате независимой параллельной эволюции или же в результате имитации).

3. **Связь новых, возникающих в ходе эволюции форм и специфических экологических ниш, которые создают им «вакансии».** Как и в социуме, само наличие «вакансии» стимулирует попытки ее заполнения, что часто приводит к состязанию нескольких претендентов — или к их более или менее сбалансированному сосуществованию. В Южной Америке третичного периода не было хищных млекопитающих (до ее соединения перешейком с Северной Америкой, которое породило локальный экологический кризис с вымиранием многих представителей южноамериканского биоразнообразия!), и «вакансия» сухопутного хишника заполнялась вышедшими на сушу крокодилами, сумчатыми и даже крупными нелетающими птицами[1]. Аналогичным образом, экологические условия, включая природное и социальное окружение, создают или уничтожают те или иные «экологические ниши», что способствует расцвету или упадку («деволюции») тех или иных политических систем.

4. **Взаимовлияние биологической эволюции и изменений глобальной среды обитания.** С одной стороны, жизнь уже на ранних стади-

---

[1] Еськов К.Ю. История Земли и жизни на ней: от хаоса до человека. — М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004.

ях эволюции влияет на газовый состав планеты, ее температуру и другие параметры, изменяя их в благоприятную для себя сторону (суть гипотезы «Геи»[1]). С другой стороны, всякое изменение характеристик планеты (например, концентрации кислорода в атмосфере) обусловливает новые крупные шаги эволюции, которые могут иметь катастрофический характер. Итак, имеет место коэволюция жизни и самой планеты Земля. Здесь мы подходим к вопросу о том, может ли человечество «вписаться» в эту систему из коэволюционирующих элементов, или оно обречено на ее разрушение.

5. **Подразделение живых существ на размерные классы.** Если на первых этапах биологической эволюции размеры живых существ не превышали нескольких микронов (тысячных долей миллиметра), то впоследствии к ним добавились представители более крупных размерных классов — миллиметровые, сантиметровые, метровые и далее многометровые существа. В каждом из размерных классов формируется относительно замкнутый «мирок» со своими конкурентными и кооперативными отношениями. Интересно, что детеныши животных часто принадлежат к иному размерному классу, водят «другую компанию», подвергаются иным угрозам, чем взрослые особи. Возможно, именно это послужило одной из причин вымирания многометровых динозавров в конце мезозойской эры: детеныши динозавров, относившиеся к иному, чем взрослые динозавры — сантиметровому — классу, легко стали добычей возникших в этом размерном классе хищных млекопитающих. Политическим аналогом размерных классов выступают разные по «политическому весу» слои социума. Эти слои, в частности, политическая элита, имеют тенденцию «замыкаться на себя» (что было проанализировано Р.Михельсом[2]). В советское время «номенклатура» как элита и простые граждане поистине жили в почти не пересекающихся «параллельных мирах». Неожиданное нарушение границ этих миров, прямой контакт разных «размерных классов» в социуме (например, в перестроечном СССР) — предпосылка серьезных потрясений и вымирания тех или иных «динозавров».

К сказанному в этих пунктах добавим ещё две существенных эволюционных тенденции:

- **Тенденции к прогрессу в смысле появления на земле все более сложных и высокоорганизованных форм живого** (при сохранении и успешной адаптации некоторых из более примитивных форм живого).
- **Тенденции к прерыванию относительно плавного темпа эволюции периодами катастроф с частичным обновлением биосферы**

---

[1] Lovelock J.E. Gaia. A new look at life on Earth. — Oxford. N. Y.; Toronto; Melbourne: Oxford University Press, 1979.

[2] Michels R. Political parties. — N. Y.: Free Press, 1949.

(оживление на современном уровне идеи Ж.Кювье, жившего в начале XIX века, о многократной катастрофической смене фауны в истории Земли).

Обе тенденции приложимы к эволюции человеческого общества, в истории которого ученые отмечают элементы прогрессивного развития («стрелу времени») и смену циклических фаз подъема и упадка тех или иных цивилизаций. По мнению английского историка XX века А.Тойнби, «колеса (т.е. циклы развития) цивилизаций» двигают вперед «экипаж религии». Это мнение весьма дискуссионно, и, учитывая отчасти безрелигиозный характер некоторых культур и периодов истории (например, в XX веке), следовало бы говорить о «системах идей» (не обязательно только религиозных), которые объединяют ту или иную часть человечества — племя, нацию, регион и др. В начавшемся XXI веке ощущается наличие «вакансии» для системы идей, способных сплотить все человечество перед лицом новых угроз и «вызовов истории». Одним из претендентов могла бы служить система идей, включающая в себя, среди прочих компонент, также и биополитику.

ТЕОРИЯ ЭВОЛЮЦИИ И ГОСУДАРСТВЕННОЕ УСТРОЙСТВО

Чупов В.С.

Большое отрицательное воздействие на становление государственной псевдолиберальной идеологии в современной России оказало совместное влияние мальтузианской социологии и эволюционного селекционизма. Несомненна заслуга Мальтуса и Дарвина в постановке самого вопроса о причинах и движущих силах прогрессивного развития в обществе и в живой природе в материалистическом, не религиозном плане, но предлагаемые этими авторами решения вызывают многочисленные возражения. Критика эта, однако, как правило, касается демографических, экономических, этических, мировоззренческих сторон мальтузианства и селекционизма, редко обращаясь к такому аспекту проблемы, как связь торжества «победителей в борьбе за существование» и прогресса. Хотя в последнее время в биологической литературе этот вопрос стал подниматься все более и более решительно[1]. Авторы усматривают в логических построениях Мальтуса и Дарвина либо тавтологичность, либо ошибку

[1] Назаров В.И. Эволюция не по Дарвину. — 2005.; Попов И.Ю. Ортогенез против дарвинизма. — 2005.; Чайковский Ю.В. Наука о развитии жизни. Опыт теории эволюции. — 2006.

подмены основания в логическом выводе. По нашему мнению происходит просто разрыв цепочки логических построений. Действительно, и Мальтус и Дарвин отмечают, что при недостатке средств существования между живыми организмами наблюдается «борьба за существование» и выживают в этой борьбе «победители» и далее, уже без дальнейшего анализа принимается, что именно эти «победители в борьбе за существование» и ответственны за наблюдаемый при развитии прогресс. Хотя «победители» могут быть ответственны за переживание видом или обществом особо трудных периодов, или даже способствовать выживанию менее приспособленных членов сообщества (как это и наблюдается в стадах и стаях диких животных и примитивных сообществах людей, где изгнание из стада или племени оказывается равносильно смертному приговору), а прогресс обеспечивается специализированными на развитие организмами или таксонами. Это талантливые люди, обладающие не тривиальным мышлением в обществе, не часто выглядящие как «победители», или специализированные на эволюционное развитие таксоны в эволюционных ветвях живых организмов, обладающие специфическим типом мутагенеза[1]. Все это заставило нас предложить биополитологическую концепцию натализма (от лат. корня, означающего понятия связанные с рождением, порождением) — концепцию порождающего государства, скорее соответствующую взглядам П.А.Кропоткина о взаимопомощи как факторе прогресса. Предлагаемая концепция основывается на психологическом определении понятия «родина» и бионическом рассмотрении процессов становления, введения в жизнь живых организмов.[2] Она требует активной деятельности государства в период становления новых, или признанных необходимыми структур, доведения их до уровня самостоятельной дееспособности и ограниченного надзора за успешно работающими. Основной принцип натализма: помогай, где надо и не мешай, где помощь не требуется. Отличается от патернализма ограничением вмешательства в дела хозяйствующих лиц только для оказания необходимого содействия и от этатизма — направлением на всестороннее развитие личности. Натализм рассматривает государство как необходимый партнерский институт, но не как цель

---

[1] Чупов В.С., Пунина Е.О., Мачс Э.М., Родионов А.В. Нуклеотидный состав и содержание последовательностей CpG и CpNpG в ITS1, ITS2 и генах 5,8S рРНК отражают особенности течения эволюционного процесса // Молекулярная биология. — 2007. — С. 41, 808–829; Чупов В.С. Возможная общая концепция макроэволюционного процесса у цветковых растений // Фундаментальные и прикладные проблемы ботаники в начале XXI века. — 2008. — Т. 3. — С. 143–146.

[2] Чупов В.С. К формированию биополитологического определения понятия «родина» // Вопросы естественнонаучного обществознания. — 2007. — Вып 1. — С. 115–123) ; (см. также сайт nika-egida.narod.ru).

развития общества и не как отстраненного наблюдателя[1]. Конкретно деятельность наталистического государства применительно к условиям современной России может выразиться в создании ряда возрождающих программ.

Видимо структура, реализующая подобную программу, может представлять собой некоторый род доходной инвестиционной компании, открытого или закрытого АО. Деятельность его должна быть нацелена на разностороннее развитие определенной территории или хозяйственного сектора экономики. Одной из важнейших современных задач государства является заселение обезлюдивших земель Нечерноземья. Очевидно, что заселяться они должны полноценными многодетными семьями, желательно местного происхождения. Способствовать их превращению в полноценных самостоятельных производственников должен представитель компании — организатор, менеджер, возможно в контакте с представителями администрации района деятельности. Оплата его должна зависеть от производительности созданных им производственных коллективов. Чтобы добиться от администрации активной помощи в работе необходимо, чтобы она была также материально заинтересована в результатах хозяйственной деятельности на подведомственной ей территории путем, например, специальных отчислений от налоговых поступлений в фонд зарплаты. Прибыв на место и ознакомившись с обстановкой организатор может обратиться к руководству еще работающих сельхозпредприятий вступить в кооперацию с компанией, осуществляющей наталистическую возрождающую программу. Компания обязуется наладить транспортировку, дальнейшую обработку и сбыт в крупных городах продукции, на договорных началах, поставляемых сельхозпредприятиями. Сельхозпредприятие обязуется произвести определенное количество сельхозпродукции и обеспечить первичное хранение. Взаимодействие между производителями и сбытовиками могут быть и более тесными. Например создание (в случае удачного взаимодействия) совместного АО. Но работа компании не должна ограничиваться только этим. Она должна способствовать комплексному развитию территории. Например — налаживанию, в сотрудничестве с местными кооперативными организациями, сети придорожных и поселковых столовых и гостиниц, организации, совместно с туристическими организациями туристических маршрутов, организации добычи местных полезных ископаемых и минеральных вод, использование рекреационных и лечебных ресурсов местности, развитию существующих или организации новых местных промыслов. Налаживанию возможного местного промышленного производства и сбыта его продукции.

[1] Чупов В.С. Идеология натализма // Вопросы естественнонаучного обществознания. — 2007. — Вып 1. — С. 197–221.

Наряду с уже существующими предприятиями отдельная структура должна обратиться к выявлению и взаимодействию с отдельными людьми, ищущим применение своим силам. Предложить им взять в лизинг, в аренду, купить и т.п. полный комплект оборудования для какого-либо рода деятельности. Эти производственные коллективы семейные или межсемейные должны быть обеспечены закупочно-сбытовым обслуживанием, которое также налаживает организатор, а их производственная деятельность, и это очень важно, должна быть защищена таможенной политикой и субсидиями, на том же уровне, на котором защищено производство их конкурентов.

Очевидно, что подобная организация жизни общества радикально отличается от псевдолибералистических подходов, рассматривающих государство в качестве «ночного сторожа» на разворовываемом рынке. К сожалению, эти идеи подпитываются представлениями о биологической эволюции не как об инновационном развитии, каким она на самом деле является, а как о процессе борьбы за существование.

БИОСОФИЯ В СВЯЗИ С БИОПОЛИТИКОЙ

Карташова Е.Р.

Биософия (греч. βίος — жизнь и σοφία — мудрость) предполагает понимание мира, основанное на высших естественных ценностях бытия. Биософия стремится развить глубокое и всестороннее понимание уникальности жизни организмов, населяющих Землю, способа их существования, их сложность и хрупкость, тем самым закладывает идеалы реального гуманизма. Биософия стремится пробудить любознательность, интуицию, любовь к биосу, развить инстинкт самосохранения путем осмысливания своего единения со всем биосом. Это можно назвать этико-философской доктриной биософии, связанной с идеей **благоговения перед жизнью**, выдвинутой А.Швейцером в качестве базиса новой культуры.

Понятие «биософия» в какой-то мере синонимично понятию *биофилософия*: и то и другое представляют концептуальный синтез биологии и философии и в настоящее время выходят на широкий мировоззренческий уровень осмысления феномена жизни в планетарном масштабе как уникальной ценности.

При этом философия вносит оценочный момент в понимание жизни, ее места и роли в мироздании и мировоззрении. Если биофилософию можно представить как комплексную, интегративную,

биологически ориентированную междисциплинарную отрасль знания, вскрывающую мировоззренческо-методологические, гносеологические, онтологические и аксиологические проблемы бытия Универсума (лат. universalis — общий, всеобщий; философский термин — вся объективная реальность, аналогичная представлению о Вселенной во времени и пространстве) через призму исследования феномена жизни, то биософия представляет интегративную, осмысленную с позиции философии систему знаний о жизни, основанную на изучении многоуровневых объектов биоса, являющихся носителями жизни. Биософия объективирует отдельные грани извечной проблемы *специфики живого*, помогая создать общие представления о живом. Биософия включает в себя некий костяк понятий, присущих всему биосу. Эти понятия лежат в основе концепций и логических связей, характеризующих живые системы и отличающие их от неживых.

К живому у нас имеется особый внутренний доступ — мы познаем его не только логическим анализом, но и через сопереживание. Поэтому специфику живого мы ощущаем, как **одушевленность**. Исследователи — биологи, физики, химики подвергли анализу свойства живого и убедились, что отдельные признаки жизни присущи и неживой природе, только в совокупности, в целом они могут характеризовать живое. При этом сразу же подчеркнем, что согласно аксиоме об *эмерджентности*, применительно к природе, целое больше суммы его частей, объединенных системообразующими связями. Посмотрим глазами ученых различных научных дисциплин на эти основные свойства живых организмов, ибо жизнью наделены организмы каждый в отдельности и в своей совокупности. *Организм* — носитель реальной жизни, ее комплексной отдельности.

Причем жизнь каждого организма ограничена сравнительно небольшим временным отрезком (часы, годы), напротив сообщества таких организмов подвергаются естественному отбору, их срок жизни во многом зависит от условий среды обитания, к которым они адаптированы, при этом временные отрезки их существования исчисляются тысячелетиями и миллионами лет. Основной единицей, служащей объектом изучения в биологии является непрерывная **пространственно-временная конфигурация** — биологическая система, связывающая родительский организм с его потомками, вернее сообщество таких организмов. Поэтому биологи рассматривают жизнь как способ существования совокупности организмов планеты (биологической системы) и отдельного организма (биологического элемента), состоящий в сохранении ансамбля (фр. ensemble букв. вместе — взаимная согласованность, органическая взаимосвязь) специфических внутрисистемных отношений.

С точки зрения философа, жизнь следует рассматривать, как самосовершающийся процесс, обладающий не только внутренними «движущими силами», но также самоуправлением, свойством **самоорганизации**. Однако его эндогенная (внутренняя) детерминация управления ограничена — только Вселенная обладает абсолютно полной самодетерминацией — и, как у всех конечных материальных систем, всегда дополняется экзогенной (внешней) детерминацией. Экзогенное влияние на живое, в конечном счете, является решающим в общем ходе его эволюции. Космопланетарное понимание жизни было характерно для В.И. Вернадского, который подчеркивал, что жизнь есть результат сложного взаимодействия сопряженной эволюции целого ряда космических и земных факторов. Он писал: «На основании всего эмпирического понимания природы необходимо допустить, что связь космического и земного всегда обоюдная и что необходимость космических сил для проявления земной жизни связана с ее тесной связью с космическими явлениями, с ее космичностью»[1].

Для жизни характерны как бы две тенденции. С одной стороны, она воспринимается как нечто вечное и несет в себе четкую упорядоченность, с другой — она дискретна, зыбка и всецело зависима от *среды обитания*.

Среда обитания — это вещество и пространство, силы и явления природы, в которых пребывает *биос* (см. выше) и конкретно каждая из его форм. Обитать — значит жить, иметь пребывание.

Поэтому среда обитания и **жизненная среда** (die Lebenssphdre, термин введен А.Гумбольдтом в 1859 г.) представляют синонимичные понятия. Под понятием «жизненная среда» Гумбольдт подразумевал единую целостную систему, объединяющую атмосферные, морские, континентальные процессы, а также явления органического мира. Позже Ф.Ратцель в 1869 г. назвал поверхность Земли «пространством жизни», местом обитания организмов. Вещество, энергия и информация для функционирования *биоса* (планетарного ансамбля жизни) поступает из среды обитания, и только за счет среды может существовать и развиваться любая форма биоса. При этом биос выступает как преобразователь земных условий, своей среды обитания.

В.И.Вернадский пришел к пониманию глобальности преобразующей, созидающей роли биоса в значительной степени формировавшего в процессе своей эволюции среду обитания для всего ныне существующего *биоразнообразия*. Эволюцию Земли В.И.Вернадский рассматривал как сопряженный процесс эволюции органического мира, химизма земной коры и геологических преобразований. Жизнь

---

[1] Вернадский В.И. Размышления натуралиста. — М., 1977. — Кн. 2.

всегда исполняет одновременно разнородные биогеохимические функции, видоизменяя и преобразуя вещество, энергию и информацию, поступающую из среды обитания, а затем в том или ином виде возвращает их в среду. Не случайно для биоса столь характерна «разлитость» в среде обитания — *континуальность*. Это позволяет каждому из представителей биоса непрерывно контактировать со средой своего обитания, в том числе и с **биотической** ее частью — совокупностью живых организмов и продуктов их деятельности. Вне сообщества — системы совместно живущих организмов — ни один вид не может существовать геологически длительное время. Каждый из видов организмов оказывает своей жизнедеятельностью влияние на организмы других видов, которое проявляется в самых различных формах.

Это наглядно можно проследить, рассмотрев любой из биоценозов. Если рассматривать систему биос — среда обитания, постоянно находящуюся в динамическом равновесии и эволюционирующую, то организмы в этой системе все время увеличивают давление жизни на среду, стремясь к экологической экспансии и одновременно приспосабливаясь к меняющимся ее условиям. Эти условия, как мы отмечали, изменяет сам биос, во многом определяя среду собственного существования. Давление растет до тех пор, пока не будет ограничено абиотическими факторами (находящимися в минимуме), конкурирующими организмами того же уровня или системами другого иерархического уровня организации.

Все приведенное выше подчеркивает тесное взаимодействие, диалектическое единство биоса и среды его обитания.

МИКРОБНАЯ БИОПОЛИТИКА: ИССЛЕДОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И КОММУНИКАЦИИ У МИКРООРГАНИЗМОВ

Кировская Т.А.

Начиная с 80-х годов прошлого века, внимание научного микробиологического сообщества в существенной мере обращается к проблематике межклеточных взаимодействий, обмена сигналами между микроорганизмами, структуре микробных колоний и биоплёнок. Эти исследования можно суммировать термином популяционно-коммуникативное исследовательское направление (ПКИН) в микробиологии.

Историкам науки известно, что смене фундаментальных концепций обычно предшествуют десятилетия напряженного поиска идей, сменяющих устоявшиеся взгляды. Отсюда вытекает актуальность историко-научного анализа динамики развития исследований, посвященных популяционному уровню организации микробных систем. Хотя у многих микробиологов становление данного исследовательского направления ассоциируется с именами выдающихся зарубежных ученых — Дж.Шапиро, И.Сазерленда, Р.Лозика, Д.Кайзера и др., оно было предварено также и отечественными работами 50—80-х годов (Н.Д.Иерусалимского, Н.А.Красильникова, С.Г.Смирнова, Г.И.Эль-Регистан, В.И.Дуды, Р.А.Пшеничного, А.С.Капрельянца, Н.С.Печуркина, В.В.Высоцкого, О.И.Баулиной, И.В.Ботвинко и др.). Актуальность историко-научного исследования по заявленной тематике связана и с необходимостью адекватной оценки современного состояния знаний о популяционной организации и межклеточной коммуникации в микробиологии, а также их перспектив в теоретическом и практическом (биомедицинском, биотехнологическом) аспектах.

Научное сообщество претерпевает в последние десятилетия структурную реорганизацию, возникают нетрадиционные формы организации научного поиска, что связано со все более интенсивным взаимодействием науки и культуры, науки и политики. Представляет несомненный интерес вопрос, как организовывались научные исследования микроорганизмов на популяционном уровне? Какова была преобладающая организационная структура: традиционная (научная школа с основателями-корифеями и многочисленными учениками) или сетевая («незримый колледж»)? Ответ на эти вопросы представляет интерес в плане разработки рекомендаций по усовершенствованию методологии фундаментальной науки и создания на этой основе эффективных социальных технологий в научной среде.

Историко-научные работы по становлению популяционно-коммуникативного исследовательского направления пока носят разрозненный характер в нашей стране. Так, имеется обстоятельный историко-научный труд Е.В.Головлева[1] (1999) о становлении взглядов одного из основоположников исследований популяционной организации микроорганизмов академика Н.Д.Иерусалимского. Некоторые этапы развития данных исследований обсуждаются в историко-научном ракурсе в трудах самих исследователей. Много ценных сведений содержится в статьях отдельных тематических выпусков журнала «Микробиология», в частности, № 6 за 1999 г. и № 5 за 2004 г.

---

[1] Головлев Е.Л. Академик Николай Дмитриевич Иерусалимский (1901—1967) // Микробиология. — 1999. — Т. 68. — № 6. — С. 800–808.

Несмотря на указанные работы и аналогичные публикации, в отечественной литературе объективно существует пробел, заполнение которого требует создание обобщающего историко-научного труда, прослеживающего динамику становления ПКИН в микробиологическом сообществе, с особым вниманием к вкладу отечественных ученых в его разработку. Публикации многие из которых не получили пока заслуженного внимания в литературе и остаются мало известными для большинства соотечественников.

Историко-научный труд по теме ПКИН представляет не только узкоспециальный интерес. Без понимания прошлого науки невозможно адекватно оценить настоящее, прогнозировать будущее.

В соответствии со сказанным, предлагаемое сообщение преследует цель дать интегральную характеристику ПКИН в микробиологии, проследить динамику его становления на протяжении XX века, охарактеризовать современное состояние знаний по ПКИН (подвести его «промежуточные итоги»), оценить вероятные перспективы будущего развития ПКИН как с теоретической, так и с практической точек зрения.

В завершающем разделе сообщения на секции «Биополитика» мы рассматриваем в социологическом ракурсе организацию труда разработчиков ПКИН в нашей стране с 60-х годов прошлого века по настоящее время. Мы утверждаем, что в отечественном микробиологическом сообществе в указанный период стихийно сложилась нетрадиционная для научного сообщества сетевая (децентрализованная, неиерархическая, хирамоподобная) организация творческого труда ученых. Иными словами, работа представителей ПКИН соответствовала принципу «незримого колледжа». В отсутствие единого центра происходил постоянный обмен информацией между формально автономными, но придерживающимися единых взглядов и подходов научных групп и индивидуальных ученых.

Данные взгляды и подходы базировались на единой концептуальной платформе — интересе к коллективным взаимодействиям клеток микроорганизмов, к обмену информацией между ними, к популяциям микроорганизмов как целостным системам с организмоподобными характеристиками. Рассматриваемое направление включало в себя разные более частные области исследований и в то же время носило целостный характер и с концептуальной, и с организационной точки зрения. Это подтверждается тем фактом, что ученые-микробиологи, взявшись за какой-либо конкретный аспект данного направления, постепенно распространяли свой интерес и на другие аспекты ПКИН.

В целом, ПКИН способствовало пониманию микроорганизмов как своего рода «маленьких животных», в противовес распространенным взглядам на микробные клетки как всего лишь «мешки с

ферментами» (точка зрения некоторых представителей промышленной микробиологии) или автоматов с «компьютерной программой» — информацией ДНК (точка зрения генетических инженеров). Сторонники ПКИН наделяли микроорганизмы индивидуальностью (с присущим индивидам разнообразием «внешности» и «черт характера»), способностью к информационному общению и квазисоциальному поведению (от агрессии до кооперации), склонностью к формированию сложных надклеточных структур типа колоний, биоплёнок, флоков и др. На фоне характерного для нашей страны и еще в большей мере для стран Запада молниеносного прогресса молекулярно-генетических исследований с присущим им редукционизмом в понимании живых организмов (пониманием биообъектов как сложных «машин»), зарождение и развитие ПКИН в микробиологии является признаком определенного диалектического возврата науки последних десятилетий к некоторым элементам натурфилософии.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В БИОМЕДИЦИНЕ

ОБЗОР СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

Моисеева О.Н.

Если посмотреть на состояние современной медицины, то мы увидим, что сегодня она представлена множеством школ и течений, которые можно разделить по нескольким главным направлениям: народная, традиционная, научная, альтернативная, доказательная, интегративная. Прежде чем дать характеристику каждого направления, мне хотелось бы кратко остановиться на исторических моментах их формирования.

В истории можно выделить два типа культуры — восточный и западный. И хотя исток возникновения этих культур един, на определенном этапе произошло их разделение, что и определило современное состояние цивилизации. Таким образом, мы можем говорить о двух типах мышления — восточном и западном, в соответствии с которыми формировалось и медицинское мировоззрение. Восточный тип интуитивен, западный — рационален. Восточный рассматривает мир в его единстве взаимосвязей и оперирует понятиями «энергии» и «существа», западный — расчленяет все на составляющие, буквально «вгрызаясь» в структуру, и оперирует понятиями «материи» и «механизма». Таким образом, западный тип аналитичен, восточный — холистичен. В основании медицинских школ Востока лежит религиозно-философская концепция, для медицинских школ Запада характерен рационально-научный подход, основные черты которого обозначились в античной философии (что и отражено в истории западномедицинской школы, определяющей свое начало со времен Гиппократа). Но хотя западная медицина пытается отстоять свою принципиальную «научность» и «инаковость», можно сказать с определенностью, что она вышла из восточной традиции. В типах конституции, описанных Гиппократом

(сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик) и в его четырех жидкостях организма мы видим редукцию китайской медицинской школы с ее пятью первоэлементами.

Как бы там ни было, в истории формировались разные течения, которые по сей день составляют все богатство медицинского знания в мире.

Наиболее древней считается *народная медицина*. Эта школа базируется на народных верованиях и представлениях, она эмпирична, использует в качестве лекарств средства растительного, животного, минерального происхождения, магические ритуалы, рукодействие, элементы санитарии и гигиены. Это наиболее «пестрая» школа, т.к. у каждого народа, нации, племени, деревни и.т.д. свои особенности в представлениях о болезнях и их лечении.

Традиционная медицина — школа, основанная на стройной религиозно-философской концепции, развивается в русле религиозной традиции того или иного народа. Таковы, например, традиционная китайская медицина, аюрведа, тибетская медицинская школа. Хотя методы традиционной медицины могут быть использованы во всем мире, наиболее жизнеспособны и эффективны они в русле той культуры, в которой зародились и развиваются, т.к. поддерживаются культурной традицией и философией. Если мы посмотрим на восточные школы традиционной медицины, то можно отметить, что центральным понятием для них является понятие «энергии». Они в большей степени оперируют понятиями «функции», нежели «структуры». Так, в традиционной китайской медицине мы находим 5 (а реально — 6) принципов («дерево», «огонь», «земля», «металл», «вода» и шестой — квинтэссенция огня, «жар»), формирующих материальный мир, образующих структуры и функции организма. В аюрведе — три доши («вата», «пита» и «капха»). Энергии в организме текут по особому типу каналов — энергетическим, имеют места концентрации — точки, чакры, и управляют материальными структурами. Болезнь в этом случае рассматривается как нарушение гармонии во взаимодействии энергий, в результате чего нарушаются защитные барьеры, пропуская внутрь патогенную энергию. Суть лечения сводится к восстановлению нарушенной гармонии, после чего организм сам вытолкнет патогенный фактор вовне. Надо отметить, что подходы к диагностике и терапии в данных школах холистичны по сути: учитывается не только физическое состояние, но и психо-эмоциональные особенности пациента, его образ жизни, характер питания, двигательной активности и духовных практик. В соответствии с этим, и лечение назначается комплексное — от иглоукалываний, прижиганий, массажа, лекарственных средств (растительного, животного, минерального происхождения), диеты, до определенного характера двига-

тельной активности, психо-эмоциональной саморегуляции и духовных практик.

Научная медицина — понятие более молодое. Современная наука, как мы ее знаем, сформировалась лишь в XVII веке, с вхождением в нее материалистических, механистических представлений о мироздании. Поэтому особенностью данной школы является представление о человеке как о сложно устроенном механизме, человеческое существо рассматривается равным телу, а его психо-эмоциональная и духовная составляющие приравниваются к высшим телесным функциям. В основе данной школы — стремление расчленить материю и свободно ею оперировать. Болезнь рассматривается как поломка механизма человеческого тела, а принципы лечения — это способы устранения поломки материальными средствами. Это дает большие преимущества в управлении материей, что мы и наблюдаем сегодня в стремительно развивающихся областях — биотехнологии, генной инженерии. Но, вместе с тем, здесь таится и большая опасность: история показала, что человек сколь угодно глубоко может постигать тайны природы и манипулировать ее структурами, но все это можно обратить как во благо, так и во зло. Так попытки найти новые источники энергии обернулись для человечества угрозой атомной войны, стремительно развивающееся производство поставило мир на грань необратимой экологической катастрофы, а манипуляции с генами уже приводят к всплеску новых заболеваний, не встречающихся доселе в природе. Ярким примером такой тенденции беспринципного использования достижений науки явилась идеология фашизма. И Нюрнбергский процесс выявил ужасную реальность — возможно все! Как ответ на подобное явление вскоре возникает биоэтика, как наука, призванная сохранить жизнь на планете. Биоэтика — это попытка выявления нравственных законов, надстоящих над законами физическими. Это стремление найти тот регулятор, который укажет дорогу к развитию, но не к уничтожению.

Но, хотя в западной культуре доминирующую позицию занимает сейчас медицина научная, в ней с давних пор сохраняется другое ответвление, названное сегодня *альтернативной медициной*. Можно сказать, что в западной медицинской школе присутствуют два типа мышления. Один условно можно назвать аллопатическим, другой — гомеопатическим. Аллопатический ближе по смыслу и воззрениям к научной медицине и, я думаю, лежит у ее истоков. Он рассматривает болезнь как нечто внешнее по отношению к организму, сосредоточен на поиске болезнетворного фактора, и принципы лечения сводятся к выведению его из организма и недопущению его проникновения внешними средствами. Положительным моментом такого типа мышления явилось рождение таких отраслей, как микро-

биология, гигиена и санитария. В практическом плане несколько сотен лет назад были жесткие методы лечения — от прижигания ран кипящей смолой до кровопусканий, рвотных, потогонных и слабительных, назначавшихся любому больному в попытке изгнать этот болезнетворный фактор. Сегодня мы видим положительные стороны подобного принципа в дезинтоксикационной терапии при разного рода отравлениях и инфекционных заболеваниях, в принципах асептики и антисептики в хирургии. Антибиотикотерапия, возникшая как революционное явление в медицине, с течением времени, однако, показала, что подобный стиль мышления имеет свои ограничения. Об этом свидетельствует всплеск дисбиозов, аллергических реакций, появление антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов и возникновение мутировавших штаммов. Также неоднозначно явление вакцинации, призванное предотвращать инфекционные заболевания в соответствии с теоретическими принципами, но на деле обернувшимся огромным количеством осложнений — аллергических, токсических, вплоть до летальных исходов. Это говорит о том, что данный принцип «поиска и уничтожения врага» имеет свой спектр приложимости к практике, свои «показания и противопоказания», а следовательно — требует реформации философско-мировоззренческой концепции научной медицины, агрессивно вытесняющей другие школы вместо активной ассимиляции всего положительного.

Видимо, как попытку определиться со «спектром приложимости» можно рассматривать возникновение *доказательной медицины*. Эта отрасль пытается определиться с оправданностью и эффективностью существующих методик лечения путем проведения рандомизированных исследований. Попытка просчитать «за» и «против» и «выбрать из двух зол меньшее», конечно, достойна. Однако, к сожалению, доказательная медицина сейчас работает в сфере научно-редукционистской парадигмы, и многое сводится к доказательству преимущества одного фармакологического аллопатического средства перед другим. Более правильным следует считать рассмотрение и сравнение методов разных медицинских школ с целью выявления их преимуществ и ограничений.

Другой тип мышления, присутствующий в западной медицинской школе, условно названный гомеопатическим, вырос из восточного мировоззрения и является холистическим по своей сути. Он рассматривает человека в единстве внутренней гармонии и взаимодействия с окружением. Гомеопаты не ищут болезнетворный фактор, а считают, что только нарушение гармоничной целостности организма способно пропустить патогенное начало внутрь его. Восстановление этой целостности приведет к очищению и выздоровлению. Но, в отличие от врачей восточных школ, акцентируют вни-

мание на лекарственном лечении. Здесь был разработан принципиально новый вид лекарственной терапии — лечение малыми дозами лекарственных субстанций. Особенности гомеопатической лекарственной формы заключаются в методе приготовления: если в аллопатической форме лекарственное вещество присутствует в высокой концентрации, то в гомеопатической готовится спектр разведений, в которых присутствуют уже не молекулярные, а лишь информационные составляющие растительных, животных или минеральных субстанций. Считается, что чем выше разведение, тем сильнее и продолжительнее действие лекарств. Важным принципом гомеопатической терапии является лечение подобным, т.е. больному назначается то средство, которое в высоких дозах способно вызывать симптомы его болезни. С точки зрения современной научной медицины подобная установка выглядит как полный абсурд, но эффективность гомеопатического подхода на практике заставляет искать теоретические основания подобного действия этих лекарственных форм. Если предположить, что болезнь имеет под собой глубинные духовные основания, что нарушения в психо-эмоциональной сфере изменяют гармонию внутренних «жизненных сил», а усиление симптомов в период разгара заболевания — это попытка организма «сформулировать» для себя характер нарушения, чтобы затем найти решение проблемы, то гомеопатическое средство, воздействуя на информационные структуры, способно ускорять процесс «распознавания», тем самым стимулируя механизмы выздоровления, «разрешения проблемы». Кроме того, если в аллопатическом мировоззрении выздоровлением считается устранение симптомов болезни, а проявление другого комплекса симптоматики — самостоятельным заболеванием (например, врачу не придет в голову назвать атопический диатез, перешедший в бронхиальную астму, проявлением одного и того же заболевания; они будут относимы им к категории аллергических, но считаться разными нозологическими формами), то гомеопатический подход учитывает перетекание патологии из одной формы в другую. Процесс излечения происходит «изнутри наружу», «снизу вверх», «от центра к периферии». Исчезновение более глубоких симптомов и появление более поверхностных расценивается как положительная динамика в лечении заболевания (например, если при исчезновении бронхиальной астмы возник атопический дерматит, — это более поверхностный вариант течения болезни, который купируется также назначением гомеопатического средства). Это говорит о связи гомеопатической школы с восточной медициной, в частности — с традиционной китайской, рассматривающей взаимосвязи пяти первоэлементов в их иньской (глубокой) и янской (поверхностной) формах и циркуляцию патогенной энергии по системе меридианов в соответствии с

определенными закономерностями, которые нашли отражение в гомеопатии. Т.к. физическое тело сторонниками этой школы рассматривается в единстве жизненных, эмоциональных, ментальных и духовных проявлений, то и диагностика заболеваний должна быть комплексной. Поэтому анализируется не только физическое состояние пациента, но и его эмоции, наклонности, предпочтения, образ жизни и пр.

Но феномен альтернативной медицины больше, чем только гомеопатический ее тип. Сейчас все чаще появляется термин *вибрационная медицина*. Под ней понимается целый спектр направлений — от гомеопатии, биорезонансной терапии, ароматерапии, литотерапии, цветотерапии, музыкотерапии до анимало-, ландшафто-, дендротерапии и т.п. Данное направление рассматривает материальный мир как вибрации разной частоты, находящиеся в определенных динамических соотношениях между собой. Гармоничные типы взаимодействий рассматриваются как здоровье, дисгармоничные — как болезнь. В какой-то степени, данный термин имеет преимущества перед «альтернативным» вариантом, потому как «альтернатива» звучит как «противопоставление» (в данном контексте — научной медицине), что несколько некорректно по отношению к какой бы то ни было медицинской школе.

Особый раздел медицинского знания — нарождающаяся сегодня *психосоматическая медицина*. Ее можно отнести к альтернативному направлению, хотя, в отличие от гомеопатии, психология признана господствующей сейчас научной медицинской школой. Но, к сожалению, ее методы не получили еще широкого распространения в повседневной практике врачей.

Отдельным явлением в западной культуре можно считать *религиозную медицину*. Отнести данный вид медицинской практики к традиционной медицине нельзя в силу того, что она не является самостоятельным явлением, а лишь привносит элементы религиозных представлений в понятие болезни и определяет этические нормы в выборе тактики терапии. Я не знаю о масштабном проявлении данного явления в католичестве, но в русском православии эти идеи нашли отклик в виде так называемой «православной медицины» и движении «православных врачей». На мой взгляд, это — слабая попытка вернуться к истокам, смесь религиозных представлений, методов народной медицины и элементов научной. Привнесение духовности в понимание болезни как расплаты за грехи, акцент на духовной и этической стороне жизни, несомненно, имеют большое значение в терапии, т.к. позволяют больному переосмыслить и изменить свой образ жизни, что особенно важно при лечении разного рода зависимостей (алкоголизма, курения, наркомании), профилактике так называемых «социальных болезней». Но

религиозное мировоззрение само еще требует реформы в соответствии с сегодняшними условиями. Поэтому в практике православных врачей имеются некоторые затруднения в оценке того, что хорошо и что плохо.

И наконец, мы подошли к глобальному явлению. Только зарождающемуся сегодня феномену *интегративной медицины*. Термин этот появился сравнительно недавно и определяет назревшую потребность в такой медицинской школе, которая объединила бы в себе все существующие сегодня знания в области медицины, т.к. каждая из вышеописанных медицинских школ обладает достаточно высокой степенью эффективности, что подтверждается их существованием в истории. Традиционная медицина успешнее работает с хронической патологией, определенной категорией психических заболеваний, научная — лидирует в области хирургии, экстремальной медицины, профилактики и лечении инфекционных болезней, альтернативная — отличается более мягкими, щадящими методиками лечения хронических заболеваний и реабилитации, в отличие от агрессивных «научных» методов, психосоматика — говорит о психо- эмоциональной и социальной природе болезней, а религиозная медицина — о духовных корнях. Таким образом, все пути уже обозначены. Нужно только собрать их воедино и объединить стройной философской концепцией, способной не только определить всему место и описать спектр возможностей, но и обладать способностью к дальнейшему развитию. На сегодняшний момент, к сожалению, такой концепции нет, хотя делаются более или менее удачные попытки. Из таковых можно отметить ОННУРИ-медицину Пака Чжэ Ву как попытку соединить научную медицину Запада с традиционной медициной Востока. Но тем шире поле для современных исследователей и больше возможностей для творчества.

К ВОПРОСУ О ЛОГИКЕ И ФИЛОСОФИИ РЕЛЕВАНТНОГО ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА

Бартко А.Н., Стоцко П.Д.

Во всем мире потребности в услугах по паллиативному уходу быстро растут. Практика паллиативного ухода все более признается законной областью специализации в современном здравоохранении и специалисты в данной области энергично работают над созданием базы данных для своей деятельности.

Паллиатив [франц. palliative, от позднелат. pallio — прикрываю, защищаю (лат. «pallium»[1], покрывало, плащ)], имеет значение уменьшать суровость боли или серьезность болезни, не принося излечения.

Следовательно, деятельность по предоставлению паллиативного ухода является видом ухода и его лучше всего понимать как часть общей логики ухода. Это сразу принимает вид проблемы, так как многое из общей традиции ухода еще не освоено, в частности, потому что история традиции ухода, которая относится к так называемой «малой истории», истории обычных людей, истории повседневной жизни еще не написана. Есть малая история и большая история медицины. Например, история технологий исцелений принадлежит большой истории, и о ней пространно писали. Таким образом, традиция лечения имеет свою историю, но традиция ухода не имеет.

То же самое можно сказать о таком аспекте ухода, как этическая традиция. Лишь совсем недавно стала развиваться традиция этики ухода. Уход был забыт не только историей, но и этикой. Созданию и развитию этики ухода мы обязаны феминистскому движению, с одной стороны, и развитию сестринской профессии, с другой стороны — двум наиболее важным группам малой истории общества. В самом деле, этика ухода ныне повсеместно признается в качестве важнейшей части общего движения биоэтики.

Мы рассмотрим, прежде всего, отношения между уходом и лечением.

Уход и лечение имеют тот же самый источник, что зафиксировано в латинском глаголе «curo», который вначале имел значение, относящееся к социальной помощи, без дальнейшего точного определения. Глагол «curo» употребляли во многих разных контекстах, иногда принимающего значение семейного ухода родителей за своими детьми или духовного попечения, предоставляемое священниками, а также медицинской помощи врачей своим пациентам. Медицинская помощь, следовательно, является только одним аспектом более широкого понятия социальной помощи вообще. Внутри общей логики ухода существует различные типы ухода, как, например, духовное попечение, семейный уход (попечение), медицинская помощь и сестринский уход.

Итак, мы видим, что имеются различные типы ухода, разные специализации общей логики, покрываемой этим термином. Форма, которая определяет специфический уход, свойственный медицине, — это «соматическое лечение». Когда лечение не является соматическим, но духовным, тогда определяемая профессиональ-

[1] Pallium – 1. Покрывало, покров; 3) палий (паллиум), просторный греческий плащ (один из признаков древних философов).

ная роль становится не ролью врача, а священника. Эти роли суть роли излечивания, но в то же самое время есть другие роли, специфически относящиеся к уходу. Одна является специфическим уходом, предоставляемым родственниками в качестве членов семьи — это *семейный уход*, определяемый ролью семьи. Другая целиком является техническим уходом, специфичным для роли медицинской сестры — это уход за больным, определяемый ролью медицинской сестры.

Таким образом, мы имеем социальную и лингвистическую логику ухода. Существуют разные типы ухода: семейный уход, уход за больным, духовное или религиозное попечение и медицинская помощь. Последний тип совпадает в западной (в том числе отечественной) медицине с содействием здоровью и лечением болезней; другими словами, медицинская помощь состоит в предупреждении и излечении. Оба являются медицинскими вмешательствами, но последнее более характерно медицине. Следовательно, можно сказать, что тип ухода, специфичный для медицины, — это излечивание.

Вывод из этого анализа логики ухода состоит в том, что медицина не считала уход своей целью, если уход понимается в качестве обязанности нести ответственность за пациента и все его нужды 24 часа в сутки. По контрасту, уход врача является чисто техническим и относится к предупреждению болезни и излечиванию тела — не более. Старый афоризм, ошибочно приписываемый авторам-гиппократикам, гласит, что «Первой обязанностью медицины является излечивать иногда, облегчать часто и утешать всегда». Оказание помощи и утешение являются обязанностями врача, но только в качестве дополнения к прямой цели, которой является исцеление пациента. Оказание помощи и утешение, следовательно, являются дополнениями исцеления, но не уходом как таковым. Настоящей целью медицины всегда было исцелять, а не предоставлять уход пациенту. Уход, увы, никогда не был целью медицины.

Такое положение дел вполне объяснимо с точки зрения философии медицины, которую мы определяем как метафизический, эпистемологический, аксиологический и этический анализ различных моделей медицинского знания и практики. Такой анализ укоренен в стандартной топологии философского анализа. Целью этого анализа должно быть раскрытие природы самой медицины. Этот вопрос находится в центре кризиса качества медицинского обслуживания, в котором оказалась западная (в том числе отечественная) медицина.

Многие историки современной медицины прослеживают истоки медицины к началу человеческой истории. Несомненно, первой важнейшей фигурой в западной медицине был Гиппократ. Корпус Гиппократа оказывал влияние на западную медицину на протяже-

нии всего тысячелетия. Следующей важной фигурой в западной медицине был Гален, влияние которого опять-таки также ощущалось на протяжении целого тысячелетия. Только после научной революции шестнадцатого и семнадцатого столетий, особенно с анатомической работой Андреаса Везалия о человеческом теле и экспериментальной работой Уильями Гарвея о кровообращении, подвергся сомнению подход Галена к медицинскому знанию и практике. К концу девятнадцатого столетия и началу двадцатого столетия биомедицинская модель медицины становится преобладающей моделью медицинского знания и практики.

В наши дни биомедицинская модель является преобладающей моделью медицинского знания и практики в западных и развитых странах, а также становится доминирующей моделью в восточных и развивающихся странах. В этой модели пациент редуцируется к физическому телу, состоящему из отдельных частей тела, которые составляют механический мир. Эмоционально беспристрастное отношение врача состоит в том, чтобы определить больную часть тела пациента и лечить или заменить ее, применяя последние научные и технологические достижения в медицинском знании, одобренные медицинским сообществом. Результатом такого вмешательства должно быть излечивание пациента, посредством этого — спасение пациента от необратимого повреждения или, возможно, от смерти.

Хотя биомедицинская модель дает наиболее важные достижения в медицине, одной из ее основных проблем является отчуждение пациента от врача. «Общественность осознает, что медицина становится, — утверждает Милз Литтл, — слишком обезличенной»[1]. Кроме того, сводя пациента к собранию частей тела, пациент как личность исчезает от клинического взгляда врача. Утрата пациента как личности из клинического взгляда врача привело к кризису качества медицинского обслуживания, который поразил медицину в настоящее время и разъедает доверительные отношения пациент-врач сегодня. Например, многое в современной инфраструктуре, определяющее современную медицинскую практику, отдает предпочтение графику врача в ущерб жизненному укладу пациентов, а временами в ущерб здоровью и благополучию пациентов. Многие специалисты идентифицируют причины этого кризиса в приверженности биомедицинской модели болезни давно не адекватной для научных задач и социальным обязательствам медицины ли или психиатрии.

В ответ на кризис качества медицинского обслуживания, некоторые практикующие врачи предложили за последние несколько десятилетий гуманистические модификации биомедицинской модели для того, чтобы восстановить гуманитарную составляющую в

[1] Little M. Humane Medicine. — Cambridge: Cambridge University Press, 1995. — P. 2.

медицинском знании и практике. Гуманитарная модель определяется соответственно как: «медицинская практика, которая сосредоточивается в целостном индивидуальном человеке, а не единственно на болезни человека»[1]. Они не отвергают научную медицину, но расширяют ее рамки, чтобы включить психологические и социальные аспекты пациента. Таким образом, целью является модернизация медицины, чтобы сделать ее ориентированной на партнерство, индивидуально отзывчивой и сострадательной.

В этом контексте вызывающим интерес вопросом становится вопрос, где локализовать «паллиативный уход» в логической структуре ухода. И если идея Сисили Сондерс «полного ухода», в значении ухода за всеми аспектами индивидуального человека, имеет какой-либо смысл, тогда ответом должно быть, что паллиативный уход относится ко всем этим спецификациям ухода. Конечно, это относится к семейному уходу, медицинской помощи, уходу за больным и духовному попечению. Никто не оспаривает того, что паллиативный уход относится к сестринскому, семейному и духовному уходу. Ключевым вопросом является, тем не менее, вопрос о том, относится ли паллиативный уход к медицинской помощи, если временное облегчение начинается тогда, когда излечение уже невозможно. Так, если типом ухода, характерным для медицины, является лечение, то паллиативный уход не имеет никакого отношения к медицине. Но медицина — это техническое применение гигиены, лекарственных средств и хирургии для того, чтобы улучшить человеческое благополучие. А временное облегчение есть, в одном из его аспектов, фармакологический (лекарственный) и хирургический контроль симптомов, и в особенности боли. Это есть типичная цель медицины и, следовательно, временное облегчение относится к четырем типам ухода, как это было определено нами выше. Таким образом, паллиативный уход открыл возможность новой области в общей области ухода. Эта область не совпадает с областью, определенной выше, в то же самое время, она не является полностью новой и независимой областью. Напротив, она является интеграцией, по крайней мере, частичной интеграцией других четырех. Следовательно, паллиативный уход интегрирует некоторые части ухода за больным, семейного ухода, медицинской помощи и духовного попечения. В результате, паллиативный уход оказывает влияние на старые роли всех тех исторических типов ухода, приводя неминуемо к их переопределению. Например, он стимулировал переопределение роли ухода в медицине, подчеркивая симптома-

---

[1] Schwartz M.A., Wiggins O.P. Scientific and humanistic medicine. In: The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg, White, K.L., ed. Menlo Park, CA: Henry J. — Kaiser Family Foundation, 1988. — P. 159.

тический контроль, с одной стороны, а так же необходимость уделять внимание другим аспектам ухода.

Мы нуждаемся в такой философии паллиативного ухода, гуманистическая сущность которой состоит в том, чтобы ни ускорять, ни отсрочивать смерть, но делать возможным умирающим людям жить в физическом комфорте, с личным достоинством до самой смерти. Она заключает в себе целостную (холистическую) концепцию физического, социального, психологического и духовного ухода за пациентом и его близкими. Умирание, в свете такой философии, является нормальным и, в конце концов, неизбежным процессом, а пациенту предлагается система поддержки, чтобы помочь ему и его близким прожить жизнь так активно, как это возможно до самой смерти. Потребности пациентов и их близких оцениваются и удовлетворяются самыми разнообразными профессионалами здравоохранения и социального обслуживания на постоянной и координированной основе.

ПОПЫТКА ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОДХОДА К ТРАНСФОРМАТИВНОЙ АНТРОПОЛОГИИ: КОНЦЕПЦИЯ РАЗУМНЫХ ЛАНДШАФТОВ

Чеклецов В.В.

В отечественных академических кругах (особенно среди апологетов *строгих* или же — *традиционных* дисциплин) термины «Постчеловек» (Posthuman) и «Трансгуманизм» (Transhumanism) за последнее время несколько дискредитировали себя как ненаучные. Действительно, при множестве дефиниций, туманный образ Постчеловека находится все еще в области футурологии, да в умах социально-активных и зачастую — некритичных визионеров продолжения эволюции вида Homo технологическими средствами. К указанной выше тематике, поэтому, мы чаще будем применять столь же туманное, но гораздо менее технократичное обозначение: *трансформативная антропология*[1] с акцентами на исторической реконструкции, поиске инвариантов телесного и психического, социо-гуманитарном и культурологическом аспекте проблемы техноэволюции Человека.

[1] Хоружий С.С. Проблема постчеловека, или трансформативная антропология глазами синергийной антропологии // Философские Науки. — 2008, № 2. — С. 10–31.

Для современного философского осмысления реальности проблема проектов кардинального изменения природы человека бесспорно актуальна. Об этом сейчас многое пишется: данный антропотехнологический тренд приобрел за последнее десятилетие качественно иное значение в связи с ожидающимся нанотехнологическим прорывом, который является основным катализатором взаимоусиливающего влияния современных технологий: это нанотехнологии, биотехнологии, информационные и когнитивные технологии. В течение первого десятилетия XXI века этот феномен, обозначаемый термином NBIC-конвергенция, принят научными сообществами большинства развитых стран в качестве стратегического ориентира научно-технологического развития[1]. Ключевая роль нанотехнологий здесь очевидна; это можно усмотреть даже в появлении таких новых областей, как наномедицина и наноэтика.

Принципиальная междисциплинарность и трансдисциплинарность как самого нанотеха, так и области возможностей нано-инструментария в изменении природы человека, создании «сильного» Искусственного Интеллекта и даже некоей альтернативной биологической Жизни-2 — все это требует глубокого и масштабного философского синтеза современных естественнонаучных и социогуманитарных концепций для адекватного исторического и проективного представления *трансформативной антропологии*.

Хотелось бы отметить, что возможность влияния нанотехнологий и остальных акторов NBIC-конвергенции — это *уже не* научная фантастика, *уже не* выдумки футурологов, а во многом — *уже* реально существующие технологии. Например, впечатляют достижения лаборатории Роберта Фрейтаса, в частности, так называемые «респироциты» — искусственные наноботы — заменители эритроцитов, с которыми можно пробежать Олимпийский спринт за 15 минут, вообще не делая вдох. Вызывают восхищение также нанороботы, исправляющие повреждения ДНК или наноботы, встраеваемые в поджелудочную железу для имитации работы островковых клеток по выбросу инсулина.[2]

Очень важная возможность нанотеха —- его способность буквально *стереть разницу между «обычной» и виртуальной реальностями*. Физическая — технологическая основа для этого — прямая

---

[1] См. напр.: Converging Technologies for Improving Human Performance: nanotechnology, biotechnology, information technology and cognitive science. Edited by Mihail C. Roco and William Sims Bainbridge, National Science Foundation, Report, 2002; Converging Technologies –Shaping the Future of European Societies by Alfred Nordmann, Report , 2004.

[2] Nanoethics (the ethical and social implications of nanotechnology) edited by Fritz Allhoff, Patrick Lin, John Weckert. — Wiley, New Jersey, 2007. — C. 44.

связь наноустройств с отдельными нейронами и рецепторами человека. Например, учеными Института Макса Планка уже разработаны так называемые «нейронные транзисторы», которые детектируют возбуждение отдельного нейрона, а также могут возбудить или затормозить возбуждение близлежащего нейрона, что открывает путь к предсказанному некоторыми экспертами[1] «важнейшему событию» XXI века, в котором нанотехнологии будут играть ключевую роль — это слияние человеческого и машинного интеллектов. Последний же, по мнению видного западного мыслителя Рэя Курцвейля, в конце этого столетия будет ведущим. Нанотех поможет слиянию естественного и искусственного разума двумя путями: встраиванием наноустройств в нервную ткань и погружение (посредством соединения наноконнекторов с нашими сенсорами) в виртуальный Мир.

В общем, специфика данного синергийного процесса (NBIC: нано-, био-, инфо- и когно- Конвергенции) заключается в том, что человечество впервые за всю историю своего развития обретает инструменты для создания альтернативного естественному биологическому развитию техноэволюционного процесса. То есть нанотех (ключевой актор Конвергенции), по сути, как способ манипулирования материей на квантовом уровне в комплексе с другими эмерджентными технологиями дает ключ к появлению искусственной жизни, к изменению живой природы на самом фундаментальном уровне, в том числе и собственной антропологии. Очень важно понять, что нанотехнонаука — это не просто модное течение, а заявка на качественно новый уровень конструирования реальности.

Но все это технологические пролегомены; где же тут философия? А начинается она здесь при осмыслении индуцированной вышеуказанными технотрендами переломного момента в сознании современного человека: ширящейся ломки мировоззрения, трансформации социальности, глубочайшего кризиса самоидентичности. Сверхзадачей философии в этой сфере выступает создание достаточно отрефлексированного полноценного гармоничного и безопасного футурообраза, который бы выступал аттрактором, вектором напряженности смыслового поля, организующего уже сегодня наши действия.

Не претендуя на единственность решения, ниже несколько декларативно (вследствие ограниченности объема доклада я не буду подробно реконструировать ход мысли) предлагается 7 тезисов в отношении *разумных ландшафтов*: метаформы одновременно как

---

[1] Ray Kurzweil The Singularity is near (When humans transcend biology) Penguin Books, 2005. — С. 194.

постчеловеческого тела, так и социального пространства будущих субъектов коммуникации:

1. Граница «Я» — неоднозначна и динамична. Это подтверждают, во-первых, данные физиологии восприятия[1], во-вторых — обоснованность многочисленных культурологических концепций личности в психологии (Л.С.Выготский, М.М.Бахтин, К.Левин, К.-Г.Юнг, Ж.Ньюттен и пр.) Неоднозначность субъект-объектной границы, самоопределения схемы тела в связи с психологическими феноменами, с представлением технологий, как экстракорпоральных органов (Э.Капп, П.Флоренский), отождествлением с имиджевыми артефактами (мода), в связи с трансформативными антропологическими практиками (тело-без-органов), в связи с процессами социальной идентификации и пр. — все это позволяет говорить о нетривиальности — расширении топологии личности за физические границы тела.

2. В концепции *Разумных ландшафтов* репрезентация Личности происходит в границах *реального* интерактивного пространства для Другого. Этим постулируется экстраполяция, вектор развития для изменения природы человека, *мета*форма трансформативной антропологии;

3. Исходя из возможностей NBIC-технологий, конструируемый Личностью в рамках определенной территории *Разумный Ландшафт* может обладать как обширной перцептивной поверхностью (наносенсоры, нанорецепторы) с обработкой «чувственных» данных с помощью современных информационных сетей (ГРИД и пр.) и систем ИИ, так и (вследствие эмерджентных свойств наносистем) мощным потенциалом самоорганизации, автопоэзиса и саморазвития;

4. *Разумный Ландшафт* изначально представляется интерактивным и открытым коммуникации с Другим — как пространство креативных Игр, в которых происходит как становление и актуализация нано-, био-, информационных и когнитивных технологий, так и селекция новых форм социальных отношений — в движении к новому качеству одухотворенных, персонализированных экосистем.

---

[1] Неоднозначность местоположения такой границы может быть продемонстрирована в классическом психологическом феномене зонда (Бор, 1971; Леонтьев А.Н., 1975). Его смысл заключается в том, что человек, использующий для ощупывания объекта зонд, парадоксальным образом локализует свои ощущения не на границе руки и зонда (объективно разделяющей его тело и не его зонд), а на границе зонда и объекта. Ощущение оказывается смещенным, вынесенным за пределы естественного тела в мир внешних вещей. Зонд, включенный в схему тела и подчиненный движению, воспринимается как его продолжение и не объективируется // Т х о с т о в А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — С. 64.

5. Пространство *Разумного Ландшафта* в сопряжении с наноконвергенцией предоставляет Личности сильные возможности семантической нагрузки естественных и вновь созданных компонентов очерченной для репрезентации территории. Это Genius loci[1] постантропологического субъекта, как место, усвоившее дух личностно-преломленных феноменов Культуры. Это рефлексивно-активное поле Игры — актуализации знаков, символов, паттернов, мемов — их формы существования в Вечности.

6. Новые формы интерсубъективности во взаимоотношениях репрезентированной в форме *Разумного Ландшафта* Личности и Другого порождают и новые формы экономических отношений:

- с одной стороны изменяется *потребление* — от чистого консьюмеризма к увеличению спроса на артефакты, процессы и услуги в качестве компонентов, модулей строительства собственного постчеловеческого тела;
- с другой стороны происходит изменение самого способа производства — в сторону полной инвайронментализации, когда в рамках Разумного Ландшафта высокоэффективным сочетанием возобновляемых источников энергии, автопоэзиса самореплицирующихся нано- и биосистем, достигается «растворение» производства в Игре, само производство становится более похожим на непрерывное Творение Жизни, органично вплетаясь в канву маршрутов саморепрезентирующегося Живого Универсума.

7. Ценностные ориентиры построения *Разумных Ландшафтов* для Другого позволяют моделировать новые формы деятельностного подхода к Вертикали Бытия, трансцендентному измерению существования Личности:

- во-первых, здесь видится параллель репрезентирующих субъекта онтических Игр *Разумного Ландшафта* с концептом со-творения Универсума и своего Тела в подобии Imago Dei.[2]
- во-вторых, в данном подходе органично возникает максима Всеединства «Истины, Добра и Красоты» — рационального, этического и эстетического в пред-ставлении своего экстраполированного до *Разумного Ландшафта* Тела, как ответственности представления социального пространства и времени для Другого.

---

[1] Топоров В.Н. Эней – человек судьбы. К «средиземноморской персонологии» Ч.I.. М. : Радикс, 1993. С. 43–44.

[2] Transhumanism and the imago Dei.Narratives of apprehension and hope. Stephen Robert Garner. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Theology, The University of Auckland, 2006.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ[1]

Ильин А.А.

Современное медицинское образование испытывает, как и всё образование в целом, кризис. Причина этого кризиса вовсе не в технической отсталости, вовсе нет, — нередко современная медицинская техника поражает воображение. Проблема состоит в существующем разрыве между современными техническими достижениями и отсталостью подхода к пониманию болезни. С нашей точки зрения, преодолеть эту отсталость может интегральный подход. В чём же состоит «особенность» данного подхода сравнительно с другими, идущими на смену старой парадигме? Последние десятилетия стали поистине революционными как в техническом отношении, так и в области культуры. Нам стали действительно открыты все культуры мира.

Само знание становится глобальным. Что же в итоге мы можем получить? Используя опыт многих культурных традиций, мы можем использовать всеобщую, всеохватывающую или интегральную модель. Такая модель была создана американским философом Кеннетом Уилбером[2].

Интегральный подход использует систему, названную AQAL (в переводе с английского «все сектора, все уровни, все состояния, все типы»). Для удобства восприятия можем представить эту систему в виде схемы из четырёх секторов.

Верхнелевый сектор — «я» (индивидуальное внутреннее), верхнеправый — «оно» (индивидуальное внешнее), нижнелевый — «мы» (коллективное внутреннее), нижнеправый — «они» (коллективное внешнее). Четыре сектора являются своеобразными окнами (точками зрения) по отношению к любому событию, представляя внутренние и внешние основы индивидуального и коллективного. Кроме того, в каждом секторе есть уровни, поскольку каждый сектор способен развиваться. Так, например, верхнеправый сектор, развиваясь от эгоцентризма, проходит этноцентризм, стремясь к мироцентризму.

Рассмотрим теперь как интегральный подход применим в медицине и медицинском образовании. Такое рассмотрение проведем по отмеченным секторам.

---

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

[2] См. напр.: Уилбер К. Интегральное видение. — М.: Открытый Мир, 2009. — 232 с.

Левый Верхний Сектор.

С этим сектором связаны такие медицинские направления, как классическая психология, психоанализ, психиатрия. Роль этих направлений в современной медицине огромна, коррекция психических и эмоциональных состояний пациента позволяет улучшить качество лечения. Современное медицинское образование не использует весь потенциал этих дисциплин. Изучение психологии в современном медицинском образовании носит во многом оторванный от действительности характер, превратившись в сугубо теоретическую область. Где, как не в медицине, необходимо использовать колоссальный психологический опыт, причём будущему врачу необходимо научиться работать на различных уровнях человеческой психики и владеть техниками различных школ. Поэтому видится необходимым, чтобы после получения базовых знаний по психологии студенты-медики могли бы работать с реальными людьми. Пусть первоначально это будут совместные с опытными психологами консультации. Важно, чтобы учащийся не останавливался на полученных знаниях, а, используя всё разнообразие психологических техник, продолжал своё духовное совершенствование, применяя его в повседневной жизни. Так, например, для сохранения собственного душевного равновесия медицинскому работнику не лишним будет изучить основы медитативных практик.

Верхний Правый Сектор.

Согласно интегральной модели, этот сектор работает с физическим телом человека. С ним в наибольшей степени имеет дело традиционная медицина и медицинское образование. Но и здесь возможно дальнейшее развитие. Механистический подход, используя опыт традиционных восточных практик, даёт колоссальный результат, так как уже созданы приборы, считывающие потенциал биоактивных точек, что позволяет диагностировать множество заболеваний без применения длительных и дорогостоящих методов. Эти достижения обходит стороной классическая современная медицина, и они никак не учитываются в современном медицинском образовании.

Нижний Левый Сектор.

Здесь должны исследоваться межсубъектные факторы, проявляющиеся на различных уровнях. На первом уровне это проявление в личной медицинской культуре, например, личная гигиена. Затем идут занятия в малых группах для создания и поддержания их личной культуры, например, занятия в школах для диабетиков или гипертоников. Третьему уровню этого сектора соответствует работа врачей с родственниками душевнобольных. Ещё более сложная работа врачей заключается в консультировании

родственников больных с онкозаболеваниями, СПИДом. Ведь им предстоит рассказать не только о навыках ухода, но и, возможно, подготовить их к смерти близкого человека. Здесь медицина сотрудничает с религиозными организациями, используя их многовековой опыт работы с обречёнными на смерть больными и их родственниками. Учащиеся, сотрудничая с ними, развивают в себе высокие ценности, такие как любовь, сострадание, обогащая свой духовный мир.

Нижний Правый Сектор.

Этот сектор занимается изучением социальных, экономических факторов и их влиянием на здоровье. Первый уровень — работа социальной системы с телесностью, это, например, система профилактических прививок, медосмотров. Следующим уровнем является медицинская пропаганда, направленная на предотвращение распространения социально опасных заболеваний. Ещё более сложной задачей как системы здравоохранения, так и медобразования является формирование у населения здорового образа жизни в физической и духовной сферах, понимание здоровья как высшей ценности. В этой сфере существует большая возможность для медработников и учащихся в реализации различных проектов. Необходимо учитывать опыт традиционных восточных школ Китая и Тибета, изучить особенности понимания человека и болезни в этих традициях. С этой целью видится необходимым создание учебных кафедр, чтобы изучить основы восточной медицинской школы. Международное сотрудничество не должно ограничиваться западными институтами, но включать и крупные центры Востока. Примером такой успешной интеграции служит открытие факультета восточной медицины на базе медицинского факультета БГУ (Бурятского Государственного Университета).

Всё это позволяет изучить различные аспекты заболеваний и подходов к их излечению. Представляя болезнь на физическом, эмоциональном, ментальном и духовных уровнях, мы можем выбрать более правильный подход к лечению. Ведь даже заболевания с преимущественным физическим лечением (например, травмы) зачастую требуют эмоциональной коррекции. Рассматривая проблему по секторам, а от секторов переходя к уровням, получаем целостную модель, применимую как в медицинском образовании, так и практической медицине. Интегральный подход в медицине, принимая во внимание эти аспекты, становится наиболее эффективным и экономически обоснованным. Этим вызван интерес официальной медицины к интегральному подходу. Медицинское образование, постепенно включая отдельные элементы данной модели, идёт к тому, чтобы интегральный подход стал ведущим в современном понимании болезни и лечения.

К СРАВНИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ КОНЦЕПТОВ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОДХОДА К.УИЛБЕРА И РУССКОЙ ФИЛОСОФИИ ВСЕЕДИНСТВА

Юдин Л.Ю.

Данная работа имеет целью наметить основные линии сравнения концептов интегрального подхода и русской философии всеединства. Это даст возможность глубже понять и осознать на современном этапе развития общества те ключевые идеи, которые вкладывали русские философы в прошлом веке в отечественной философской традиции и определить их роль в условиях настоящего времени.

1. «Холон» и «всеединство». В русской философии всеединства понятию «холон» соответствует понятие всеединства — как некоей «ктойной» (живой) сущности, которая синтетически включает в себя всевозможные явления и объекты. Как и Уилбер, представители отечественного подхода объединяют различные проявления этой сущности в некие иерархии — холархии. Между этими концептами общее то, что при рассмотрении различных уровней (у Уилбера) и проявлений (Вл.Соловьев), модусов (В.И.Моисеев), более высокий уровень включает в себя более нижележащий. В обоих подходах просматривается идея «матрешки» — вложенных друг в друга объектов, которые имеют иерархическую (от более сложного к более простому) организацию. Причем, обе такие организации предполагают наличие некого абсолютного начала, т.е. холона всех холонов — «Великая Пустота» у Уилбера или модуса всех модусов у В.И.Моисеева. И при этом все объекты (и живые, и не живые) окружающей (и не только) нас действительности являются частными проявлениями такого рода сущности. Интересно также то, что эта сущность и у американского философа, и в русской философии всеединства имеет «ктойную», т.е. субъектную (живую) природу, стремящуюся к саморазвитию и самовыражению. В русской философии всеединства используется метод приведения начал во всеединство, благодаря которому, зная моды (холоны более нижележащей организации), можно увидеть модус (холон более высшего уровня). В этом месте оба подхода могут быть объединены и успешно дополнить друг друга.

Уилбер выделяет также структуру такого рода развития, построенную на квадрантах AQAL[1]. У русских философов в описании модусов не вводится явное разделение на горизонтальные и вертикальные тенденции роста, однако при желании их можно ввести,

[1] Уилбер К. Краткая история всего. — М.: Астрель, 2006. — С. 180.

используя тесную связь феномена жизни со структурами внутреннего мира и в русской философии всеединства.

Существует еще одно коренное сходство интегрального подхода и русской философии всеединства. У Уилбера возможно создание абсолютно нового из ничего, из холонов в результате эволюции и квантовых скачков под действием творчества. «Пустота, творчество, холоны» — вот формула эволюции американского мыслителя. В русской философской традиции абсолютно новое принципиально невозможно, но момент творческого начала эволюции также представлен достаточно выражено. «Сущее всеединое» — это полнота и всеединое целое, изначально данное, существующее всегда. То, что может быть новым, — это его проекции, моды, которые действительно различны при различных проекторах[1]. Однако полная логика высшего начала носит антиномический характер, совмещая в себе дополнительные полярности, в том числе начала традиции и новации.

2. «Самость» и «существо». В русской философии всеединства концепт «существо» рассматривается с позиции витализма, т.е. русские философы не ограничиваются в своем подходе рассмотрением только субъекта-человека. В многочисленных работах[2] рассматриваются субъект—группа, субъект—нация, субъект—человечество. Более того, понятие существо, может быть обобщено и на те формы субъектов, которые пока не известны науке.

В русской философии феномен существа понимается в аспекте мироподобности и бесконечноподобности. Существо рассматривается как микрокосм — часть мира, концентрирующая в себе весь мир (макрокосм). Существо — некий малый мир, подобный большому, конечная часть, подобная бесконечной части, внутрь которого она вовлечена. И можно говорить о том, что в русской философии всеединства в отношении концепта «существо» прослеживается идея холона и холархий, что совпадает со взглядами Уилбера.

Для описания концепта «существо» в русской философии можно использовать модель «субъектная онтология»[3]. Это мир глазами существа, как он преломляется с помощью аксиологических фильтров. В нем соединены субъектное (воля, смыслы, ценности, представления) и объектное (реальные объекты), что может соответствовать уилберовским глубинному и поверхностному уровням представлений[4].

---

[1] Моисеев В.И. Проективно-модальная Онтология и некоторые ее приложения // Логические исследования. — Вып. 11. — М.: Наука, 2004. — С. 215–227.

[2] См. напр.: Карсавин Л.П. Философия истории. — СПб.: АО Комплект, — 1993.

[3] Моисеев В.И. Логика всеединства. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — С. 41–49; 283–295.

[4] Уилбер К. Краткая история всего. — М.: Астрель, 2006. — С. 308.

Субъектная онтология состоит из следующих элементов: 1) положение дел — ситуация, контекст, в котором рассматривается субъект, 2) тело субъекта — как часть ситуации (положения дел), на которую субъект может влиять с помощью воли, изменяя тем самым всю ситуацию, 3) степень себя — мера оценки субъектом данной ситуации. При этом справедлив Закон Субъектности: субъект в рамках субъектной онтологии пытается так менять положение тел активностью своего тела, чтобы либо достигать увеличения степеней себя, либо избегать падения степеней себя относительно данного положения дел.

Этот принцип показывает направление развития существа в сторону не уменьшения степеней себя, что согласуется со стремлением к эволюции самости Уилбера. Уилбер говорит также о возможных патологиях при этом развитии, и русские философы используют здесь идеи теофании — разного рода факторов умаления-искажения идеальных первообразов бытия. Синтез и взаимное обогащение этих двух подходов дает более системную картину процесса эволюции самости/субъекта.

В целом, Уилбер, в отличии от «всеединцев», делает основной упор на практическом аспекте процесса эволюции. Он предлагает конкретные схемы, которые можно применить к различным системам (человек, общество, политическая партия и т.д.). При этом он, возможно, теряет часть той философской общности, которая присуща русской философии всеединства. Однако русские философы, в противовес этому, пока не имеют выхода в своих идеях на более практическое применение.

Заключение. Сравнивая ключевые концепты русской философии всеединства и интегрального подхода, мы показали их глубинную схожесть, которая заключается в одинаковом понимании философами Пустоты (Духа) и всеединства, вложенном (холархическом) характере явлений и объектов, постоянстве развития и эволюции, самости и сущности субъекта. Вместе с тем были отмечены определенные различия в механизмах интерпретации, практического применения и широты теоретического обобщения концептов.

Проведенный анализ, основываясь на сходствах многих аспектов выделенных концептов, позволяет сделать вывод о непосредственной актуальности взглядов русской философии всеединства в настоящее время. Что, в свою очередь, призывает к более тщательному изучению и развитию отечественной философской традиции.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ВИРТУАЛИСТИКА

ГОЛОС И ВИРТУАЛИСТИКА[1]

Пронин М.А., Завьялова В.А.

Введение

Философские, теоретические и практические проблемы понимания природы голоса — неизбывны, как и вопросы понимания нами человека. Как и в понимании самого человека, многие междисциплинарные проблемы исследования голоса до сих пор окончательно не решены и требуют своего философского и теоретического осмысления.

Именно с отсутствием системного понимания феномена голоса человека и животных как сложного многомерного объекта (физиологического, психологического, лингвистического, профессионального, культурологического, исторического и т.д.) связаны всем известные затруднения в решении сугубо практических, прагматичных задач и проблем. Таких как, например, оценка вокальной одаренности, проблемы сохранения личного и профессионального долголетия оперного певца (вокалиста), педагогические вопросы его подготовки, медицинские (фониатрические) и психологические задачи лечения, реабилитации и профилактики профессиональной патологии вокалистов, — и многих других.

Настоящее сообщение кратко вводит в современные решения некоторых актуальных теоретических, методологических и практических проблем, связанных с пониманием нами природы человека и его голоса в частности, которые предлагает *виртуалистика*.

Работа продолжает многолетние исследования Н.А.Носова (1952—2002) — основателя данного направления философской и научной мысли, посвященные *виртуальным состояниям* на приме-

[1] Работа подготовлена в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Трансдисциплинарные измерения биорациональности» № 07-03-00169а.

ре изучения деятельности человека-оператора — военного летчика, начатые им в 80-е годы XX века в Институте авиационной и космической медицины МО СССР и продолженные в созданном им Центре виртуалистики (ЦВ) Института человека РАН (1991—2004). Позднее *виртуальные* состояния были описаны у спортсменов, переводчиков, оперных исполнителей и представителей других профессий.

Виртус (с латинского) — это особое состояние силы, доблести и мужества у воина в бою, или добродетель. *Виртуоз* — однокоренное слово. Кстати *артист* — то же самое на греческом.

Учитывая ограниченность в объеме, мы выбрали лишь некоторые, как нам представляется, наиболее существенные, ключевые темы и аспекты: историю виртуалистики, изложив ее буквально пунктирно в том ракурсе, который важен для привлечения внимания коллег, работающих с «голосом».

По сути, привлечь внимание и пригласить к сотрудничеству — наша главная цель.

Второе, конечно же, продемонстрировать несколько сугубо прагматичных точек (сфер) успешного приложения виртуалистики к теории и практике вокального искусства, в психологии творчества и театра, в *фониатрии* и психотерапии вокалистов, и, конечно, в педагогике — при подготовке и воспитании вокалиста как драматического артиста. Без этого, понимаем, мотивации к взаимному сотрудничеству не возникнет. Тем самым мы очертим актуальное состояние *виртуальной психологии, медицинской виртуалистики и педагогических* приложений виртуалистики в сфере, связанной с подготовкой вокалистов и психофизиологическими особенностями их труда.

И, наконец, кратко укажем на некоторые перспективы, которые будут возможны лишь при расширении наших научных и личных контактов с вами — со специалистами.

Краткая история виртуалистики

Термин виртуалистика в отечественной (русскоязычной) литературе сегодня употребляется в широком и узком смысле. В первом случае он обозначает комплекс идей, направленных на объяснение природы виртуальных реальностей, идей, возникших за рубежом и у нас в стране, как считают многие, на волне развития компьютеров и информационных технологий.

Хотя во второй половине XX века идея виртуальности возникла независимо друг от друга в нескольких сферах науки и техники, тем не менее, в результате агрессивной рекламной компании по продвижению компьютеров на рынок, термин «виртуальная реальность» стал в обыденном сознании ассоциироваться с компьютерами, а

имеющиеся разработки идей некомпьютерной виртуальности для большинства остались втуне[1].

В узком смысле термин виртуалистика выступает как название одного конкретного парадигматического подхода к проблеме виртуальности. Новое понятие было предложено в восьмидесятых годах прошлого века Н.А.Носовым и О.И.Генисаретским[2] отнюдь не в сфере компьютерных технологий, а на материале *индикативных состояний* (*консуетальных* — обыденных: от лат. consuetus: нормальный обычный, — и *виртуальных*: *гратуалов* и *ингратуалов*) в деятельности человека-оператора. Собственно, виртуалистике в узком смысле этого термина и посвящена настоящая статья.

В *гратуале* (gratus — привлекательный) деятельность воспринимается как легкая, а в *ингратуале* (от лат. ingratus — непривлекательный) как затрудненная, предкновенная. Виртуальные события, состояния, в отличие от других психических производных, типа воображения, характеризуется тем, что человек воспринимает и переживает их не как порождение своего собственного ума, а как реальность.

Анализ феноменологии, собранной в процессе исследования, и других литературных источников позволил Н.А.Носову и О.И.Генисаретскому выделить четыре признака виртуальной реальности любой природы: *порожденность*, *актуальность*, *автономность* и *интерактивность*. Разъяснение проявлений признаков произойдет по ходу настоящей работы.

Феноменологический материал, положенный в основу данного оригинального отечественного подхода, был оформлен Н.А.Носовым в его кандидатской диссертации по психологии и в брошюре «Ошибки пилота: психологические причины», вышедшей в свет в издательстве «Транспорт» в 1990 году[3].

Здесь важно сделать следующее замечание, касающееся «виртуальной феноменологии». Исследовательский материал первых работ позволяет увидеть проблемы практики в качестве повода, послужившего толчком к необходимости смены сначала профессиональных установок психолога-исследователя Н.А.Носова, а затем и выработки нового мировоззрения — как потом оказалось, — виртуального.

---

[1] Подробнее историю идей виртуальности в XX веке можно посмотреть: Носов Н.А. Психологические виртуальные реальности // Приложение к журналу «Человек». — М., 1994. — 196 с.; Носов Н.А. Виртуальная психология. — М.: Аграф, 2000. — 432 с. (Тр. Лаб. Виртуалистики. Вып. 6).

[2] Носов Н.А., Генисаретский О.И. Виртуальные состояния в деятельности человека-оператора // Труды ГосНИИГА. Авиационная эргономика и подготовка летного состава. — Вып. 253. — М., 1986. — С. 147–155.

[3] Носов Н.А. Ошибки пилота: психологические причины. — М.: Транспорт, 1990. — 64 с.

Проблемой, на которой развернулась история виртуалистики, стали для Н.А.Носова виртуальные состояния и порождаемые ими ошибки пилота. На этот факт есть несколько ответов, но главный состоит в следующем.

Все дело в том, что «в современной психологии ошибки человека такое же маргинальное явление, как психологические виртуальные реальности», — писал Н.А.Носов в 1994 году. И подход современной психологии к ошибкам точно такой же, как и к психологическим виртуальным реальностям: как виртуальные реальности пытаются объяснить через какое-либо известное явление (стресс, функциональное состояние, творчество и т.п.), так и ошибки объясняют через какие-либо известные механизмы: неадекватности ассоциаций, мышления, обучения и т.д.

Также как и психологические виртуальные реальности, ошибки человека требуют нетрадиционной методологии их изучения»[1]. К этому его утверждению и сегодня трудно что-либо добавить, разве что подчеркнуть, что к изучению голоса мы должны подойти не менее *нетрадиционно*.

Позднее, как уже отмечалось, *виртуальные* состояния были описаны у спортсменов, переводчиков, оперных исполнителей и представителей других профессий.

Партитура виртуоза

Знаменательной работой для ЦВ ИЧ РАН стала «Партитура Виртуоза» (2004)[2], подготовленная ЦВ совместно с Московской государственной консерваторией им. П.И.Чайковского. Книга эта о виртуальной психологии творческого мышления на примере театра. Во многом она обобщает современное состояние виртуалистики в рассматриваемой нами сфере.

«Партитура Виртуоза» — прямая и не двусмысленная постановка интересующего многих вопроса о жизни артиста — человека, преодолевшего технологические трудности освоения своей профессии. Что делать, чтобы сформировать мировоззрение художника и создать собственную философию? Что сделать, чтобы изменить свою внутреннюю жизнь и внешние ее проявления? Как иго неуспехов превратить в благо и как вынести с легкостью бремя свое?.. Интерес к тому, какие дороги в своем внутреннем пространстве проходит подмастерье на пути к мастерству — вот, что объединило авторов данной книги.

---

[1] Носов Н.А. Психологические виртуальные реальности // Приложение к журналу «Человек». — 1994. — С. 92.

[2] Партитура Виртуоза. Альбом виртуалистики и аретеи. Вып. 1 / под ред. М.А.Пронина, В.Ф. Жданова. — М., 2004. — 238 с. (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 24).

Сказать что личное и профессиональное в творчестве художника или любого специалиста «от бога» неразрывно связаны — ничего не сказать. Конфликт между статусом режиссера-художника и человеком, обученным снимать кино, — очевиден. Как рождается художник — творец, человек свободный и в тоже время наделенный ответственностью и достоинством — об этом идет речь в данном сборнике.

В данной работе впервые в отечественном и зарубежном исполнительском искусстве профессиональное художественное мышление артиста было рассмотрено с позиции предмета общей теории исполнительства, через призму «*Виртуальной психологии*» как основание в построении целостной системы обучения артиста музыкального театра (дирижера, режиссера, хормейстера, балетмейстера, певца-актера, артиста хора, балета, оркестра).

Это был наш первый коллективный сборник, коллективная монография, посвященная специальной, отдельной теме. До этого в ЦВ ИЧ РАН выходили либо сборники тезисов наших конференций, объединяющие многих авторов и множество тем вокруг идеи виртуальности, либо монографии в узком смысле этого слова. Исключением можно считать книги: Н.А.Носова и Ю.Т.Яценко — работа посвящена виртуальной природе алкоголизма (1996)[1]; «Диагностику виртуальной образности» (2000) Н.А.Носова и А.Н.Михайлова[2] (теория вопроса лежит в основе *девиртуализации* — элиминации патологических образов запоя, срыва голоса, пережитой аварии у автогонщиков или травмы у гимнастов) и монографию Г.П.Юрьева и Н.А.Юрьевой «Виртуальная медицина: теория и практика триалектической аретеи» (2001)[3].

Не претендуя на энциклопедичность, мы хотели выпустить несколько работ, объединенных пропедевтической идеей — идеей введения в предмет (искусство, науку и ремесло) виртуалистики и аретеи (аретея — практическая виртуалистика). Работ, включающих и одновременно раскрывающих парадигматический — философский, теоретический, феноменологический и практический пласты применения виртуалистики и аретеи в рамках какой-либо сферы деятельности или профессии.

Перечисленные три обстоятельства позволяют нам считать данную работу пропедевтической и одновременно дали нам надежду, что делают ее интересной, увлекательной и полезной для чи-

---

[1] Носов Н.А., Яценко Ю.Т. Параллельные миры. Виртуальная психология алкоголизма. — М., 1996. — 128 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 2).

[2] Носов Н.А., Михайлов А.Н. Диагностика виртуальной образности. — М.: Путь, 2000. — 55 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 10).

[3] Юрьев Г.П., Юрьева Н.А. Виртуальная медицина: теория и практика триалектической аретеи. — М.: Путь, 2001. — 101 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 16).

тателя, а значит, мотивирующей для занятия виртуалистикой и аретеей.

Как показало время — наши ожидания оправдались. Сегодня это одна из наиболее читаемых наших работ. Впрочем, мы и рассчитывали на массового читателя и на интерес коллег — профессионалов.

Перспективы (вместо заключения)

В свете виртуального подхода категории свободы и ответственности личности — категории, важнейшие для понимания и философского осмысления *природы голоса* и понимания нами человека, лишаются ореола декларативности и приобретают гуманистический статус достоинства (добродетели) человека, доступного измерению, пониманию и воспитанию.

Но это уже тема дальнейших исследований, к коим мы вас и приглашаем.

ПРОБЛЕМА САМОИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЕ И ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Рюмина М.Т.

Одной из важных проблем современной психосоматики является проблема самоидентичности личности, ведь именно с феноменом самоидентичности связано формирование целостности человека как конкретного психосоматического единства, как отдельной уникальной личности. Современная культура сталкивается с кризисом идентификации личности, который наблюдается, прежде всего, в постмодернизме, но он оказывает влияние и на другие сегменты культуры. Это обусловлено тем, что культура постмодерна представляет собой совокупность совершенно различных, но абсолютно равноправных мировоззренческих парадигм, в рамках взаимодействия которых нельзя определить никакого центра и никаких доминант. По мнению Ж.-Ф.Лиотара, «эклектизм является нулевой степенью общей культуры». Кризис самоидентификации заключается в разрушении условий возможности целостного восприятия субъектом себя как самотождественной личности. Он проявляется и в кризисе психологического переживания «судьбы» как образа единства жизненного пути индивида. Индивидуальная биография превращается из целостной определенности в относительно вариативный «рассказ». Отсутствие центра и эклектизм делают невозможной целостность биографии. В

рамках постмодернизма утверждается невозможность онтологии, поэтому нельзя фундировать биографию онтологически. Это рождает ситуацию, когда человек оказывается полностью дезориентирован, а у молодых людей это рождает проблемы самоидентификации и формирования собственной личности.

Эта ситуация осложняется глобализационными процессами, которые не только расширяют культурное пространство почти до бесконечности, но и многократно убыстряют время потока становления личности и культуры. Перемены в социально-культурном бытии следуют одна за другой, человек не успевает не только перестроиться, но даже их осмыслить. В связи с убыстрением социально-культурных процессов и их глобальной множественностью наблюдаются проблемы с памятью, которая выступает основой для самоидентификации личности. Личность не всегда оказывается способной выделить в этом потоке становления существенные, значимые для нее события в море второстепенной информации. Мозаичность и фрагментарность восприятия событий затрудняют формирование целостного образа личности и ее жизненного пути.

Кроме того, современная цивилизация является виртуальной по своей сути, так как она ставит между человеком и действительностью виртуальную образность, которая обладает особой активностью и эффективностью в воздействии на человека, на его сознание и чувства. Человек как бы духовно «питается» этими виртуальными образами, живет ими. Его мотивации поведения, предпочтения, нормы жизни, а также представления о мире и его месте в нем во многом детерминированы идеями, представлениями, образами, которые транслируются средствами массовой коммуникации, то есть виртуальной реальностью. Таким образом, и в «большом» (в мировоззрении) и в «малом» (в повседневности) человек испытывает влияние виртуального мира. С.С.Хоружий, один из исследователей виртуальности, отмечает: «В известном смысле, мы уже близимся к появлению «виртуалистского мировосприятия» и человека, ориентированного на виртуальность на всех уровнях своей организации». Последствия этой виртуализации сознания и чувств человека еще не проявились до конца, это еще впереди. Но уже сейчас ясно, что последствия этой трансформации психосоматики человека неоднозначны. В чем-то они позитивны: глобально расширяют возможности человека в освоении мира, в творчестве, в общении людей. Но, с другой стороны, гипертрофия «виртуалистского мировосприятия», приводит к появлению человека типа homo virtualis, который стремится замкнуться в горизонте виртуальной реальности, с трудом его покидает и вырабатывает специфические «виртуалистские» стереотипы поведения и деятельности. Каким же образом виртуальная реальность воздействует на процессы самоидентификации личности?

Можно выделить четыре аспекта проблемы самоидентификации личности в ее связи с виртуальностью: 1) социально-культурный; 2) психологический; 3) медицинский; 4) онтологический. Первый связан с вышеозначенными проблемами современной культурной ситуации и изучается различными гуманитарными и философскими науками (социологией, политологией, культурологией, искусствознанием, лингвистикой, эстетикой, этикой и др). Тут особенно интересен вопрос о том, какое влияние оказывает виртуальная реальность на процессы национальной и культурной самоидентификации. Во втором, психологическом аспекте, рассматриваются собственно психологические механизмы самоидентификации и формирования самоидентичности личности. Тут особую важность приобретают проблемы формирования «образа Я» или «Я-концепции», самооценки, самости, его ценностных предпочтений, которые и являются ядром личности. Эти моменты являются базовыми для становления психосоматической целостности человека и основой для социально-национально-культурной идентичности личности. Трансформируются ли эти базовые свойства личности под воздействием виртуальности? И если да, то каким образом? Особо следует отметить в этой связи работы по виртуальной психологии Н.А.Носова. В третьем, медицинском, аспекте предметом анализа являются патологические нарушения самоидентичности личности и его последствия. Этим занимаются, прежде всего, медицинская психосоматика и психиатрия, однако и другие медицинские науки сталкиваются с проблемой самоидентификации в той мере, в какой они имеют дело с психосоматическими заболеваниями. Вызывает ли воздействие виртуальности патологические изменения в психосоматике человека? А если вызывает, то какие преимущественно?

Онтологический аспект проблемы самоидентичности личности в ее связи с виртуальной реальностью — это вопрос об онтологическом статусе человека в современном мире, вопрос о сущности человека в его связи с проблемой онтологии виртуальной реальности. И это — философские вопросы и сфера ведения философии. Онтологический аспект проблемы является исходным, ведь от его решения зависит концептуальность решения проблемы на всех иных уровнях. Таким образом, проблема самоидентификации личности в ее взаимодействии с виртуальностью оказывается синтетической, решение ее возможно только при безусловном учете и определенном синтезе результатов исследований всех вышеперечисленных дисциплин. Проблема влияния виртуальности на процессы самоидентификации личности оказывается на пересечении интересов как гуманитарного, так и естественнонаучного знания, что характерно и для других актуальных проблем современности.

ВИРТУАЛЬНЫЙ СИНТЕЗ ПО МЕТОДУ УЛЛАДА[1]

Харламова Н.И.

Исходя из мировоззрения виртуальной триалектики, основанного на постулате трилеммы, основным элементом любой виртуальной системы является логическая трилемма «или ^{и} или», две противоположные функции, объединенные третьим смыслом.[2] Принцип трилеммы заложен в физических явлениях «плюс $^{\text{электромагнитное поле}}$ минус»; в процессах жизнедеятельности «вдох ^{дыхание} выдох»; в поведении и поступках человека «добро ^{деяние} зло».

В каждом из нас есть много разных «Я», на взаимодействии которых строятся модели нашей деятельности, поведения, образа жизни, отношения к окружающим; черты характера, настроение, состояния, роли, которые мы играем в жизни и т.д. Все противоположные по смыслу функции расположены на разных полюсах одной и той же шкалы и объединены третьим, общим для них, смыслом, составляя, таким образом, единое целое. Но часто происходит так, что один из противоположных виртуалов трилеммы хочет «заявить о себе». Не желая или не умея договориться со своим «робким» антиподом, он начинает управлять им, а в последствии и другими виртуалами человека, вынуждая его совершать поступки, приводящие впоследствии к страданиям, внутреннему хаосу и множеству психофизиологических проблем. А что же делает в это время «центральное «Я», функция которого — держать под контролем и управлять всеми нашими «эгоистами»? Оно просто «молча наблюдает» за этим «бесчинством», не имея возможности быть «полноправным хозяином». Говоря проще, возникают ситуации, в которых не мы управляем своими виртуалами, а виртуалы управляют нами. Такой «дефект мировоззрения» иногда сопровождает человека на протяжении всей его жизни, часто делая ее невыносимой.

Алгоритмы управления виртуалами не такие уж и простые, как это представляется рациональному знанию в привычной альтернативной логике «или — или». Известно, что основная масса работы по оценке событий и поиску полезного решения приходится на наше интуитивное знание с его иррациональной (нелинейной) логикой. Мы всё время живём по двум совершенно разным и непрерывно пересекающимся логикам: неклассической «Улла» и классической «Да», которые могут либо дружить, либо мешать друг другу.

---

[1] Статья подготовлена в рамках проекта РФФИ № 09-06-00234-а «Психофизиологическая парадигма биоэтических предпочтений личности при выборе жизнеформирующей ролевой деятельности».

[2] Ю р ь е в Г.П. Трилемматические миры // Философские науки. — 2007, № 8. — С. 47–61.

Последний вариант можно выявить и исправить с помощью виртуального синтеза по методу УллаДа, подробности которого изложены в соответствующей статье этого сборника.[1]

Хочу привести два примера из личной практики, которые демонстрируют позитивные результаты работы с виртуалами.

Пример № 1. Работа с виртуалами «толстый» — «худой». Поскольку в каждом из нас есть «толстый» и «худой» в смысло-физиологической трилемме «$_{\text{толстый}}^{\text{метаболизм}}{}_{\text{худой}}$», то надо полагать, что у людей, переживающих из-за маленького веса тела, главенствует виртуал «я — худой» и управляет своим антиподом. У людей же, страдающих из-за излишнего веса тела, соответственно, все наоборот. Отсюда следует вывод, что и те, и другие находятся в психологической зависимости от своего веса, т.к. их виртуальное «Я» пока еще не научилось управлять «худым» и «толстым».

Не скрою, что еще недавно я имела вес тела, не комфортный для меня и вызывающий во мне массу страданий и переживаний по этому поводу. Довольно долго мне не удавалось «сдвинуться с места» и изменить свой вес в нужном направлении. В результате работы со своим будущим и виртуалами «я — худая» и «я — толстая», я неожиданно пришла к пониманию того, что уже знаю, как сделать себя «другой». Подобрав физическую нагрузку и изменив тип питания, мне удалось сначала достичь результата, указанного в моей «Программе достижений», причем за довольно короткий срок. В дальнейшем, после того, как ко мне пришла уверенность в том, что я могу регулировать вес своего тела, мне удалось еще в два раза улучшить свой первоначальный результат. Я действительно почувствовала себя «другой», а самое главное поняла, что уже не нахожусь в зависимости от своего веса и могу сама его регулировать. Мое виртуальное «Я» теперь может управлять трилеммой «$_{\text{толстый}}^{\text{метаболизм}}{}_{\text{худой}}$».

Пример № 2. Работа с виртуалами «верующий» — «атеист». Люди, относящиеся к верующим и атеистам, так или иначе, связаны с понятием «церковь», находясь в виртуальной зависимости от нее, поскольку виртуалы «атеист» и «верующий» — это противоположные полюсы одной трилеммы, объединенные третьим общим смыслом «церковь» в активном социальном институте «$_{\text{атеист}}^{\text{церковь}}{}_{\text{верующий}}$». Вопрос заключается в том, комфортно ли им от этой зависимости или нет? Безусловно, многие верующие люди находят в ней иррациональное душевное успокоение и подчиняют всю свою жизнь церковным обрядам, правда, не всегда — заповедям, предоставляя вершить свою судьбу и решать насущные проблемы Господу Богу. Атеисты же посвящают свою жизнь борьбе с церковными иде-

[1] См. статью в этом сборнике: Ю р ь е в Г.П. Метод УллаДа: виртуальный синтез ума-разума.

алами, и многие также находят в этой борьбе рациональное душевное успокоение и идеологическое удовлетворение. Правда, среди них есть и те, кто, будучи воспитанным в духе атеизма, все же в глубине души иногда проявляют иррациональное желание зайти в церковь, поставить свечку какому-нибудь Образу и, возможно даже, прочитать молитву.

Так или иначе, приведенные примеры — явное свидетельство того, что многие люди прямо или косвенно, всецело или частично находятся во «власти» церкви или борьбы с церковной идеологией, завися от понятия «церковь», как от некоего аппарата, управляющего, по сути дела, их судьбой.

Лет 20 назад я приняла обряд крещения. Часто посещала церковь, причащалась, исповедовалась. Тогда я действительно верила в то, что только Бог сможет решить все мои проблемы и определить мою дальнейшую судьбу. А может, я тогда просто не хотела, а, скорее всего, не могла взять на себя ответственность за свою собственную жизнь?

Все эти годы жила и периодически тяготилась чувством вины (правда не знаю, перед кем) оттого, что редко хожу в церковь, забываю прочитать перед сном «Отче наш», не соблюдаю пост, одним словом, не соответствую статусу истинного прихожанина. А недавно в процессе совместной психотерапевтической работы с моим коллегой и учителем Г.П.Юрьевым, во время обсуждения темы, касающейся Бога и религии, я услышала от него фразу: «Да Богу до нас дела нет...». Скорее всего, именно с этого момента и началась моя работа с виртуалами «верующий» и «атеист», в результате которой мое отношение к Богу и религии постепенно стало меняться. Потребительская зависимость от Господа Бога и его воздаяний сменилась на чисто философское отношение к вопросам религии, был найден совершенно другой смысл в понимании божьих заповедей. Нельзя сказать, что я полностью отстранилась от Церкви. Скорее, я почувствовала определенную свободу от тяготившей меня ранее «необходимости» быть примерной прихожанкой. Бывают моменты, когда действительно хочется прочитать молитву и поставить свечку любимому Образу, и в этот момент возникает истинное наслаждение и успокоение. Вместе с тем то, что меня всегда морально тяготило в церковной теме, теперь совсем не обременяет и не вызывает чувства вины. Мне стало понятным то, что абсолютно в любой религии есть направления, которые просто необходимо знать и следовать им, и вместе с тем есть то, чему следовать совсем не обязательно. В какой-то момент я вдруг осознала, что мое виртуальное «Я» стало управлять трилеммой «АТЕИСТ ЦЕРКОВЬ ВЕРУЮЩИЙ» и отрегулировало мое отношение к Богу, Церкви и религии в целом.

Из примеров, приведенных выше, следует вывод: если человек в результате правильно организованной работы со своими внутренними «Я» начинает распознавать и «разводить» в разные стороны своего трилемматического мира противоположные по смыслу виртуалы, то у него появляется возможность управлять ими и осуществлять внутренний баланс, необходимый для здоровой и успешной жизни. Этому можно научиться.

Цель этой короткой статьи — изложить читателю свою точку зрения относительно нового подхода к освещаемым в ней вопросам и продемонстрировать на конкретных примерах из личного опыта реальные результаты виртуального синтеза по методу УллаДа.

МЕТОД УЛЛАДА: ВИРТУАЛЬНЫЙ СИНТЕЗ УМА-РАЗУМА[1]

Юрьев Г.П.

В парадигме виртуалистики[2] автор создал и отработал метод виртуального синтеза «УллаДа» для объективной диагностики жизненных ситуаций клиентов с последующим обучением алгоритмам результативного конструирования позитивных ситуаций, а также для дополнительного обучения специалистов разных профессий. Метод позиционируется несколько иначе, чем это принято в большинстве естественнонаучных дисциплин о человеке. «Улла» — нелинейный «Разум» ментального выбора и последующей оценки какого-либо решения, а линейный «Ум» подтверждает сделанный выбор и даёт команду на исполнение выбранного решения: «Да»! Интуитивный Разум живёт по принципам иррациональной логики и соответствует распространённому термину «подсознание». Сознательный Ум проявляет себя в альтернативной логике «или — или». Каждый из нас синхронно проживает в пересекающихся реальностях двух совершенно разных логик — неклассической «Улла» и классической «Да». Интегральная метафора: Улла — это иррациональная мантра, Да — это рациональное утверждение, а вместе они формируют и развивают Интеллект своего носителя.

---

[1] Статья подготовлена в рамках проекта РФФИ № 09-06-00234-а «Психофизиологическая парадигма биоэтических предпочтений личности при выборе жизнеформирующей ролевой деятельности».

[2] Юрьев Г.П., Юрьева Н.А., Лебедь Е.И. Виртуальная этика здоровья и страданий человека. — М.: Наука, 2004 ; Юрьев Г.П. Трилемматические миры // Философские науки. — 2007, № 8. — С. 47–61.

Норма: две логики дружат и помогают друг другу, это УллаДа с разным уровнем эволюционирующего интеллекта. Привычное состояние «УллаДа»: ум-разум и телесность индивида виртуально дружат между собой и помогают друг другу, а сами обладатели этой ипостаси — «улладисты» — отличаются особым благодетельным и ответственным магнетизмом личности, притягивающим умных людей.

Не норма: две логики — Улла и Ум — не дружат друг с другом и со своим телом, что соответствует выражению «ум зашёл за разум» или, что точнее, «лебедь, рак и щука». В этом варианте творят свои достижения «вампиристы», которые либо не доверяют рациональному знанию и живут по принципу «куда кривая выведет», либо не доверяют интуиции и любую жизнь стремятся втиснуть в рациональные рамки, либо вообще не доверяют своему уму-разуму. В каждом из этих неурегулированных состояний внутреннего мира вампиристы периодически попадают в стереотипные жизненные коллизии, внутри которых они не видят полезных или безопасных для себя выходов, что порождает страдания, симптомы и болезни. Все три алогичных варианта можно выявить и исправить с помощью метода УллаДа.

Метод состоит из трёх взаимосвязанных и последовательно скомпонованных блоков, это:

1. Инструментальная диагностика с помощью «Фломастерного теста Юрьева». Она включает в себя тестирование с последующим объяснением теоретических основ метода и анализом полученных результатов в ходе двухчасовой встречи.

2. Интроспективная диагностика актуальных и альтернативных моделей жизненной ситуации с сопутствующим логико-эмоциональным синтезом. Как правило, это четыре одночасовых встречи с перерывами по нескольку дней, но не чаще двух раз в неделю. Минимальный базовый блок метода объединяет шесть часов интенсивной работы специалиста с индивидом или группой, что предпочтительнее из-за включения в результативность естественного процесса взаимного индуцирования достижений. При этом необходимо соблюдать жёсткие правила обучения в составе группы «УллаДа», принципиально отличные от распространённых вариантов групповой работы. Это:

2.1. Максимальная анонимность — никто никого ни с кем специально не знакомит и не обозначает своих социальных и иных статусов;

2.2. Психоэмоциональная безопасность каждого в качестве основного условия эффективности групповой работы. Доверие достигается тем, что ведущий УллаДа инициирует и контролирует неукоснительный запрет «на обнажение» индивидуальных проблем, а также на любое обсуждение слов и действий ведомых участников

группы — каждый отвечает только за себя, самостоятельно и молча работает со своей проблемой. Нерешённые задачи прорабатываются индивидуально с ведущим занятия в группе. В некоторых экстренных случаях допускается экспресс-работа в течение двух дней по три часа в день с перерывами.

Указанные правила обусловлены большим объёмом новой «нестандартизированной» информации и, соответственно, требуемым резервом времени для её принятия и усвоения.

3. Обучение виртуальному синтезу новых моделей жизненных ситуаций с их интроспективной инсталляцией состоит из двух и более часов работы с одно- или двухнедельными перерывами в зависимости от сложности индивидуальной заявки и самостоятельной активности клиента.

Важное замечание: существующие методы работы с внутренними структурами личности можно разделить на две неравнозначные группы: «любопытствующая» и «констатирующая» психология. Метод УллаДа относится ко второй группе, основанной не на вербализованных легендах личности, а на точно выявленной иерархии и топологии смысло-эмоциональных кластеров внутреннего мира индивидуума, например, с помощью фломастерного теста Юрьева и/или Эгоскопии.

Простота и надёжность верификации жизненных тем с помощью запатентованного способа фломастерной диагностики такова, что индивид (группа индивидов) после первого тестирования понимают содержание и алгоритм диагностического метода, что даёт им возможность осуществлять повторную диагностику самим себе, а также проводить подобные исследования с другими индивидами. Используется простейший и привычный для испытуемых инструмент: белая бумага формата А4 и фломастеры. По этой же причине — простоте и наглядности метода — нецелесообразно раскрывать жёстко структурированный алгоритм исследования заранее, чтобы не потерять эффект новизны и не исказить первичные результаты. Это именно тот случай, в котором учитель лично передаёт ученику эксклюзивные знания. При повторных тестированиях полученное знание помогает уточнить динамику внутренних процессов, выявленных в первый раз.

Эффективность и эмпирическая надёжность метода такова, что автор с 1992 года пользуется исключительно этой методикой для диагностики потаённых нюансов и причин разных жизненных ситуаций, что метафорически соответствует известному выражению «дьявол прячется в деталях». Проведено более 1500 исследований, и только 3 человека с «психологической шизофренией» не согласились с результатами диагностики, и это тоже явный диагностический критерий.

Следует отметить, что многие существующие системы тестирования и составления выводов не всегда понимаются и принимаются испытуемыми из-за разных логик авторов диагностических методов и самих испытуемых. Этот скрытый фактор интерлогических противоречий является серьёзным препятствием для любой аналитической и терапевтической работы, поэтому теоретически обоснованная интерпретация результатов является составным элементом метода УллаДа.

Рассмотрим некоторые аспекты фломастерного теста, обязательно входящего в структуру авторского метода. Сразу отмечу, что терминология заключений и выводов по результатам данного способа диагностики намеренно отличается от терминологии стандартных медицинских и психологических заключений тем, что она соответствует жизненным реалиям социума, зафиксированным в коллективном сознании в форме устойчивых и понятных речевых оборотов.

Например, это достоверно верифицируемая интерпретация:

а) уровня эмоционального фона (нормальный, невротический, неустойчивый);

б) преобладающей стратегии смысло-эмоциональных структур личности в диапазоне «жёсткость — пластичность — хаотичность»;

в) главного диагностического критерия — внутренней интуитивно-рациональной рассогласованности поведенческих моделей, используемых человеком в привычной жизни (нормальная, частично рассогласованная, невротическая, зеркальная);

г) локуса рассогласования жизненной ситуации и ряда других потаённых нюансов и причин, как достижений, так и неудач.

Аналитик УллаДа формирует нелинейную $^{(+)}U^{(-)}$-образную топологию спонтанных и предустановленных тем, каждая из которых интуитивно и рационально сопряжена с её внутренним смыслом и эмоциональной значимостью. Результаты исследования представляются в обычном графическом и/или табличном вариантах, которые становятся понятными для испытуемых после теоретического объяснения основ и деталей метода. Для «непосвящённых» в метод УллаДа результаты остаются тайной «за семью печатями».

Диагностические задания составляются применительно к тому классу задач, которые предстоит решить испытуемому и группе испытуемых. Оригинальная особенность метода состоит в том, что диагностические задания могут быть совершенно произвольны, в том числе, составлены по заявке самого тестируемого индивида и группы индивидов; кроме того, предварительно составленный сценарий может корректироваться и дополняться по ходу тестирования.

Фломастерный способ диагностики позволяет аналитику составлять свои авторские сценарии для решения такого класса задач, которые присущи любой специализированной деятельности и лю-

бой организации, например, выявления истинного отношения сотрудников друг к другу для интегральной оценки гуманитарного потенциала организации. Метод незаменим для целенаправленной семейной и межличностной терапии, для работы с детьми разного возраста. Следует подчеркнуть, что диапазон диагностических возможностей фломастерного теста достаточно большой: от мировоззренческих парадигм до элементарных пищевых пристрастий.

Обучение специалистов разных профилей методу УллаДа осуществляется в два этапа. Вначале происходит практическое самотестирование по полной авторской схеме. Личные результаты становятся основой для последующего обучения, которое занимает 12 часов в течение 2-3 дней. Первичное обучение логико-эмоциональному конструированию новых моделей жизненных ситуаций с их интроспективной инсталляцией занимает не менее 12 часов с недельными перерывами для самостоятельной работы. Оптимальный вариант обучения — два цикла по 12 часов каждый с возможностью последующих консультаций у руководителя занятий по мере необходимости.

По итогам обучения и выполнения контрольных заданий специалисту выдаётся авторский сертификат на право использовать фломастерный тест Юрьева в своей профессиональной деятельности.

КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД И БИОМЕДИЦИНА

КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД И СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ НАУКИ

Баксанский О.Е.

Когнитивный подход [англ. cognitive — познавательный, лат. cognitio — знание, познание] — современный подход в различных исследованиях, в рамках которого предполагается, что основную роль в поведении человека играют знания, или репрезентации объектов внешнего мира.

Хотя сам термин стал активно употребляться лишь в 1960-х гг., элементы этого подхода присутствовали в гораздо более ранних работах. Еще в рамках ассоцианистской психологии предполагалось, что психическая жизнь человека определяется совокупностью элементов представлений о мире, находящихся в определенный момент в сознании. Ранняя интроспекционистская экспериментальная психология в целом также разделяла эти положения и пыталась их уточнить и эмпирически проверить. Однако бихевиористская революция вместе с интроспективным методом отбросила как ненаучную и идею «внутреннего» образа, или представления, направляющего поведение. Бихевиоризм вытеснил интроспекционистские направления и господствовал в американской психологии с 1920-х по 1960-е гг., однако наряду с ним существовали и «менталистские» направления, такие как гештальтизм, направления, связанные с идеями школы Ж.Пиаже и нерефлексологические течения психологии советского периода.

Трудности объяснения ряда поведенческих явлений на основе схемы «стимул — реакция» побудили некоторых представителей бихевиоризма ввести в свои объяснительные схемы промежуточные переменные, такие как «когнитивные карты» (Э.Толмен). Хотя такого рода промежуточные переменные и описывают структуры репрезентации, они интерпретировались операционалистически, т.е. вводи-

лись как переменные, описывающие закономерности поведения. В конце 1950-х — начале 1960-х гг. психологи, вдохновленные успехами в области создания компьютеров, начали интенсивно исследовать процессы переработки информации человеком и предлагать для их объяснения модели, построенные на компьютерной метафоре. Так зародился информационный подход, ставший наиболее распространенным и «прототипическим» вариантом когнитивного подхода.

Первые работы, выполненные в рамках информационного подхода, создали впечатление открывающихся новых возможностей и больших перспектив. Стало быстро возрастать число работ, посвященных анализу познавательных процессов, в то время как бихевиористские исследования поведения, обучения, обусловливания пошли на спад. В результате развернувшихся в основном в США дискуссий между сторонниками бихевиоризма и нарождающихся когнитивных направлений произошло изменение общего облика науки, которое трактуется некоторыми методологами науки в духе Т. Куна как «когнитивистская революция». Характерными чертами информационного подхода является моделирование познавательных процессов в терминах процессов переработки и хранения информации по аналогии с компьютерными устройствами. Сильной стороной информационного подхода является точность и конкретность теоретических описаний, что позволяет легко верифицировать модели и приближает исследования представителей информационного подхода к идеалу «точной» науки.

Вместе с тем требование точности моделирования часто, если не всегда, вынуждает упрощать модели и отказываться от описания сложных феноменов. Кроме того, представителей информационного подхода иногда упрекают за уподобление человека компьютеру и игнорирование особенностей человеческой психики. Наиболее распространенным и классическим вариантом информационного подхода является символический подход, который понимает когнитивную систему человека как оперирование над дискретными элементами информации — символами.

Более новым и пока менее распространенным направлением является коннекционизм, описывающий когнитивную систему в виде сети взаимосвязанных элементов. Информационный подход в психологии близко взаимодействует с исследованиями в области искусственного интеллекта и нейронауками. Однако в отличие от искусственного интеллекта его основу составляет экспериментальный метод, а в отличие от нейронауки для него не является обязательным, чтобы вводимые им элементы когнитивной системы соответствовали физиологическому субстрату. Хотя информационный подход и является важной составной частью К. п., отождествление их неправомерно.

Когнитивным в смысле использования представления в качестве объяснительного принципа являются, например, неоструктуралистский подходы, а также ряд других. Когнитивный подход зародился в области исследования познавательных процессов, что привело к образованию когнитивной психологии. Однако он постепенно проник и в другие области и в настоящее время является доминирующим практически во всей западной психологии. Так, в социальной психологии благодаря вышедшей из гештальтпсихологии школе К.Левина еще издавна когнитивные принципы были введены в ряд существенных областей. Со временем их применение еще больше расширилось: например, Г.Тэджфел и Дж.Тернер распространили их на сферу межгрупповых отношений. В результате сегодня, например, во Франции примерно половина статей по социальной психологии посвящена проблемам социальной когниции. Подобным образом обстоит дело и в психологии мотивации, возрастной психологии, экспериментальной дидактике, когнитивной эргономике, патопсихологии, медицинской психологии и т.д.

КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД И БИОМЕДИЦИНА

Баксанский О.Е.

Биомедицина родилась на стыке двух наук — медицины и биологии. В её основе лежит использование для решения медицинских проблем идей и технологий, разработанных в биохимии, иммунологии, клеточной биологии и других биологических науках, особенно генетике, геномике, протеомике, метаболомике и других так называемых «-омиках», возникших буквально в последние годы, с развитием биоинформатики, совершенствованием методов молекулярной биологии и накоплением данных о строении и функциях нуклеиновых кислот и белков.

На рубеже XX и XXI веков началось развитие всей совокупности наук о жизни, начался процесс переосмысления на основе новых данных накопленных медициной фактов предрасположенности человека к различным заболеваниям, механизмов его иммунной защиты, а также роли окружающей среды и стрессов в развитии болезней — всего, что определяет здоровье человека, его долголетие и качество жизни.

Наиболее важные направления биомедицины — это:

- ранняя диагностика заболеваний, в т.ч. выявление наследственной предрасположенности к «обычным» болезням;

- определение индивидуальных генетически обусловленных особенностей реакций организма на лекарственные вещества (фармакогеномика);
- разработка методов лечения наследственных болезней;
- методы диагностики инфекционных и неинфекционных заболеваний (в частности, с помощью т.н. биочипов);
- многократное ускорение разработки новых лекарственных средств за счет компьютерного моделирования, автоматизированного скрининга потенциальных препаратов, применения в преклинических испытаниях кандидатных веществ клеточных культур вместо лабораторных животных;
- создание принципиально новых лекарственных препаратов на основе антител, генотерапии, в т.ч. с помощью коротких интерферирующих РНК, и других достижений в области молекулярной биологии и нанотехнологий;
- применение методов генной инженерии, в частности, для получения человеческих белков с помощью трансгенных микроорганизмов, растений и животных;
- клеточная терапия, тканевая инженерия и разработка методов выращивания органов для трансплантации.

В ближайшие десятилетия можно ожидать радикальных изменений в решении проблем продления молодости и здорового долголетия.

В этой связи все большее значение приобретает применение в биомедицине результатов когнитивной науки.

Когнитимвность (лат. *cognitio*, «познание, изучение, осознание») — термин, используемый в нескольких, довольно сильно друг от друга отличающихся контекстах, обозначающий способность к умственному восприятию и переработке внешней информации. Это понятие тесно переплетено с изучением психических процессов личности, изучением и пониманием «психических состояний» (убеждений, желаний и намерений) в терминах обработки информации. Особенно часто этот термин употребляется в контексте изучения «контекстного знания» (абстракции и конкретизации), а также в тех областях, где рассматриваются такие понятия, как знание, умение или обучение.

Эмпирические исследования когнитивности обычно пользуются научной методологией и количественным методом, иногда включают также построение моделей какого-то отдельного типа поведения.

Хотя практически никто не отрицает, что природа когнитивных процессов управляется мозгом, теория когнитивности далеко не всегда рассматривает эти процессы в их связи с мозговой деятельностью или какими-либо иными биологическими проявлениями. Теория когнитивности часто всего лишь описывает поведение ин-

дивида в терминах информационного потока или функционирования. Сравнительно недавние исследования в таких областях, как когнитология (в общем смысле, наука о мышлении) и нейропсихология, стремятся перешагнуть этот пробел между информационными и биологическими процессами, используя парадигмы когнитивности для понимания того, каким именно образом человеческий мозг осуществляет функции переработки информации, а также каким образом системы, занимающиеся исключительно переработкой информации (к примеру, компьютеры) могут имитировать когнитивные процессы.

Огромный успех когнитивного подхода может объясняться, прежде всего, его превалированием как фундаментального в современной науке.

Успех когнитивной теории отразился на применении ее в следующих дисциплинах:

- Психология (особенно когнитивная психология) и психофизика
- Когнитивная неврология, неврология и нейропсихология
- Кибернетика и изучение искусственного интеллекта
- Эргономика и проектирование пользовательского интерфейса
- Философия сознания
- Лингвистика (в особенности, психолингвистика и когнитивная лингвистика)
- Экономика (особенно экспериментальная экономика)
- Теория обучения

В свою очередь, когнитивная теория, будучи весьма эклектичной в своем самом общем смысле, заимствует знания из следующих областей:

- Информатика и теория информации, где попытки построить искусственный интеллект и так называемый «коллективный интеллект» фокусируются на имитации способностей живых существ к распознаванию (т.е. к когнитивным процессам)
- Философия, эпистемология и онтология
- Биология и неврология
- Математика и теория вероятности
- Физика, где эффект наблюдателя изучается математически.

В современной когнитивной теории поставлены многие принципиальные вопросы, представляющие собой актуальные темы современных исследований:

- Насколько сильное сознательное вмешательство человека требуется для выполнения когнитивного процесса?
- Какое влияние оказывает на когнитивный процесс личностные характеристики?

- Почему «горизонт понятий» у некоторых людей шире, чем у других?

На уровне индивидуального живого существа, вопросы онтологии хоть и изучаются различными дисциплинами, но в когнитивной науке они объединяются в один подтип дисциплин — когнитивную онтологию, что, во многом, противоречит предыдущему, лингвистически-зависимому, подходу к онтологии. При «лингвистическом» подходе бытие, восприятие и деятельность рассматриваются без учета природных ограничений человека, человеческого опыта и привязанностей, которые могут заставить человека «знать» что-либо из того, что для других остается под вопросом.

На уровне индивидуального сознания, неожиданно возникающая поведенческая реакция, «всплывающая» из-под сознания, может служить толчком к формированию нового «понятия», идеи, ведущей к «знанию». Простое объяснение этому заключается в том, что живые существа стремятся сохранить свое внимание к чему-либо, стараясь избежать прерывания и отвлечения на каждом из уровней восприятия. Такого рода когнитивной специализации примером может служить неспособность взрослых человеческих особей улавливать на слух отличия языков, в которые они не были погружены с молодости.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД И КОГНИТИВНЫЕ СТРУКТУРЫ В ИЗУЧЕНИИ ОБЪЕКТОВ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Новикова Т.В.

Когнитивные теории строятся на представлении о когнитивных структурах — внутренних психических образованиях, в пространстве которых мышление, «следуя своим собственным законам, приводит данные содержания представлений в понятийную связь»[1]. Это — мыслительные образы, категории, стереотипы, установки, убеждения, представления о ценностях. Информация из окружающего мира извлекается, используется и запоминается в соответствии с имеющимися когнитивными структурами.

Представления психологии и философии о естественных познавательных процессах предлагается соединить с идеями системного подхода как методологии познания. Цель исследования — выработать технологию извлечения знаний об объекте или предмете из

[1] Юнг К.Г. Психологические типы. — М.: «Университетская книга», 1997. — С. 578.

информационных источников, ориентированную на системную организацию познавательной деятельности. Это — пример «когнитивной технологии»[1].

Роль когнитивных структур в познании представляется в виде двух компонент. Первый ассоциируется с отображением, второй — с целенаправленным поиском информации. Действия первого: восприятие содержаний, их категоризация, ассимиляция и апперцепция. Второго — формирование мотива к познанию, выбор объекта и отбор информации.

Общим для философии, психологии и системного подхода является познавательное значение категорий. Философия рассматривает категориальную структуру мышления, которая выражает «каркас мира», имеет методологическую ценность и является основным интеллектуальным средством познания. В когнитивной психологии умение мыслить категориально ассоциируется со способностью к организации, обобщению и, как следствие, быстрой обработке больших объёмов информации. Модель системного подхода строится на основе фрейма — конструкции, элементы которой (слоты) представляют поименованные сущности предметной области. Категории сущностей, включаемые в модель, обосновываются теоретически и отражают системные свойства объекта. Модель становится инструментом декомпозиции — основной процедуры системного анализа, когда в разделяемом целом отыскиваются части, соответствующие элементам модели[2]. В результате объект представляется как система, которая является конкретным воплощением модели. Так достигается системная организация познавательной деятельности по заранее подготовленной модели. Обращаясь к философии, здесь можно провести аналогию с «трансцендентальной дедукцией категорий» и «априорным знанием» И.Канта[3], а в терминах психологии — назвать фрейм внешней когнитивной структурой. Активная методологическая ценность категорий реализуется в функции целенаправленного поиска информации. В поле внутренних когнитивных структур это обусловлено естественными состояниями психики[4]. Внешняя когнитивная структура мотивирует, ориентирует и организует информационный поиск потому, что она так сконструирована. Назовём эту структуру системной когнитивной моделью.

---

[1] За когнитивными науками и технологиями – будущее : [Электронный ресурс]. URL : http://www.ruscenter.ru/

[2] Перегудов Ф.И., Тарасенко Ф.П. Основы системного анализа : учебник. — 3-е изд. — Томск: Из-дво НТЛ, 2001. — С. 396.

[3] Новейший философский словарь. — 3-е изд. — Мн.: Книжный Дом, 2003. — С. 1280. [Электронный ресурс] URL: www.slovari.yandex.ru.

[4] Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты. — 5-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — С. 651.

Предложены примеры разработки и применения системных когнитивных моделей для изучения объектов биологии и медицины.

Для описания мотивационно-поведенческой сферы личности с точки зрения когнитивной психотерапии наркотической зависимости продуктивной оказалась модель системного подхода к исследованию и проектированию объектов[1]. Категории модели отражают последовательность этапов анализа: проблемной ситуации, целей, функций, структуры, ресурсов и внешних условий. На уровне проблемной ситуации изучено понятие проблемного состояния индивида и обозначены категории: напряжение и потребность. Целям сопоставлены категории целепредставления и выделены понятия неосознаваемых и осознаваемых образов желаемого состояния. Это — изначальный образ, образ опыта удовлетворения, представления о потребностях и о том, что доступно и недоступно. Изучение понятий по литературным источникам дало перечень категорий целеполагания: желания, влечения, ценностные ориентации, смысловые системы. На уровне функций введены мотивы как побуждения к действиям по удовлетворению желаний, влечений, получению ценностей и реализации смыслов. Представления о недоступном рассмотрены как фактор блокады потребностей, их вытеснения в бессознательное и как следствие — источник негативной мотивации. Структурам поставлены в соответствие психические образования, которые обуславливают выбор действия. Это — установки, механизмы экстраверсии и интроверсии, психологические функции (по К.Г.Юнгу). Переход активности во внешний мир обозначен этапом выбора поведения. Здесь рассмотрены акты сознательного выбора, которые поддаются или не поддаются волевому контролю, и выбора, обусловленного неосознаваемыми влечениями. Патологическое влечение к психически-активным веществам классифицировано как неосознаваемый выбор. Последующие уровни определяют поведение субъекта во внешнем мире, которое проявляется в действиях, целях и выборе объектов. Результат поведения — приобретённые ценности, которые влияют на внутреннее проблемное состояние, замыкая в модели обратную связь. Действия, цели, отношения к объектам и представления о ценностях исследуются в терапии для выработки мотива к лечению.

Рассмотрены другие подходы к познанию организма как системы[2]. Так, упомянутая выше последовательность этапов системного

---

[1] Основы системного подхода и их приложение к разработке территориальных автоматизированных систем управления / Б.А.Гладких, В.М.Люханов, Ф.И.Перегудов и др. — Томск: Изд-во Томского университета, 1976. — С. 244.

[2] Новикова Т.В. Системное мышление в медицине // Системные исследования. Методологические проблемы. Ежегодник 2006—2007. Вып. 33 / под ред. Ю.С.Попкова, В.Н.Садовского, А.Е.Семечкина и др. — М.: КомКнига, 2007. — С. 340—359.

подхода использована для описания процесса жизнедеятельности с переходом к модели открытой динамической системы сопряжённых реакций на микроуровне. Декомпозиция процесса поддержания гомеостаза выполнена в соответствии с моделью, в которой представлены пять способов управления (программное, циклическое, параметрическое, по структуре, по цели). Для описания циклического управления (метода проб и ошибок) привлечена модель функциональной системы П.К.Анохина. Адаптивное поведение организма представлено моделью информационнонасыщенной динамической системы И.Пригожина. На основе предложенных моделей обоснована концепция обучения системному мышлению в медицине.

Объединение системной методологии с когнитивными теориями развивает гуманитарные технологии[239], которые не имитируют мышление человека, как в системах искусственного интеллекта, а помогают ему сконцентрироваться в правильном направлении информационного поиска и дают подсказки, активизирующие эвристические процессы.

СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА В ОБУЧЕНИИ И ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА ОБРАЗОВАНИЯ — СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ИНТЕГРАЦИИ?

Баксанский О.Е., Кучер Е.Н.

Стремительная интеграция российской высшей школы в пространство европейского Болонского процесса заставляет по-новому осмыслить ставшую уже традиционной гуманистическую риторику по вопросам образования. Так в чем же все-таки сегодня миссия образования — в свободном развитии личности или в обеспечении овладения новым поколением набором социально задаваемых компетенций? Чего мы сегодня в первую очередь ожидаем от преподавателей медицинских дисциплин — создания условий для максимального творческого самораскрытия студентов или формирования у них современного миропонимания и адекватных стратегий профессионального поведения?

Безусловно, проблематично создать единый согласованный перечень компетенций, даже наиболее значимых, ключевых, который устроил бы всех субъектов образования. Однако поскольку компе-

[1] Энциклопедия социологии : [Электронный ресурс]. URL: www.slovari.yandex.ru.

тенции — социально нагруженные регулятивы образовательной практики, формируемые социальным образом образования, фактически, заказ общества по подготовке его граждан, результативная дискуссия по данному вопросу необходима для эффективности образования в стране или регионе. В ходе симпозиума Совета Европы по теме «Ключевые компетенции для Европы» был определен следующий примерный перечень ключевых компетенций:[1]

Изучать:

- учиться извлекать пользу из опыта;
- учится организовывать взаимосвязь своих знаний и упорядочивать их;
- учиться организовывать свои собственные приемы изучения;
- учиться решать проблемы;
- самостоятельно заниматься своим обучением.

Искать:

- использовать различные базы данных;
- опрашивать окружение;
- консультироваться у эксперта;
- получать информацию;
- уметь работать с документами и классифицировать их.

Думать:

- прослеживать взаимосвязь прошлых и настоящих событий;
- критически относиться к тому или иному аспекту развития общества;
- учиться преодолевать неуверенность и трудности;
- выражать и отстаивать свою точку зрения;
- понимать важность политических и экономических условий, в которых происходит обучение и работа;
- оценивать социальные привычки, связанные со здоровьем, потреблением, а также социальной средой;
- оценивать произведения искусства и литературы.

Сотрудничать:

- стремиться к сотрудничеству и учиться работать в группе;
- принимать решения — улаживать разногласия и конфликты;
- уметь договариваться;
- уметь составлять и выполнять контракты.

Приниматься за дело:

- Включаться в проект;
- Нести ответственность;
- Входить в группу или коллектив и вносить свой вклад;
- Демонстрировать солидарность;
- Уметь организовывать свою работу;

[1] Совет Европы: Симпозиум по теме «Ключевые компетенции для Европы»: Док. DECS/ SC/ Sec (96) 43. Берн, 1996.

- Уметь пользоваться вычислительными и моделирующими приборами.

Адаптироваться:

- Использовать новые технологии информации и коммуникации;
- Демонстрировать гибкость перед лицом быстрых изменений;
- Показывать стойкость перед трудностями;
- Уметь находить новые решения.

Анализируя имеющиеся системы компетенций, или формируя новые, полезно задаться вопросом, как при таком подходе решается конфликт между декларируемой центральной целью образования (свободное развитие личности) и ее реализацией на уровне практических задач (в компетентностном подходе это формирование готовности решать социально актуальные задачи). Иными словами, насколько внешнее задание матрицы компетенций (социальный заказ) соответствует принципам гуманистического образования, которые заявляются в качестве центральных регулятивов его реализации в современном обществе.

Наше образование все еще не преодолело последствия смены государственной идеологии. Смена идеологии всегда болезненно отражается на системе образования, которой нужны определенные общественные идеалы, чтобы ясно видеть цели обучения и воспитания подрастающих поколений. В переходные и следующие за ними периоды эти идеалы иллюзорны и изменчивы, они дезориентируют образовательную систему. Познакомившись с западной литературой по философии образования, мы пришли к выводу, что больше всего хотим свободы и демократии, а высшей ценностью считаем личность ученика, имеющего право на свободное развитие в соответствии со своими склонностями и интересами. Со страстью неофитов мы принялись внедрять личностно ориентированное образование, забывая, что оно требует иной общекультурной матрицы.

Человечество на всем протяжении своего существования пытается решить одну из важнейших проблем сохранения и развития цивилизации, связанную с поиском и обоснованием основного метода обучения и воспитания подрастающих поколений. Еще Древняя Греция и Спарта выработали два принципиально отличающихся подхода к решению данной проблемы. Если греки полагали, что наилучшим методом воспитания является свободный диалог равноправных субъектов учебного процесса, то спартанцы наивысшей добродетелью считали служение государству и направляли усилия на поддержание в школах строжайшей дисциплины. Оба подхода отражали сложившиеся в Греции и Спарте представления о человеке, о его месте в обществе и о той роли, которую он должен играть в сохранении устоев этого общества и его развитии. Уже тогда пе-

дагогическая система создавалась, чтобы увековечить господствующие взгляды на общественное устройство. Личность ученика всегда оказывалась вторичной по отношению к идеологическим установкам, даже тогда, когда эта самая личность объявлялась высшей ценностью педагогического процесса.

Можно привести огромное количество примеров реализации двух представленных выше точек зрения в истории педагогики. Несмотря на множество нюансов, все они сводятся к противостоянию идей управления развитием ребенка с целью формирования заданных качеств личности и свободного развития детей под действием внутренних факторов. Полезно учесть, что при всей внешней привлекательности лозунгов свободного обучения оно чаще всего останавливается либо на уровне вновь вытащенной кем-либо из забвения философской идеи, либо существует в виде недолговечных и немногочисленных авторских школ, попытка тиражирования которых обычно заканчивается полным провалом. С тех пор как образование стало всеобщим и превратилось в мощнейшую высокодоходную индустрию, человечество, отдавая должное красоте гуманистических лозунгов, в массовой практике все же отдает предпочтение всеми критикуемой классно-урочной системе и принудительному обучению на основе государственных стандартов.

Не является исключением и современная российская действительность. После почти столетия безраздельного торжества идеи формирования личности вновь вспыхнул интерес к моделям свободного самообучения, проектному методу обучения и т.п. Руководители образования с энтузиазмом говорят о личностно ориентированном обучении и внедряют его старыми, проверенными авторитарными методами, не усматривая в этом никакого противоречия. Не менее любопытно, что для контроля результатов личностно ориентированного образования внедрена система ЕГЭ, принципиально не позволяющая диагностировать достижение подобного рода целей.

Однако проблема поиска фундаментальной модели обучения представляется нам несравненно более глубокой, чем удовлетворение сиюминутных потребностей той или иной государственной системы. Тот факт, что она появилась одновременно с возникновением общественного сознания, заставляет искать ее корни не в идеологии, которая на этом уровне анализа также является вторичной, а в двух принципиально отличающихся способах познания окружающего мира, который присущ различным человеческим существам. Речь идет о противопоставлении рационального и чувственного познаний.

В психологии водораздел проходит между необихевиористами, изучающими человека с помощью естественнонаучных методов

познания и исследующими условия формирования поведения, и гуманистами, верящими в изначально добрую природу человека, которому общество мешает развиваться в соответствии с заложенной в нем биологической программой. Из работ необихевиористов следуют образовательные технологии воспитания, понимаемого как управление процессами формирования у детей необходимых с точки зрения воспитателя форм поведения, и технология программированного обучения (в различных вариантах) для формирования учебных знаний и умений. Когнитивисты развивают данные принципы в направлении компетентностного обучения, базирующегося на специфике когнитивных структур учащихся. Следствием гуманистического подхода является модель свободного обучения. К сожалению, исходные постулаты гуманистического подхода принципиально не могут быть эмпирически опровергнуты или подтверждены, что заставляет отнестись к нему как к некой разновидности вероучения. В области педагогики это же противостояние разделило и теоретиков, и практиков на сторонников двух уже упомянутых выше различных концепций обучения.

Таким образом, говоря о моделях обучения мы, на самом деле, стоим перед выбором определенного познавательного отношения к миру. Последствия выбора в пользу эмоционально-чувственного познания мы уже сейчас ощущаем на нашей школе, в которой наблюдается экспансия гуманитарных дисциплин и экспериментальных форм обучения при резком сокращении изучения математики и естественнонаучных предметов и очевидном снижении качества базовой подготовки. Рационализм обычно более терпим к инакомыслию, позволяя проводить поиски моделей обучения, соответствующих когнитивным стилям людей с иным отношением к миру. Однако, экспериментируя в поисках новой эффективности, не стоит забывать и о запасе прочности системы, которая по итогам такой инновационной деятельности может полностью исчерпать внутренние резервы самовосстановления.

Если же оставить высокую гуманистическую риторику и обратиться к моделям индивидуализации образования, учитывающим «принцип реальности», то оба подхода — гуманистический и компетентностный — вполне могут рассматриваться как взаимодополнительные «языки» описания целей обучения.

Еще Л.С.Выготский писал, что «научное мышление входит в сознание ребёнка через ворота научных понятий», и рассматривавшего содержание обучения как средство интеллектуального развития. С этой позицией солидарен и Дж.Брунер, выделяющий в науке в первую очередь определенный способ мышления: «Изучаемую дисциплину можно рассматривать как определенный способ мышления о соответствующих явлениях: в любой дисциплине нет ничего

более существенного, чем присущий ей способ мышления. В ее изложении самое важное — представить ребенку как можно более раннюю возможность усвоить нужный способ мышления». Можно вспомнить и слова П.П.Блонского о «пустой голове», которая «не рассуждает». В этом отношении целью процесса обучения является не открытие ребёнку мира «чужих» знаний, а организация продуктивной интериоризации, формирование когнитивных схем, стратегий когнитивной и внешней, предметной деятельности, обеспечивающей условия для эффективного поведения в различных, в том числе быстро изменяющихся контекстах.

При этом понятно, что качество и скорость интериоризации существенно зависят от учета преподавателем актуального когнитивно-эмоционального профиля учащегося — его прошлого опыта, предпочитаемых способов работы с информацией и условий обучения. Понятно, что жесткая система обучения, направленная на выработку алгоритмизированных приемов поведения не использует данный потенциал. Ориентация же на развитие гибких когнитивных и поведенческих стратегий, высокий уровень самоуправления учащегося, его систематическая рефлексия процесса и результатов собственного познания, психологический климат обучения, поддерживающий свободный поиск, анализ возможностей и принятие рисков, позволяют использовать его максимально.

Понятно также, что стимулирование активности учащихся только на нижних уровнях работы с учебными целями (уровни знания и понимания, по Блуму) не позволяет достичь глубокой интеграции изучаемого материала и дискурсивных практик в структуру персонального опыта обучающегося. Систематическое же обращение к вышележащим уровням — применения, анализа, синтеза и оценки позволяет не только развивать соответствующие стратегии когнитивной активности, но и прочно интегрировать новое в жизненный опыт учащегося.

На наш взгляд, в медицинском образовании особенно остро стоит задача поддержания оптимального баланса инновационности и сохранения успешных традиций, ориентации на воспитание креативного и уверенного в себе специалиста, готового принимать нестандартные, иногда весьма рискованные профессиональные решения и постоянно самосовершенствоваться и запроса на формирование у выпускников фундаментальных знаний и практических навыков решения типичных проблем, отвечающих современному уровню медицинской науки и практики. Творчество, инновационность, личная стилистика профессионализма — все в качестве необходимого условия своего становления и развития требует прочной «стартовой площадки» в виде адекватного реальным профессиональным задачам профиля сформированных компетенций.

КОГНИТИВНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ УСИЛЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Кудашов В.И.

Интеллект можно определить как процессы организма, используемые для организации информации, которые включают получение информации (восприятие), её селекцию (внимание), переработку (мышление) и хранение (память) для использования в успешной жизнедеятельности. Мероприятия по улучшению когнитивных функций могут проводиться на любом из этих основных участков. Когнитивные технологии оптимизации интеллекта можно определить как усиление или расширение основных его возможностей посредством совершенствования внутренних или внешних систем обработки информации. В когнитивной неврологии имеется целый ряд внутренних, биологических средств, перечень которых постоянно расширяется. Тем не менее, на сегодняшний день основной прогресс в этой сфере опирается на возможности компьютерных и информационных технологий, которые радикально усилили наши способности в обработке и хранении информации. Внешние аппаратные средства и программное обеспечение дают человеку существенное расширение эффективности его познавательных способностей, что во многих отношениях опережает возможности нашего биологического мозга.

Действия, направленные на устранение конкретной патологии или дефекта в когнитивной системе, можно квалифицировать в качестве терапевтических. Существует также ряд методов, усиливающих здоровый интеллект тем или иным образом, кроме лечения каких-либо нарушений или устранения конкретных дисфункций. Но на практике бывает весьма трудно сделать различие между терапией и оптимизацией интеллекта. Например, когнитивный потенциал памяти человека, чьи природные интеллектуальные возможности невысоки, может быть усилен, но останется ниже, чем у другого человека с довольно хорошей памятью, несмотря на патологию, как, например, ранние стадии болезни Альцгеймера. Поэтому когнитивные технологии не обязательно ведут к каким-то особенно высоким интеллектуальным возможностям. А когнитивно усиленным может быть признан любой человек, который пользовался методами, повышающими производительность некоторых интеллектуальных подсистем без исправления конкретных патологий или дисфункций этой подсистемы.

Спектр когнитивных усовершенствований включает в себя не только медицинские мероприятия, но множество видов психологического воздействия, а также оптимизацию внешних технологичес-

ких и организационных структур, которые поддерживают и усиливают интеллект. Большинство способов по усилению интеллекта имеют довольно прозаический характер, а некоторые из них практиковались в течение тысяч лет. Наиболее показательным примером является образование и переподготовка кадров, в которых особое значение придают не только получению специальных навыков или информации, но и улучшению умственных способностей, таких, например, как концентрация, память и критическое мышление. Другие виды психической подготовки, такие, как йога, боевые искусства, медитация и специальные курсы по креативности также становятся все более популярными и востребованными. Для повышения внимания очень широко используется кофеин в самых различных напитках, а травяные экстракты Гинко Билоба известны своей репутацией улучшения памяти. Эти натуральные средства очень популярны и объем их продаж постоянно возрастает. В обычном супермаркете сейчас можно найти большой набор «энергетических напитков», навязчивая реклама которых обещает «продвинутой молодежи» «зарядить мозги».

Образование и профессиональная подготовка, а также использование внешних устройств обработки информации более привычны как средства усиления интеллекта, поскольку более широко распространены и приняты культурой. В отличие от этого, медицинские технологии, связанные с созданием фармакологических ноотропных препаратов, нейронных имплантатов, или генной терапией, следует рассматривать в качестве экспериментальных. Тем не менее, эти нетрадиционные формы усиления интеллекта заслуживают серьезного рассмотрения по нескольким причинам:

1) поскольку они являются относительно новыми, не существует сложившегося понимания возможностей их использования, безопасности, эффективности и социальных последствий;

2) они могут стать крайне популярными с точки зрения соотношения затрат и выгод от дешевых препаратов, которые благополучно усиливают интеллектуальные способности в сравнении с годами утомительного образования;

3) в настоящее время они сталкиваются с проблемами регулирования, но вполне могут в конечном итоге иметь важные последствия для будущего всего общества;

4) важно учитывать весь спектр различных возможностей усиления интеллекта, которые уже становятся доступными и их различных характеристик при индивидуальном использовании;

5) многие из когнитивных и медикаментозных методов усиления интеллекта изучаются пока в экспериментальном порядке и имеют незначительный эффект, который может радикально измениться при массовом распространении.

В современной научной литературе пока совсем немного конкретных результатов, выявляющих в конечном итоге вредность или полезность когнитивных и медицинских технологий усиления интеллекта, поэтому выводы должны быть проверены в многочисленных исследованиях и крупных клинических испытаниях, прежде чем им можно будет в полной мере доверять. Вполне вероятно, что многие методы в долгосрочной перспективе могут оказаться менее эффективными, чем их нынешние результаты. В то же время, само расширение спектра данных методов свидетельствует о вероятности, что не все имеющиеся когнитивные методы являются неэффективными и что будущие успехи приведут к более мощным технологиям усиления интеллекта. Когнитивные технологии могут сыграть положительную роль: усиливая интеллектуальный потенциал, необходимый для автономной деятельности и независимых решений, они помогут человеку вести более аутентичный образ жизни, позволяя строить свой выбор на глубоком рассмотрении уникальных обстоятельств, выявляя свой личный стиль, идеалы и индивидуальные варианты саморазвития.

Большинство когнитивных функций не являются чисто позиционными: их непосредственное значение не полностью зависит от степени влияния на других людей, не имеющих их. Обладатель хорошей памяти и творческого ума, как правило, более ценит свое собственное право на саморазвитие, чем власть над другими людьми, не обладающими аналогичными способностями. Усиление интеллектуальных способностей позволит человеку не только решить некоторые из проблем общества, но и даст положительный внешний эффект: в дополнение к выгодам от усиления ума отдельных индивидов прибавятся выгоды от развития всего общества за счет повышенной результативности и эффективности деятельности.

Несмотря на это, при оценке влияния на общество необходимо принять во внимание и конкурентные аспекты интеллектуального усовершенствования. Усиление интеллекта должно быть полностью добровольным, хотя экономическая конкуренция, возможно, в конце концов заставит людей использовать когнитивные и биомедицинские технологии для увеличения собственных конкурентных преимуществ. Это можно сравнить с поголовной грамотностью, которая также навязана гражданам современных обществ. Для ликвидации неграмотности были приведены в исполнение все средства — как прямые, в виде обязательного базового образования, так и косвенные, в виде давления общественного мнения. Таким образом, неграмотные люди были лишены многих возможностей принимать участие во многих аспектах современной жизни. Несмотря на это огромное и частично принудительное давление, и, несмотря на то, что грамотность глубоко изменяет способы мышления и языковые

процессы, сейчас всеобщая грамотность уже не считается особенно проблематичным делом. Поэтому можно предположить, что по мере общественного признания когнитивных технологий поддержка тех людей, которые отказываются от их использования, будет неуклонно снижаться.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ СУБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА И МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ПОСРЕДСТВОМ МЕТОДОЛОГИИ НЛП

Майленова Ф.Г.

1. Применение НЛП в психотерапии

Нейро-лингвистическое программирование — созданная в 1975 г. в США группой психологов (Дж.Гриндер, Р.Бэндлер, Р.Дилтс, Дж.Делозье и др.) методологическая концепция изучения структуры человеческого опыта. Основная гипотеза, на которой базировалась эта область знания, состояла в том, что любое действие (ментальное событие) можно разложить на составляющие элементы, чтобы затем выявить глубинную логическую структуру, преобразовать ее в некие шаблоны, которые можно будет с легкостью осваивать и передавать другим людям. Оптимистичное убеждение в том, что если один человек способен совершить то или иное (сколь угодно сложное) действие, то другой способен этому научиться, оказалось весьма плодотворным. В дополнение к уже имеющимся методам изучения и научения, которые основывались прежде всего на вербальных объяснениях, НЛП обращает внимание на всю полноту человеческого опыта, включающую в себя образы, чувства, тактильные ощущения, звуки, запахи, вкусовые ощущения — причем имеет значение не только то, что человек уже переживал и вспоминает, но и воображаемые (конструируемые) переживания. Также была подвергнута анализу такая важная составляющая коммуникации, как метасообщение.

Исследование величайших психотерапевтов XX века — В.Сатир, М.Эриксона, З.Фрейда и др. позволило выявить наиболее эффективные приемы, которые они использовали в своей работе. Эти приемы легли в основу техник, которые позволили достигать заметных результатов в психотерапии за сравнительно короткие сроки, что составило серьезную конкуренцию психоанализу.

В дальнейшем стало ясно, что полученные знания способны сделать более эффективной не только психотерапию, но и коммуникацию вообще, так как знание нюансов эффективного взаимодействия с другими людьми полезно во всех областях человеческой деятельности. Например, для психотерапевта важно не только то, какие именно слова он произносит при разговоре с клиентом (поверхностная, или содержательная структура сообщения), но и определенная последовательность этих слов (глубинная структура), скрытые команды или внушения (пресуппозиции), а также то, как он сидит, смотрит, дышит, каковы интонации и громкость его голоса, выражение его лица, глаз и т.п. (метасообщения). При обучении НЛП охватываются по возможности все эти аспекты. Однако все эти вещи не менее важны и для преподавателя, и для бизнесмена, и для артиста, да и в частной жизни, которая полна иносказаний и недоразумений, умение грамотно и эффективно строить коммуникацию, видеть скрытые смыслы и ориентироваться в приемах манипуляций необходимо не только психологам и психиатрам. Благодаря НЛП стало возможно широкое использование недирективного гипноза, основывающегося на способности человеческого мозга решать сложнейшие проблемы, используя бессознательные ресурсы. Стали доступны приемы, используемые Милтоном Эриксоном при его работе — элементы его личной магии, с помощью которой он творил чудеса. Разумеется, полностью воссоздать гений М.Эриксона или кого-нибудь еще невозможно, но посредством грамотного моделирования его ученики могут значительно повысить свое мастерство и передавать свой опыт другим. Согласно НЛП, человеческий мозг подобен компьютеру, и мы можем, выделив в недифференцированном потоке сознания те или иные программы, мешающие человеку жить счастливо, с помощью специальных приемов «наладить» или изменить их. Так работают техники быстрого лечения фобий, работа с аллергиями, навязчивыми страхами, зависимостями. Возможность более быстрого и эффективного избавления от душевных и физических страданий — это огромный шаг в развитии не только психотерапии, но и на пути познания человеческого духа в целом.

Благодаря НЛП знания и опыт из совершенно различных областей человеческой деятельности получают возможность прийти к единому знаменателю и взаимодействовать в таких сочетаниях, которые обеспечат наш дальнейший рост, понимание и совершенствование как биологического вида.

2. Манипуляции сознанием с помощью НЛП

К сожалению, как это всегда бывает, реализация идеи более глубинного изучения человеческого сознания с целью практического применения этих знаний оказалась весьма неоднозначной. Мы мо-

жем наблюдать обратную сторону медали — последствия применения техник НЛП в бизнесе, политике, управлении.

Современное НЛП ориентировано на поиск усредненных, общих последовательностей мыслительных процессов у разных людей в ходе принятия решений (такие последовательности именуются в НЛП «стратегиями»). Упомянутые последовательности сравнительно легко могут быть навязаны индивидуальному и массовому сознанию, побуждая отдельных индивидов и большие группы людей к запрограммированным реакциям. При этом навязывание определенных реакций является неочевидным, скрытым — его можно сравнить с такими неосознаваемыми большинством людей понятиями/поведенческими стимулами, как предрассудок, «сложившееся мнение», импульсивные действия и решения, неосознанный эмоциональный ответ на определенные слова.

Впервые в масштабах государства НЛП было опробовано в США, в президентской предвыборной кампании Р.Рейгана, затем — в России, в первой президентской предвыборной кампании Б.Ельцина.

В настоящее время НЛП является основным способом оформления сюжетов политической и торговой рекламы, поэтому для противодействия такой рекламе также требуются навыки НЛП. (Так, лозунг «Ельцин — Президент всех россиян» хрестоматийно соответствует тому, что в НЛП называется «гипнотическим трюизмом»; а лозунги избирательной кампании «Голосуй — или проиграешь» и «Голосуй — и победишь» в терминах НЛП соответствуют использованию метастратегий «избегание неприятного/поиск приятного», и при внешней простоте затрагивают весьма глубокие структуры человеческого мышления).

Также весьма полезно понимать, каковы приемы, используемые в маркетинге, призванные заставить нас покупать все больше и больше товаров по все более высокой стоимости. На так называемых тренингах продаж, без которых не обходится ни одно уважающее себя предприятие, сотрудников обучают манипулировать сознанием покупателей с помощью нехитрых приемов, многие из которых также заимствованы (хотя в основном и весьма упрощенно) из НЛП. Однако если мы знаем, что стоит за всеми этими фразами, и способны осознавать, каким образом в них встроены скрытые команды и внушения, мы уже будем не так беззащитны перед всеми этими жесткими технологиями.

Таким образом, способы и методы воздействия на каждого из нас вполне поддаются изучению, а если мы еще и освоим навыки, помогающие им противостоять, мы сможем считать себя свободными от манипуляций нашим сознанием, так как манипуляция заканчивается там и тогда, когда она осознана тем, против кого она направлена.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Петрова Е.В.

Современное общество часто характеризуется термином «информационное». Как образно замечают авторы книги «Закат цивилизации или движение к ноосфере» В.А.Лисичкин, Л.А.Шелепин и Б.В.Боев «производительные силы на нынешнем этапе можно образно уподобить единому организму, где роль кровеносных сосудов играют каналы продвижения материальных ценностей, товаров, а роль нервной системы — каналы передачи информации».[1] Создание новых технологий было бы невозможно без научно-технической информации. Компьютеризация быстро проникает во все области жизни человека и общества в целом. Это в первую очередь касается промышленной сферы и сферы делопроизводства, банковских и почтовых услуг, образования и быта. Создаются новые благоприятные условия для интеллектуального труда (создание и редактирование текстов, доступ к информации международных банков данных через Интернет) и досуга (неограниченный выбор развлекательных программ и игр). Компьютерные системы позволили собрать, систематизировать и сделать доступными огромное количество разрозненных данных. Они взяли на себя рутинную вычислительную работу в сфере обслуживания. В системе здравоохранения появляются компьютерные диагностические центры.

По А.И.Ракитову, общество является информационным, если:

1) любой индивид, группа лиц, предприятие или организация в любой точке страны и в любое время могут получить за соответствующую плату или бесплатно на основе автоматизированного доступа и систем связи любые информацию и знания;

2) в обществе производится, функционирует и доступна любому пользователю современная информационная технология, обеспечивающая выполнимость предыдущего пункта;

3) имеются развитые инфраструктуры, обеспечивающие создание национальных информационных ресурсов в объёме, необходимом для поддерживания постоянно убыстряющегося научно-технологического и социально-исторического прогресса. Общество в состоянии производить всю необходимую для жизнедеятельности информацию, и, прежде всего, научную;

4) в обществе происходит процесс ускоренной автоматизации и роботизации всех сфер и отраслей производства и управления;

---

[1] Лисичкин В.А., Шелепин Л.А., Боев Б.В. Закат цивилизации или движение к ноосфере. М., 1997. С 301.

5) происходят радикальные изменения социальных структур, следствием которых оказывается расширение сферы информационной деятельности и услуг.[1]

Конечно, не все эти условия выполнены в настоящее время, но информационные технологии бурно развиваются, в том числе и в сфере здравоохранения. Информатизация — комплексная система мероприятий, направленных на поддержку принятия решения по вопросам управления здравоохранением, диагностики, лечения и профилактики с помощью современных информационных технологий — объективный и неизбежный период развития современной медицины. В области здравоохранения информатизация уже прошла фазу социализации, т.е. специалисты видят ее полезность и учатся использовать ее инструменты. Развитие во всем мире информационных технологий позволяет решать проблемы при помощи телекоммуникационного доступа врача к специальной информации в момент принятия решения по тем или иным вопросам лечебно-диагностического процесса.

Практическая медицина в России пока еще не может похвастаться компьютеризацией основных сфер деятельности врачей и медицинских сестер. Идеи комплексных автоматизированных систем для здравоохранения существуют в нашей стране более 20 лет, однако практические разработки дали лишь отдельные, слабо взаимосвязанные функциональные подсистемы с малой эффективностью. Для ее повышения необходимо реализовать принцип: «Не автоматизация существующих медицинских технологий, а создание новых компьютерных технологий в здравоохранении».

Анализ литературы о возможностях использования телекоммуникационных технологий в медицине в России и по всему миру позволяет сделать следующие выводы:

1. Улучшение информационного обеспечения врача влечет за собой значительное повышение эффективности его работы.

2. Все большее значение в информационном обеспечении врача приобретает информация в электронном виде.

3. Телекоммуникационный доступ к электронной информации в настоящий момент является наиболее привлекательным. Особую актуальность он приобретает для сельских, географически удаленных и труднодоступных местностей.

4. Благодаря дистанционному обучению непрерывное последипломное образование медицинских работников приобретает новый качественный уровень и имеет широчайшие возможности и перспективы.

---

[1] См.: Ракитов А.И. Философия компьютерной революции. — М., 1991.

5. В отличие от глобальных задач международной компьютерной сети Интернет, решение задач практического здравоохранения особенно эффективно осуществлять на базе региональных компьютерных сетей и информационных ресурсов.

6. Несмотря на экономическую нестабильность, отечественное здравоохранение все шире начинает использовать возможности Интернета и региональных сетей передачи данных.

7. Выявляется насущная необходимость обязательной координации и интеграции работ по информационному обеспечению медицины.[1]

Сфера применения современных информационных технологий позволяет использовать во врачебной практике методику коммуникативного взаимодействия между медицинским работником и пациентом. Это новый подход в консультировании, основная сущность которого заключается в достижении взаимопонимания со стороны медицинского персонала лечебного учреждения и лица, обратившегося за медицинской помощью.

Использование информационных технологий в современной медицине имеет много преимуществ. Автоматизация больниц позволяет не только проводить консультации пациентов on-line, но и обмениваться информацией с медицинскими сотрудниками других лечебных учреждений, узнавать новости медицинской индустрии и способы применения новейших технологий. Единая медицинская информационная система позволяет оптимизировать процесс работы с медицинской документацией в системе функционирования учреждений здравоохранения. Например, электронная история болезни пациента значительно облегчает процесс заполнения нужной информации, ее поиска и использования, что экономит время как медицинского работника, так и пациента.

Обучающие программы для врачей позволяют получить дополнительные знания и навыки в сфере коммуникативных технологий в медицине.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЫ МИРА (НА МАТЕРИАЛЕ ПУЛЬМОНОЛОГИИ)

Кочкарева А.Г.

Для современного этапа развития отечественного языкознания характерен обостренный интерес к проблеме языковой картины мира. Существует множество работ, посвященных этой теме. Как

[1] См. напр.: http://medi.ru/doc/8180101.htm

отмечает Ю.Л. Воротников, перефразируя название работы М.Хайдеггера «для науки о языке наступило время “языковой картины мира”, до сих пор не существует достаточно четкого представления, какой именно смысл вкладывается в это понятие пишущим и как, собственно, следовало бы истолковывать его читающим.»[1] Термин «картина мира» возник в теоретической физике в конце XIX — начале XX в. Первыми его стали применять Г.Герц и М.Планк.

Введение термина «языковая картина мира» приписывают Л.Вайсгерберу, этот термин он впервые применяет в 1929 г. в монографии «Родной язык и формирование духа».

Под картиной мира в данном сообщении понимается «частный, исторически обусловленный способ того универсального явления, которое можно назвать моделированием мира в семиотическом понимании этого слова. Картина мира — это его модель...»[2] Необходимо отметить, что видение мира как картины является уникальным достоянием, присущим только человеку Нового времени. Существует мнение относительно понятия «картина мира», высказанное В.Н.Сыровым[3]: «Оценивать весь комплекс наших знаний как “картину” значит утратить доверие к ней». С.Е.Никитина указывает на синонимичность в языковедческих текстах понятий «модель мира» и «картина мира», хотя «модель мира» связывают с более абстрактными сущностями, «картина мира» — более образная и конкретная по причине метафоричности термина[4].

Целью данного исследования является выявление некоторых особенностей языковой картины пульмонологии с использованием информационно-поискового «Тезауруса пульмонологии». Рассматриваем тезаурус как метод исследования слова и текста, как инструмент для описания параметров языковой картины.

Тезаурус состоит из трех частей: «Тезаурус I» (терминология заболеваний, симптомов, синдромов, возбудителей заболеваний, результатов анализов, методов и способов исследования), «Тезаурус II» (терминология органов и их частей, тканей организма), «Тезаурус III» (терминология фармацевтических групп и методов лечения, номенклатура лекарственных средств). Тип словарной статьи в нашем Тезаурусе параметрический. Параметры, тезаурусные функ-

---

[1] Воротников Ю.Л. Языковая картина мира : трактовка понятия // Гуманитарное знание XXI века. Информационный гуманитарный портал. URL : http://www.zpu-journal.ru/gum/new/articles/2007/Vorotnikov/.

[2] Там же.

[3] Сыров В.Н. Значение «картины мира» в современной науке и философии // Картины мира: модели, методы, концепты : материалы Всероссийской междисциплинарной школы молодых ученых «Картина мира: язык, философия, наука». 1-2 ноября 2001. — Томск. Издание ТГУ, 2002. — С. 17–22.

[4] Никитина С.Е. Культурно-языковая картина мира в тезаурусном описании (на материале фольклорных и научных текстов). — М., 1999. — С. 4.

ции — это названия вопросов анкеты, которые предъявлены заглавному слову. В данной работе применяются материалы «Тезауруса III». Различаем понятия «научная модель мира» и «языковая картина мира». Под «научной моделью мира» понимается весь комплекс представлений о мире данной науки, сложившийся в научной среде, под «языковой картиной мира» имеется в виду реализация особого способа видения мира в единицах языка, определяемых научной моделью.

Языковая картина пульмонологии образована системой ключевых концептов — терминов, так как именно они дают ключ к ее пониманию. Такими терминами являются наименования заболеваний, например: пневмония, бронхит, астма бронхиальная, пневмоторакс, пневмокониоз и др. Эти термины являются международными, они имеют одинаковое значение в европейских языках, существует «Международная классификация болезней МКБ-10 Электронная версия». Ключевые слова в нашем тезаурусе построены по особым правилам грамматики смыслов, которая проявляется на всех уровнях языка, в том числе и на лексическом[1]. Дело в том, что латинский и греческий языки обладают удивительными семантическими и словообразовательными особенностями, на что указывал М.В.Ломоносов[2]. Латинский и греческий языки проецируют свои глубинные лексические смыслы на глубинные лексические смыслы русского языка, например:

Понятие (смысл)	Знание (орган)	Частичное знание (заболевание)	Полное знание
Что — где	легкое	пневмония — воспаление легких бронхов	пневмония крупозная
Что — где	бронхи	бронхит — воспаление	бронхит острый
Что — где	плевра	плеврит — воспаление плевры	плеврит острый
Что — где	грудная клетка	пневмоторакс — наличие воздуха в грудной клетке	пневмоторакс спонтанный

Около 80% ключевых терминов, являющихся заимствованиями из греческого и латинского языков, построены по грамматике смыслов, проявляющейся на лексическом уровне.

Пространственно-временные параметры

Пространственно-временные параметры научной модели, обнаруженные с помощью тезаурусного словаря, представляют со-

---

[1] Воротников Ю.Л.О возможности построения русской грамматики смыслов // Исследования по славянским языкам. — № 6. — Сеул, 2001. — С. 137–147.

[2] Ломоносов М.В. Российская грамматика // Труды по филологии. 1739–1758. — М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1952. — Т. 7. — С. 39.

бой особым образом организованное медицинское пространство и медицинское время, протекающее в строго ограниченных пределах.

Пространство — форма существования материальных объектов и процессов (характеризует структурность и протяженность материальных систем)[1], Термин «анатомическое пространство» применяем для обозначения пространства, ограниченного, замкнутого пределами человеческого тела, это: рот, грудная клетка, легкие, печень, почки, сердце, сосуды, желудочно-кишечный тракт. Представление о структуре анатомического пространства дает следующая схема: объект — пространство — место (локализация).[2]

Существует вход в анатомическое пространство: рот, трахея, нос. Так препарат ацетилцистеин применяют путем распылением в трахею. Имеется выход из анатомического пространства и инструмент как способ выведения препарата, например: Ампициллин выводится из организма с желчью. Особой формой пространства обладают лекарственные средства, применяемых в пульмонологии: таблетки (сплющенная форма), растворы (текучее пространство), мази (расслаивающееся пространство) и др. Для анатомического пространства важен источник, из которого всасывается препарат, например: Дигитоксин всасывается из желудочно-кишечного тракта.

Термин «медицинское время» служит для обозначения отрезка времени, и строго, и приблизительно фиксированного. «Время — форма последовательной смены явлений и состояний материи».[3]

Параметр «время» представлен очень широко на материале нашего Тезауруса:

1. латентное время (лат. latens, ntis — скрытый, невидимый); 2. максимальное время; 3. предельное время.

1. Латентный период: Действие строфантина начинается через 5—10 минут.
2. Максимальное время: При приеме атровента бронхолитический эффект достигает максимума 1,5—2 часа.
3. Предельное время. При приеме тиотропия продолжительность действия препарата составляет около 12 часов.

---

[1] Пространство и время // Советский энциклопедический словарь / гл. ред. А.М.Прохоров. — 4-е изд. — М.: Сов. энциклопедия, 1988. — С. 1071.

[2] Кубрякова Е.С. Язык и знание / Рос. академия наук. Институт языкознания. — М.: Языки славянской культуры, 2004. — С. 468.

[3] Время // Советский энциклопедический словарь / гл. ред. А.М.Прохоров. — 4-е изд. — М.: Сов. энциклопедия, 1988. — С. 252.

Пространство	
Точкипространства	Локализация
1. Вход	орган
2. Выход	орган
3. Источник +инструмент	среда

Время	
Характеристика времени	Фиксация
1. Латентное	Приблизительное
2. Максимальное	Приблизительное
3. Предельное	Приблизительное

Таким образом, нами описана модель некоторых параметров языковой картины пульмонологии с использованием методики информационно-поискового тезауруса, сделана попытка создания грамматики смыслов на лексическом уровне.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОМЕДИЦИНА

СПОСОБСТВУЕТ ЛИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ РАЗВИТИЮ ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ИЛИ К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАНИЯХ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Шишков И.З.

Как известно, сформировавшийся в конце XX столетия постнеклассический тип научной рациональности связан с включением в его схему наряду с объектом, средствами научного познания и самого субъекта познания, что свидетельствует о существенном сдвиге в самой парадигме производства научного знания. Такая парадигмальная трансформация ведет с необходимостью к изменению структуры научного знания, его «тела», что принципиально отличает неклассическую науку от классики.

Если в классической науке царил *объективизм*, что в *гносеологическом аспекте* означает, что она осваивала предмет «сам по себе», вследствие чего субъект элиминировался из «тела» науки, игнорировалась роль познавательных средств, их воздействие на объект познания, то в неклассической науке классическому объективизму противостоит *субъективизм,* что означает, что в «тело» знания входит *субъект.* Так, в классической науке в силу соизмеримости объекта познания и тех познавательных средств, инструментария, с помощью которого объект исследуется, субъективный фактор полностью исключался. Та погрешность, которая имела место при осуществлении соответствующих измерений и расчетов, была столь незначительной, ничтожной, что ею можно было пренебречь.

В неклассической науке ситуация в этом плане принципиально изменяется. Существенное преобразование в ней структуры «тела» знания объясняется фактором несоизмеримости её объектов позна-

ния с познавательными средствами и инструментами. Сама же эта несоизмеримость обусловлена особой спецификой объектов этих миров (одни — бесконечно большие, другие же, напротив, — бесконечно малые) и спецификой исследовательского инструментария и средств, приборов наблюдения. Всё это значительно повышает роль субъекта познания, субъективного фактора в конструировании онтологии современной науки, в частности, в определении её количественных и качественных параметров. Это вторжение исследователя в конструирование объектов, по словам Бора, «напоминает старую истину: все мы являемся свидетелями и участниками великой картины бытия».[1]

Включение субъективной деятельности в контекст науки привело к изменению понимания предмета знания: им стала теперь не реальность «в чистом виде», а некоторый её срез, заданный через призму принятых теоретических и операциональных средств и способов её освоения субъектом.

Тесно связаны с классическим объективизмом и неклассическим субъективизмом принципы *классической наглядности* и *неклассической абстрактности*. Если объекты классической науки, в данном случае объекты макромира как мира царства ньютоновской механики, даны исследователю *наглядно и непосредственно* и удостоверяемы эмпирической или интуитивной очевидностью, то в неклассической науке в силу особой специфики исследуемых ею миров объекты задаются математическим путем, что, безусловно, позволило ученым оперировать высокого уровня абстрактными структурами, не имеющими наглядных образов.

Такого рода онтологическая и гносеологическая метаморфоза свидетельствует о кризисе классической очевидности, основывавшейся ранее на механике макротел. Вследствие этого образовался определенный разрыв между теоретическими построениями, средствами внутреннего развития систем научного знания и внетеоретическими способами представления вводимых в процесс познания объектов. Данный разрыв был преодолен путем введения в познавательный процесс теоретических моделей, конструируемых, как правило, математическим способом.

Именно углубление процесса математизации в современной науке привело к широкому применению в ней различного рода моделей, опосредующих связи теории с исследуемой реальностью. Стало быть, одним из следствий математизации неклассической науки стала утрата ею наглядности, очевидности.

Кризис классической наглядности, очевидности имел своим следствием изменение представлений об исследуемой реальности. В

[1] Бор Н. Теория атома и принципы описания природы // Бор Н. Избранные научные труды в 2-х т. — Т. 2. — М. : Наука, 1971. — С. 71.

процессе перехода от классической науки к современной существенное значение имеет такая характеристика исследуемых объектов, как *конструкционность*. Она основана на том фундаментальном факте, что форма представления реальности в научной теории существенно определяется условиями познания, средствами теоретического описания и методами логического развития системы знания. Между объектом неклассической науки и исследователем стоит прибор, посредством которого реальность вовлекается в процесс познания. Стало быть, картина исследуемого процесса в конечном счете во многом зависит от свойств экспериментального устройства. Поэтому различные приборы дают различные, иногда взаимоисключающие показания о свойствах объекта. Кроме того, представления об объекте могут существенно «искажаться» самим исследователем и условиями познания. А потому объекты современной науки в конечном счете оказываются совокупным проявлением свойств и самого объекта, и прибора, и особенностями самого исследователя, то есть их взаимодействия.

Сконструированный таким образом объект неклассической науки представляет собой своеобразную модель, репрезентирующую в научной теории реальность сквозь призму тщательно отобранных и скомбинированных её существенных характеристик.

Осуществленная выше реконструкция конструирования объектов неклассической науки дает основание полагать, что само понятие реальности в неклассике принципиально отличается от её классического понимания. Если в классической науке исследуемая реальность дана ученому изначально и наглядно и задача состоит в том, чтобы распознать, «раскодировать» этот неизвестный «Х» с помощью определенной научной теории, то в современной науке исследователь идет обратным путем: от теории к построению, конструированию реальности. В этом смысле исследуемая современной наукой реальность есть не что иное, как конструкция нашего разума, а не только данность.

Хотя описанная выше картина «срисована» в общих своих чертах, контурах с физики, но она имеет самое прямое отношение и к современной научной медицине, путь развития которой отмечен теми же эпистемологическими «вехами», что и наука в целом.

Бурное развитие современных технологий, и в первую очередь — медицинских, поставило неклассическую медицину в сходное с физикой на рубеже XIX—XX века положение: она вышла на качественно новый уровень исследования и лечения больных органов — на *микроуровень*. По сути был открыт в человеческом организме новый структурный уровень — *микроуровень,* по аналогии с миром физики, в исследовании которого сложилась сходная с последним противоречивая, парадоксальная ситуация: развитие и совершенство-

вание медицинских технологий, которое должно было обеспечить постановку более точных диагнозов, позволило заглянуть в глубины человеческого организма и выйти на его микроуровневую структуру, распредмечивание, распознавание которой сродни ситуации неопределенности в квантовой механике.

Такое положение объясняется в первую очередь тем, что с выходом современной технологической медицины на *молекулярный* и *субмолекулярный* (атомный) уровни значительно возрос субъективный, человеческий фактор, ощутимо возросла роль *личности* врача в диагностировании болезней. В отличие от классической макромедицины в микромедицине исследуемый больной орган дан врачу в качестве объекта не непосредственно, а через призму его взаимодействия с врачом и комплексом медицинских технологий, позволяющих «видеть» человеческий организм на уровне атомов и молекул и при необходимости «вмешиваться» в его деятельность и управление им. С этой точки зрения трудно согласиться с широко распространенным в медицинском сообществе мнением о том, что сегодня личность врача должна отойти на задний план, ибо всё решают технологии.

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. Определяющими среди них являются умение и навыки врача обращаться с техникой, «считывать» полученные посредством нее результаты, которые в большинстве случаев субъективны и гипотетичны. Их субъективность, гипотетичность, неточность, неопределенность, непрогнозируемость обусловлены во многом тем обстоятельством, что врач вряд ли в состоянии учесть факт и степень воздействия используемой им техники на исследуемый объект, в данном случае на больной орган на молекулярном и субмолекулярном (атомарном) уровнях. Иными словами, микроуровневая структура больного органа под воздействием техники может «возмущаться», равно, как и наоборот, больной орган может воздействовать на показания приборов.

Все это приводит в конечном итоге к ситуации неопределенности, проблематичности в медицинских обследованиях и постановке диагнозов. Не имея в данном случае возможности оперировать к непосредственным медицинским наблюдениям и показателям, которые в макромедицине выступали гарантом точности полученных результатов, современный врач, как и всякий неклассический ученый, по сути, имеет дело с моделями, аналогами, представляющи-

ми собой лишь определенный «срез» реальных объектов и потому приводящими лишь к вероятностным результатам.

В своей попытке понять полученные в ходе обследования результаты врач оказывается в герменевтической ситуации, которую герменевтики именуют 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 гуманитарную ситуацию каждый врач разрешает и проживает по своему, уникальным образом, что, по сути, означает, что характер, состояние и лечение болезни соотносимы с его собственной личностью, идеями и ценностями. И как следствие вариативность подходов, идей, а стало быть, и медицинских результатов, диагнозов.

Поставленный в такую герменевтическую ситуацию, врач вынужден отстаивать свою позицию в отношении поставленного им диагноза не посредством аргументов, выстроенных на основе непосредственных медицинских наблюдений и показаний, а прибегать к весьма проблематичным в таких случаях нетрадиционным средствам познания, как воображение, интуиция и т.п. Кроме того, в какой-то мере обращение к таким средствам обусловлено математизацией научного знания в целом и медицинского в частности, абстрактностью самого объекта исследования, в данном случае микроуровневой структурой органа.

Таким образом, совершенствование медицинских технологий не ведет к увеличению степени объективности и точности полученных на их основе результатов, а напротив, влечет за собой рост субъективной составляющей в диагностировании болезней, что, в свою очередь, открывает широкие возможности для развития в медицине альтернативного, плюрального мышления.

Имеющий в большинстве случаев в качестве своего объекта исследования и лечения микроуровневую структуру больного органа, врач едва ли может обходиться без интуиции. Это относится, прежде всего, к талантливым, гениальным врачам, гениям, про которых С. Кьеркегор очень тонко подметил, что «гений бессознателен и не представляет доводов».

Выдающиеся ученые во все времена указывали на определяющую роль интуиции в науке. Напомню слова великого физика А.Эйнштейна: «Подлинной ценностью в науке является, в сущности, только интуиция»[1]. Интуиция, которая никак не связана с тяжеловесными силлогизмами, позволяет ученому неожиданно найти в каком-то внутреннем прозрении, озарении, путем опасных внезап-

[1] Эйнштейн А. Физика и реальность : сборник статей. — М.: Наука, 1965. — С. 337.

ных скачков ума искомое решение той или иной проблемы, которое, как правило, не совпадает с первоначальными, исходными предположениями. По такому нестандартному пути творчества идут, как правило, гении.

ЧЕЛОВЕК КАК РИСКОВАННАЯ СТРУКТУРА

Князева Е.Н.

Человек является сверхсложной системой, которая обращена на саму себя и может себя регулировать, достраивать, возвращать в равновесное, относительно здоровое состояние. Иными словами, человек является самореферентной системой. Механизм самодостраивания глубоко укоренен в природе и представляет собой универсальный механизм самоорганизации живого и неживого, природного, человеческого и возможного сверхчеловеческого, в том числе сетей коллективного разума. Самодостраивание как способ поддержания сложной структуры — один из теоретических выводов теории самоорганизации сложных систем (синергетики).

Говоря о системном, целостном подходе к человеческому организму, имеется в виду а) целостное рассмотрение различных систем организма в их взаимодействии, б) целостность, недуальность души и тела, психосоматический контекст всякого заболевания или восприятия себя относительно здоровым, в) целостность организма и окружающей его природной и социальной среды.

Холистический подход к пониманию тела — духа и тела — окружающей среды лежит в русле феноменологических традиций французского философа Мориса Мерло-Понти (1908—1961) и чилийского нейробиолога и эпистемолога Франсиско Варелы (1946—2001). Этот подход радикально противоположен картезианскому разделению тела-машины и мыслящего сознания. Тело и сознание, а также познающее тело и среда его активности, связаны друг с другом петлями круговой, циклической причинности.

Мерло-Понти ввел представление о «телесных схемах», или «рисунках тела», которые ограничивают и определяют возможности интенциональности сознания. Более того, можно говорить не только об интенциональности сознания, но и об интенциональности тела. Телесные схемы — это не просто восприятия «моего бытия», но тот особенный стиль, который организует движения моего тела и определяет его взаимодействия с окружающей средой. Телесные схемы динамичны. Заболевшего человека тяготят не столько теле-

сные недомогания, сколько необходимость отказаться от своего привычного стиля жизни, ограничивать свою активность, т.е. изменить, как говорит Мерло-Понти, «глобальный рисунок своего тела». Например, головная боль означает не просто боль в голове, но и невозможность сконцентрироваться над книгой, которую я читаю, наслаждаться музыкой, которую я слушаю, увлеченно общаться с другом, которого давно не видел. Болезнь воспринимается мной не как нарушение функционирования моего биологического тела, а как распад мира, в котором я живу. С этой точки зрения болезнь может рассматриваться как нарушение возможности адаптации человека к окружающему миру.

Врач, чтобы быть успешным в своей лечебной деятельности, прежде всего, должен научиться владеть самим собой и излечивать самого себя. Известный, идущий еще от первых мудрецов и Сократа призыв «Познай самого себя!» может быть переформулирован применительно к врачу. Ф.Ницше, например, взывал: «Врач, исцелися сам: и ты исцелишь также своего больного!».

Излечивает не только врач, который научился поддерживать свое тело и дух в здоровом состоянии, излечивает и сама природа. Парацельс говорил, что «исцеление совершает не врач, а тот, кого никто из людей не видел», «самые интимные тайны касаются тех процессов, которые происходят внутри человеческого организма». Умелый врач просто запускает в действие животворную, обновляющую силу природу: он позволяет человеку выздороветь. Работа внутренних защитных сил организма, укрепление иммунитета — это фактор самоисцеления, самоорганизации, направленной на поддержание его целостности и его частей и подсистем в необходимой гармонии.

Еще один нетривиальный подход, который следует из теории самоорганизации сложных систем, — это понимание того, что человек есть *рискованная структура*. Это структура, которая поддерживает себя на грани хаоса и порядка как на лезвии бритвы, at the edge of chaos. Представление о балансировании «на краю хаоса и порядка», на хрупкой границе между жизнью и смертью пришло к нам из теории самоорганизованной критичности, которую можно рассматривать как часть междисциплинарного движения — синергетики. Человек беспрерывно восстанавливает себя и поддерживает свою идентичность и в биологическом, и в духовном плане. Раны на теле человека затягиваются, человек излечивается от болезней, в том числе он может излечиться и от смертельных болезней, например от рака, как описал А.И.Солженицын в «Раковом корпусе». Это проявление общего свойства автопоэзиса, самопроизводства живого. Все достраивает себя в мире живой природы: из куска гидры при определенных условиях снова вырастает целая гидра, ящерица отращивает оторвавшийся хвост и т.д.

Для понимания функционирования и самоподдержания человеческого тела еще предшественниками общей теории систем был введен принцип *гомеостазиса*, отрицательной обратной связи. Этот принцип, являющийся по своей сути кибернетическим, был введен выдающимся французским физиологом Клодом Бернаром (1813—1978). В серии своих работ 1854—1878 гг. он установил существование «внутренней среды» живого существа, тем самым проводя четкое разграничение между тем, что происходит «внутри» организма, и тем, какие процессы протекают в окружающей среде. В своей работе «Введение в экспериментальную медицину» (1865) Бернар формулирует принцип, ставший классическим: «Постоянство или стойкость внутренней среды, гармонический набор процессов являются условием свободной жизни организма». «Гармония», очевидно, подразумевает здесь наличие сбалансированных взаимодействий, в случае физико-химических процессов поддержание температуры, давления, химического состава во внутренней среде организма. Общие понятия «живая система» и «регуляция» уже латентно присутствовали в воззрениях того времени.

Дальнейшее развитие принцип Бернара получил у американского физиолога Уолтера Бредфорда Кеннона (1871—1945). На основании изучения физиологии пищеварения, нейрогуморальных процессов, механизмов развития травматического шока Кеннон сделал вывод о существовании механизмов саморегуляции физиологических процессов. Живой организм — это тонкая взаимная подгонка и совместное действие мозга и нервов, сердца и легких, почек и селезенки. В работе с ярким названием «Мудрость тела» (1932) он впервые предложил термин «гомеостазис» для обозначения стабильности состояния организма. Мудрость человеческого тела — поддержание температуры 36,6°. Двадцать лет спустя понятие гомеостазиса было существенно обобщено в работах американского кибернетика У.Росс Эшби (1903-1972), который стал считать гомеостазис свойством всех типов систем, способных поддерживать динамическое равновесие.

Определяющим для устойчивого функционирования сложной системы является принцип необходимого разнообразия элементов. Этот принцип был сформулирован в 1950-х годах У.Р.Эшби. Природные системы тем устойчивее, чем выше их разнообразие. Ибо в наличном разнообразии элементов потенциально содержатся формы приспособления к различным вариантам будущего. Разнообразие поведения системы на уровне элементов как бы готовит ее к многовариантному, неожиданному, всегда приносящему сюрпризы будущему. Многие органы в человеческом организме функционируют с определенной внутренней долей хаоса. Например, существует вариабельность ритма сердца, которая выше у детей, чем у взрос-

лых. Повышение вариабельности ритма сердца означает улучшение здоровья человека. Современная медицина показывает, что потребление омега-3 полинасыщенных жирных кислот и рыбы ведет к улучшению вариабельности сердечного ритма, что в свою очередь может привести к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Системные теоретики говорят, что должна быть определенная доля хаоса и определенная доля порядка в функционировании сердца, и эти доли должны быть сбалансированы. Излишняя доля хаоса в его функционировании означает аритмию сердца, излишняя упорядоченность сердцебиений также гибельна. Известно, что перед смертью энтропийные характеристики работы сердца, определяемые по электрокардиограмме (ЭКГ) сильно падают.

В отношении человеческого мозга можно сказать то же самое. Об этом свидетельствуют недавние экспериментальные исследования нейродинамических процессов в мозгу человека, проведенные в школе бельгийского химика, Нобелевского лауреата И.Пригожина. Посредством снятия электроэнцефалограмм (ЭЭГ) было установлено, что активность мозга в состоянии глубокого сна у нормального (без психических патологий) человека имеет черты детерминированного хаоса и характеризуется странным (хаотическим) аттрактором пяти независимых переменных. Напротив, в состоянии, к примеру, эпилептического припадка фиксируется упорядоченная ЭЭГ. Эпилепсия характеризуется чрезвычайно сильной «регулярностью» церебральной активности. Ментальный беспорядок представляется, с этой точки зрения, ситуацией физиологически нормальной. Как видим, ЭКГ и ЭЭГ как показатели работы соответственно сердца и мозга человека характеризуют маломерный хаос. Они остаются хаотическими после фильтрации шума. Это — хаотические аттракторы с небольшой размерностью (порядка 5). Это свидетельствует о том, что хаос (ограниченный, или детерминированный), разупорядоченность, вариабельность в организме человека жизненно важен. Он создает возможность четко реагировать на изменяющиеся внешние условия, надлежащим образом действовать и творить. Такова синергетика человеческого здоровья.

В настоящее время возникло представление о *динамической болезни*. Течение всякой болезни имеет фрактальный рисунок: периоды обострения и ремиссии наслаиваются друг на друга, существуют иерархии циклов разной длительности. Изучая их, можно прогнозировать течение болезни и предупреждать ее обострение, заранее выполняя определенные лечебные мероприятия. Норма — тоже динамическое понятие. Норма — тонкая грань между хаосом и порядком, болезнью и здоровьем. Это допустимая или необходимая дисгармония работы органов и/или отношения организма и среды. Порядок вырастает из беспорядка, устойчивость поддерживается

через неустойчивость (динамическая устойчивость). Выражаясь несколько парадоксально, можно сказать, что нужно болеть, чтобы оставаться здоровым. Статистика свидетельствует о том, что значительная доля долгожителей страдала телесными недугами до 60-летнего возраста и успешно превозмогала их. Что дает болезнь? Во-первых, болезнь может повышать иммунитет организма. Во-вторых, болезнь пробуждает способность больного лечиться и воспитывает в нем это умение. В-третьих, болезнь — это закалка человека от болезни. Она делает человека более осмотрительным и предупредительным, учит избегать в будущем обострений болезни. В этом плане прав Парацельс, что болезнь является «очистительным огнем».

Старение человеческого организма есть его системное разрушение. В старости, как говорил Парацельс, «все возможные болезни в одночасье сваливаются на нашу голову». Про старого человека часто говорят, что он умер от старости. Это не значит, что смерть его беспричинна. Сегодня говорят, что причиной смерти может быть полиорганная недостаточность. А.А.Богданов (1873—1928), который в 1920-х годах развивал всеобщую организационную науку — тектологию, назвал один из ее разделов «тектология борьбы со старостью». Старость он рассматривал как частный случай общего организационного факта — нарастания противоречий системного расхождения в организме. Со старостью, по его мнению, надо бороться не частичными мерами, а комплексно, системно, организационно. Необходимо разрешение противоречий системного расхождения. Расширение пространства жизни зависит от выхода за пределы индивидуальности, от прибавления индивидуального к индивидуальному для жизненного согласования. В качестве фактора борьбы со старостью он рассматривал, во-первых, прямую физиологическую конъюгацию, а именно различные прививки органов и тканей (прививка кожи при больших ожогах, переливание крови, вливание кровяных сывороток и т.п.). Этим, по мнению Богданова, можно достигнуть «интегрального повышения жизнеспособности». Во-вторых, это общение, конъюгация, т.е. соединение, переживаний с помощью речи, мимики, искусства и других способов выражения своих чувств и восприятий. Включенность человека в социальные связи продлевает его социальную, а следовательно, и физическую жизнь.

Недавние исследования, проведенные в Университете Техаса в Остине показывают, что творческая работа позволяет человеку дольше сохранять здоровье, быть более устойчивым в балансировании на тонкой грани между хаосом и порядком. Такие факторы, как отсутствие рутины, получение удовольствия от труда, возможность постоянно учиться и решать сложные проблемы, способствует тому, что

человек ощущает себя здоровым. Творческая работа оказывает на человека столь же благотворное влияние, как и повышение уровня его семейного дохода в 15 раз. Исходя из синергетического видения мира, этому можно дать объяснение. Активное использование творческих, креативных способностей человека означает постоянную тренировку ментальной и практической вариабельности, гибкости, способности управления разнообразием, а гибкость экзистенциальных проявлений человека, его психики обращается внутрь на его телесность, на его сому, закаляет гомеостатические способности его организма — способности его самодостраивания и самовосстановления.

СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ КАК ФОРМЫ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

Барденштейн Л.М., Молодецких В.А., Молодецких А.В., Крупкин А.Г.

В известной дискуссии по книге И.В. Давыдовского «Проблемы причинности в медицине» одним из спорных был вопрос о возможности сосуществования в одних и тех же физиологических системах и органах тела, в одном и том же организме одновременно и параллельно противоположно направленных процессов — за и против болезни. В психиатрии этот вопрос возникает при оценке механизмов психологической защиты. В роли таких механизмов могут выступать, как показывает клиническая практика, сами симптомы болезни.

Исходя из того, что болезнь — это «боль», «страдание», нечто «ненормальное», она требует профилактики и лечения. Напрашивается вывод, что то же можно сказать и о составляющих болезнь симптомах. Клиническая практика показывает, что дело обстоит несколько сложнее.

Русский психиатр Н.Н.Баженов выдвинут идею о «пределе человеческих страданий». В основе этой идеи лежат наблюдения над пострадавшими от стихийных бедствий (наводнений, землетрясений). Вслед за адекватной ситуации реакцией горя у некоторых пострадавших возникал своеобразный «эмоциональный паралич», при котором развивалось равнодушное отношение к постигшему несчастью, что практически купировало реакцию горя. Эмоциональный паралич есть проявление деперсонализации, т.е. явно патологического состояния, входящего в клиническую картину болезни. Но эта патология уменьшает тяжесть страдания, действует защитным образом.

Защитной функцией обладают также патологические по своей сути интеллектуальные, сенсорные и поведенческие реакции.

Примером первых могут служить состояния временного слабоумия, развивающегося у лиц, которым грозит наказание за правонарушение. Такое состояние защищает (хотя и временно) от необходимости участвовать в судебном процессе.

Избавляют от необходимости участия в смертельно опасных боевых действиях остро возникающие глухота и немота. Лиц с такой патологией отправляют в пункты медицинской помощи.

При катастрофах наблюдаются острые реакции двигательного возбуждения или обездвиженности. Такого рода реакции, свойственные и животным, представляют видовую защиту: если окажется, что надо было бежать — убежавшие спасутся, если надо было остаться — спасутся оставшиеся. Таким образом, вид сохраняется.

Своеобразные реакции изменённого мышления доводится наблюдать у больных со злокачественным онкологическим процессом. Они завышено оценивали состояние своего здоровья за счёт примитивизации самого понятия «здоровье». («Сам себя обслуживаю и передвигаюсь, значит здоров»). Такая трактовка маскирует в сознании больного пропасть между ним и людьми без подобных проблем, благодаря чему не развивается тяжёлая депрессия, которую можно бы было ожидать при экстремальной психической травме, представляющей реальную угрозу жизни.

Таким образом, изучение клинической картины психических расстройств, возникающих в ответ на стрессовую ситуацию, показывает, что входящие в эту картину симптомы являются не только патологией, но и защитой. Это диктует необходимость бережного и дифференцированного психотерапевтического подхода, чтобы, как это обычно говорят, не выплеснуть ребёнка вместе с водой.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ НЕЙРОНАУКИ[1]

Гнатик Е.Н.

Познание закономерностей церебральных процессов сталкивается со значительными сложностями. С одной стороны, большие надежды в изучении функционирования мозга, механизмов человеческого мышления и поведения возлагаются на биотехнологии. С начала 90-х гг. XX в. осуществляется составление каталога генов,

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

активных в мозге человека[1]. Собран огромный материал, который, как предполагается, должен обеспечить прорыв в решении данной стратегической сверхзадачи. Результаты многочисленных нейрогенетических исследований свидетельствуют, что специфика поведения определяется «спецификой генного состава нервных клеток, строящих головной мозг»[2] и зависит от связей между нервными клетками, реализующихся в процессе развития мозга под контролем соответствующих генов. Однако, функционирование нейронов осуществляется под воздействием не только генетических, но и внешних факторов, что создает объективные и весьма серьезные препятствия для проведения коррелятов между свойствами нервной системы и «надбиологическими» свойствами человека[3]. С другой стороны, уподобление функций мозга, этого удивительного и невероятно сложного устройства, работа которого позволила осуществить все предыдущие научные и технические открытия, создать великие музыкальные и литературные произведения, скульптуру, живопись, архитектуру и т.д. и т.п., только лишь реализации серии химических реакций, детерминированных генами и внешними воздействиями, выглядит в глазах многих неоправданным редукционизмом. Вместе с тем, современной науке неизвестны иные медиаторы, воздействующие на поведение, кроме нейронов и гормонов. Однако нельзя полностью исключить, что законы физики и химии, служащие основой интерпретации функций человеческого организма, могут оказаться непригодными при изучении психической деятельности, которая, возможно, требует применения иных, более тонких методов анализа. Но на сегодняшний день, как справедливо отмечает А.Азимов, «если мы не постулируем существование каких-то феноменов помимо физико-химических (например, чего-нибудь подобного “абстрактному разуму” или “душе”), то нам придется довольствоваться поиском ответов на вопросы, касающиеся высших форм человеческого поведения в пределах физической и химической его регуляции»[4].

В настоящее время на пути к постижению феномена мозга прослеживаются различные направления. Сущность эволюционно-генетического подхода исследователями выражается так: «роль генетических факторов в формировании центральной нервной системы изучается на клеточном, морфофункциональном и системном уров-

---

[1] См.: McKusick V.A. Mendelian inheritance in Man. Catalog of Human Genes and Genetic. Dis. IHU Press. — Baltimore, 2001.

[2] Корочкин Л.И. Определяется ли наше поведение генами? // Геном, клонирование, происхождение человека. — М., 2004. — С. 151.

[3] Шеперд Г. Нейробиология: В 2-х т. — Т. 2. — М., 1987. — С. 336.; Киселев Л.Л. От редукционизма к интегратизму // Человек. — 2003, № 4. — С. 8.

[4] Азимов А. Человеческий мозг. От аксона до нейрона. — М., 2005. — С. 442.

нях. Первый связан с генетической детерминацией функций клеточных элементов и нервной ткани, второй — морфологических и функциональных особенностей отдельных образований, из которых состоит головной мозг, третий — организации функциональных систем, лежащих в основе поведения и психики. Каждый генетический процесс в организме протекает не изолированно, а под контролем ряда соподчиненных систем — генной системы клетки, систем ткани, органа и, наконец, организма»[1]. На современном этапе находит все больше подтверждений гипотеза о наличии определенной генетической обусловленности уровня умственных способностей. Данные экспериментов свидетельствуют, что функционирование мозга существенно зависит от скорости распространения сигналов по отросткам нейронов (аксонам); при этом скорость прохождения сигнала прямо пропорциональна скорости обработки мозгом поступающей информации. Выяснено, что аксоны покрыты электроизолирующей миелиновой оболочкой, толщина которой коррелирует со скоростью распространения импульсов. В ходе недавних экспериментов, проведенных американскими учеными, было показано, что образование миелиновой оболочки аксонов генетически детерминировано[2]. С позиций когнитивно-информационного подхода ментальные события рассматривают в их тесной связи с нейрофизиологическими, «не только как проявления электрической и химической активности нейронов, их сложного взаимодействия, но и как результат восприятия, структурирования и обработки человеческим мозгом когнитивной информации»[3]. Согласно этим моделям, мышление, память, сознание являются не свойствами отдельных элементов мозга, а возникают как эмерджентное свойство нейронных сетей[4]. Плодотворными являются методы, сочетающие в себе использование возможностей электроэнцефалографии, позитронно-эмиссионной томографии, однофотонно-эмиссионной томографии и функциональной магниторезонансной томографии[5]. Для раскрытия физиологической сущности мозговой нейродинамики исследователи используют возможности различных инвазивных и неинвазивных техник. Использование этих методов дает воз-

---

[1] Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л. Психогенетика. — М., 2003. — С. 282.

[2] Thompson P.M., Chiang M.-C., Shattuck D.W. et al. Genetics of brain fiber architecture and intellectual performance // Journal of Neuroscience. — 2009, V. 29, № 7. — P. 2212.

[3] Меркулов И.П. Когнитивная эволюция. — М., 1999. — С. 43.

[4] См.: Artigiani R. SocietalComputation and the Emergence of Mind // Evolution and Cognition. — 1996, V. 2, № 1.

[5] Бехтерева Н.П. Магия мозга и лабиринты жизни. — М.-СПб., 2007. — С. 208; Hüsing B., Jäncke L., Tag B. Impact assessment of neuroimaging. — Zürich, 2006. — P. 21–50.

можность на компьютерном мониторе наблюдать за активностью определенных зон мозга при выполнении испытуемым той или иной когнитивной задачи. Данное направление является перспективным, поскольку позволяет не только эмпирически изучать отдельные способы функционирования познавательной системы, но и дает возможность «с новых позиций взглянуть на биологическую эволюцию человека, на взаимоотношение генов, мышления и культуры, анализировать культуру как особого рода информационную систему, включающую в себя знания, верования и т.д.»[1]. Возможно, новая аппаратура, новые методики и компьютерные технологии, визуализирующие нервные процессы, определенным образом изменят восприятие человеческого разума и в целом понимание человека. В настоящее время различные человеческие эмоции, процессы принятия решений и различные поступки нередко рассматриваются, по словам Нобелевского лауреата Ф.Крика, как корреляты поведения огромной массы нервных клеток и соответствующих молекул[2]. Причем, на этом основании представляется возможным формулирование неких выводов, например, о личности испытуемого. Насколько это правомерно — покажет будущее.

В последние десятилетия, благодаря прорыву в области разработки методов объективного исследования активности мозга, существенно продвинулись работы в области изучения особой части человеческого мозга — лобных долей, которые медицина продолжительное время считала «бездействующими». Как отмечает специалист в области клинической нейропсихологии Э.Голдберг, «подобно функциям главного управляющего, функции лобных долей не поддаются простому определению. Они не заняты какой-то одной легко обозначаемой функцией. Пациент с заболеванием лобных долей сохранит способность двигаться, использовать язык, распознавать объекты и даже запоминать информацию. Но подобно армии без командира, с потерей лобных долей познавательная деятельность дезинтегрируется и, в итоге, распадается. В русском языке есть выражение «без царя в голове». Это выражение могло бы быть специально придумано для описания того, как повреждение лобных долей воздействует на поведение»[3]. Исследования показывают, что лобные доли играют решающую роль в осознанном поведении человека (постановка задачи, цели, разработка плана и поиск средств для ее достижения).

---

[1] Меркулов И.П. Когнитивная эволюция. — М., 1999. — С. 44.

[2] Crick F. Was die Seele wirklich ist. Die naturwissenschaftliche Erforschung des Bewusstseins. — München, 1994. — S. 10.

[3] Голдберг Э. Управляющий мозг: лобные доли, лидерство и цивилизация. — М., 2003. — С. 46–47.

В заключение отметим, что современная нейронаука непрерывно обогащается новыми, все более поражающими воображение фактами, ее развитие позволяет людям открывать новые пути самопознания.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ЖИЗНИ КАК КОСМИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ: СТИХИЙНОЕ ЛИБО ЗАКОНОМЕРНОЕ?

Гринченко С.Н.

Вопрос, вынесенный в заголовок данной публикации, тесно связан с другим вопросом, а именно: «Может ли быть определён момент возникновения жизни как таковой, и если “да” — то по каким признакам?» На этот последний вопрос утвердительно отвечают многие, но по-разному. Например, Ф.Крик пишет: «Почти все современные теории и экспериментальные исследования по происхождению жизни за исходную точку принимают синтез либо нуклеиновой кислоты, либо белка, или же того и другого вместе»[1]. В свою очередь, Н.Н.Моисеев, характеризуя «жизнь» как «первопонятие», отмечает: «Я исхожу из предположения о том, что жизнь возникла в процессе эволюции Универсума. Такая точка зрения далеко не единственная: например, Сванте Аррениус и многие его последователи считали, что жизнь во Вселенной существует вечно»[2]. Отрицательный ответ также дают многие. Так, по мнению В.И. Вернадского, «начала жизни, т.е. начала биологического времени, мы не знаем и нигде указаний на его существование не видим»[3]. П.Тейар де Шарден указывает, что «в природе нет рубежа, отмечающего начало жизни»[4].

Таким образом, мнения специалистов — и естественников, и философов — разделились. Это даёт возможность продолжить дискуссию, взглянув на данную проблему в новом ракурсе: а именно, расширив рамки потенциального ареала анализируемого явления от единственной непосредственно доступной нам для изучения «колыбели жизни» — нашей планеты Земля, — до масштаба Космоса, с

---

[1] Крик Ф. Жизнь как она есть: её зарождение и сущность. — М.: Институт компьютерных исследований, 2002. — С. 38.

[2] Моисеев Н.Н. Универсум. Информация. Общество. — М.: Устойчивый мир, 2001. — С. 43.

[3] Вернадский В.И. Размышления натуралиста. Кн. 1. Пространство и время в неживой и живой природе. — М: Наука, 1975. — С. 27.

[4] Тейяр де Шарден П. Феномен человека. — М.: Наука, 1987. — С. 71.

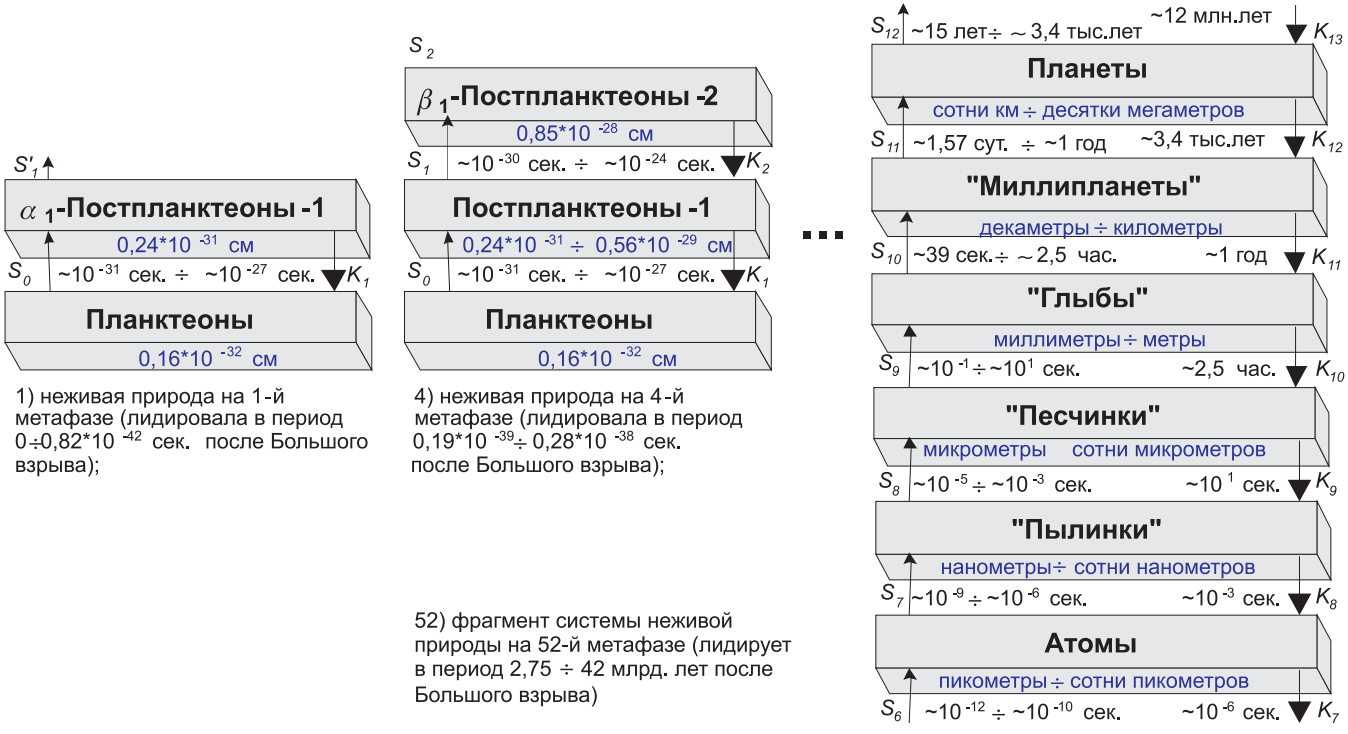
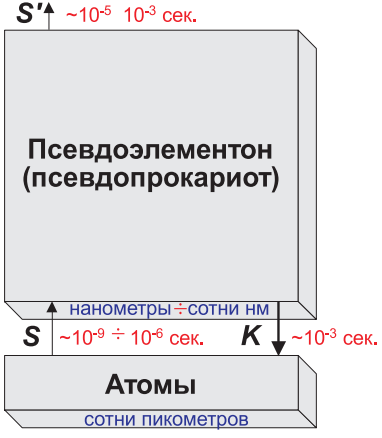
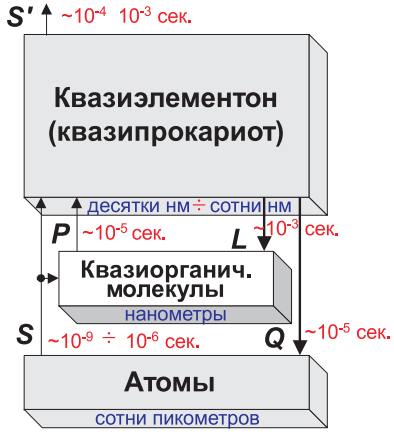


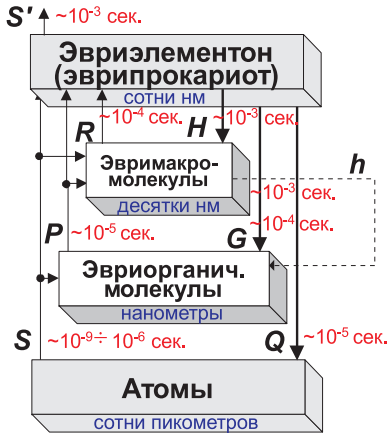
Рис. 1. Иерархические оптимизационные схемы неживой природы (примеры).



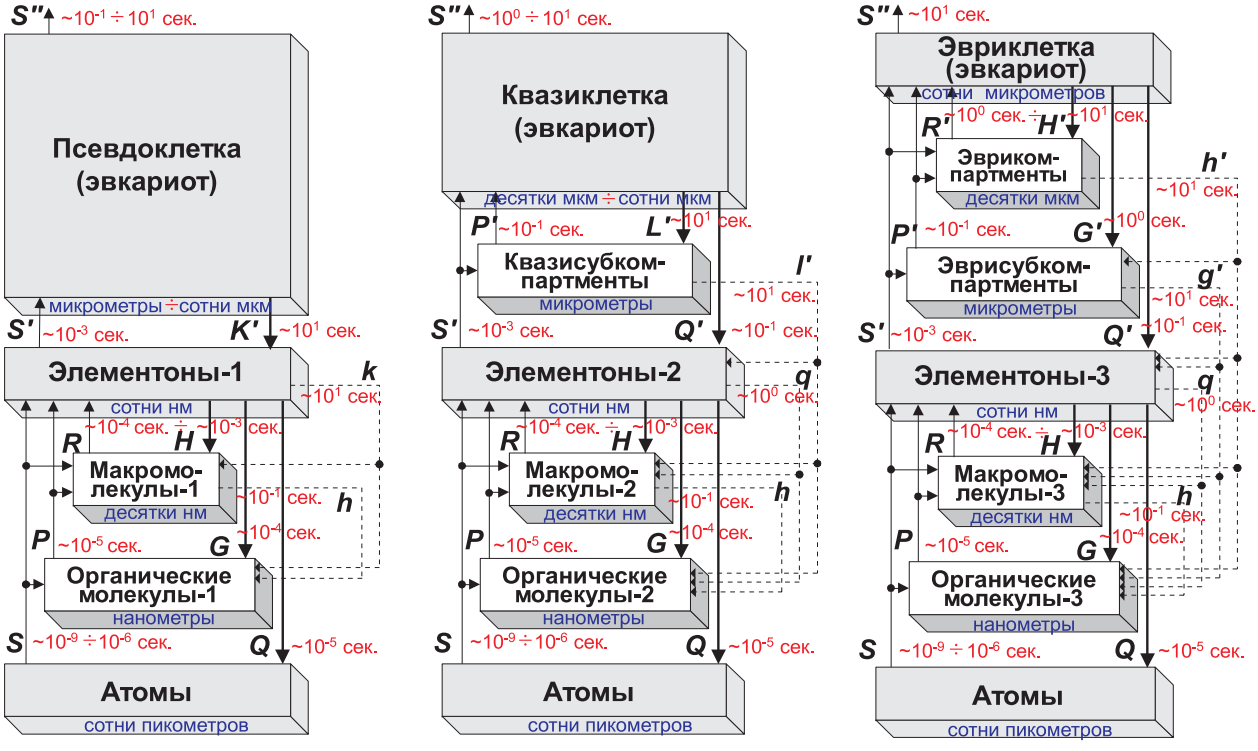
1) метафаза-1(α_1, псевдо-супраконтур)



2) метафаза-2(α_2, квази-супраконтур)



3) метафаза-3(α_3, эври-супраконтур)



4) метафаза-4 (β_1, супрасистема-псевдо/1) 5) метафаза-5 (β_2, супрасистема-квази/2) 6) метафаза-6 (β_3, супрасистема-эври/3)

Рис. 2. Иерархические оптимизационные схемы живой природы (примеры).

тем, чтобы далее сужать эти рамки по мере конкретизации признаков, определяющих явление «жизни».

Как представляется, этому предложению удовлетворяет подход, базирующийся на рассмотрении Мироздания (Универсума, Космоса, Природы etc.) как *самоуправляющейся системы*[1]. С позиций этого подхода *приспособительное поведение* природных систем реализуется посредством соответствующих системных информатико-кибернетических механизмов *адаптивной поисковой оптимизации* (в их иерархическом варианте), ранее предложенных и развитых в технической кибернетике. Схемы первичных этапов возникновения природных систем, отражающие эти иерархические механизмы, приведены на рисунках. Активность S_i представителей иерархических ярусов показана на них восходящими стрелками (имеющими структуру «многие — к одному»), целевые критерии K_i, L_i, Q_i, G_i, H_i поисковой оптимизации энергетического характера — нисходящими полужирными стрелками (имеющими структуру «один — ко многим»). Важность в процессе возникновения и развития жизни именно энергетики иллюстрирует тот факт, что отвечающая за преобразование света в химическую энергию молекула АТФ «представляется молекулой номер один на пути биогенеза»[2]. На схемах также приведены характерные (расчётные в рамках предлагаемой концепции) размеры их компонентов и характерные времена их приспособительного поведения (подробности — в [5]).

Наиболее простой вид имеют схемы иерархии *неживой* природы (рис. 1). Более сложно выглядят схемы иерархий *живой* природы, имеющие, во-первых, более детальную структуру иерархических ярусов, составляющих систему, и, во-вторых, межъярусную ***системную память*** — память структур, вложенных в рассматриваемую, о её прошлом приспособительном поведении (показана нисходящими штриховыми стрелками, имеющими структуру «один — ко многим») — см. рис. 2. Именно наличием межъярусной системной памяти живая природа принципиально отличается от неживой. При этом преемственность систем неживой и живой природы легко прослеживается на схемах, что и свидетельствует в пользу ***закономерности*** возникновения в системе неживой природы отдельных зон со свойствами живого.

---

[1] 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/

[2] Галимов Э.М. Феномен жизни: между равновесием и устойчивостью. Происхождение и принципы эволюции. — М.: Едиториал УРСС, 2001. — С. 93.

Относительно же ***момента возникновения жизни***: с позиций предлагаемого представления о Мироздании данное понятие следует уточнить, отделив его *потенциальную* возможность от *конкретной* реализации. То есть в рамках информатико-кибернетического подхода предполагается, что жизнь, являясь имманентной составляющей Природы, ***не может возникать*** *как космическое* ***явление*** (поскольку в этой своей ипостаси — *в потенции* — она *уже* существует с момента возникновения Универсума), и при этом она ***может реализоваться*** *— в ходе развития неживого — как* ***проявление*** этого явления в той или иной конкретной зоне Космоса. Для этого такая зона должна лишь обладать подходящими физико-химическими условиями протекания соответствующих процессов и устойчивости во времени их результатов: наличием необходимых ингредиентов для молекулярного синтеза, катализаторов, субстрата, а также допустимых температур, давлений, приемлемого радиационного фона и т.п.

ПОСТКЛАССИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ НОРМЫ И СОВРЕМЕННАЯ ФИЛОСОФИЯ МЕДИЦИНЫ

Калинин Э.Ю.

Позиция постклассического рационализма позволяет сохранить принцип объективности и остаться в пределах науки, благодаря переходу от классической дуальной схемы: субъект—объект, рациональное—иррациональное, сознание—бессознательное — к постклассической триадной схеме: субъект—предмет—объект, рациональное—нерациональное—иррациональное, бессознательное—нерефлексивное сознание—рефлексивное сознание.

В отличие от природных объектов все технические системы в широком смысле (целесообразные) имеют явную внутреннюю цель как детерминант своего поведения, извне привнесенную их создателями. Реализация идеальной цели допускается природными процессами благодаря существованию многозначных, вероятностных связей; целого спектра возможных реализаций той или иной процессуальной действительности. Эта реализация достигается с помощью процесса управления тем или иным природным процессом в искусственно созданных условиях и предметах.

При этом в процессе управления благодаря наличию положительных и отрицательных обратных связей реализуются из всего множества возможных следствий именно то, которое является зап-

ланированной целью. Эта цель является оптимумом в обобщенном пространстве возможных динамических траекторий с точки зрения заданного извне целевого критерия. Сам процесс реализации этой цели в этом смысле можно назвать процессом оптимизации.

Специфика связи в технических системах заключается в её двойственности. Эта связь одновременно и природная (материальная), т.е. имеет энергетические, энтропийные и другие природные характеристики и информационная (идеальная), т.е. несёт смысл. Это потому, что и управление также реализуется как природный (материальный) и как целевой (идеальный) процесс. А информация, как характеристика обратной связи, и выражает обратную идеальную связь, т.е. способ воздействия на идеальную цель.

Ключевое понятие, образующее новый тип детерминации в социальных системах — это **ценности**. Они образуют мир объективных социальных значений, которые являются не природными, но объективными детерминантами жизни и поведения как отдельного человека, так и групп людей.

Перейдем к основным типам научных дисциплин. Выделим три основных типа опытных наук (дисциплин): 1) естественные, 2) технические, 3) социогуманитарные. Эти основные типы выделяются по объекту изучения и по характеру идеальной предметности. Типы объектов: 1) природа, 2) техника (технология), 3) общество (человек). Этим типам объектов соответствуют типы идеальной предметности: 1) объектные значения — для естественных наук; 2) субъектные (объективно-идеальные) ценности — для общественных наук и смыслы — для гуманитарных наук; 3) предметные цели и программы — для технических наук. При развитии внутринаучной методологической рефлексии выяснилось, что можно говорить о трех основных типах методологии: I) 1) Дескриптивной (описывающей) — Д; II) прескриптивной (предписывающей): 2) Нормативной (Н) или оптимизирующей (целеподобной) и 3) Конструктивной (К) — целесообразной. В любой технической теории обязательно существует дескриптивный слой и нормативный или конструктивный слой теоретических объектов.

Нам представляется, что переход от классической науки к постклассической знаменуется не последовательными этапами развития научных дисциплин, а взаимным проникновением альтернативных методологий и онтологий в тело каждого из типов наук. В частности для естествознания — это конструктивизация и гуманизация предмета и метода; для технознания — натурализация и гуманизация и для обществознания — это конструктивизация и натурализация.

Переход к постклассической науке сопровождается появлением нового типа интегративно-абстрактных наук (например, системно-

кибернетического класса). Идеализированная предметность этого типа единым образом описывает все три традиционных типа объектов: природу, общество, технику, при этом ключевой детерминацией для онтологии этого класса наук является целевая. Кроме того, образуются интегративно-комплексные дисциплины вокруг той или иной общественной проблемы (например, защита окружающей среды или борьба с болезнями и охрана здоровья). В частности, на любом этапе развития медицины не удается натурализовать ее объект и лишить значения ее основных понятий (скажем, нормы и патологии) социально-оценочных корреляций.

Если обратиться к понятию управления как базовому для всех технических в широком смысле наук (в том числе и медицины), то здесь выясняется, что за внешним абстрактным понятием управления скрывается реальная множественность видов управления и соответствующих понятий, которая отнюдь не содержится в исходной абстракции. Самая простая иерархия понятий выглядит следующим образом: 1) равновесие, устойчивость, 2) авторегулирование, 3) управление 4) деятельность. Как следует характеризовать процесс управления?

Гомеостатические процессы саморегулирования наблюдаются во всех системах управления. С другой стороны, в объектах, не относящихся к классу систем управления, таких процессов не наблюдается. Следовательно, гомеостазис — это качественная грань, выделяющая процесс управления среди всех других процессов материального мира.

1. Самое общее понимание нормы в философско-содержательном или абстрактно-логическом смысле: норма как мера. В философском смысле (восходящем к Гегелю и марксизму) мера определяет границы сохранения качества при изменении количества. В частности, в медицине норма как определение границы сохранения здоровья.

2. Норма — как оптимум или управление. При такой концепции норма уже не выступает как универсальное понятие — философская категория, но при расширительном понимании оптимума предполагается, что ее можно применять от физики до религиоведения.

2.1. При расширительном понятии управления как устойчивости норма понимается как граница устойчивости, что в случае формализации предметности той или иной дисциплины: от химии и биологии до экологии и медицины получает свое концептуальное оправдание.

2.2. При понятии управления как саморегулирования (гомеостаза для органических или квазиорганических систем) норма отождествляется с гомеостазом как с границами сохранения жизнедеятельности организма. При этом норма уже не является оптимумом, т.к. лю-

бое сохранение можно считать в широком смысле гомеостазом, тогда норма это границы сохранения жизнедеятельности (здоровья).

3. Норма как ценностно-целевая структура регуляции деятельности и общения сознательного человека.

Для того, чтобы была возможна единая иерархия внутренних детерминаций поведения человека, должен существовать перевод искусственного социального механизма в природный психологический, то есть **вторичная натурализация**. Чтобы возник социальный стереотип (вторичный психофизический динамический стереотип) у индивида в обществе (социальной группе), существуют специальные механизмы ритуализации, которые с помощью символизации искусственной социальной действительности придают неприродным сущностям образно-психологические характеристики и закрепляют их связь. В результате ритуала образуется духовное (психофизическая детерминация на бессознательном и нерефлексивном сознательном уровнях) и социальное нормирование.

После рождения человек формируется в процессе первичной социализации. С обретением некоего уровня психосоматической зрелости он, кроме этого, обретает и социальный статус взрослого. После этого дальнейший процесс социализации можно назвать вторичной. Будем считать, что результат социализации как следование определенным социальным нормам.

Исходя из того, что стереотипизация суть нормирования, ближайшим функциональным аналогом социо-культурных норм являются видовые стереотипы поведения животных. Понятие социокультурного стереотипа выражает устойчивость, повторяемость модели деятельности, и в этом смысле любая социо-культурная норма в своей основе является стереотипом. Однако в ней содержится еще и регулятивная интенция. Она обусловливает наличие в ней признака императивности. Нельзя считать вербализованность нормы необходимым условием ее существования в качестве императивного стереотипа деятельности. Императивность нормы не следует понимать не как фиксацию в норме сознательного общественного волеизъявления, предписывающего индивиду линию поведения и рассчитанного на его сознательный учет и реализацию, а как наличие механизмов манипуляции человеком, они формируют в индивиде заключенную в норме стереотипную модель деятельности (шире бытия), и воспроизводится в направленности, способах организации, формах осуществления и результатах их экстериорной (поведенческой) и интериорной (психической, духовной) активности.

Назовем отклонение от нормы **девиацией**. Но, в отличие от стандартной концепции зафиксируем проблему данности социальной нормы субъекту познания. Если для классической рациональности норма существует до и независимо от процесса познания, то с по-

зиций постклассической рациональности норма задается вместе с фиксацией процедур познания. При этом её инвариантность имеет два аспекта: 1) социально-статистический — норма как среднее, и эволюционно-динамический — как мера трансформации 2) когнитивный — норма как инвариант относительно познавательных процедур. Тогда обнаруживается, что природа девиации не только социально-онтологическая, но и эпистемическая, т.е. отклонение от нормы как и её существование на фоне девиации предполагает два вида устойчивости: социальный и когнитивный.

Можно зафиксировать два типа девиации: 1) восходящую к природным факторам отклонение от среднего (начиная от флуктуаций физических полей и параметров биохимических реакций до генных мутаций и изменений экологических характеристик), 2) восходящую к неприродным характеристикам бытия человека (разум, сознание, дух, свобода и т.д.). Любая интерпретация девиации сводится к некоторой комбинации, сплаву или системе этих двух видов, либо к признанию доминирования одной из двух. Однако ситуация представляется ещё более сложной. Когда в определении девиации вводится характеристика сознательного уклонения от нормы, то практически всегда не различается рефлексивное и интенциональное сознание. Изучение социальной нормы позволяет выявить ее в общем случае четырехуровневый характер: 1) натуральный (природный); 2) бессознательный, 3) нерефлексивное и 4) рефлексивное сознание.

В рамках постклассической триадной логики надо перейти от пары «норма — анормальность» к триаде «норма — аномальность — анормальность», где отклонение от биологической и/или психологической нормы не означает автоматически болезни (ненормальности), но только сильное отклонение от нормы, ведущее к разрушению основного качества — жизнедеятельности, которое получает негативную профессиональную оценку, санкционированную социально, надо назвать анормальностью, или патологией.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и соблюдения или нарушения социальных норм поведение можно разделить на: 1) конформистское, которое делится на а) адаптивное (конформистское в узком смысле) и б) аддиктивное (зависимое) и 2) нонконформисткое (в широком смысле), которое в свою очередь подразделяется на в) аутсайдерское (минималистское) и г) бунтарское (максималистское). Последнее в свою очередь можно разделить на креативное (конструктивное) и д) экстремистское (деструктивное). В зависимости от способов и степени нарушения социальных и психологических норм девиантное поведение разделяется на пять типов: делинквентное, аддиктивное, психопатологическое и на базе гиперспособностей.

С точки зрения социологии только делинквентное поведение (от лат. delinqueiis — совершающий проступок) является асоциальным, т.е. нарушает санкционированные государством нормы. Собственно девиантное же, (что в психологии не обязательно является патологией) не является социально опасным. Девиантное поведение лишь особая форма самореализации, а не обязательно патология.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ СХЕМА КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Карпин В.А.

Тщательный анализ современного состояния теоретических исследований в области общей патологии человека позволяет выявить целый ряд нерешенных проблем, а подчас и противоречивых мнений по важнейшим понятиям этиологии, патогенеза и сущности болезни. Поэтому чрезвычайно актуальным представляется поиск методологических оснований, которые могли бы явиться теоретической предпосылкой для разработки положений, объединяющих разрозненные общепатологические подходы в единую теоретическую конструкцию. Наша многолетняя работа в этом направлении показала, что решить эту проблему в рамках одной медицинской науки не представляется возможным; необходим выход на метамедицинский уровень. Поднимаясь шаг за шагом, сначала к биологической, затем к общенаучной картине мира, мы пришли к выводу о необходимости философского осмысления изучаемой проблемы.

В историческом развитии различных отраслей науки сформировалось несколько методов построения научной теории (например, описательный, гипотетико-дедуктивный, аксиоматический), которые еще не осмыслены в полном объеме применительно к теоретической медицине.

Истинность и эффективность любой научной теории в конечном счете зависят от положений, составляющих ее основание, а также от метода ее построения. По мнению академика В.С.Стёпина, включение научного знания в культуру всегда предполагает его философское обоснование. Оно осуществляется посредством *философских принципов*, которые обосновывают постулаты науки. Формирование философских оснований науки осуществляется путем отбора и последующей адаптации идей, выработанных в философском анализе, к потребностям определенной области научного по-

знания[1]. На наш взгляд, теоретическое знание в медико-биологических науках, в том числе в теории патологии, должно основываться на фундаментальных философско-методологических принципах и основаниях как теоретических предпосылках любых общепатологических конструкций.

Анализ современных научно-исследовательских программ не выявил единства мнений в системах взглядов, образующих философию науки как один из важнейших разделов современной философии, в частности, в вопросах, касающихся оснований науки, стратегии научного исследования и т.д. Наиболее оптимальной, с нашей точки зрения, представляется концепция *универсального эволюционизма*, выделившая и объединившая в единое целое фундаментальные философские принципы эволюционизма и системности как методологические основания теоретического познания.

Проведя философско-методологический анализ эволюционного процесса, мы вывели несколько фундаментальных принципов, которые могут служить методологическими основаниями теоретических исследований в области общей патологии человека — принцип причинности, принцип системности и принцип общих оснований (выведенный из материального единства мира). С точки зрения теории патологии мы положили методологический принцип причинности в основание теоретического исследования этиологии, принцип системности — в основание методологического анализа развития патологического процесса, а методологический принцип общих оснований — в основание теоретического исследования сущности болезни, объединив их в *систему методологических принципов*.

Человеческий организм как биологическая система представляет собой интегральный комплекс механизмов, имманентно детерминированных на реализацию *приспособительных процессов*, конечной целью которых является обеспечение как самосохранения живых организмов, так и их эволюционного развития.

Мы рассматриваем в качестве элемента целостной сложноорганизованной биосистемы не клетку, орган или систему органов, а *ткань*, в которой клетка служит элементом ткани как подсистемы более высокого уровня.

Теоретическая конструкция не может быть простой совокупностью разрозненных элементов; они должны образовывать целостную систему, где одни положения теории закономерно выводятся из других. Каждое вновь вводимое положение должно согласовываться с предыдущими и не должно приводить к появлению в системе новых утверждений, несовместимых с ранее определенными. В основании теории должна лежать взаимосвязанная структура основ-

[1] Степин В.С. Теоретическое знание. — М., 2000.

ных положений, которую В.С.Степин назвал фундаментальной *теоретической схемой.* Развертывание теории осуществляется путем дедуктивного выведения из ее основных *постулатов* последующих положений. Данный метод построения научной теории обнаруживает определенную организацию теоретического знания в виде высказываний, организованных как сложная система, включающая несколько иерархических, относительно самостоятельных подуровней (этажей), где элементы подсистемы каждого уровня взаимосвязаны с выведением высшего уровня из низшего. Теоретическая схема представляет собой «внутренний скелет» теоретического знания, определяющий как содержательную специфику теории, так и процедуру ее развертывания. По мнению В.С.Степина, *построение теоретических схем является фундаментальной проблемой развития научного знания.*

Основываясь на этой методологии, мы построили общую теоретическую схему хронического патологического процесса.

Методологическим основанием схемы послужила система выделенных нами и обоснованных философско-методологических принципов, которые являются *теоретической предпосылкой*, фундаментом ее построения, но сами в структуру теории не входят.

В качестве исходных положений предлагаемой теоретической схемы мы взяли следующие *постулаты*:

1. Элементом сложной саморазвивающейся биологической системы является ткань.

2. Главным проявлением жизнедеятельности биологической системы является приспособление к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

Разработанная нами система методологических принципов (I уровень) служит теоретической предпосылкой, методологическим основанием для создания *фундаментальных положений* теории патологического процесса применительно к внутренним болезням (II уровень):

- внутренние болезни есть проявление нарушений (отклонений) тканевого гомеостаза;
- универсальной причиной внутренних болезней является повреждение тканей;
- в основе как физиологической, так и патологической регенерации тканей лежат общие биологические процессы.

Эти фундаментальные положения, в свою очередь, являются основой для выведения общетеоретических закономерностей возникновения, развития и сущности патологического процесса при хронических заболеваниях внутренних органов (III уровень):

- материальной основой хронического патологического процесса при внутренних болезнях является перманентная дисрегенерация тканей;

- тканевая дисрегенерация поддерживается персистенцией повреждающего причинного фактора;
- хронический патологический процесс является вариантом приспособительной регенерации тканей.

Таким образом, рациональное применение системы принципов в качестве методологических оснований при конструировании общей теоретической схемы патологического процесса позволяет последовательно вывести логическую цепь последующих положений, раскрывающих интимные механизмы возникновения, развития и сущность хронических заболеваний внутренних органов.

МЕДИЦИНА В СВЕТЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗДРОБЛЕННОСТИ РАЦИОНАЛЬНОСТИ

Кошлаков Д.М.

Под воздействием новоевропейских тенденций в культуре происходит сведение различных форм деятельности к деятельности познавательной, а то и более узко — к научной. Соответственно этому происходит попытка осуществления трансляции практического опыта в формах научного знания. С другой стороны, можно указать на некоторую методологическую ошибочность данного «смещения»: уже у древних греков было различение *техне* и *гнозиса*, одной из форм которого является наука, и в отличие от гнозиса, который бесконечен, техне в существенной мере ориентировано на конечный результат. Лечебная деятельность — не столько познавательная, сколько техне, ибо она ориентирована на достижение некоторого нового состояния, в общем случае допускающего и не полное понимание механизма этого достижения. Более того, сегодня уже нельзя свести техне к технике в узко понимаемом смысле слова, ибо можно говорить о технике биологического (биотехнологии в широком смысле, включая и сельское хозяйство, ветеринарию, медицину, лесоводство), психического (психотерапия, психотехника, педагогика; интеллектуальные техники и технологии как вычисление, методы исследования, изобретение, сочинение стихов, инженерия знаний и т.п.) и даже духовного (аскетика) и социального (социальные и политические технологии)[1]. В конечном счете, все это ставит вопрос о месте и роли медицины и ее рационально-

[1] Чебанов С.В. Петербург. Россия. Социум. — Вильнюс: AB VLANI, 2004. — Т. 3. — С. 325–326, 632–636.

сти, формирующей особый тип реальности («медицинскую реальность») в современной культуре.

Культура вообще и медицинская культура в частности рождается из экзистенциального осознания человеком своей смертности и фундаментальной неопределённости после смерти. Медицина нацелена на реализацию возможности по восстановлению здоровья человека посредством особых техник и технологий, самым древним из которых человек учился у природы. Последующее развитие медицины формирует совокупность эмпирических лечебных приёмов, сформированных из всей совокупности синкретичных знаний о мире, что и использовали родоплеменные вожди, шаманы и др. В земледельческих цивилизациях Египта, Индии, Китая на основе определённой культурной традиции складываются религиозно-философские системы, составной частью которых являлись лечебные технологии. Их использование было монополизировано жречеством в рамках храмовой медицины и постепенно трансформировалось в особую профессию, закрепившись в политеизме через выделение особых богов врачевания (Брахма, Гула, Тот, Асклепий). Переход к храмовой медицине происходит во всех аграрных цивилизациях как закономерный процесс, который продиктован усложнением всей системы социокультурных коммуникаций, накоплением опыта, развитием процесса его трансляции, потребностью перехода от непрофессионального целительства (эмпирического, технического) на уровень теоретически опосредованного (технологического) врачевания[1]. Развитие медицины как технологии, рациональной деятельности, основанной на научном знании, шло параллельно со средневековым отождествлением болезни и божественного наказания. Постепенно происходит все более глубокая институционализация медицины (формирование медицинских факультетов в университетах, развитие монастырской медицины, госпиталей, аптек).

Затем поворот эпохи Возрождения приводит к дифференциации научного знания, формированию естественных наук, что отстраняет медицину от религии и церкви, способствуя ее развитию в рамках естественнонаучной парадигмы и сепарации медицины на теоретическую и клиническую. Первая, будучи наукой, основывалась на принципах естествознания, а вторая стала трактоваться как «искусство врачевания болезней». Становление естественнонаучной медицины является частью общего процесса трансформации традиционной культуры в индустриальную. Формирующаяся при этом клиническая методология вместо описательной (говоря теоретическим языком, номотетическая вместо идиографической) способствовала созданию современной классификации болезней и подходов к

[1] Чернышова И.В. Медицина в социокультурной динамике общества : автореф. ... канд. филос. наук. — Волгоград, 2007. — С. 18–19.

лечению. Медицина становится естественнонаучным знанием об индивиде, организм которого редуцируется до механизма, что воспроизводит мировоззренческую парадигму промышленной и модернистской эпохи (человек как машина, его тело как придаток к процессу индустриального производства и модернизации). Этот технократизм имеет свои достоинства и недостатки. Аналитическая медицина преодолела многие медико-социальные пороки традиционных обществ (инфекционные заболевания, низкий уровень личной, общественной, трудовой гигиены, культуры питания, жилища, образа жизни и т.п.), ввела в обиход профилактику и диспансеризацию, сформировав медицинскую культуру нового уровня. Правда, достигнуто это ценою значительного разрыва между технократической и ценностной компонентами медицины (а также раздробленности ее рациональности на истину, добро и красоту). Усиление первой приобретает невиданные темпы и размах, что превратило медицину в фактор техногенного развития цивилизации, купленного ценой отрыва от гуманистических оснований, для преодоления которого все более востребованным оказывается становление единства рациональности, в т.ч. и в медицине. Это продиктовано и тем, что ухудшение психологического состояния современной техногенной цивилизации, выявление психогенного механизма соматических болезней, зависимость терапевтических эффектов от личностных факторов требует более широкого медицинского подхода, для чего необходимо расширение теоретического базиса медицины, ее интеграция с пластом гуманитарных знаний. В основе здравоохранения должна лежать интегральная медицинская доктрина с целью обеспечения перехода от принципов «лечения болезней» к «социально-конструктивной» парадигме, связанной с созиданием самого здоровья, что хорошо соответствует идее «холистической медицины»[1].

С точки зрения проблемы рациональности и характерного для медицины восприятия реальности, если бы медицина относилась только к научному познанию, то в ее основании должен был бы лежать *рассудок*, который, как известно, связан с поиском *истины*. Однако это не вполне так, и гораздо логичнее сказать, что медицина — это форма техне, т.е. в одном смысле искусство, а в другом — особая техника и технология. Хотя в данном контексте техника не должна пониматься редуцированным образом, тем более что, будучи ориентированной на практическую деятельность в интересах человека, она необходимо порождает комплекс вопросов, выходящих за рамки техники и глубоко связанных с философией. К числу таких вопросов в медицине относят фундаментальные понятия о

[1] Чернышова И.В. Указ. соч. — С. 21–25.

человеке, жизни и смерти, здоровье и болезни, врачевании и исцелении, вопросы врачебной этики. Это, в свою очередь, показывает, что в основаниях медицины, не оторванной от этических проблем и гуманистических ценностей, лежит *разум*, который по определению стремится к *единству истины, добра и красоты*, соотносит знание с этикой и эстетикой.

В каком-то смысле современная медицина находится в одном из фокусов пересечения трех пластов знания: естественнонаучного, социогуманитарного и технико-технологического; предстает в единстве науки и практической деятельности. Все это говорит о некоторой раздробленности рациональности медицины, в то время как в условиях постнеклассики имеет место тенденция к преодолению этой раздробленности. Раздробленность истины, добра и красоты, являющаяся одним из негативных проявлений эпохи модерна, должна быть снята, для чего не должно быть однобокого (гностического, научного, естественнонаучного и т.п.) понимания медицины и ее оторванности от проблем добра и красоты, тем более что она изначально имеет свою миссию и ориентирована на человека.

ТЕОРИЯ «ЭМЕРДЖЕНТНОЙ ЭВОЛЮЦИИ» К.ПОППЕРА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ

Мамедов А.А.

«Эмерджентная эволюция» (англ. *emergent* — внезапно возникающий, от лат. *emergo* — появляюсь, возникаю) — это философская концепция, трактующая эволюционный процесс как скачкообразное возникновение качественно новых уровней существования. У истоков этой теории стояли К.Морган, С.Александер и др., которые причину возникновения новых качеств видели в некоем нематериальном творческом начале, т.е. в Боге. Различая два типа изменений (количественные — «результанты» («resultants»), определяемые априорно, и качественные — «эмерджeнты» («emergents»), обусловленные нематериальными изменениями), эти мыслители полагали, что эволюционный процесс в целом носит «эмерджентный», т.е. скачкообразный, непредсказуемый характер.

Совершенно другое понимание «эмерджентизма» мы встречаем у К.Поппера. Поппер подвергает суровой критике ключевое положение традиционной эпистемологии, заключающееся в том, что познавательный процесс начинается с наблюдений, а затем переходит к гипотезам и теориям. Поппер же исходит из того, что прежде

чем наблюдать, нужно иметь определенную проблему, задачу. Очевидно, речь идет не о пассивном, а целенаправленном наблюдении.

Таким образом, по убеждению Поппера, наука начинается с проблемы. Эта базисная установка, определенная Поппером для научного наблюдения, распространяется им на весь познавательный процесс. Четырехступенчатая схема данного процесса, предложенная Поппером, выглядит следующим образом:

$$\mathbf{P1 \rightarrow TT \rightarrow EE \rightarrow P2}$$

Мы начинаем с проблемы (P1), затем предлагаем пробные теории для решения проблемы (TT), далее путем критического устранения ошибок (EE) приходим к новой проблемной ситуации (P2).

Данная схема распространяется и на биологический организм — так как все организмы, по Попперу, занимаются решением проблем. Здесь не последнюю роль играет естественный отбор — на ранних этапах эволюции, те живые организмы, которые не решали проблемы, перестали существовать, и, должно быть, все существующие ныне организмы занимаются решением тех или иных проблем.[1]

Любой индивидуальный организм для решения той или иной задачи, будь то локальной или глобальной, предпринимает пробные шаги, которые можно назвать поведенческими испытаниями. Действительно, действия амебы, выпускающей псевдоподобии для решения важных жизненных проблем, можно назвать пробными испытаниями. Это своего рода «экспериментальные модели», с помощью которых амеба выстраивает свои отношения с окружающим миром. «Страстный, но вынужденный приверженец дарвинизма» подходит к проблеме выживания, борьбы за существование более широко, утверждая, что есть много проблем, которые никак не являются проблемами выживания. Безусловно, дерево, пускающее корни или распускающее листву, решает сугубо локальные проблемы, обусловленные наличием в земле камней и доступностью света. Организм может просто предпочесть определенную пищу, отсутствие которой можно рассматривать как проблему.

Однако Поппера в большей степени интересует т.н. передовой отряд пробного поведения, который представляет собой ключевой момент эволюционного процесса. Это пробное поведение со временем посредством ряда мутаций получает наследственное закрепление, и, таким образом, превращается в жизненно важный элемент для биологического организма. Любое изменение окружающей среды таит в себе опасность для получившего наследственное закрепление организма.

---

[1] Поппер К.Р. Знание и психофизическая проблема. — М., 2008. — С. 92.

Эти и другие обстоятельства, непредусмотренные основателем теории эволюции, подчеркивают расхождение с ним Поппера по некоторым ключевым вопросам. Борьба за существование как центральное понятие дарвиновской теории, превращается у Поппера в разновидность метода устранения ошибок — организм не только ведет борьбу за выживание в жестоких условиях среды, но и старается избегать тех видов поведения, которые по тем или иным причинам оказались безуспешными. Возникающие в результате метода устранения ошибок новые формы объясняются как пробные решения новых проблем, что составляет основу попперовской теории *эмерджентной эволюции*. Пробные решения создают новую ситуацию, новое проблемное поле. Здесь зависимость от старых проблем достаточно слаба, особенно если принять во внимание параллельное изменение других видов и условий окружающей среды.

Таким образом, теория *эмерджентной эволюции* возникновение нового в эволюционном процессе объясняет появлением новых проблем. Проблемы решаются на разных уровнях: индивидуум изобретает новые варианты поведения путем метода проб и устранения ошибок, вид или род создает новые варианты генетического материала.[1]

Поппер обращает внимание на то, что мутации сами по себе не всегда бывают успешными. Они успешны лишь в том случае, если закрепляют уже установившиеся варианты поведения. Эволюцией движет поведение, поведением — новые цели, новой целью — новые навыки, которые, в конечном итоге, приводят к анатомическим изменениям. Схематически это выглядит таким образом:

Эволюция → поведение → новые цели → новые навыки → анатомические изменения

Действительно, рыба, не желавшая погибнуть в высохшем водоеме, вынуждена была создать новую цель — переползти в другой водоем, но уже с водой. В результате у рыб появились ноги, и, соответственно, новые навыки, новые способы передвижения, которые, в конечном итоге, привели к анатомическим изменениям.

Возможно, теория эмерджентной эволюции Поппера в большей степени характеризует эволюцию низших животных, так как для человека — высшего животного, многие мутации могут обернуться летальным исходом. Чем сложнее организм, тем уже экологическая ниша, у примитивных же животных, наоборот, экологическая ниша практически безгранична, так как они могут выжить в экстремальных условиях окружающей среды. Поэтому, как мне думается, для высших организмов теория эмерджентной эволюции требует дора-

[1] Поппер К.Р. Знание и психофизическая проблема. — М., 2008. — С. 102.

ботки, тем более что мыслитель сам не уверен в правильности своей теории, но подчеркивает, что «она проверяема»[1].

Вместе с тем Поппер считает, что характерной особенностью эмерджентности является ее принципиальная непредсказуемость. Рост знания, как убежден философ, не может быть предсказуем средствами науки, ибо «тот, кто смог бы сегодня средствами науки предсказать завтрашние открытия, мог бы сегодня их и сделать, и это означало бы, что рост научного знания закончился»[2].

С середины 60-х гг. Поппер рассматривает дарвинизм как метафизическую исследовательскую программу, поскольку он, как убежден философ, является непроверяемой научной теорией. Однако это отнюдь не умоляет заслуг дарвиновской теории, которая, как и признает Поппер, может быть весьма ценной для науки[3].

«Теория эмерджентной эволюции» К.Поппера в силу актуальности поставленных в ней проблем привлекла внимание не только философов и биологов, но и представителей ряда других областей знания. Так, П.Бернайс считает, что возникновение нового в концепции Поппера носит случайный характер, иначе «большая часть эволюции остается без объяснения»[4]. Мишель Тер Харк подчеркивает решающее влияние школы Бюлера на кристаллизацию эволюционистских взглядов Поппера[5]. Но Поппер пошел дальше, значительно обогатил теорию Бюлера, показав, например, биологическую важность коммуникативной функции языка. Язык, по Попперу, сыграл очень важную роль в эволюции человека. Животное знание, как известно, по сути, является эндосоматическим, т.е. ограничено телесными рамками животного, и в этом смысле оно уникально, неповторимо и умирает вместе с животным. Человек же, в отличие от животного, имеет экзосоматическое знание — знание, которое можно выносить за пределы нашего тела, становится обсуждаемым, критически оцениваемым знанием, и закрепляется в мире объективного знания в форме книг, статей, афоризмов и т.д[6].

Еще одной отличительной характеристикой теории эмерджентной эволюции Поппера является то, что она применяется и к миру объективного знания: в борьбе между двумя конкурирующими теориями наиболее приспособленные выживают. «Колоссальное био-

---

[1] Там же. С. 111.

[2] Поппер К.Р. Объективное знание. Эволюционный подход. — М., 2002. — С. 283.

[3] Поппер К.Р. Дарвинизм как метафизическая исследовательская программа // Вопросы философии. — 1995, № 12. — С. 39–49.

[4] Пауль Бернайс. О рациональности // Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. Карл Поппер и его критики. — М., 2000. — С. 157.

[5] Michel Ter Hark. The Psychology of thinking, animal psychology, and the young Karl Popper // Journal of the history of the Behavioral Sciences. — 2004, Vol. 40(4). — P. 375.

[6] Поппер К.Р. Знание и психофизическая проблема. — М., 2008. — С. 63.

логическое значение этого факта заключается в том, что, в отличие от амебы, ошибочная теория которой устраняется вместе с ее носительницей, человек способен предоставить своим теориям умирать вместо себя»[1].

РЕГУЛИРОВАНИЕ ГОМЕОСТАЗА ЖИВЫХ СТРУКТУР: ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВОЛНОВЫХ ПРОЦЕССОВ

Маренный А.М., Маренный М.А., Вебб Н.В.

Проблема регулирования гомеостаза живых структур является ключевой научной проблемой медицины и биологических отраслей промышленности. Гомеостаз любого живого организма проявляется в виде непрерывных и взаимосвязанных колебаний всех биохимических и функциональных процессов[2]. Ритмические колебания внутренних процессов представляют собой фундаментальное свойство живых структур. Биоритмы являются неотъемлемой частью механизма регуляции жизненных функций, обеспечивающего адаптацию организма к изменяющимся условиям внешней среды. Для процессов гомеостаза живых организмов характерны также следующие свойства[3]: симметрия функциональных процессов, преобразование интенсивности входящих сигналов по логарифмическому закону, синхронизация гомеостаза с внешними волновыми процессами.

На протяжении всей эволюции биологические объекты подвергались постоянному воздействию волновых факторов внешней среды, что влияло на формирование гомеостаза. Основными видами внешних волновых воздействий являлись изменения освещенности, температуры, интенсивности магнитного и гравитационного полей. Согласованность частотных и фазовых параметров гомеостаза с волновыми параметрами внешней среды является определяющим фактором в организации биологических систем. Живые организмы объективно подчинены внешнему регулированию. Всякий объект выступает как подсистема более высокой и мощной иерар-

---

[1] Там же. С. 223.

[2] Гомеостатика живых, технических, социальных и экологических систем / отв. ред. Ю.М. Горский. — Новосибирск: Наука, Сиб. отд-е, 1990.

[3] Маренный М.А., Георгиева М.И., Вебб Н.В. Фундаментальные свойства биологических объектов, составляющие основу их математического описания и моделирования // Модели и алгоритмы для имитации физическо-химических процессов: Тр. межд. науч. конф. — Таганрог, Изд-во НП «ЦРЛ», 2008. — С. 418–422.

хической системы. Известно, что циклические процессы, протекающие в подсистеме, должны быть изохронны циклическим процессам высшей системы. В противном случае между системами возникает антагонизм, приводящий либо к перестройке низшей системы, либо к ее разрушению как целостной структуры. Поэтому биологические системы принуждены синхронизировать волновые процессы гомеостаза с внешними волновыми процессами.

В последние годы все большее внимание уделяется исследованию воздействия на живые организмы электромагнитных волн миллиметрового диапазона, которые, как показали эксперименты, обладают ярко выраженным биологическим действием[1]. В проведенных экспериментах наблюдается частотно-зависимый (резонансный) отклик живых систем на воздействие миллиметрового электромагнитного излучения[2]. Подобная зависимость указывает на специфическую особенность взаимодействия живых систем с электромагнитным излучением миллиметрового диапазона. В настоящее время нет общепринятой точки зрения, объясняющей природу этого явления. Предполагается, тем не менее, что миллиметровое электромагнитное излучение является переносчиком информации между живыми объектами[3].

Накопленный массив экспериментальных данных свидетельствует о том, что механизм воздействия электромагнитных волн миллиметрового диапазона затрагивает фундаментальные аспекты гомеостаза живых систем. В работе[4] выдвинуто предположение, что специфика взаимодействия живых систем с электромагнитным излучением данного диапазона обусловлена существованием природного генератора данного вида излучения, определяющего функционирование живых структур и управляющего их гомеостазом. Данное предположение нашло подтверждение в рамках новой теорети-

---

[1] Миллиметровые волны в медицине и биологии: Сб. статей. — М.: ИРЭ АН СССР, 1989.

[2] Смолянская А.З., Гельвич Э.А., Голант М.Б., Махов А.М. Резонансные явления при действии электромагнитных волн миллиметрового диапазона на биологические объекты // Успехи современной биологии. — 1979. — Т. 87. — Вып. 3. — С. 381–392.

[3] Девятков Н.Д., Голант М.Б. Об информационной сущности нетепловых и некоторых энергетических воздействий электромагнитных колебаний на живой организм // Письма в Журн. техн. физики. — 1982. — Т. 8. — Вып. 1. — С. 39–40.

[4] Astafurov V.I., Georgieva M.I., Webb N.V. External control of the homeostasis of biological objects // Проблемы биоэкологии и пути их решения: Тр. межд. науч. конф. / отв. ред. проф. А.С. Лукаткин. — Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2008. — С. 16–17.

[5] Астафуров В.И. Новая математическая модель вакуума и ее возможные физические приложения // Современная математика и математическое образование, проблемы истории и философии математики: Тр. межд. науч. конф. / отв. ред. А.А.Артемов. — Тамбов: Изд-во Першина Р.В., 2008. — С. 178–181.

ческой модели[5]. Авторы модели вывели уравнение, связывающее пространственные параметры фундаментальных иерархических структур (в логарифмической форме):

$$\log R_i = \log R_{абс.} + f \cdot \log K_0,$$

где R_i — радиус i-го фундаментального осциллятора; $R_{абс.}$ — радиус абсолютного осциллятора (наименьшего природного осциллятора); f — мерность пространства; K_0 — безразмерный коэффициент; $i = 0, 1, ..., 5$. Каждому значению числа i соответствует определенная иерархическая структура и определенное фундаментальное взаимодействие. Полученная функциональная зависимость обнаруживает взаимосвязь всех фундаментальных взаимодействий, что свидетельствует о принципиальном единстве материального мира. Математический характер данной зависимости позволяет сделать вывод о волновой природе материального самодвижения и резонансном механизме образования и стабилизации всех материальных структур. Расчетные значения параметров R_i находятся в хорошем согласии с экспериментальными данными.

Фундаментальный осциллятор, соответствующий значению $i = 4$, расположен в иерархическом ряду между электромагнитной и гравитационной структурами. Радиус слабого фундаментального осциллятора равен 3,9 мм. Согласно предварительным расчетным данным, этот осциллятор должен генерировать электромагнитное излучение с длиной волны ~2,2 мм. Данное расчетное значение согласуется с экспериментальными данными, полученными при измерении спектра космического микроволнового излучения (максимум ~2 мм) и оценке прозрачности земной атмосферы для электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (окно прозрачности 2,1 мм). На основании этих данных можно сделать вывод, что слабый фундаментальный осциллятор является источником базовых частот, формирующих гармонику спектра космического излучения в области миллиметровых длин волн[1].

Данный вывод имеет принципиальное значение и меняет сложившиеся взгляды на происхождение и эволюцию живых форм. Вследствие непрерывной генерации электромагнитного излучения миллиметрового диапазона, в материальном континууме существует и непрерывно воспроизводится волновое поле определенной структуры, присутствующее в каждой точке пространства. Через посредство этого поля осуществляются энергоинформационные связи между живыми объектами. Данное волновое поле определяет

---

[1] Астафуров В.И., Маренный А.М. О правомерности интерпретации природного излучения в области миллиметровых длин волн как «реликтового излучения» // Труды Всерос. астроном. конф. «ВАК-2007». — Казань: Изд-во КГУ, 2007. — С. 422–424.

функционирование биологических объектов и систем и его следует называть биологическим или «полем жизни»[1].

Таким образом, мы выходим на более глубокое понимание взаимосвязи живых организмов с окружающей средой. Новая теоретическая концепция позволяет объяснить происхождение и качественную специфику живых структур, и наблюдаемые биоинформационные эффекты. Важным практическим следствием данной концепции является указание на возможность расчета излучений, управляющих гомеостазом живых структур.

Новая модель открывает широкие возможности использования микроволнового излучения в биологии и медицине. Для целенаправленного поиска синергетических эффектов, улучшающих биохимические и физиологические параметры живых систем, необходимо проведение широкого круга экспериментальных и теоретических исследований, направленных на измерение собственных излучений живых объектов, характера их взаимодействия с электромагнитными излучениями различного диапазона, составление и анализ соответствующих баз данных.

ПЕРСПЕКТИВА ПАРАДИГМАЛЬНОГО СДВИГА В СОВРЕМЕННОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНЕ

Нагуманова С.Ф.

1. В современной научной медицине доминирует биомедицинская парадигма. Она опирается на биохимию и молекулярную биологию: функционирование живого организма представляет собой биохимический механизм, болезнь можно полностью объяснить как следствие определенных повреждений в этом механизме.

2. Опираясь на биомедицинскую парадигму клиническая медицина достигает потрясающих успехов. Вместе с тем, по многим оценкам медицина переживает кризис. Одержав победу над одними болезнями, медики сталкиваются с другими, особенно дегенеративными заболеваниями, злокачественными и т.н. психосоматическими расстройствами, которые трудно лечить и невозможно предотвратить. Мировая статистика свидетельствует об экспоненциальном росте всех групп основных хронических болезней.

---

[1] Astafurov V.I. The fundamental interaction, determining biological structures functioning // Математическая биология и биоинформатика: Тр. межд. науч. конф. / под ред. проф. В.Д. Лахно. — М.: Изд-во «МАКС Пресс», 2008. — С. 80–81.

3. Клиническая медицина переживает период «парадигмальной нестабильности». Прогресс в медицине продолжается, но трудно справиться с подозрением, что главные проблемы здоровья сегодня не могут быть решены в рамках общепринятой парадигмы.[1]

4. Современная медицина как практика целительства весьма разнообразна. Помимо официальной научной медицины, существует много альтернативных и дополнительных медицинских практик. Эмпирические исследования доказали терапевтическую эффективность многих из них. И хотя научная медицина до сих пор не может удовлетворительно объяснить их эффективность в рамках существующей биомедицинской парадигмы, во второй половине XX в. негативное отношение к альтернативной и дополнительной медицине сменилось официальным признанием. Сегодня альтернативная медицина успешно развивается. Во многих университетах преподаются курсы по различным видам альтернативной медицины. Врачи рекомендуют своим пациентам альтернативные методы лечения, страховые компании оплачивают услуги специалистов по альтернативной и дополнительной медицине. Процесс интеграции альтернативной медицины в систему здравоохранения быстро набирает силу. Происходит ли при этом изменение биомедицинской парадигмы научной медицины? Можно предположить, что в научной медицине происходит парадигмальный сдвиг.

5. Для характеристики предполагаемого изменения парадигмы, воспользуемся классификацией медицинских практик, предложенной Д.Татарином.[2] Он разделил их на четыре категории, или четыре парадигмы, в зависимости от основных предположений о природе здоровья и болезни, на которые опираются эти практики. **Телесная парадигма** предполагает, что болезнь является результатом физических изменений тела под воздействием физических причин. Биомедицинская парадигма научной медицины относится к этой категории. Сюда же относятся многие альтернативные методы (лечение травами, массаж, хиропрактика и др.). **Парадигма души и тела** предполагает, что психика играет чрезвычайно важную роль в здоровье и болезни. Эта парадигма лежит в основе психосоматической медицины, которая получила мощную поддержку благодаря исследованиям в области психонейроиммунологии и психонейроэндокринологии. **Парадигма тела и энергии** рассматривает здоровье и болезнь как результат циркуляции, баланса и взаимодействий тонких

---

[1] Wulf, Henrick R., Pedersen, Stig A., Rosenberg, Raben. 1986. Philosophy of medicine: an introduction. — Oxford: Blackwell Scientific Publications. Second edition. 1990. — P. 7, 10.

[2] Tataryn D. Paradigms of health and Disease: a framework for Classifying and Understanding complementary and alternative medicine // The Journal of Alternative and Complementary Medicine. — Vol.8. — number 6, 2002. — P. 877–892.

энергий. Эти энергии известны под разными именами в разных культурных традициях («ци», «прана», «жизненная сила»). Задача медицинского вмешательства состоит в том, чтобы восстановить баланс и нарушения циркуляции потока энергии. К этой категории автор отнес цигун, тай цзи, акупунктуру, тантрическую йогу, гомеопатию и др. **Парадигма тела и духа** предполагает, что трансцендентные сущности способны оказывать влияние на физический мир, в частности на состояние тела. Для взаимодействия с ними необходимо использовать молитву и другие ритуалы, или входить в особые состояния сознания.

6. Парадигмальный сдвиг от телесной парадигмы к парадигме тела и души уже произошел в научной медицине во второй половине XX в. Судя по многочисленным публикациям, посвященным энергетической медицине, в XXI в. может произойти сдвиг в сторону парадигмы тела и энергии. Биологическое поле человека играет важную роль в саморегулировании жизненных процессов в организме. К.В.Судаков отмечает, что на рубеже XXI века в медико-биологических науках наблюдается все возрастающая тенденция, наряду с физико-химическими закономерностями, изучать имеющие место в живых организмах информационные процессы. Он высказывает предположение о том, «что XXI век, в отличие от XX в., века молекулярной биологии, будет веком интенсивных научных исследований *информационной* биологии и медицины».[1]

КУЛЬТУРНЫЕ НАЧАЛА БИОЭСТЕТИКИ ЧЕЛОВЕКА КАК РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ РЕСУРС[2]

Шеманов А.Ю., Попова Н.Т.

1. Хотя греческое слово bios вошло в состав названия науки о живом — биологии, в греческом языке оно относилось скорее к жизни человека, о чем свидетельствует его использование для обозначения описания жизни человека (ср. биография). В то же время zōe — другое греческое слово со значением «жизнь» — в греческом дало множество слов со значением животности, например zōomorphos — подобный животному. Поэтому кажется возможным

[1] Судаков К.В., Эштейн О.И., Зилов В.Г. Элементы информационной биологии и медицины. — М., 2000. — С. 8, 3.

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

для обозначения образного восприятия человека использовать слово «биоэстетика», не противопоставляя его культурным механизмам формирования восприятия и не отождествляя его с собственно биологическими, т.е. врожденными, генетически детерминируемыми основами этого процесса. Тем более, что сам термин «эстетика» используется для обозначения сферы художественного восприятия или изучающей его науки. Обратить внимание именно на образное восприятие, возникающее в процессе жизни каждого человека, побуждает то обстоятельство, что, как представляется, культурные механизмы, участвующие в развитии этого восприятия, составляют важный ресурс для реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья, в особенности — с задержкой умственного развития.

2. Понятие реабилитации, обычно рассматриваемой как процесс восстановления утраченного в результате болезни или травмы личного и социального статуса человека, в контексте вопроса о влияющих на нее культурных механизмах требует наполнения новым содержанием. Это становится особенно актуально, если речь идет о людях с интеллектуальной недостаточностью, хотя бы потому, что здесь нуждаются в уточнении сами понятия личного и социального статуса таких людей и остро ставится вопрос о механизмах перехода от потенциально культурного существования к культурному. А существование человека с особенностями развития может оказаться лишь потенциально культурным, если он не находит вокруг себя отклика на присущие ему особые культурные потребности. Их выявление и насыщение становится при этом ключом к вхождению «особого» человека в культуру, к развитию у него лежащей в основе социализации способности — умению использовать механизм культурной репрезентации.

3. Этот механизм состоит в том, что при обращении к другому нечто переживаемое человеком в опыте воспроизводится в иной форме. Благодаря данному механизму репрезентирующая форма становится способом общения с другим, поскольку она получает значение *совместно* с ним переживаемой формы, причем переживаемой в качестве формы сообщения. Когда переживаемое выражается для другого в *иной* форме, становится возможным обособление знаковой функции формы, которая отделяется от ее непосредственной витальной значимости для переживающего. Переживаемое тогда и приобретает статус культурной репрезентации, когда витальная значимость его выражения отделяется от *знаковой функции формы* этого выражения. Знаковая функция указательного жеста отделяется у ребенка от хватательной обычно в 2 года, причем у обезьян это отделение не происходит. Экспериментально показано, что ребенок 2 лет оказывается способен, чтобы получить желаемый пред-

мет, показать на тот, который он не хочет; обезьяна же не может этого сделать[1].

Уже к 1,5 — 2 годам ребенок оказывается способен представлять (репрезентировать) предметы без перцептивной опоры (отсутствующие в поле зрения)[2]. Причем культурный характер данного феномена подтверждается тем фактом, что в онтогенезе человека способность представления предмета быстро развивается в сторону наращивания способности освоения культуры и овладения речью. Как отмечает А.Д.Кошелев, это выражается в формировании восприятия предметов в качестве все более сложных партитивных систем, т.е. как «совокупности <...> физически связанных частей, <...> частные функции которых складываются в общую функцию предмета»[3]. Культурный характер формирования способности к репрезентации у ребенка поддерживается примерами того, что культура участвует в развитии функций человека, видимо, с самого рождения[4]. В этом смысле развитие способности к культурной репрезентации является важнейшей составляющей биоэстетики человека в указанном выше смысле. Поэтому неслучайно, будучи рожденным в процессе освоения ребенком культуры, механизм культурной репрезентации выступает фундаментом основанного на общении с другими способа регуляции собственного поведения. А тем самым — и механизмом социализации, и основой формирования рефлексивного поведения и возможности самосознания.

4. В нашей культуре восстановление личного статуса обычно понимается в терминах способности к произвольному ответственному поведению и к контролю за ним при помощи форм культуры. Ставя вопрос о поиске в истории культуры таких культурных форм, которые в ходе реабилитации могли бы помогать в овладении механизмом культурной репрезентации, важно учитывать, что в истории и в онтогенезе овладение этим механизмом начинается с *коллективных* форм, к которым исторически относятся миф и ритуал. При этом в самих коллективных формах культуры — мифе и ритуале — индивидуализация сознания неосуществима, пока человек остается в их рамках, поскольку они основаны на идентификации человека с группой и признанными в ней ценностями, верованиями и представлениями. Тем не менее, этот процесс индивидуально-

---

[1] Сергиенко Е.А. Когнитивное развитие довербального ребенка // Разумное поведение и язык. — Вып. 1. Коммуникативные системы животных и язык человека. Проблема происхождения языка. — М.: Языки славянских культур, 2008. — С. 340.

[2] Сергиенко Е.А. Там же. — С. 337–338.

[3] Кошелев А.Д. О качественном отличии человека от антропоида //Там же. — С. 198.

[4] Зинченко В.П. Шепот раньше губ, или Что предшествует эксплозии детского языка // Там же. — С. 101–134. Особ. С. 119–121.

го овладения рефлексией и формирования индивидуального самосознания закономерно происходил в разных культурах и происходит в онтогенезе. Переход от коллективных культурных форм к индивидуальной рефлексии в истории культуры отмечен появлением своеобразных *переходных культурных форм*. В качестве их примеров можно назвать архаические формы театра, в особенности — «театр вещей и изображений»[1], а также греческую лирику[2] и античную трагедии, которую А.В. Ахутин характеризует как «открытие сознания»[3].

5. Специфика переходных культурных форм состоит в том, что эти формы способствуют развитию процессов эстетизации коллективных форм культуры, причем эстетизации в том смысле, что начинает складываться относительно самостоятельная по отношению к выражаемому содержанию сфера выразительности. По своей глубокой погруженности в жизненный уклад человека переходные культурные формы оказываются на границе между биоэстетикой в указанном выше смысле и рождением собственно эстетического, художественного изображения и восприятия действительности. Если вначале сфера образно-ритмических средств используется для передачи мифа, то затем, в других переходных формах — для выражения *страстей человека* (хотя и еще как героя мифа). Эти страсти зритель уже может перенести на себя, наделяя мифологический сюжет функцией метафоры собственных чувств, тогда как ритуал возобновлял явление самих персонажей мифа. В переходных культурных формах идентификация с *персонажами* мифа происходит не прямо и непосредственно, а в области средств его эстетического выражения. Оно приобретает метафорический, переносный характер. Участник действия превращается в зрителя, а само действо — в театр, в зрелище. Конечно, переходные культурные формы сохраняют коллективный характер. Однако само действо требует уже не соучастия посвященных в самом мифе, вызванном к присутствию магией ритуала, а сопереживания зрителей изображению, как *отличному* от реального осуществления. Это позволяет участнику эстетического переживания идентифицироваться с чувствами и мыслями героя, изображаемого как воображаемое, т.е. как отличное от реальности. Идентификация человека с культурной репрезентацией в воображении делает возможным формирование позиции вненаходимости человека по отношению к переживаемому им миру,

---

[1] Брагинская Н.В. Демонстрация изображения – архаичный тип театрального представления. URL : http://www.ruthenia.ru/folklore/braginskaya4.htm

[2] Фрейденберг О.М. Происхождение греческой лирики // Вопросы литературы. — 1973, № 11.

[3] Ахутин А.В. Открытие сознания (древнегреческая трагедия) // Человек и культура: Индивидуальность в истории культуры. — М., 1990.

что в дальнейшем в истории культуры создает возможность появления индивидуальной рефлексии. На этой основе становится возможным поиск культурных форм, адекватных культурным потребностям людей с особенностями развития, потребностям развития их культурно формируемой биоэстетики.

ФЕНОМЕН МЕДИЦИНЫ: ПОНЯТИЕ И СТРУКТУРА

Рыбин В.А.

Несмотря на тот факт, что медицина как социальный институт и форма профессиональной деятельности относится к одному из древнейших феноменов общечеловеческой культуры, *представления* о медицине до сих пор не достигли такого уровня конкретности, чтобы они могли стать *понятием*. Об этом свидетельствуют некоторые факты из истории медицины, важные для понимания ее сегодняшнего статуса и структуры.

Не вызывает сомнений то утверждение, что в структурно-функциональном плане медицина существует как исторически преобразующееся единство «норм» (т.е. идеалов, ценностей и императивов медицинской этики) и «технологий» (т.е. орудийно оснащенных практических навыков и методик).

А далее начинаются разночтения. С одной стороны, даже в научной литературе общеупотребительными стали такие выражения, как «восточная медицина», «древнекитайская медицина», «медицина Древней Индии», а использование таких терминов, как «первобытная медицина», «примитивная медицина», «медицина первобытного общества», «медицина Древнего Египта», «медицина Месопотамии» и т.д.[1] еще совсем недавно отнюдь не воспринимались как противоречие.

С другой стороны, в большинстве исследований по истории медицины за точку отсчета все-таки берется медицина Древней Греции[2], тогда как по поводу исторически предшествовавших ей лечебных технологий Древнего Востока утверждается, что медицины как науки там не возникло[3]. В новейшем учебном пособии Т.С.Сорокиной «История медицины»[4] применительно к Древнему Восто-

---

[1] История медицины / П.Е.Заблудовский, Г.Р.Крючок, М.К.Кузьмин, М.М.Левит. — М., 1981. — С.20; Оппенхейм А. Древняя Месопотамия. — М., 1990.

[2] Йегер В. Греческая медицина как Пайдейя // В. Йегер. Пайдейя. Воспитание античного грека. — М., 1997. — С. 15.

[3] Жмудь Л.Я. Пифагор и его школа. — Л., 1990. — С. 148–149.

[4] Сорокина Т.С. История медицины. — 5-е изд. — М., 2006.

ку используется термин «врачевание», а термин «медицина» вводится только с древнегреческого периода. Кто же прав?

Невозможно отрицать, что современная высокотехнологичная медицина европейского типа восходит к медицинским школам Древней Греции, точнее, к одной из них — школе Гиппократа с острова Кос в Эгейском море. При этом единственным условием, которое отличало медицину Древней Греции от всех иных, более ранних и более поздних технологий целительства и Запада, и Востока, является наличие в ней специального свода правил, регулирующих поведение медиков, т.е. этического врачебного кодекса, представленного Клятвой Гиппократа. Иным образом невозможно специфицировать древнегреческую медицину как основу и исток современной медицины.

На первый взгляд, гиппократова Клятва — лишь вторичная «нормативная» надстройка над «технологиями», в принципе ничем не отличающаяся от профессионально-врачебных кодексов в культурах Древней Индии или Древнего Китая. Но при более пристальном сравнении гиппократовой этики и этической составляющей медицинских кодексов Востока между проступают существенные различия: так, индийская клятва запрещала врачу лечить врагов своего правителя, злодеев, женщин, с которыми нет сопровождающих лиц[1]; женщин и рабов на Востоке разрешалось лечить только с позволения мужа или властелина[2]; считался нормальным отказ во врачебном совете преступнику[3]. В Аюрведе допускалось право врача на ускорение смерти пациента путем лишения его пищи и воды, т.е. на эвтаназию[4].

Таким образом, можно констатировать, что этические составляющие медицинских трактатов Древнего Востока — это не аналог Клятвы Гиппократа, но просто правила регуляции профессиональной деятельности сообщества целителей (не врачей), выраженные как нормы этикета.

Уникальность же гиппократовой традиции в медицине заключается в том, что акцент в ней сделан не столько на техническую умелость, сколько на развитие личности медика. Благодаря Клятве Гиппократа медицина в той же мере становится обращенной на объект деятельности, в какой — и на ее субъекта. Это — рефлексия, сосредоточенная не столько на результате деятельности, сколько на источнике и условиях ее протекания т.е. научная рефлексия — реф-

---

[1] См.: Введение в биоэтику / под ред. Б.Г. Юдина. — М., 1998. — С. 104.

[2] История медицины / Заблудовский П.Е. и др. — М., 1981. — С. 20.

[3] Иванюшкин А.Я. История медицинской этики и медико-биологических экспериментов на человеке // Биоэтика: принципы, проблемы. — М., 1998. — С. 84.

[4] См.: Бонгард-Левин Г.М. Древнеиндийская цивилизация. — М., 1980. — С. 240–241.

лексия более высокого порядка, нежели повседневная рефлексия, которой обладает любой непрофессионал, даже в условиях самой примитивной культуры.

Следовательно, *медицина — это практическая рефлексия*.

Если же добавить, что, начиная с Гиппократа, в поле действия этой практики попадает любой человек, вне зависимости от социального статуса или пола (как об этом свидетельствуют гиппократовские «Эпидемии»[1], где история болезни каждого из пациентов излагается одинаково подробно, независимо от того, идет ли речь о рабе или свободном, женщине или мужчине), то есть все основания утверждать, что *медицина — это всеобщая форма рефлексивной практики*. Или — *антропологическая форма рефлексии на всеобщее*. И в этом смысле медицина — *прямой аналог философии*.

Поэтому *медицина — это практическая философия или прикладная философская антропология*.

Каковы же ее компоненты?

Во-первых, это знания, имеющие практический характер и воплощаемые в «технологиях». Во-вторых, это «нормы», воплощенные в этическом кодексе Гиппократа. Но есть еще один, третий компонент — Образ здоровья, ибо для того, чтобы эти знания и принципы могли продуктивно использоваться с целью восстановления здоровья человека, необходима предпосылочная фиксация образа здорового человека как некоей целостности, отклонения от которой и подлежат устранению.

Итак, медицина складывается из трех важнейших компонентов:

1. Образ здоровья (и соответственно, образ отклонений от него), представленный Образом человека как полно-ценно действующего и в этом смысле целостного существа;

2. Знания, т.е. теоретически и практически представленный в «технологиях» опыт восстановления этой целостности («ис-целения»);

3. Клятва Гиппократа как своего рода «вольтова дуга», замыкающая связь между Образом человека и знаниями и воплощенная в субъекте деятельности — в личности медика.

Таким образом, выясняется, что медицина — это не «двухсоставный» (образованный единством «технологий» и «норм»), как это выглядит на первый взгляд, но «трехсоставный» феномен, благодаря которому здоровье человека фиксируется и восстанавливается соответственно тем ясным и очевидным представлениям о человеке, о его норме и отклонениях от нее, каковые преобладают в культуре в тот или иной конкретный исторический период. Медицина удерживает границу «антропологической неприкосновенности», не

[1] Гиппократ. Эпидемии // Гиппократ. Избранные книги. — М., 1994. — С. 329–394.

давая постоянно развивающимся технологиями уйти в частичность, ограничившись либо односторонним, узко направленным исправлением отдельной функции, либо даже деструктивным, уродующим воздействием на человека (подобным тому, какой практиковали «компрачикосы» из романа Виктора Гюго «Человек, который смеется»). ***Медицина — это институт антропологической стабилизации культуры по мерке того Образа человека, каковой очевидным образом витает «как представление, как образ и цель» в сознании всех людей данного исторического периода.***

ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ МАКРОБИОКОСМОЛОГИИ АНТРОПНОГО ПРИНЦИПА[1]

Савельев А.В.

Эту статью, всю предшествующую работу и последующее её развитие с Любовью Вечной посвящаю светлой памяти моей Мамы и ближайшего Друга

САВЕЛЬЕВОЙ-НОВОСЁЛОВОЙ
НИНЕ АНДРЕЕВНЕ

Введение

Антропный принцип (АП) в космологии, и вопросах происхождения Вселенной — лишь начально-исторический этап современного усиления антропологизации, а, следовательно, и виртуализации мышления и познания. И тут даже уже не так важна онтологическая сторона АП, поскольку в дальнейшем, видимо, должно произойти всё большее абстрагирование АП от своей онтологической сути в сторону его виртуальности[2]. Вслед за антропными вопросами о происхождении Вселенной неизбежны подобные вопросы об антропности искусственного мира, порождаемого человеком и, прежде всего, его попыток воспроизведения в искусственном человеческих свойств, в том числе, разума и мышления. Таким образом, развитие в понимании АП с необходимостью должно и будет переме-

[1] Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант 04-06-80460) и РГНФ (грант 04-03-00066а).

[2] Тарароев Я.В. Человек и вселенная – проблема взаимосвязи // Эпистемология и философия науки. — 2006. — Т. IX, № 3. — С. 124–138.

щаться от онтологических проблем в сторону эпистемологических вопросов виртуализации познания и их причинности и актуальность этого будет только возрастать. Кроме того, увеличивающиеся негативные последствия глобальной антропологизации природы и самоантропологизации, в том числе, в области информационных и нанотехнологий всё более требуют их строгого научного философского осмысления.

Глобально-эпистемологический антропный принцип

Несмотря на всю свою субъективистскую направленность АП, именно нейроантропный (НАП) позволяет увидеть возможность его объективированной составляющей[1]. Наблюдая мир через призму своей собственной личности, человек неизбежно привносит элементы её в свои наблюдения. Таким образом, можно сформулировать ***глобально-эпистемологический АП (ГЭАП)***: любое человеческое познание виртуально-антропно по своей природе. Другими словами, условия любого наблюдения ограничены свойствами наблюдателя как субъекта. Не только то, что человек может наблюдать ограничено условиями нашего существования в СлАП, но и наблюдение самих этих условий ограничено свойствами наблюдателя. Соответственно, в СиАП его формулировка, указывающая на то, что Вселенная должна быть приспособлена к существованию человека разумного, является также антропной, то есть виртуальной, ограничено свойствами мышления этого самого человека разумного, то есть происходит проецирование своей субъективности на явления мира. Отсюда становится понятным, что в АП антропно-виртуальное заключается не столько в том, что речь идёт о месте человека с его разумом в мире, а в том, что вообще именно об этом идёт речь, то есть о самом себе. Эта антропность бывает более явной или более скрытой, и степень соотношения явственности и скрытости варьирует в широких пределах. А если учесть разброс субъективно-индивидуальных свойств у различных субъектов, что определяет различный характер антропности в восприятии явлений, то становится очевидным значительная степень **виртуально-антропной нетривиальности** в представлениях человека. АП в какой-то мере можно считать противоположным эволюционизму, поскольку наделение природы субъективными чертами и предположение о подстройке

---

[1] «объективированная» – здесь следует понимать по характеру направленности от субъекта к объекту, что стоит рассматривать как объективизацию субъекта. Утверждение о субъективистской направленности АП следует из его противоположной направленности – от объекта к субъекту (то есть объект субъективизируется – происходит его виртуализация). При этом объект «начинает» вести себя как субъект: «Вселенная должна допускать...», «наше положение во Вселенной должно быть совместимым...», а не наоборот.

её параметров, которое фактически, делается вследствие этого, а не наоборот, отрицает всяческое эволюционирование и подстройку организмов под уже существующие условия. Склонение в последнее время к АП в смысле возникновения его как проблемы, учитывая его идеалистический характер, представляет собой реваншистскую реакцию на усиление философского и физического материализма XIX—XX веков и последующее неуклонное бытийственное возрастание его роли в жизни человека и социума в связи с развитием ИО, возрастанием ценности информации и, как следствие, повышением общей виртуализации жизни. Признавая мышление и разум целью эволюции, соответственно учению А.Бергсона о творческой эволюции, можно также придти к мысли о «тонкой подстройке физических констант» АП или «биокритических значений», по выражению Э.МакМаллина[1]. Сформулирован вопрос: является ли интеллект приспособленным к мозгу именно человека или же, наоборот, мозг человека «подстроен» под интеллект, то есть устроен так, чтобы с неизбежностью возник интеллект, как в сильном, так и в слабом понимании НАП (интеллект — одна из возможностей проявления функций мозга, или же единственно детерминированная его цель?)? Соответственно возникает вопрос о потенциальности мозга человека, поставленный нами в работе[2]. Чтобы обозначить диапазон изменения мнений в настоящее время, здесь необходимо отметить, что существуют радикалистские позиции в нейрофизиологии[3], которые можно классифицировать как неявное воплощение СиНАП, перекладывающие вопрос о потенциальности мышления на СиНАП.

Виртуальность АП, НАП и экзистенциализм

Проанализированы выводы экзистенциализма и установлено, что виртуальность антропных принципов имеют с ними много общего. Исходя из наших положений о ГЭАП, причины данного явления можно отнести к общему социо-индивидуальному состоянию человека в XX веке. Усиление антропоцентристских воззрений есть прямое следствие возврата к субъективному как обратная реакция возрастания роли человека: «...Определять Я онтологически как субъект, значит вводить его как всегда уже наличное. Бытие Я понимается как реальность (пребывание, постоянное сопровождение) res cogitans»[4]. Или: «Трансценденция бытия присутствия особенная,

[1] McMullin E. Cosmology & Religion // N. Hetherington (ed.). Cosmology. — NY, Garland Publishing, 1993, Ch. 31.

[2] См: Савельев А.В. Искусственный интеллект или искусственный социум?...

[3] Романов С.П. Необходимо ли рассматривать нервную систему как интеллектуальную? // Научная сессия МИФИ, V Всероссийская научно-техническая конференция «Нейроинформатика». — МИФИ, 2003, Т. 1. — С. 11–19.

[4] Хайдеггер М. Бытие и время. — Харьков: Фолио, 2003. — С. 360.

поскольку в ней лежит возможность и необходимость радикальнейшей *индивидуации*»[1]. Эти гимны субъекту могут быть вызваны двойственной причиной, и в том как раз и состоит связь виртуальности АП с экзистенциализмом. Во-первых, это усиление самой субъективности, что непосредственным образом связано с лавинообразным накоплением знаний, начавшимся с картезианских времён становления новой рациональности, увеличивая диапазон чисто ментальных индивидуальных различий[2]. Эта сторона АП, непосредственно связанная с таким усилением, роднит их также с происхождением раннего предшественника экзистенциализма — философией жизни от А.Шопенгауэра до О.Шпенглера и его позднего предшественника — философской антропологией М.Шелера, Г.Плеснера, А.Гелена, Э.Ротхакера, В.Зомбарта, Х.-Э.Хенгстенберга и др.; построенная немецкой школой философская антропология вообще прямо основана на постулировании человека как центра (мира) и исходный пункт всякой философии. Во-вторых, усиление индивидуально-субъективного[3] непосредственным образом связано с увеличением эгоизма человека, а именно, способствует ему. Эта точка зрения была подготовлена исторически развитием философской мысли, на что ссылался П.Пишо[4], анализировавший проблему тревоги и страха в эпистемологическом аспекте. В частности, еще С.Кьеркегор отмечал, что тревога — это цена или предпосылка свободы, К.Ясперс[5] проводил анализ страха и тревоги в философской категории экзистенциализма. Однако, экзистенциализм, часто воспринимающийся как попытка преодоления негативных последствий реификации (овеществление — находящая выражение, например, в личностно-центрированной психотерапии К.Роджерса), является, по сути дела, лишь маркером развивающейся объективной реальности, все более продвигающейся в сторону тотального овеществления. В связи с этим проявления экзистенциализма также нередко связывают с тревогой и отчуждением человека, как, например, Ж.-П.Сартр, хотя правомернее была бы их связь не с самим экзистенциализмом, а с причинами, его породившими. Именно возрастание тревоги и страха является побудительным мотивом для «противоядия» этому — стремлению к антропологизации и виртуализации всего, находящее выражение, в том числе, в повороте к ант-

---

[1] Ibid. — С. 56.

[2] Савельев А.В. К вопросу эпистемологической адекватности нейрокомпьютеров // Философия науки. — 2000. № 1(7). — С. 85–91;

URL : http://www.searchengines.ucoz.ru/dir/3-2-2.

[3] Савельев А.В. Учение об эпистемологической стратегии // Философия науки. — 2004, № 2(21). — С. 3–17; URL : http://sciteclibrary.ru/rus/catalog/arts/Philosofy/philosophicallaws/8374.html.

[4] Pichot P. In.: Vielfalt von Angstzustanden. — Köln, 1989. — S. 237.

[5] Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin: 8 Auflage, 1965. — S. 95.

ропным принципам. Не случайно М.Хайдеггер сделал страх фундаментальнее, первичнее телесности, у которого, как пишет Х.Плеснер «изучению внечеловеческого бытия должна предшествовать экзистенциальная аналитика человека»[1]: «Угроза, единственно могущая быть «страшной» и открываемая в страхе, приходит всегда от внутримирного сущего»[2]; «Тревога уединяет и тем размыкает присутствие как «solus ipse». Этот экзистенциальный «солипсизм» однако настолько не переносит изолированную субъекто-вещь в безобидную пустоту безмирного бывания, что наоборот как раз ставит присутствие в экстремальном смысле перед его миром как миром и тем самым его самого — перед ним самим как бытием-в-мире»[3]. Несмотря на попытки повысить самоценность биоценозов природной среды, выражающиеся в проводимой экологизации мышления, а может быть, даже и отчасти благодаря им, продолжается глобальная гигантская антропологизация неизбежно приводящая к виртуализации всего сущего, трансформирующаяся в самые причудливые завуалированные формы, к одному из проявлений которых можно отнести, в частности, антропные принципы[4]. Обращение человека к самому себе, отчужденность друг от друга, возрастание эгоизма, потребности потребления нейротропных веществ и изобретение новых видов наркотиков, а также средств борьбы с этим как маркер увеличения её необходимости, наряду с перечисленными выше социо-культурными явлениями жизни — все это, по всей видимости, тоже грани одного и того же конкретно-исторического процесса, характеризующегося стремлением к самопознанию, к фиксации на себе, на своем Я как виртуальном центре Вселенной[5].

КОНЦЕПЦИЯ РЕПРОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАСКОЛОТОГО РОДИТЕЛЬСТВА М.КЕТТНЕРА

Сидорова Т.А.

Современное состояние института семьи — тема, популярная в западной гуманитарной мысли. Неутешительные социологические

---

[1] Плеснер Х. Ступени органического и человек... — С. 98.

[2] Хайдеггер М. Бытие и время... — С. 215.

[3] Ibid. — С. 217–218.

[4] Савельев А.В. Антропный принцип в нейрокомпьютерах и искусственном интеллекте // Нейроинформатика и ее приложения / ИВМ СО РАН. — Красноярск, 2005. — С. 99–100.

[5] Савельев А.В. Нейротехногенность – философия техники будущего // Нейроинформатика и ее приложения / ИВМ СО РАН. — Красноярск, 1999. — С. 126–127.

данные свидетельствуют о кризисе этого социального института, по крайней мере, в европейском культурном пространстве. Известный немецкий социолог Маттиас Кеттнер[1] взглянул на проблему в контексте широко обсуждаемых этических вопросов, возникающих в связи с применением методов вспомогательной репродукции. Исследуя саму ситуацию дискуссионности по вопросам применения вспомогательной репродукции, он показывает, что корень этого феномена лежит в несоответствии современных потребностей нормативному порядку понимания сути семьи, сексуальности, деторождении, родства и специфике ценностного выбора, который открывается для человека в репродуктивной медицине.

Трансформация привычных форм родительства приводит к напряженности в общественном сознании, они воспринимаются как морально проблематичные. М.Кеттнер предлагает выявить те «идолы» сознания, которые мешают адаптации, например новых форм родительства, и вызывают несогласие в обществе.

Он полагает, что в ассистированном размножении и донатальной заботе о здоровье, репрогенетика обнажает современное европейское понимание сущности семьи. Тенденции развития современной семьи качественно изменяют уровни социального порядка в семье, начиная от общественного взгляда на то, что представляет семья, на полоролевые функции, на суть супружеской близости, на детско-родительскую связь. Дальнейший прогресс репрогенетики связан с усилением индивидуализации потребности в детях. Индивидуализация желания детей направлена против принятой сути семьи. Процесс воспроизводства становится не столько социально значимой целью, сколько удовлетворением индивидуального желания «иметь ребенка». В ключе этой индивидуализации биологически свободный выбор родительства становится необходимым компонентом. В связи с этим, возникают стимулы к ослаблению культурно стандартизированных супружеских связей. Имеющиеся культурные формы порядка семьи теряют свою исключительность. Однако, и «естественная» — нерасщепленная форма семьи (гетерологичная, нуклеарная семья), является исторически изменчивой, с чем, по мнению автора, трудно примириться противникам репрогенетики. В репрогенетическом родительстве общественное единство семьи принимает особое значение. В традиционной структуре интеграция уровней в общественный порядок семьи начинается с образования семьи, которая однозначно определяется правилами женитьбы и заключения брака. Далее следует строгое нормирование внутри порядка размножения и того, какими должны быть родители. Родительский порядок определяется происхождением (особые

[1] Kettner M. Neue Formen der verspaltene Elternschaft // Aus Politik und Zeitgeschichte. — B. 27. — 2001.

требования в соответствие с принадлежностью тому или иному социальному слою) и правилами ответственности за воспитание детей. Таким образом, интегрируются супружеская связь, родительство и деторождение. «Нормальная» потребность в детях культурно авторизована в принятом понимании сути семьи.

Восприятие репрогенетического расколотого родительства как хаоса, когда из двух родителей их может стать пять, вполне можно понять. Кеттнер характеризует это, как встречу абсурда и нормальности, нарушающую самопонимание ребенка, когда он пытается установить систему родства. Однако, на этом языке приучается сегодня говорить поколение, потребляющее продукцию масс-медиа. Содержание и форма дискурса о современном воспроизводстве заставляет привыкнуть к новым формам родительства.

Тем более, по мнению немецкого ученого, следует не осуждать или принимать, а посмотреть, что мы осуждаем в первую очередь и, что допускаем в качестве объяснения причин нашего подобного восприятия. Какая биологическая норма родства действительно оформляется социально, какая нет? Почему, например, суррогатное материнство так однозначно отвергается обществом, а донорство семени воспринимается проще? Исторические и культурно-антропологические исследования подтверждают, что большинство форм расколотого родительства, только кажутся нам радикально новыми. Генетическое родительство, особенно отцовство, не совпадающее с социальным, и вне репродуктивной медицины широко распространено в обществе. (Так примерно в двух случаях из десяти социальное родительство не совпадает с генетическим.) Кеттнер полагает, что в европейском сознании родительский вклад женщин выглядит и нормируется иначе, чем родительский вклад мужчин. Называя свое общество патриархальным, он считает, что в таком неравенстве установок и норм сказываются идеологические представления о мужском, женском, положении детей в семье, и в целом они неблагоприятны для женщин.

Например, согласно законодательному регулированию в Германии, женщина не может стать донором яйцеклетки, в отличие от мужчин, которым не препятствуют выступать донорами спермы. Или осуждение постменопаузального оплодотворении in vitro, можно оценить как разновидность мизогении к женщинам по биологическому признаку. Желание ребенка у пожилого мужчины при этом не осуждается. Также в качестве неравноправного отношения полов рассматривается запрет на использование искусственных методов оплодотворения для женщин, не страдающих бесплодием или незамужних женщин. В этом ключе М.Кеттнер рассматривает реализацию права на свободу и автономию в репродукции. Именно женские движения, отстаивая репродуктивную автономию как право,

прокладывали путь к признанию ассистированного размножения как составной части своих прав. Они заявляли, что женщина должна сама выразить свое решение подвергнуться рискам ассистированной репродукции.

Следующий аргумент, основывается на благе детей. С изменением естественного материнства как единства генетики, поведения и воспитания, ущемляется психическое и социальное благополучие детей, более значительно, чем через отцовство. Определенно, телесное отношение вынашивающей матери не имеет аналога со стороны отца. Немецкий социолог полагает, что это вовсе не означает того, что материнство предполагает природой обусловленное единство с ребенком, а для отцовства в таком случае, нет никаких предпосылок.

Следует, заметить, что многочисленные исследования психологов и социологов, показывают, что понимание себя как родителя складывается у мужчин и женщин по разному[1]. У женщин уже опыт беременности открывает материнское отношение к ребенку. У мужчины чувство отцовства формируется после рождения ребенка. Действительно, можем ли мы на этой основе нормировать материнский вклад женщин выше, чем мужчин? Этот вопрос отсылает нас к концептуальным началам идентичности человека. Кеттнер сводит нормативное представление о роли материнства, которое, главным образом, направлено против заместительного вынашивания, к вопросу о равенстве полов в отношении родительских обязательств. Во-первых, сама эта редукция говорит о кризисе полоролевых идентификаций в современном обществе. Во-вторых, нормативное содержание материнства невозможно свести к гендерному содержанию. Этот подход, кстати, имеет самое широкое хождение в западной биоэтике. Моральное содержание материнства включает не только социальные стереотипы матери как женщины, но и такое чувство ответственности и привязанности к своему ребенку, которое является экзистенциально-смысловой основой ее бытия. Как раз сведение материнства к стереотипам *женского* материнского образа есть процедура, облегчающая восприятие расколотого материнства. Понятие современной женщины не тождественно понятию матери. Поэтому возможна сегодня семья без детей, или женщина, которая рожает ребенка для другой женщины, но это другая ситуация, в строгом смысле, ничего не говорящая о материнстве.

Не удивительно, что М.Кеттнер критически относится и к «нормализованному» пониманию «собственного» ребенка. Что означает внутри «нормализованного» желания детей «собственный» ребенок? Прежде всего, телесно-духовное родство. Особенно важны следую-

---

[1] Бергум В. Моральный опыт беременности // Человек. — 2000, № 2.

щие моменты: во-первых осеменение. Как показывают исследования, для многих мужчин это и есть главный идентифицирующий признак «собственного» ребенка. Во-вторых, беременность. Очень многие женщины воспринимают, как известно, уже свою беременность как начало прочной связи с ребенком. В-третьих, рождение. Оно считается решающей демаркацией, которая необходима или даже достаточна, чтобы можно было приписать социально действительное происхождение. Схема «нормальности» размеривает, насколько ребенок может считаться «своим» в репрогенетическом размножении. Если речь идет о донорской инсеменации, донорстве яйцеклетки, семени или донорстве эмбрионов, ребенок будет социально собственным для пары, но, по меньшей мере, генетически не «родным». Только техника супружеской инсеменации при нарушенной фертильности пары соответствует «нормальности» с обеих сторон: рождение ребенка, который является как социально, так и генетически «собственным».

Аргументу блага детей, противопоставляется следующее: имеются как бесчисленные случаи удавшихся, так и распавшихся семей с расщепленным материнством. Поэтому Кеттнер считает, устранение расколотого материнства и отцовства ни необходимым, ни достаточным условием для детского блага. Естественность и неестественность происхождения ребенка ничто по сравнению с гуманизмом и негуманностью семейных форм жизни, в которых он вырастает. Ребенок вырастает на гуманизме отношений в семье, а не в соответствии с происхождением. Настоящей мерой родительства должна быть мера любви, которую должны давать социальные родители своему ребенку.

С другой стороны, очевидно, что при суррогатном материнстве возникает конфронтация с устоявшимися социальными отношениями, да и при искусственной инсеменации своим или чужим семенем, невозможно редуцировать вопрос только к одному биотехническому изменению способа воспроизводства. Речь идет о качественно новых социальных отношениях: искусственное осеменение, давно освоено медициной, тем не менее, вызывает беспокойство не меньше других методов, потому что вторгается в интимную сферу человеческой жизни, и выглядят как наступление на культурный и социальный смысл брачных отношений.

Еще один важный аспект, затрагиваемый Кеттнером, — насколько широки нормативные пределы, и как они соответствуют готовности репромедицины удовлетворять «желание иметь ребенка». Усилия медицины в искусственной репродукции неоднозначно оцениваются еще и потому, что все чаще ее методы направлены не на терапию, что есть цель медицины, а на улучшение социальных качеств, социального положения. Например, в случае искусственного

оплодотворения незамужней фертильной женщины, процедура оказывается воздействием на одинокое положение женщины, а вовсе не на болезнь. «Желание ребенка» — не просто аффективное стремление или часть жизненных планов женщин и мужчин, оно становится концептом, на основе которого строится современное нормирование, учитывающее возможности репродуктивной медицины и права на репродуктивную свободу. По мнению Кеттнера, конвенционально господствующее нормирование брака, сексуальности, родительства и семейной жизни признают желание ребенка парой, которая соответствует господствующим стандартам нормальности гетеросексуальной брачной связи и воспринимается иначе у гомосексуальной пары. Стигматизация гомосексуальных форм жизни переносится на желание пары иметь детей. Аргументы от блага детей касаются ожидаемого психологического дискомфорта, считается, что дети гомосексуальной пары будут обделены в своих шансах развития.

Выводы Кеттнера подчеркивают его стремление в оценке перспективы развития репрогенетики видеть в реальности человеческого размножения культурное единство, не сводимое ни к телесному, ни к социальному. Он считает, что хаос репрогенетического родительства не является катастрофой. Социально маркированных форм родительства тоже может быть довольно много в соответствие с разнообразными семейными связями при многочисленных разводах. Социально-исторические изменения, трансформация форм занятости, изменение структуры жизненных ожиданий, представлений о хорошем и плохом, соотношение частного и общественного образа жизни, наконец, демографические и экономические факторы содержат в себе ту основу, на которой вырастает новое социальное экспериментирование. Сегодня оно еще и сопровождается новой практикой публичного признания конкурирующих форм индивидуальной и коллективной жизни. Из этого Кеттнер, заключает, что опасения экспериментирования на уровне размножения есть только часть нашей боязни будущего, связанная с уязвимостью цивилизованных стандартов размножения человека. И только лишь комбинация биологического уровня со вторым специфическим социальным полем экспериментирования, с новыми моделями брачных отношений, в противоположность санкционированным привычным структурам семьи, девиантных форм жизненного партнерства, по-настоящему вызывают тревогу. Таким образом, нужно полагать, что в центре находится не столько страх выйти за пределы биологического круга, сколько страх за формы человеческого сосуществования, в которых человек самоидентифицируется и находит устойчивую основу своей социальной природы и, понимаемой через нее биологической природы.

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БАРЬЕР В РАЗРАБОТКАХ НЕЙРОКОМПЬЮТЕРНОГО ИНТЕРФЕЙСА

Туровский Я.А.

Под нейрокомпьютерным интерфейсом в настоящее время принято понимать систему коммуникации человек — компьютер в обход традиционных каналов ввода информации в ЭВМ. Благодаря этому подходу появляется возможность с одной стороны добиться большей скорости коммуникации человек — компьютер, а с другой попытаться воплотить в металл давнюю мечту человечества — устройство для «чтения» мыслей.

Хотя технология нейрокомпьютерного интерфейса делает только первые шаги, оптимизм разработчиков уже рисует картины близкие к фантастике 60—80 гг.: техника управляется одним мгновением мысли, люди способны контактировать друг с другом практически не раскрывая рта. К сожалению, а может и к счастью, на пути реализации этих проектов стоят несколько блоков проблем, решить которые в ограниченный период времени и на данном уровне техники не представляется возможным. Таковыми блоками являются: биологический (до сих пор не ясны многие тонкие механизмы функционирования нервной системы), технический (отсутствие технологии позволяющей регистрировать одновременную активность большого количества нейронов). Таким образом, в обозримом будущем, если не будет совершено технологического прорыва в области регистрации активности нервных клеток придется довольствоваться более скромными разработками по типу устройств для набора текстов или управление роботом, имитирующим верхнюю конечность.

Тем не менее, уже сейчас важно сформулировать представление о границах применения этой методики, исходя из парадигмы её современной реализации. Разумеется, следует отбросить технологические и нейрофизиологические границы, ибо они постоянно смещаются. Следовательно, попытки строить умозаключения, исходя из их сегодняшнего положения, могут привести к созданию искусственных рамок и ограничений, что безусловно снизит ценность проводимых «мысленных экспериментов».

Итак, в настоящее время доминирующей является парадигма сознательного управления внешними устройствами. Действительно, большая часть работ посвящена именно таким алгоритмам. Но в недрах этого направления уже появились признаки формирования альтернативного подхода, постулирующего в первую очередь бессознательное управление. Подчеркнем — речь не идет об автоматизмах управления, подобно например автоматизму ходьбы или

вождения автомобиля. Речь идет об использовании неких врожденных особенностей бессознательных реакций и предпочтений. Несмотря на кажущуюся перспективность с точки зрения физиологии и технологии реализации проектов этой группы (разумеется, на качественно новом уровне технологий), с этической точки зрения этот подход вызывает ряд серьёзных вопросов. В частности насколько будет способен испытуемый контролировать реакции управляемого им оборудования и устройств, если эти устройства подчиняются его бессознательным желаниям и действиям? Вероятно, в этом случае придется разрабатывать некий фильтр, отсекающий одни команды и пропускающий к управляемым устройствам другие. К сожалению, вопрос о бессознательном управлении с использованием нейрокомпьютерного интерфейса в большей степени дискутируется на страницах фантастической литературы и практически выпал из поля зрения философского сообщества, изучающего когнитивные нейронауки.

Развивая изложенную выше мысль, можно предположить, что для интерфейсов, работающих в рамках парадигмы сознательного управления, серьёзным препятствием в быстродействии будет как раз время, необходимое пользователю на осознание стимула и принятие решения. Действительно, латентное время может составлять несколько секунд, что в ряде поведенческих актов может оказаться неприемлемо большим. Для решения этой проблемы, очевидно, необходима разработка алгоритмов, которые способны будут распознавать паттерны мозговой активности и выдавать команды на управляемые устройства ещё до того как эта команда будет осознана пользователем. Таким образом, естественно, что совершенствование технологий НКИ приведет к конвергенции двух направлений и формированию технологии, способной если не реагировать на подсознательные «мысли», то по крайней мере активироваться ещё до формирования окончательной программы двигательного акта, направленного на формирование команд для управляемого устройства. Подтверждением этой мысли может служить выявление при обучении работ с НКИ появления новых функций уже известных участков мозга, специализирующихся как раз на новом варианте управления устройством.

Таким образом, основным барьером, с которым придется столкнуться разработчикам нейрокомпьютерного интерфейса, является, помимо технологических проблем, и необходимость перемещения в сферу бессознательного и неосознаваемого. Работа по объективному анализу процессов, происходящих в этих областях, безусловно, представляется одним из самых серьезных барьеров, не только с точки зрения нейрофизиологии, но и с точки зрения психологии и этики, ибо кто будет готов открыть своё подсознание?

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ЧЕЛОВЕКА

Онищук С.А., Барановская И.Б.

Система кроветворения прямо или косвенно реагирует на присущий современной эпохе динамизм, планетарный размах хозяйственной деятельности, постоянно возрастающее воздействие физических, химических, биологических факторов. Несмотря на то, что естественный отбор у человечества происходит медленно, система гемопоэза человека реагируют на изменение среды, что проявляется в количественных и качественных тенденциях. Гемограмма, по сути, является отражением хода пролиферации и дифференцировки клеток крови. Ее анализ может дать интегральную информацию о функциональной системе гемопоэза и о здоровье в целом. Много важной информации о процессах кроветворения можно извлечь с помощью статистических методов исследования. Одним из таких методов является анализ вероятностных распределений различных показателей крови. В зависимости от формы плотности вероятности отдельного показателя можно судить о том, находится ли данный показатель в настоящее время в равновесии, или имеет тенденцию к изменению, и в какую сторону.

Целью данной работы было исследование, установление закономерностей изменения различных показателей гемограммы через исследование формы плотности вероятности отдельных показателей крови.

Данные для настоящего исследования были получены с помощью гематологического анализатора *Sysmex XE* — 2100. У индивидов с верифицированным диагнозом «здоров» измерялись концентрации эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов и гемоглобина, а также средний объем и вариации этих показателей периферической крови. Анализировалась периферическая кровь 184 лиц в возрасте от 16 до 80 лет.

Было установлено, что плотности вероятностей многих показателей крови существенно отличаются от нормального (Гауссового) распределения. Известно, что любая система, биологическая или небиологическая, стремится к равновесному состоянию с минимально возможной энергией. При этом распределение всех ее параметров приближается к нормальному. Если же распределение отличается от нормального, система не в равновесии, находится в динамическом стремлении к стационарному состоянию.

Общеизвестна тенденция изменения отдельных показателей периферической крови с возрастом. Например, количество лимфоцитов в крови с возрастом увеличивается, что связано с жировым пе-

рерождением костного мозга и уменьшением доли функционирующих клеток. У лиц пожилого возраста общее количество тромбоцитов в крови снижено, увеличена их степень гетерогенности по размерам и средней объем, что обусловлено гипоплазией кроветворения.

Тем не менее, мы полагаем, закономерность распределения значений показателей крови мало зависит от возрастных изменений, и представляет собой общую тенденцию. На рис. 1 показаны распределения плотности вероятности содержания гемоглобина в ретикулоците *Ret-He*, среднего объема эритроцита *MCV*, количества лейкоцитов крови *WBC*, концентрации гемоглобина *HGB*.

Из рисунка следует, что среди представленных показателей крови лишь *Ret-He* имеет форму распределения, близкую к Гауссовой (нормальной). Симметричное распределение значений параметра объясняется тем, что значение содержания гемоглобина в ретикулоцитах обусловлено, главным образом, размером клеток и в меньшей степени, клеточным содержимым, а размер клетки является наиболее прочно генетически детерминированным признаком. Сле-

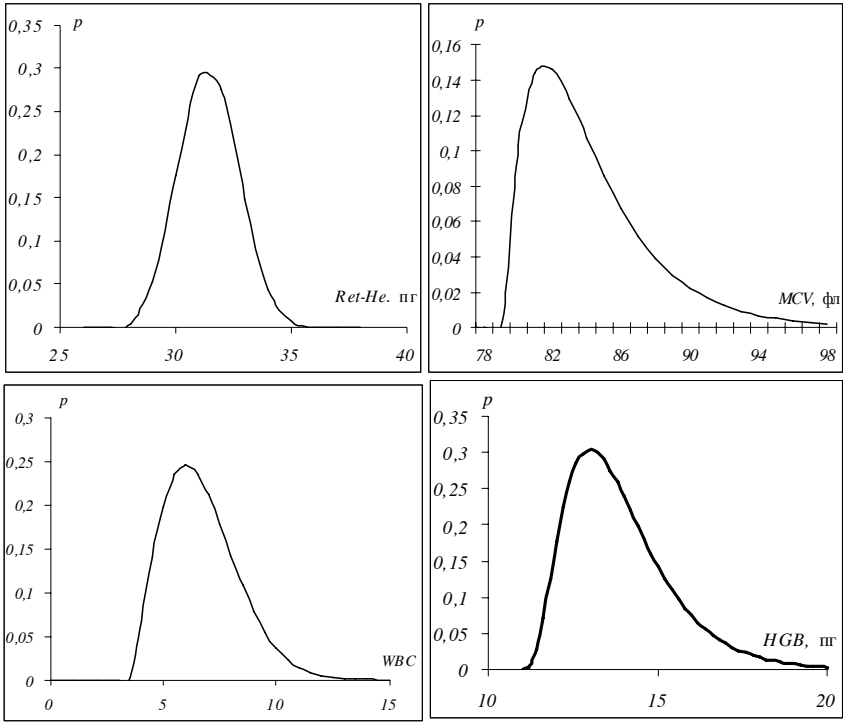


Рис. 1. Форма распределения плотности вероятности различных показателей крови

довательно, этот показатель находится в равновесном состоянии, и ожидать изменения его референтного интервала в обозримом будущем не приходится. Такая же закономерность выявлена относительно содержания лимфоцитов *LYMPH%*, что видимо, обусловлено генетической стабильностью системы иммунологической резистентности у взрослых индивидов.

Концентрации гемоглобина *HGB* имеет распределение с ярко выраженной правосторонней асимметрией ($A(x) = 0{,}81$) и большим по сравнению с нормальным распределением эксцессом ($E(x) = 0{,}56$). Интерпретация полученных данных возможна при выяснении вопроса, какие изменения в системе кроветворения присущи человечеству на данном отрезке эволюции. Если учесть, что в регионе, в котором брали кровь на анализ (г. Краснодар) за последнее столетие произошло заметное перестроение труда от физического в сторону умственного, а именно мышечная деятельность приводит к наибольшему потреблению кислорода организмом, можно сделать вывод, что тенденция изменения *HGB* направлена в сторону уменьшения концентрации гемоглобина в крови. Таким образом, можно предположить, что при асимметричном распределении тенденция динамики направлена в сторону края с большей крутизной.

С этой позиции можно проинтерпретировать и форму распределения *MCV*, понимание динамики которой не лежит на поверхности. Из всех исследованных показателей крови именно средний объем эритроцита имеет самую большую правостороннюю асимметрию ($A(x) = 1{,}60$) и самый большой эксцесс ($E(x) = 4{,}12$). Следует предположить, что *MCV* стремительно уменьшается, и столь большая островершинность распределения указывает именно на скорость изменения (но, возможно, и на ускорение). Как это скажется на человечестве? Эритроцит достаточно легко деформируется, что дает ему возможность проходить по самым узким капиллярам. Уменьшение среднего объема облегчит снабжение кислородом органов, в которых система кровоснабжения наиболее разветвлена, как например, в головном мозге. Такая модель может войти в кажущееся противоречие с тем фактом, что у элитных спортсменов отмечено уменьшение *MCV*. А именно при спортивной деятельности, связанной с проявлением выносливости, решающую роль играет состояние системы транспорта кислорода. Вместе с тем активное кислородообеспечение мышц у спортсменов приводит зачастую к железодефициту, что автоматически выводит их из категории здоровых людей.

С этой точки зрения количество лейкоцитов крови *WBC* также уменьшается с умеренной скоростью ($A(x) = 0{,}69$; $E(x) = 0{,}42$). Изменения в общем количестве лейкоцитов и их соотношениях являются показателем реакции организма на действие вредных агентов. Можно сделать вывод, что процесс защиты организма на современ-

ном этапе эволюции значительно ослаблен, и как знать, может быть это признак уменьшения жизнеспособности человечества и снижение его значимости как доминирующего вида на планете. Тенденцию к уменьшению количества лейкоцитов также можно объяснить снижением физической нагрузки и двигательной активности человека в эру научно-технической революции.

Современные гематологические анализаторы позволяют получать распределения объемов частиц крови у одного пациента. Достаточно часто распределения объемов лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов также имеют правостороннюю асимметрию. Это позволяет рассматривать кроветворную систему отдельного организма, как неравновесную, и выявлять закономерности динамики показателей крови.

В заключение следует отметить, что использование принципов и методов математики в биологии и философии увеличивает точность описания и усиливает логику доказательств любого явления. Такой анализ, в частности, дает возможность оценить влияние социума и окружающей среды на тенденции развития системы кроветворения у человечества. Это позволяет под новым углом зрения взглянуть на закономерности кинетики кроветворения и кроверазрушения в контексте эволюционных изменений.

ДИАГНОЗ «СМЕРТИ МОЗГА» И ПРОБЛЕМА РЕЛЯТИВИЗМА НАУЧНОГО ЗНАНИЯ

Попова О.В., Москвина Л.В.

Современность характеризуется особым способом социального бытия человека. Человек современный вынужден адаптироваться к условиям постоянного вопрошания об Истине при навязываемой культурой постмодерна вере в ее отсутствие. Концептуально несоизмеримые посылки в конкурирующих аргументах, отсылающие к различным истинам, характеризуют как современное состояние в морали, так и состояние в науке, которая в свете тенденций интенсивного развития биотехнологий вынуждена находиться в состоянии перманентного аксиологического вопрошания. При этом научное сообщество зачастую выдвигает различные несовместимые этические установки, которые определяют особенности существующих научных школ. В свою очередь истины, рождаемые в научных школах, могут быть зависимы от национального и историко-культурного контекста.

Рассмотрим с точки зрения релятивизма в современной науке проблему «смерти мозга». Случай регистрации смерти мозга впервые был описан французскими неврологами в 1959 году. В 1968 году были опубликованы критерии смерти мозга от Гарвардского университета, в 1971 — критерии Миннесоты. Первой страной, признавшей смерть мозга равносильной смерти человека, была Финляндия (1971). В 1979 году Медицинское Королевское Общество Англии провозгласило, что «смерть мозга отражает истинное умирание человека». Прошло почти 30 лет и сейчас мировое медицинское сообщество не может однозначно согласиться с Королевским Обществом Англии. Не отказываясь от понятия «смерть мозга», многие страны (США, Канада, Дания, Люксембург, Израиль, Япония и др.) стремятся к уточнению или к пересмотру клинических критериев смерти мозга, а также обновлению нормативной базы, регулирующей констатацию смерти мозга, взаимоотношения между донорами, реципиентами и членами их семей. Первостепенная задача врачей и философов заключается в том, чтобы определить понятие «смерть мозга»: какая из множества функций этого органа эквивалентна жизни человека.

В настоящее время ситуация с диагностикой смерти мозга представляет собой пример релятивизма в современной науке. Он многосторонен. Диагностика состояния «смерть мозга» зависит от варьирующегося накопленного опыта в медицинских учреждениях, от личностной позиции ученого-авторитета научной школы, от имеющихся культурных архетипов отношения к смерти в конкретной стране и т.д.

Научный релятивизм проявляется в наблюдающейся в разных странах относительности предъявляемых требований к проведению клинического теста и применению дополнительных методов (ЭЭГ, ангиография и др.), к выбору специалистов, принимающих участие в констатации смерти мозга (анестезиологи, реаниматологи, неврологи и др.). Релятивизм проявляется и в возрастной относительности критериев, а также в существующей непроясненности самого понятия «смерть мозга» — полное определение смерти мозга, смерть мозга как смерть ствола мозга (Великобритания), смерть высшего мозга (не легализовано).

Радикализм современного научного релятивизма проявляется в еще большей степени[1]. В статье Shewmon, опубликованной в официальном журнале Американской Академии Неврологии «Neurology»[2]

---

[1] См.: D. Alan Shewmon. Chronic «brain death»: Meta-analysis and conceptual consequences // Neurology. 1998. 51; 1538–1545; Truog RD. Is it time to abandon brain death? Hastings Cent Rep. — 1997; 27: 29–37.

[2] D.Alan Shewmon. Chronic «brain death»: Meta-analysis and conceptual consequences // Neurology. — 1998; 51; 1538–1545.

на основе имеющихся научных данных подвергается сомнению общемедицинский консенсус относительно понимания «смерти мозга», говорится о необходимости расширения представлений о констатации смерти на основе диагноза «смерть мозга». Shewmon вводит понятие «хроническая смерть мозга» для описания случаев смерти мозга с пролонгированным выживанием, то есть продолжительной сердечной деятельностью (при искусственной поддержке) после констатации смерти мозга.

В медицинской научной литературе общепринятым является убеждение, что пациенты со смертью мозга способны прожить до необратимой остановки сердца несколько суток, в крайних случаях — неделю. Этот срок может быть больше у новорожденных и детей (10 дней — 2 недели). Из 56 случаев, рассматриваемых Shewmon, половина (28 человек) прожила более 1 месяца, почти треть (17) более 2 месяцев, 7 человек (13 процентов) больше 6 месяцев, 4 (7 %) больше 1 года, рекорд составлял 14,5 лет. Наряду с этим он указывает на 175 случаев, относительно которых период выживания составлял более 1 недели. Возрастной фактор, по мнению Shewmon, влияет на способность пролонгированного выживания. Нейропластичность у детей дает большие шансы на увеличение срока до остановки сердца. Эти данные могут рассматривать как яркий пример диссидентства в науке, однако в последнее время все чаще звучат голоса в пользу наднациональных критериев констатации смерти мозга.

Осознавая, что масштаб фальсификаций в современной науке весьма значителен[1], необходимо признать, что современная медицина, так же как и другие направления научных исследований, могут грешить подгонкой фактов под созданные теории, игнорированием аномалий, когда есть, как может казаться, более высокая цель (например, трансплантация органов). В связи с этим артикулируется проблема объективности научного знания и его независимости от частных мнений, будь то мнения научных школ, отдельных ученых или здравомыслящих граждан. Однако пока что релятивизм, который прослеживается в отношении проблемы «смерти мозга», является не до конца осознанной научным сообществом проблемой и «агрессивной» данностью.

Проблема смерти мозга имеет свой социальный ракурс. Он связан с категорией доверия. Доверие — основа социального существования гражданского общества. В современном российском обществе не выработаны механизмы критического отношения и к научным, и к околонаучным теориям. При всей популярности теорий информационного общества, в отношении многих проблем обще-

---

[1] См., напр.: Daniele Fanelli How Many Scientists Fabricate and Falsify Research? A Systematic Review and Meta-Analysis of Survey Data //
http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2685008

ство находится в информационном вакууме. Специфический российский вариант социального доверия — это несформированная способность критически оценивать и публично обсуждать новые тенденции как в масштабах всего общества, так и в границах научного сообщества. Гипердоверчивость и толерантность по отношению к принятым научным стандартам — характерный признак нашего времени. Это еще и способ манипуляции человеческой жизнью. Вместе с тем такого же смирения следует требовать и от ученых. Под этим подразумевается ответное «смирение», онтологическая толерантность, состоящая в осторожном подходе к многомерным явлениям, таким как, например, сознание или человеческая личность. В отношении проблемы смерти мозга толерантность требует возможно более широкого учета многих параметров: права на многообразное понимание жизни потенциального донора, согласия его семьи на трансплантацию, учет его мировоззренческой позиции по отношению к данной концепции, осознании возможности профессиональной ошибки и т.д.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ХРИСТИАНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ КАК ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПСИХИАТРИИ

Алёхина Е.В.

1. Современный человек, как свидетельствует статистика психических заболеваний, страдает от различных душевных расстройств, душевной депрессии, многообразных форм зависимости. Закономерно, что психиатрия получила большое распространение, особенно в XX веке. Многие люди приходят к психотерапевтам, психологам, психоаналитикам в поиске успокоения, излечения, но ситуация кардинально не меняется. Перед лицом обостряющихся психологических проблем цивилизованного человечества особенно актуальна православно-христианская традиция исцеления человеческих душ, которая основана на огромном опыте подвижнической жизни. В свою очередь, мы имеем уникальный исторический опыт атеистического воспитания человека, приведший к демографической катастрофе и вырождению нации, что подтверждает жизнеспособность христианских истин о человеке и здоровом образе жизни. Христианство, располагая большим «психотерапевтическим потенциалом», «по существу является медицинской наукой... и курсом лечения».[1] При таком подходе люди разделяются не на добрых и злых, а на душевнобольных (безбожников), лечащихся и излечившихся (святых). Главное отличие Православия от других психотерапевтических методик — в принципе синергии (взаимодействии) воли человека с волей Бога, в единстве средств и высшей цели — «обожении» как состояния внутреннего мира, любви, свободы, цельности и чистоты. Христианская вера — это смысложизненная конструкция, в которой человек может созидать свою личность, имея

[1]Митрополит Иерофей (Влахос). Православная психотерапия // Святоотеческий курс врачевания душ. — СТСЛ, 2007. — С. 10.

объективную систему ценностей, идеал совершенства и средства его достижения. Напротив, на основе материалистического мировоззрения как феномена безрелигиозной веры «в нуль» следует обезличивание человека, бессмысленность жизни «неестественной, немыслимой и невыносимой»[1]. Теряя абсолютную опору, человек депрессирует, старается заполнить духовный вакуум разрушительными для его психического и физического здоровья пристрастиями.

2. В то время как научная психиатрия представлена в значительной степени противоречивыми теориями, духовная обоснованность концепции православной психиатрии обеспечивает необходимое единство и связанность, непротиворечивость и полноту. Христианская мысль выработала комплексную концепцию психических болезней, которая распознаёт в их происхождении три возможные причины: органическую, нравственную и духовную. Эти три этиологии порождают специфические терапии, не противостоя при этом друг другу, поскольку все три связываются с греховным состоянием человеческой природы в целом. При этом грань между соматическими и психическими заболеваниями всегда существовала в христианстве, которое никогда не было склонно однозначно относиться к психически больным.

Основные принципы православной психотерапии: 1. Благоговейное отношение к душевнобольным, ибо каждый человек — обладатель величайшего дара Божьего — святыни души. 2. Включение в психотерапевтическую деятельность навыков аскетики, нравственного воспитания и духовной жизни. 3. Исключение из лечебной работы методов, связанных с насилием над личностью, ложью, оккультно-мистическими, механистическими психотехниками.[2]

3. Эти принципы следуют из теоретических основ православно-христианской психиатрии — святоотеческой *христианской антропологии,* утверждающей **целостную природу человека**, единство в ней души и тела и одновременно иерархизм, подчинённость низшего высшему началу. Целостность — это равновесия и порядок, обязательное условие истинного познания смысла жизни и адекватного восприятия действительности, условие физического и психического здоровья, в конечном счёте — спасения. Из этого следует, что личности принадлежит и душа, и тело. Последнее особенно важно, поскольку, если тело не принадлежит личности, с ним можно обращаться, как угодно: манихейски пренебречь им, что свойственно спиритуализму или культивировать натуралистическое, прагматическое отношение. То и другое имеют скрытое родство, что обнару-

---

[1] Достоевский Ф.М. Дневник писателя // ПСС в 30-ти т. — Т. 24. — Л., 1976. — С. 49.

[2] Авдеев А.А. Душевные болезни. Православный взгляд. — 2-е изд. — М., 2008. — С. 207.

живается в современных реалиях господства сциентизма и гедонизма, ведущих, в конечном счёте, к «развоплощению» человека, к распаду органических форм существования, прежде всего семьи, а потом уже и народного единства. Важно отметить, что единство личности человека достигается при условии управления тела и души духом — верующим разумом, совестью, предполагает единство рациональной способности человека (ума), эмоционального центра (сердца) и телесной жизни, свободной воли и нравственного закона, свободы и ответственности. Игнорирование единства души и тела и их иерархизма по христианским понятиям смертельно опасно для человека. Самодовлеющее значение телесной жизни, желание сиюминутного обогащения и немедленного удовольствия разрушительно действует и на душевные силы (слабеет память, воля, омрачается рассудок), и на тело, которое болеет и быстро стареет. Характерные порочные наклонности — разврат, пьянство, наркомания, игромания, как и увлечение оккультизмом, являются причиной сумасшествия. Так гедонистический смысл жизни, культивирование гордости, успеха любой ценой приводит к утрате чувства реальности, к потере центра, «упора» (Н.Бердяев), собственного «я», доходя до психических болезней.

Таким образом, христианская антропология, противостоя односторонним концепциям натурализма и спиритуализма, рассматривает человека как целостное существо, утверждает, что человек всегда и во всём разумен, духовен, только духовность может иметь разные формы и направленность. Возможна и «тёмная духовность», когда человек поклоняется не Творцу, а творению, при этом и в грешнике сохраняется образ Божий. Грех, таким образом, понимается как духовный выбор, нарушение нравственного закона — воли Бога относительно человека и как главная причина психических расстройств любой этиологии.

4. Прежде всего, грех проявляется в помрачении ума, нечистом сердце и помыслах — всё это и создаёт так называемые психологические проблемы. В Православной Церкви с её таинствами и аскетической жизнью всё служит лечению (очищению) и оживлению умной силы души, наполненной, по словам святых отцов, «помыслами похотными и ненавистливыми», угнетённой и беспокойной (депрессирующей). Болезни души — это страсти. Учение о страстях является истинной психопатологией, которая определяет, что такое страсти, классифицирует их и подробно рассматривает лечение от страстей. Практически во всех душевных болезнях обнаруживается крайняя степень выраженности страсти гордости как нравственно-психологического коррелята неверия. Она болезненно искажает и переворачивает жизненные ориентиры личности в сторону «отвержения ориентиров объективных и созданием собственных, часто

весьма фантастических»[1]. С ней соединены гнев, уныние и мечтательность (в зависимости от типа болезни). Едва ли не каждый невроз имеет духовные корни, т.е. связан со столкновением желаемого и действительного. Главная причине неврозов — не стрессы и информационные перегрузки, а личность человека в ценностно-смысловой системе координат. Не случайно неврозы называют запущенной формой страстей (А.А.Авдеев). Поскольку все «неврозы» коренятся в духовной области, в обожествлении чувственных удовольствий, то и лечение их нужно начинать со смысложизненной переориентации, буквально — с перемены ума относительно ценностей, средств и целей жизни, с изменения отношения к людям и к себе, с воцерковления.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭМПАТИЙНЫХ РЕАКЦИЙ В ПСИХОСОМАТОЛОГИИ

Молчанов А.С.

Причины развития психосоматических нарушений (или их отсутствие) трудно понять без исследования таких форм взаимодействия с социальной средой, как эмпатийные реакции. Эмпатия может рассматриваться как многоуровневый психофизиологический процесс опознания и эмоционального реагирования наблюдателя на аффективное состояние наблюдаемого человека эмоцией той же модальности[2]. Основные блоки процессора, обеспечивающего работу этого механизма, соответствуют структуре концептуальной рефлекторной дуги. Ее афферентное звено состоит из периферических рецепторов, градуально реагирующих предетекторов, совокупности селективно настроенных детекторов. Эфферентное звено такой системы состоит из совокупности командных нейронов, мотонейронов и эффекторов. Между указанными двумя звеньями имеется набор вставочных, модулирующих нейронов. Взаимодействие отдельных блоков осуществляется системой фиксированных и изменяющихся связей.

Поступивший на вход сенсорной системы сигнал и представляющий собой линейную комбинацию возбуждений рецепторов сетчатки глаза, передается на предетекторы. Каждый из них отвечает

---

[1] Свешников В., протоиерей. Очерки христианской этики. — М., 2000. — С. 121.

[2] Berger S.M. Conditioning through vicarious instigation // Psychological Review, 1962. — V. 69, № 5. — P. 450–466.

за анализ какой-то одной характеристики стимула. Определенное сочетание возбуждений системы предетекторов приводит к возбуждению одного из детекторов. Дифференциальный порог различения сходных экспрессивных выражений лица определяется степенью избирательности настройки двух соседних детекторов. Селективная настройка детекторов происходит под влиянием, как наследственных факторов, так и социального опыта.

Если принять и распространить эту схему на механизмы эмоций, то в качестве предетекторов могут выступать нейроны, градуально реагирующие на комбинации ряда биологически активных веществ. Переживание определенной эмоции возникает в результате возбуждения определенных детекторов эмоций, избирательно реагирующих на разные комбинации возбуждений предетекторов. Субъективное отличие эмоций определяется отличием между возбуждаемыми ими детекторами.

Афферентное звено механизма опознания экспрессии лица состоит из трех основных частей: блока структурного кодирования поступающей информации, блока анализа отдельных характеристик стимула, блока когнитивного синтеза. Между всеми тремя блоками существует система обратной связи.

В блоке структурного кодирования содержится два типа описания лица человека: полное и экспрессивно-независимое. Полное описание используется при анализе мимических проявлений эмоций, экспрессивно-независимое — при опознании черт лица[1]. Блок анализа отдельных характеристик стимула состоит из системы параллельных каналов: канала опознания знака эмоций, канала опознания интенсивности эмоций, канала анализа направленности наблюдаемого человека на объект, вызывающий эмоцию («принятие-отклонение»). В блоке когнитивного синтеза осуществляется интеграция сигналов, поступивших от каждого информационного канала. Затем происходит сличение поступившего образа со сформированными ранее и хранящимися в памяти кодами отдельных экспрессивных выражений лица. Важной частью этого блока является эмоциональная память человека, которую Russell J.A. (1980)[2] называет когнитивной системой аффектов. Она оказывает существенное влияние на процесс считывания информации с лица[3].

Процессор опознания мимических проявлений эмоций представляет собой систему с ограниченной пропускной способностью.

[1] Bruce V., Young A. Understanding face recognition // British journal of psychology. — 1986. — V. 77. — P. 305–327.

[2] Russell J.A. A circumflex model of affect // Journal of personality and social psychology. — 1980. — V. 39. — P. 1161–1176.

[3] Rich B.A., Vinton D.T., et.al. Limbic hiperactivation during processing of neutral facial expressions in children with bipolar disorder // Proceedings of NAS of the USA. — 2006. — P. 8900–8906.

Индивидуальные особенности опознания экспрессии лица детерминированы работой всех трех блоков описанной схемы: блока структурного кодирования, блока анализа отдельных характеристик изображения и блока когнитивного синтеза. Его работа может быть описана в терминах векторной алгебры. В этом случае особенности восприятия эмоционального состояния другого человека могут быть представлены в виде n-мерных психологических пространств, число и наименование базисных векторов которых соответствует числу и наименованию основных каналов (предетекторов), определяющих анализ отдельных характеристик стимула, вес этих векторов отражает степень участия каждого канала в построении целостного образа. Локализация в психологическом пространстве точек, соответствующих наблюдаемым экспрессивным проявлениям эмоций, в найденной системе базисных векторов, отражает особенности представлений наблюдателя о характере мимических проявлений эмоций различной модальности (характере энграмм, «эталонов» экспрессии лица, хранящихся в памяти наблюдателя).

Такое описание работы процессора опознания экспрессии лица совпадает с представлениями Allport F.H.[1] об условно-рефлекторном характере механизмов опознания мимических проявлений эмоций и согласуется с указанием MacDougall W.[2] о существовании в его структуре системы каналов, настроенных на выделение паттернов определенного типа. Учитывается также принцип параллельности переработки информации.

В проведенном нами исследовании изучено взаимодействие трех основных каналов, относящихся к уровню предетекторов процессора опознания экспрессии лица, рассмотрена структура каждого канала. Установлено, что канал «знак эмоций» находится в реципрокных отношениях с двумя другими каналами: «интенсивности эмоций» и «принятие-отклонение» стимула, вызвавшего эмоцию наблюдаемого человека. Последние два канала связаны между собой косвенно через канал опознания «знака эмоций». Каналы «знака эмоций» и «интенсивности эмоций» имеют сложную, составную структуру. Первый из них включает оппонентные системы различения эмоций: «печаль — страх» и «удовольствие — гнев». Второй — состоит также из двух оппонентных систем: опознания «собственно интенсивности эмоций» (слабо выраженных эмоций — сильно выраженных эмоций) и «степени произвольности экспрессии лица» (произвольно регулируемая экспрессия лица — непроизвольные мимических проявления эмоций). Канал опознания «направленности» наблюдаемого человека, по нашим данным, представляет собой целостную систему.

---

[1] Allport F.H. Social psychology. — Cambridge Mass: Houghton-Miflin, 1924.

[2] MacDougall W. An outline of psychology. — L., 1928.

Полученные результаты позволяют создать имитационные модели, описывающие механизмы эмпатийных реакций как важнейшей составляющей взаимодействия с социальной средой, а также развития психосоматических заболеваний и свидетельствую в пользу когнитивной теории психосоматических нарушений. Такие имитационные модели могут использоваться при создании искусственного интеллекта.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЕКТИВНОГО ТЕСТА «ГОМУНКУЛЮС» В ИССЛЕДОВАНИИ «ОБРАЗА ТЕЛА» ПРИ ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Анашкина Е.В.

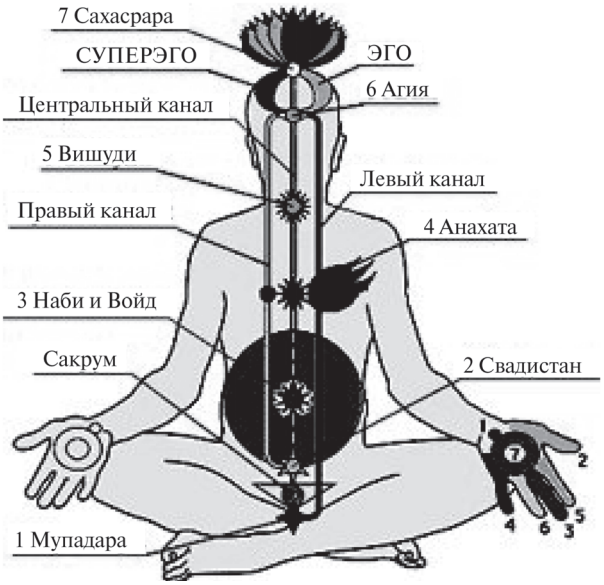
Развитие личности имеет много аспектов. Одним из существенных аспектов личностного развития является достижение целостности. В данной статье я сфокусирую внимание на рассмотрении роли телесности в формировании целостного сознания, образа тела и как эти понятия отражаются на уровне осознания психосоматических проблем. ВОЗ определяет здоровье как гармонию пяти неразрывно связанных составляющих: психическая, психологическая, социальная, духовная и биологическая или телесная. Восприятие человеком образа своего тела выступает в данном случае как интеграция всех составляющих компонент.

Телесное здоровье, таким образом, обеспечивает, прежде всего, целостный подход к этой сложной структуре человеческой личности, соединяя его с таким явлением как собственно *личность и биологическое человеческой существо* (индивид). Здоровье ощущается личностью как свободное и комфортное владение своим телом, безболезненное протекание всех внутренних процессов и получение удовольствия от физических движений. Воспринимается как положительные эмоции и чувства, *энергетический баланс и подъем*. Телесным выражением эмоционального здоровья является легкость и грация движений, хороший мышечный тонус, хороший контакт с окружающими людьми, ясный взгляд и мягкий приятный голос, человек ощущает себя физически здоровым, полным энергии и оптимизма.

В раннем детстве проявляются, а затем закрепляются специфические навыки и телесные движения избегания боли, отчаяния и страха и способы получения безопасности и любви окружающих.

Они приводят к развитию структуры характера человека, который складывается из часто искаженного образа мира и собственной личности, жестких схем поведения и чувств, а также ограничивающих жизненность организма паттернов «самообладания», называемых также «панцирем характера». *Таким образом, физический облик человека символически отражает его психику. Тогда физическое нездоровье, «панцирь плохого характера» будет выражен в ощущениях физического дискомфорта и низкой энергии.*

Во многом психосоматическое понятие энергии очень похоже на понятие энергии в восточных практиках. Психоаналитики в свое время были просто очарованы религией Востока и много понятий взяли из буддизма напрямую. Но надо сказать, что осталось там только то, что нашло подтверждение в практике психоанализа. В частности система чакр или энергетических каналов.



В любой момент жизни состояние тела человека — это воплощенная история пережитых и переживаемых им эмоциональных и физических травм, накопленного жизненного опыта, взглядов и представлений, недомоганий и заболеваний. Наше «Я» выражено как в психике, так и в теле, и оживить душу можно, воздействуя на телесные процессы. Один из «отступников» психоанализа австрийский психиатр Вильгейм Райх с самого начала предполагал лечение неврозов с биофизических позиций, содержавших физиологические элементы. Продолжатель его учения Александр Лоуэн, разработал теорию биоэнергетики, сочетающую в себе психотерапию,

прямое мануальное воздействие и физические упражнения. Система психотерапии, предложенная Лоуэном, способствует освобождению тела от напряжения, появляющегося в результате его неправильного положения, закрепощенность препятствует свободной циркуляции энергии. Биоэнергетические нарушения способствуют невротическим расстройствам, а их устранение приводит к выздоровлению. Здоровый человек связан с землей и получает удовольствие от жизни, в больном организме не происходит свободной циркуляции энергии, чему препятствует телесная ригидность, которая проявляется в виде мускульной зажатости и образует зоны напряжения в теле. Основной критике подвергается идея Лоуэна о связи между функциями тела и психическими процессами. Добраться к корням болезни при помощи психоаналитических процедур можно, только если преодолеть защиту Суперэго, специальной инстанции подсознания, которая играет роль своеобразной внутренней полиции. А оно совершенно не заинтересовано в том, чтобы допустить это осознание. Оно в этом случае стоит на страже психической стабильности личности. Проективный тест «Гомункулус», предложенный Семенович и Сиротюк, с самого начала разрабатывался для диагностики психосоматических заболеваний. Наше исследование показало, что данный психологический тест превосходно служит для отражения «образа тела и здоровья». Более тысячи исследованных рисунков показали, что большой процент тестируемых делают акцент в своих рисунках на точках человеческого тела, которые соответствуют энергетическим каналам восточных практик. Большая часть людей утверждают, что до этого не слышали о чакрах, энергетических узлах и т.д. и не интересовались восточными практиками.

САМОСОЗНАНИЕ И ПРОБЛЕМА КРИТИЧНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Барденштейн Л.М., Курашов А.С.,
Беглянкин Н.И., Славгородский Я.М.

Исследование самосознания в настоящее время актуально, ибо связано с проблемами общественной практики, особенно в области изучения формирования человека, раскрытия социальных механизмов его активности, а также в поисках его внутренних резервов. Особенно остро ощущается дефицит в исследованиях такого важного аспекта самосознания как его деструкция, без этого феноме-

нология самосознания не может быть основательной. Патология, из какого бы источника она не развивалась — психогенного, эндогенного, органического или социогенного — всегда открывает иные измерения самосознания, но как его изменённые состояния. Патологически деформированный субъективный образ может быть объяснён характером психического заболевания. Клиника деструкции самосознания имеет достаточно богатый материал, который к тому же хорошо систематизируется (на этом строится психиатрическая практика). Проблемы философского порядка возникают тогда, когда больной рассматривается не как объект заболевания, а как субъект переживания в изменённом патологией состоянии. Степени деструкции самосознания различны в зависимости от глубины дезинтеграции основных психических функций, то есть от ведущего симптомокомплекса. На определённой степени деструкции самосознания у больного начинает страдать критичность к своему состоянию и к заболеванию в целом. Так у депрессивных больных расстройство критики возникает с появлением ощущения изменённости «Я». Отмечается переживание изменения собственных чувств, качества своих эмоций, понижение гедонистического компонента, понижение эмоционального резонанса. Внешний мир воспринимается изменённым, теряется чувственный компонент переживания окружающего. На уровне непсихотической депрессии, при вышеописанных расстройствах сохраняется абстрактно-логический компонент самосознания — самоанализ и самооценка, и больные сохраняют относительную критичность. В случае возникновения у больного депрессивного расстройства в самосознании больных возникает мощное фиксирование на болезненных переживаниях. Возникают идеи неизлечимости, самообвинения и самоуничижения. Появляются по мере углубления депрессии суицидальные мысли, что приводит к полной потери критичности.

У больных шизофренией степень критичности зависит от этапа заболевания, варианта течения и прогредиентности. Разумеется, речь не идёт об острых психотических состояниях, при которых степень дезинтеграции самосознания исключает возможность критической оценки своего заболевания. При недостаточно сформированных ремиссиях критичность определяется своеобразным дуализмом по отношению к своему настоящему состоянию, перенесённому психозу. Такое отсутствие образа своего «Я» связано с формированием эмоционально-волевого и гностического дефекта. Восстановление критичности прямо связано с качеством ремиссии после перенесённого приступа и степенью личностной послеприступной деструкции личности. Постепенно, по мере стабилизации ремиссии, восстанавливается критичность к перенесённому заболеванию, хотя в ряде случаев критичность носит формальный характер, то есть у

больных так и не формируется внутренняя убеждённость. Чем больше отчуждается «Я», тем больше нарушается критичность. Это особенно заметно при непрерывно-текущих формах шизофрении с ведущим параноидным синдромом. По мере развития синдрома нарастает изменение, а затем отчуждение «Я», вплоть до формирования бредовой деперсонализации, при этом утрачивается чёткость грани «Я» и «неЯ». Полное отчуждение «Я» приводит к потере идентичности. Это происходит по мере усугубления шизофренического дефекта с выраженными расстройствами в эмоционально-волевой сфере. Больные постепенно утрачивают способность воспринимать изменение внутренней цельности «Я», утрачивается способность переживания чуждости своему «Я» психопатологических расстройств. Критичность в этом случае полностью отсутствует. Нами рассмотрена лишь небольшая часть сложной проблемы критичности, которая, выходит далеко за рамки собственно психической патологии и охватывает и проблему критичности при соматических заболеваниях, что является предметом дальнейших исследований.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

Вахрушева Л.Н., Гризодуб В.В.

В настоящее время в науке отмечается тенденция к систематизации научного знания. В XX веке сформировалось направление, получившее название «системный подход». В методологии этого подхода используются такие важные для нас понятия как «целое» и «часть». Целое представляет собой совокупность объектов, в результате взаимодействия которых появляется новое качество (состояние), отсутствующее у отдельных объектов. Усиление внимания к разного рода эффектам целостности и системности было вызвано развитием различных направлений науки, возникших в XIX—XX веках. Примером может стать теория вероятности и статистика, где целое выражает себя в различных статистических эффектах больших совокупностей объектов.[1] Систематизация научного знания также отмечается и в психологии. Например, зарождение психосоматики как междисциплинарного направления в психологии, психиатрии и общей медицине связано с признанием взаимосвязи психического и физиологического уровней функционирования человека.[2]

---

[1] Моисеев В.И. Философия науки. — М., 2003. — С. 139–146.

[2] Кулаков С.А. Основы психосоматики. — СПб., 2003. — С. 52.

Эмоциональный интеллект (далее ЭИ), о котором далее пойдет речь, также представляет собой понятие, которое сформировалось в результате объединения двух частей (эмоциональной и интеллектуальной сфер) и изучения особенностей их взаимодействия. Это понятие, появилось сравнительно недавно, в 90-е годы прошлого столетия. Оно очень быстро приобрело значительную популярность. К настоящему времени проведено множество исследований, посвященных этой проблеме. Однако, несмотря на это, единой концепции ЭИ до сих пор не создано. Существует большое количество школ, занимающихся изучением ЭИ, и до сих пор между разными школами нет согласия о содержании, которое вкладывается в понятие ЭИ[1].

Авторы понятия ЭИ Дж.Мэйер, П.Сэловей, Д.Карузо все существующие модели разделяют на два типа: «смешанные» модели и модель способностей. Свою модель ЭИ Мейер, Сэловей, Карузо назвали моделью способностей, поскольку под ЭИ они понимают способность к когнитивной переработке информации, заключенной в эмоциях. Другие существующие модели ЭИ эти авторы называют «смешанными», поскольку в них ЭИ рассматривается как сочетание, «смесь» способности к переработке информации и личностных характеристик.[2] Согласно Дж.Мейеру, П.Сэловею, Д.Карузо, эмоции представляют собой информацию об отношениях человека с окружающим миром.

ЭИ — это способность к восприятию, обработке и использованию информации, заключенной в эмоциях.

К области ЭИ авторы относят четыре класса способностей: восприятие эмоций; использование эмоций для стимуляции деятельности; понимание эмоций; управление эмоциями.[3]

Наиболее известными «смешанными» моделями являются модели Гоулмана и Бар-Она.

Гоулман в ЭИ выделяет четыре компонента: осознание человеком самого себя (понимание своих эмоций, адекватная самооценка и т.д.), понимание других людей (эмоций других людей, причин поведения и т.д.), управление собой и управление отношениями с другими людьми. В каждый из этих компонентов входят составляющие их элементы. Некоторые из этих элементов характеризуют способность к интеллектуальной обработке информации, заключен-

---

[1] Орестова Е.В., Садокова А.В., Вахрушева Л.Н., Гризодуб В.В. Эмоциональный интеллект: современные представления и перспективы исследования // Журнал Кафедра. — 2008. — Том 7, № 3. — С. 66–69.

[2] Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. (2000) Models of emotional intelligence. In R.J. Stenberg (Ed.), Handbook of intelligence, 396–420.

[3] Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. (1999) Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. — Intelligence, 27, 267–298.

ной в эмоциях (то есть, фактически, эти элементы соответствуют модели способностей). Другие элементы имеют отношение к личностным особенностям. Среди этих элементов имеются следующие: уверенность в себе, надежность (приверженность нормам чести и честности), открытость новому, инициатива, оптимизм, лидерство.[1]

Бар-Он при создании своей модели стремился ответить на следующий вопрос: «Какие качества помогают человеку достигать успеха в жизни?» Для ответа он осуществил анализ психологической литературы и выделил следующие пять компонентов: внутриличностные навыки (эмоциональное самоосознавание, уверенность в себе, самонаблюдение, самоактуализация, независимость); межличностные навыки (межличностные отношения, социальная ответственность, эмпатия); приспособляемость (решение проблем, тестирование реальности, гибкость); управление стрессом (толерантность к стрессу, контроль импульсивности); общее настроение (счастье, оптимизм). Согласно Бар-Ону эти пять компонентов являются составляющими ЭИ. Само понятие ЭИ он определяет как «множество некогнитивных способностей и навыков, влияющих на способность успешно справляться с требованиями и давлением окружения»[2].

Таким образом, существующие модели ЭИ довольно сильно рознятся между собой в понимании сущности этого конструкта, однако все они в той или иной форме стремятся объяснить связь эмоциональной и интеллектуальной сфер. В результате, эмоциональный интеллект, представляет собой целое, которое порождает новые качества, отсутствующие у его отдельных элементов. Такими качествами являются восприятие эмоций, понимание и регуляция эмоций, как собственных, так и других людей, использование эмоций для стимуляции деятельности.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Орестова Е.В., Волчкова А.А.

В настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и горячих точек в различных регионах планеты. Терроризм, боевые действия, природные катаклизмы активно влияют на

[1] Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. — М., 2008.

[2] Bar-On R. Emotional intelligence Inventory (EQ-i): Technical Manual. — Toronto. Canada, 1997.

человека и способствуют развитию так называемого посттравматического стрессового расстройства — ПТСР. Все вышеперечисленные экстремальные ситуации способствуют развитию этого состояния. Рядом исследователей ПТСР понимается как затяжная или отсроченная реакция на травматическое переживание.[1] Такое понимание природы ПТСР зачастую связано с концентрацией внимания на объективных характеристиках данного феномена, а именно на комплексе реакций, образующих характерный симптомокомплекс.

Рассмотрение ПТСР в контексте только внешних проявлений не позволяет вскрыть внутренних механизмов расстройства, поэтому, на наш взгляд, для понимания данного феномена необходимо его двухстороннее рассмотрение: с одной стороны, основные объективные проявления ПТСР и, с другой стороны, личностные переживания, центральное место в которых занимает смысловая сфера.

В нашем понимании, основным полем, на котором возникает и развивается данное расстройство, является ценностно-смысловая сфера личности. Смысл — один из важнейших компонентов, без которого невозможно полноценное понимание травматического стресса.

Основной характеристикой ПТСР является застревание личности на травмирующем событии: человек, страдающий данным расстройством, остается застывшим в травме, как в актуальном переживании. Это проявляется в повторяющихся и навязчивых стойких воспоминаниях, повторном переживании горя, избегании стимулов, связанных с травмой, и постоянных симптомах возрастающего возбуждения. Расстройство вызывает тяжелое эмоциональное состояния и нарушения в различных сферах жизнедеятельности.

В настоящее время имеется несколько подходов, объясняющих этиологию и механизмы ПТСР, а именно: психодинамическая, когнитивная и психосоциальная модели. Современные представители психодинамической модели предполагают, что информационная перегрузка, возникающая в результате воздействия травмирующего события, повергает человека в состояние постоянного стресса. Такое состояние продолжается до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. При этом информация, под воздействием психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки). В когнитивной модели психической травмы большая роль отводится когнитивной оценке индивидом стрессовой ситуации. В основе когнитивных концепций ПТСР лежит когнитивная модель реакции страха А.Бэка и Г.Эмери[2]. При воздействии травмирующей ситуации обуслов-

---

[1] Тарабрина Н.В. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса. — М., 2003.

[2] Ромек В.Г. и др. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб, 2004.

ленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме, и игнорировать остальную. В итоге, действие схемы приводит к определенным моторным реакциям — застыванию на месте, борьбе или бегству. Психосоциальная модель концентрирует свое внимание на значении социальных условий, в частности фактора социальной поддержки окружающих для успешного преодоления ПТСР.

Все вышеперечисленные модели являются неотъемлемой частью теоретических и практических знаний о ПТСР. Но до сих пор остается в центре дискуссий вопрос об этиологии и возможности возникновения ПТСР у того или иного человека. Что является основным фактором, обуславливающим ПТСР? Развивая взгляды М.Ш. Магомед-Эминова, мы рассматриваем в качестве основного этиологического фактора, обуславливающего аномальное развитие личности и возникновение ПТСР, смысловой конфликт.

В психотравмирующей ситуации сталкиваются два типа опыта — аномальный и обычный, — которые относятся к двум принципиально разным формам бытия личности — бытия жизни и смерти, что приводит к формированию смыслового конфликта. «В такой ситуации человек имеет дело с опытом смерти, который открывается ему как содержание жизни, и получает опыт жизни, несущей его в объятия смерти» (М.Ш.Магомед-Эминов)[1]. Когда непосредственное влияние травмирующей ситуации сходит на нет, человек оказывается в совершенно иных ценностных рамках. Возникают вопросы о смысле жизни, о смысле страдания, особенно болезненно осмысливается невинное страдание. Для многих, переживших психотравмирующую ситуацию, впервые и очень остро встает вопрос о невозможности контроля событий внешней жизни и, наоборот, о вероятности внезапных и нежелательных перемен, связанных с утратами. Т.е. человек ищет ответы на те вопросы, которые обычно не встают в рамках повседневности. Для человека, уцелевшего в экстремальной ситуации, возникает важная жизненная задача — построение новой системы смыслов и интеграция травматического опыта. Другими словами, полноценный выход из ПТСР возможен только на уровне построения новой системы смыслов.

Необходимо также упомянуть об исследованиях, выявляющих связь между вероятностью возникновения ПТСР в будущем и такими факторами, как привязанности, сформированные в детстве, и система защитных механизмов личности[2]. Исследования показали,

---

[1] Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестник МГУ. — Сер. 14, 1966. — № 4.

[2] Ловелле Р.П. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. — М., 2001.

что ненадежные типы привязанности — ненадежно-тревожный и ненадежно-дистанцированный — коррелируют с выраженностью посттравматических симптомов, в то время как надежный тип привязанности оказывается никак не связан с психопатологической симптоматикой. Как фактор риска развития ПТСР выделяются динамические свойства индивидуальности (темперамент).

Лечение ПТСР также остается центром дискуссий: одни авторы считают, что ПТСР — излечимое расстройство, другие полагают, что его симптомы полностью не устранимы. Тем не менее, на сегодняшний день основными направлениями лечения ПТСР являются: психофармакологическая терапия, психотерапия и поведенческая психотерапия. Психотерапия, являясь основным методом лечения, на наш взгляд, должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, смысловую оценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. Основным этапом психотерапии в этой парадигме является изменение значения, которое пациент придает перенесенной травме, и построение новой системы смыслов, на основе тех экзистенциальных вопросов, которые поставили перед человеком перенесенные события.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СВОБОДЕ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ПОДХОДА Л.С.ВЫГОТСКОГО

Осипов М.Е.

Понятие «личность» является одним из основополагающих для современной психологии, однако единого взгляда на проблему личности нет, ни в современной психологии, ни в философии.

Один из исследователей, заложивших основы современной отечественной психологии, Л.С.Выготский считал, что в своем исследовании исторического процесса психического развития человека, психолог неизбежно приходит к проблеме личности[1].

Проблема личности в работах Л.С.Выготского осталась не раскрытой, но, поскольку сам автор считал её важнейшей в своей концепции, анализ опубликованных работ дает возможность просле-

[1] Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. — М.: Педагогика, 1983. — Т. 3. — С. 40–41.

дить основные этапы развития его взглядов на личность, и на основании логики автора попытаться предположить возможный путь решения проблемы личности в рамках предложенного Л.С.Выготским культурно-исторического подхода.

В самых ранних своих работах Л.С.Выготский, как и другие исследователи того времени, представлял личность как неделимое единство, имеющее два корня развития: биологический и социальный, но социальный он видел первостепенным, ведущим.

Социальный источник развития представляется ему основным, поскольку главным источником развития человека, которое во всех возрастах понимается Л.С.Выготским, как развитие личности, является взаимодействие с окружающими людьми[1]. Различия в социальной среде, по его мнению, по-разному преломляют воздействия внешнего мира на человека и его собственную активность, направленную вовне[2]. Однако он не видел личность человека продуктом только лишь взаимодействия с его окружением. Выготский, оставаясь на этом этапе своего творчества под впечатлением от работ И.П.Павлова, утверждал, что в основе человеческого сознания лежит система социальных по природе «обратимых рефлексов», в которых изначально внешний раздражитель не просто запускает реакцию, но он же может воспроизводиться самим человеком для самостоятельного управления своей системой поведения. В первую очередь к «обратимым рефлексам» автор относил язык[3].

В более поздних работах Л.С.Выготский, сохраняя представление о целостности личности и ее социальной природе и развивая идею об «обратимых рефлексах», как основе человеческого сознания и самосознания, ставит вопрос «об овладении нашим собственным существом, о подчинении его себе»[4], как неизбежном этапе развития общества и личности конкретного человека.

Идея овладения человеком своими психическими функциями является одной из главных в разработанной Л.С. Выготским концепции. Психическое развитие ребенка в её рамках можно описать именно как историю поэтапного овладения личностью своими психическими функциями. Ребенок, по мысли автора, овладевая психическими функциями, в конечном счете, получает возможность направлять свою активность в соответствии с поставленной им в будущем целью, а не подчиняясь требованиям ситуации. Таким образом, Л.С.Выготский, на наш взгляд, вводит в свою концепцию представление о свободе личности. Эта свобода обретается человеком в процессе его индивидуального развития, в процессе активно-

---

[1] Выготский Л.С. Там же. — Т. 5. — С. 62–63.
[2] Там же. — С. 71.
[3] Выготский Л.С. Там же. — Т. 1. — С. 96.
[4] Там же. — С. 436.

го взаимодействия с социальной средой, предоставляющей культурно закрепленные средства для овладения собственной психикой.

Следуя такой логике, мы можем предположить, что человек через осознание и овладение системами психологических функций, дающее ему свободу управления своим поведением и психической сферой (прежде всего системой побуждений), приходит, в конечном счете, к возможности осознанного построения целей к которым он может двигаться в дальнейшем развитии. Таким образом, человек может выходить за пределы той ситуации, в которой он развивался, получает свободу построения линии своего дальнейшего жизненного пути.

Нам видится, что в таком понимании, свобода конкретного человека с одной стороны не является безусловной данностью, она обретается им при жизни в ходе сложного взаимодействия с окружающим социумом, а, с другой, задана в этом социуме как возможность, реализация которой зависит от меры активности самого человека.

По нашему мнению, озвученная выше позиция, хотя и не во всем, соотносится с концепцией слободы личности Н.А.Бердяева. Вводя понятие «объективации» Бердяев говорит о трансформации духа в бытие, которое ведет к обеднению духа, его закрытию от подлинного мира, от общения с космосом. Человек оказывается в ситуации несвободы, навязываемой ему материей. Личность же препятствует объективации, противостоит природной необходимости и ведет человека к истинной свободе, не отделимой от ответственности за собственную жизнь.[1]

Таким образом, личность в своем развитии неизбежно приходит к свободе, однако это не рождает легкость её последующего существования, а скорее приносит в жизнь ответственность перед свершаемым выбором.

ВРЕМЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ

Орестова Е.В., Петикова И.А.

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

[1] Бердяев Н.А. Философия свободы. Смысл творчества. — М.: Правда, 1989.
[2] Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — М., 1946.

Был выделен ряд закономерностей, выражающих основной закон восприятия времени и закон эмоциональной детерминированности времени: более заполненные событиями, эмоционально положительно окрашенные интервалы, как правило, недооцениваются и наоборот — незаполненные и отрицательно окрашенные или эмоционально незаряженные интервалы переоцениваются.

Интересные данные получены психофизиологами, которые показали тесную связь между состоянием организма и восприятием времени. Так, воздействия, ускоряющие процессы в организме, ускоряют течение времени, а физиологические депрессанты замедляют его. В крайней форме это видно при патологии. Например, больные маниакально-депрессивным психозом часто указывают на «летучесть» времени, а люди, страдающие депрессией, жалуются на «невыносимую тягучесть времени». Состояния транса (в том числе бред и галлюцинации), как бы выбивают человека из течения времени. Многие больные шизофренией указывают, что они «застряли в одной дате», хотя при этом полностью сохранено осознание существования объективного времени.

Параллельно, в рамках экзистенциальной психологии, при работе с тревогой были получены результаты, показывающие, что «будущее» и его ожидание является сильнейшим фактором в возникновении тревожных состояний. Тревога в этой парадигме рассматривается как разрыв, напряжение между «сейчас» и «в будущем». «Неспособность людей принять это напряжение заставляет их планировать, репетировать, пытаться обеспечить свое будущее»[1]. Парадоксальное развитие эта тема получила в работах К.Левина, показавшего, как, используя категорию будущего, можно создать метод подавления морального духа: «Человека нужно держать в состоянии неопределенности относительно его текущего положения и того, что может ожидать его в будущем. В таких условиях даже те личности, которые имеют четкие цели и готовы пойти на риск, оказываются парализованными сильным внутренним конфликтом в отношении того, что следует делать».[2]

Категория «прошлое» также рассматривается в психологии с разных точек зрения: психофизиологической, в рамках изучения памяти, экзистенциальной, дифференциально-психологической. Для психотерапии и психологического консультирования очень важно, чтобы прошлое не «держало» человека, иначе от него ускользнет настоящее.

Таким образом, восприятие времени, являясь субъективной и динамической характеристикой, отражает состояние человека, и тем самым может являться диагностическим инструментом.

---

[1] Перлз Ф. Практика гештальт-терапии. — М., 2001. — С. 231.

[2] Левин К. Динамическая психология. — М., 2001. — С. 333.

В психодиагностике и при работе с клиентами часто используются такие темпоральные понятия и характеристики личностного времени, как психологический возраст, стиль жизни, биографический кризис, реализованность, тест «психологическая минута» и т.д.

Но наиболее полным на сегодняшний день методом в психодиагностике и психотерапии является каузометрия[1]. Это метод исследования субъективной картины жизненного пути и психологического времени личности. Он позволяет провести анализ не только событий прошлого и настоящего, но и предполагаемых будущих событий. Каузометрия позволяет сделать выводы о возможных деформациях картины жизненного пути, о масштабности, осмысленности и реализованности замыслов человека, об особенностях его стиля жизни и удовлетворенности своим прошлым, настоящим, будущим. Этот метод применим для исследования индивидуального и совместного жизненного пути, для анализа и коррекции жизненных сценариев в психотерапии, для проектирования жизненных перспектив в профориентационных, семейных, психогигиенических консультациях. Повторное проведение теста может служить одним из критериев эффективности психотерапии.

Каузометрия проводится в различных вариациях — в индивидуальном и групповом режимах, в полном и сокращенном варианте, под руководством психолога или индивидуально, используя компьютерную программу Life Line. Процедура легко воспринимается испытуемым, а полученные результаты охватывают почти все сферы жизни, раскрывают прошлое, настоящее испытуемого и даже дается прогноз его будущего.

Кроме диагностического, этот метод имеет и терапевтическое значение — обращение к прошлому часто имеет своей задачей переструктурирование и изменение смыслов прошедших событий, что нередко является необходимым этапом психотерапевтической работы. В прошлом пациента психолог помогает найти ресурс, который может помочь справиться со сложными ситуациями в дальнейшем. В прошлом пациент неожиданно для себя может увидеть в другом свете близких ему людей, что часто помогает наладить уже испортившиеся отношения. В прошлом нередко обнаруживаются корни тех проблем, которые сейчас мешают пациенту в его жизни. Обращение к прошлому помогает актуализировать вытесненные события и переживания и проработать их в настоящем.

В последние годы получило развитие такое направление как тайм-менеджмент, цель которого — научить человека рационально распределять время для большей продуктивности. Однако, на наш взгляд, поиск способа «все успевать» характерен для невротизиро-

---

[1] Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия. — М., 2008.

ванной личности, ведь по-настоящему сильная, зрелая, здоровая личность сама владеет своим временем и контролирует его.

Подтверждением этому служат многочисленные факты, зафиксированные Л.Леви-Брюлем[1] и свидетельствующие о том, что почти все первобытные языки настолько же бедны средствами для выражения временных отношений, насколько они богаты в выражении пространственных отношений. Древние следовали принципу — все, что реально существует, существует в рамках настоящего. Т.е. ситуация «здесь-и-теперь», все более и более утрачиваемая современными людьми, была единственно возможной для наших предков. Будущее тревожит нас, а прошлое нас держит. Вот почему полнота жизни в настоящем нам часто недоступна. В этом смысле феномен того, что одни люди адекватно оценивают время, а другие постоянно ошибаются в большую или меньшую стороны, приобретает более глубокий смысл. Д.Г.Элькин[2] в своих исследованиях показал, что на протяжении развития человека происходит усвоение социальных эталонов длительности, составляющих систему временных шкал и мер, которая связана с жизненной активностью, мотивацией, эмоционально-личностной сферой. А это в свою очередь предполагает, что адекватное отражение временных отношений достигается лишь при условии зрелости всех психических функций. То есть лишь зрелая личность приобретает правильное чувство времени.

Запросы практики и все новые данные говорят о необходимости более глубокого и детального исследования категории времени в психологии, в философии, и физиологии. Возможно в ближайшем будущем, удастся связать адекватность восприятия как психологического, так и биографического времени, с личностными характеристиками и особенностями мотивационно-потребностной сферы. Дальнейшего исследования требует также смысловое восприятие личного прошлого и построение потребных моделей будущего, адекватных возможностям человека.

СМЕРТЬ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

Орестова Е.В., Фредерика де Граф

Опыт работы в Хосписе с больными, умирающими от рака, показывает, что на физическую смерть часто смотрят как на самое ужасное, что может случиться с человеком, и поэтому надо изо всех

[1] Леви-Брюль Л. Первобытное мышление. — М., 1980.
[2] Элькин Д.Г. Восприятие времени. — М., 1962.

сил ее избегать, отрицать, часто не говорить правдиво про диагноз, даже если за счет этого продлеваются страдания умирающего — физические, душевные и духовные. Чаще всего идея смерти бывает вытеснена, не включена в «картину жизни» людей. В более узком смысле она не включена в «картину современной медицины», в мышление значительного количества врачей.

По нашим наблюдениям, страх смерти и желание ее избежать влияет не только на самих больных и их близких, но также на медперсонал и на общество в целом. Тема смерти и отношения к ней неизбежно связана с вопросом смысла жизни. Перед лицом смерти встает главный вопрос: в чем смысл жизни? Не абстрактно, а вполне конкретно: если я умру сейчас, через месяц, год или через 20 лет, в чем смысл моего личного существования?

На практике, в большинстве случаев факт того, что человек оказался во власти смертельной болезни, впервые сталкивает его с реальностью «конечности» бытия. Возникает экстремальная кризисная ситуация, в которой вся предыдущая жизнь, все убеждения теряют свою основательность и прочность. Со всей остротой встает вопрос: «зачем?».

Авторы, исследовавшие этот вопрос, утверждают, что страдание и сама смерть несут в себе глубокий положительный смысл именно для жизни[1]. Все исследователи этой проблемы единодушно приходят к выводу, что неприятие факта смерти делает жизнь примитивнее, «измельчает» ее. Человек, отгоняющий от себя мысли о смерти и тем самым отрицающий неминуемость своей кончины, всю жизнь живет тревогой, вызванной этим. Вместо того, чтобы смотреть смерти в лицо и стать свободным, он старается избежать ее и попадает в так называемый экзистенциальный вакуум, жизнь без смысла. Наоборот, приятие человеком факта своего умирания и смерти — как последнего кризиса жизни, положительно влияют на качество его жизни. И это касается не только периода умирания, но течения всей жизни.

Все вышеупомянутые авторы оценивают смерть как позитивный фактор жизни, «сознавание смерти как “пограничной ситуации” может радикально изменить взгляд на прожитую жизнь, на себя, на своих близких» и позволит прожить последние моменты своей земной жизни без страха — спокойно и глубоко. И наоборот, отрицание смерти суживает, измельчает жизнь человека и препятствует его лич-

---

[1] Василюк Ф.Е. Пережить горе // Человеческое в человеке. — М., 1991. — С. 230–247; Сурожский Антоний, митрополит. Жизнь, болезнь, смерть. — Клин: Фонд «Христианская жизнь», 2001; Франкл В. Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990 ; Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999; Kybler-Ross E. On Death and Dying. MacMillan Publishing Comp. — N-Y, 1969.

ностному росту, не дает жить творчески, мужественно. «Чтобы научиться хорошо жить, нужно сначала научиться хорошо умирать» — утверждал еще Сократ.

И.Ялом[1] различает разные компоненты страха смерти: страх может состоять в том вопросе, что наступит после смерти, или страх самого умирания или страх прекращения бытия. В своей психотерапевтической работе он сосредотачивается на страхе, связанном с прекращением бытия, подчеркивая при этом, что чувство беспомощности у этих пациентов порождается тревогой, базовым источником которой является неосознаваемая смерть. И наоборот, будучи осознанной, она является мощнейшим стимулом личностного роста. Среди многочисленных наблюдений и выводов И. Ялома хотим отметить следующий: чем ниже удовлетворенность прожитым, тем выше депрессия, тревога, агрессия и общее беспокойство по поводу болезни и качества медицинского обслуживания. И наоборот, если жизнь прожита хорошо, то и смерть представляется не такой ужасной.

В результате многолетнего опыта работы в хосписе с онкологическими больными, стоящими на пороге смерти, мы обнаружили, что характер процесса умирания (танатогенез) напрямую зависит от принятия или непринятия факта собственной близкой смерти. В случае принятия, что бывает примерно у 20%, больные уходили из жизни спокойно, умиротворенно, их физическое состояние достаточно легко купировалось, если возникали отдельные эмоциональные проявления, то они носили слабовыраженный характер и также легко купировались. Около 80% больных из-за неприятия ближайшей кончины умирали в неспокойном состоянии, с тяжелыми симптомами, почти не поддававшимися купированию.

Отрицание факта приближающейся смерти является разрушающим фактором важнейших сторон жизни умирающего, что проявляется в тяжелом душевном состоянии: в эмоциональном угнетении (возможно агрессии), смысловом вакууме, в дисгармоничных социальных отношениях.

На уровне физического состояния это может проявляться в следующих симптомах: усиление физической боли, тошнота и рвота, потеря аппетита, бессонница, головные боли, высокое давление.

На эмоциональном уровне при отрицании смерти тревога может выражаться: яростью, раздражением, требовательностью, крайней замкнутостью, депрессией, отчаянием, сарказмом, болтливостью, апатией, различными страхами.

Если смерть не принимается, т.е. нет осознанного отношения к собственной кончине как к части бытия, то пациент нигде не мо-

---

[1] Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

жет найти покоя и боится заснуть. Его преследует мысль: а вдруг я не проснусь. Такой человек закрыт для себя, для своего внутреннего мира, для близких, для оставшейся ему жизни.

Отметим, что когда общество в целом, защищаясь от страха, отворачивается от смерти — редуцируется общество как таковое. И, как следствие, каждый человек, который напоминает членам общества о том, что все не так спокойно, как хотелось бы думать, отвергается жестоким образом. Естественная реакция на тех, кто расшатывает ложную безопасность, является их отвержение.

Для каждого человека, находящегося рядом с умирающим, будь то близкий или медперсонал, самая важная задача состоит в «пребывании вместе» с умирающим, давая ему простор, чтобы стать личностью без маски, роли, не мешая ему своим страхом, тревогой и защитами, расти в полную меру его призвания, т.е. принимать факт своей смерти как неотъемлемую часть жизни и взять на себя ответственность и за свою смерть. Стоит подчеркнуть, что сопровождающему необходимо всегда помнить, что он никогда не будет в состоянии снять тревогу небытия у больного (т.к. тревога связана с небытием) и это не его задача. Он может и должен сострадать. «Сострадание — это не жалость, это способность со-страдать, понести страдание вместе с другим человеком, разделить чью-то ... боль»[1].

В последней фазе жизни, когда мы уже ничего не можем совершить деятельным образом (что соответствует периоду умирания от смертельной болезни), смысл существования, на наш взгляд, человек может найти именно в своем отношении к неизбежному уходу из жизни. Психолог может помочь пациенту переформулировать вопрос — «что я могу ждать от жизни?», в вопрос — «что я могу дать жизни?», стараясь увидеть уникальность характера каждого больного, выделяя в нем все светлое и достойное, то, что он может «подарить» окружающим в последние моменты своей жизни. В психологических терминах это значит: помогать больному не быть жертвой, а быть ответственным за себя человеком и отдавать себя другим.

К ПРОБЛЕМЕ КРИЗИСА В ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

Воротыло Н.В.

Психология личности имеет особый статус среди общепсихологических вопросов: «Центральная и высшая проблема всей психо-

[1] Сурожский Антоний, митрополит. Жизнь, болезнь, смерть. — Клин: Фонд «Христианская жизнь», 2001.

логии — проблема личности и ее развития».[1] Процесс становления личности освещен в целом ряде отечественных и зарубежных концепций (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн, З.Фрейд, К.Роджерс, Э.Эриксон и мн. др.). Вместе с тем, остаются вопросы, не нашедшие своего решения на протяжении всей истории психологического изучения личности. К таким сложным вопросам следует отнести проблему кризиса.

Проблема психологического кризиса неизменно привлекает внимание как философов, так и психологов-практиков. В эпоху экономической нестабильности, влекущей за собой нарушение общественного равновесия, эта проблема приобретает особое значение для сферы психологической помощи людям, переживающим кризис, и для обслуживающей ее теории. Широкий социальный контекст психологической науки определяет основные векторы ее развития, на каждом новом этапе побуждая ученых к анализу различных форм многоликого явления кризиса: проблемы свободы и ответственности (А.Маслоу, К.Роджерс, В.Франкл, И.Ялом, А.Лэнглэ), одиночества (Э.Фромм, В.Франкл), экзистенциального вакуума (В.Франкл) и т.д. Кризис как поворотный момент в жизни, как знаковое событие, открывающее перед человеком, с одной стороны, возможности достижения новых вершин, а с другой, опасность падения в пропасть, — является ключевой категорией для понимания феномена жизненного пути личности (С.Л.Рубинштейн, К.Абульханова-Славская и др.).

Вместе с тем, понятие личностного кризиса, несмотря на его широкое использование в литературе и практике, остается недостаточно разработанным в теоретическом плане. Методология указанной проблемы на сегодняшний день не имеет единых оснований, опираясь на ряд разрозненных концепций[2]; у понятия кризиса нет четкого словарного определения,[3] что, во-первых, является неправомерным упущением, а во-вторых, дает представление о недостаточной структурированности научных знаний по вопросу психологического кризиса. Таким образом, не разработанность проблемы кризиса вступает в противоречие с высокой практической значимостью этой области знания.

Кризис — понятие на стыке различных дисциплин. В буквальном переводе с греческого слово «кризис» означает «поворотный пункт». В таком значении данный термин представлен в медицине:

---

[1] Петровский В.А., Ярошевский М.Г. Теоретическая психология. — М., 2001. — С. 294.

[2] Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 2007.

[3] Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. — СПб, 2004.

«Кризис (медицинский), резкий перелом в течении болезни, сопровождающийся быстрым снижением повышенной температуры тела и улучшением состояния больного».[1] В общем смысле кризис — это «переломный момент, тяжелое переходное состояние, обострение, опасное неустойчивое положение»[2].

Таким образом, понятие кризиса характеризуется, во-первых, острым, бурным, стремительным течением соответствующего периода, а во-вторых, наличием трудностей и даже опасности для субъекта кризиса. Житейское знание, столь важное для научной психологии, наделяет понятие кризиса «уничижительным оттенком», подразумевая под ним «личную неудачу, слабость, неспособность противостоять внешним событиям, которые вызывают стресс».[3]

В то же время, обозначая некий поворотный пункт какого-либо процесса и представляя собой кульминацию опасности, кризис является залогом перехода от этого тяжелого и неустойчивого состояния к состоянию благоприятному. Следовательно, негативное содержание кризиса — необходимая почва для его позитивных последствий.

Следует признать, что данное определение составляет общую канву понимания кризиса в различных системах знания, сколь разными бы ни были его конкретные трактовки.

В психологии понятие кризиса объединяет целый ряд явлений различной этиологии. Ф.Е.Василюк подчеркивает, что в области изучения кризиса имеется «большая терминологическая путаница».[4] Рассмотрим наиболее значимые варианты понимания этого явления. В области возрастной психологии большое значение имеет «биологическая» трактовка кризиса — как сензитивного периода, когда организм обладает наибольшей способностью к формированию того или иного качества. Таким образом понимается кризис в эго-психологическом направлении (Э.Эриксон) и в большинстве других концепций психосоциального развития современной западной психологии.

Принципиально иное понимание кризиса возрастного развития имеется в отечественной традиции, источником которой являются работы Л.С.Выготского. Кризис в данных теоретических рамках — это период кардинальных изменений в психике ребенка, этап бурного роста, противоположный стабильному периоду. Критические и литические периоды развития чередуются в онтогенезе, причем

---

[1] Большая советская энциклопедия. 3-е изд. Т. 14. / под ред. А.М. Прохорова. — М., 1973.

[2] Там же.

[3] Шихи Г. Возрастные кризисы: ступени личностного роста. — СПб, 1999. — С. 63.

[4] Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М., 1984. — С. 32.

кризисы по длительности значительно уступают лизисам, а по насыщенности изменениями — столь же значительно превосходят их[1].

Концепция духовного кризиса в психологии личности чрезвычайно важна для сферы психологической практики. Основанием этой концепции является философия экзистенциализма. Работы С.Кьеркегора, А.Камю, Ж.П.Сартра представляют проблематику сущности человека и его жизни, неотъемлемую часть которой составляют экзистенциальные кризисы. Проблемы одиночества, свободы, бессмысленности, страха смерти в «экзистенциальном» мире не могли не взволновать психологов. Экзистенциальная психология с собственной системой психотерапии, разработанная В.Франклом, вместила в себя представление об экзистенциальных кризисах, возникающих вследствие наличия сущностных человеческих тревог. Проблематика критических жизненных ситуаций в целом слабо связана с отечественной научной традицией и основывается главным образом на зарубежных теоретических платформах[2]. Однако благодаря работам Ф.Е.Василюка по психологии переживания кризиса сделан важный шаг в утверждении категории критической ситуации в рамках деятельностного подхода. Переживание как деятельность по преодолению критической ситуации становится интегральной характеристикой личности в период кризиса. В этой деятельности задействована вся психика, как сознательные процессы, так и неосознаваемые, как когнитивные, так и эмоциональные. Василюк предупреждает о том, что не стоит безоговорочно отводить первую роль в переживании процессам эмоциональной сферы, т.к. ведущим здесь может оказаться и восприятие, и мышление, и другие сферы[3]. Эмоции, говорит Василюк, призваны отражать состояние человека, но отраженное в эмоции горе остается горем, оно не преобразуется в этом отражении во что-то иное. Для качественного изменения горя нужны особые процессы, которые и обеспечивает работа переживания. Переживание способно дать новый взгляд на сложившуюся жизненную ситуацию за счет порождения новых смыслов в случае, когда старые смыслы утрачены и восстановлению не подлежат.

Как показал краткий обзор, понимание кризиса существенно различается в разных теоретических системах современной психологии. Интеграция различных представлений о кризисе является насущной задачей теоретической психологии. По нашему мнению, осмысление механизма переживания кризиса, предпринятое в отечественной психологии, может стать той наиболее общей идеей, которая синтезирует различные подходы к этому сложнейшему феномену.

---

[1] Выготский Л.С. Полное собрание сочинений в 6-ти т. — Т. 4. — М., 1984.

[2] Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 2007.

[3] Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М., 1984. — С. 29.

ПСИХИКА КАК «ПРОТЕИСТИЧЕСКИЙ» ОБЪЕКТ: К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ АНАЛОГИЙ ИЗ ОБЛАСТЕЙ КВАНТОВОЙ МЕХАНИКИ И СИНЕРГЕТИКИ

Завершнева Е.Ю.

В современной психологической литературе широко обсуждается проблема создания новой, неклассической (или даже постнеклассической, согласно В.С.Степину) методологии психологии, в частности, возможность методологических заимствований из области квантовой физики, синергетики и других непсихологических областей, в которых неклассическая рациональность уже утвердилась в виде ключевых принципов и методов исследования. Действительно, есть некоторые основания говорить о психике как о квантовоподобной реальности, которая отвечает на внешнее, в т.ч. экспериментальное, воздействие в соответствии с экспериментальной методикой и техникой исследования (А.А.Пузырей, П.Тищенко, P.E.Meehl и другие); с другой стороны, психика может рассматриваться по аналогии с открытой системой, периодически приходящей в состояние неустойчивого равновесия (критические периоды развития), следовательно, к ней применимы принципы исследования самоорганизующихся систем, разработанные в рамках синергетики (М.С.Гусельцева, А.А.Митькин и другие).

Ранее мы показали (Завершнева, 2001, 2002), что обсуждение аналогий из области физики ведется, за редким исключением, на уровне мифологем и характеризуется некритическим переносом в психологию принципов неопределенности и дополнительности без учета их специфики (взаимозависимость принципов, количественный характер принципа неопределенности, постулат о тождественности частиц и др.). По-видимому, прямое заимствование методологического опыта физики невозможно, поскольку существует явное несходство между неклассическими ситуациями в физике и психологии. Так, утверждение о тождественности частиц, вероятностный характер выводов квантовой механики находится в противоречии с одним из ключевых требований к новой психологии — поиска и разработки методов изучения уникальной личности, свободно выстраивающей собственную судьбу. Кроме того, в психологии нет необходимости классифицировать дополнительные параметры или психические процессы, одновременное изучение которых в эксперименте невозможно, поскольку одной из фундаментальных характеристик человеческого бытия является его способность трансцендировать собственные границы (В.Франкл, А.Лэнгле и другие). В отличие от элементарной частицы, человек открыт для многоаспектного изучения, что делает его крайне «неудобным»

объектом исследования, т.к. в данном случае неизбежен переход от строгого эксперимента к квазиэксперименту, где полный контроль переменных затруднен. С другой стороны, это открывает новые возможности самого метода эксперимента, такие как сценарный эксперимент (В.С.Собкин), использование взаимодействия между экспериментатором и испытуемым как основного средства исследований (К.Левин) и др.

Можно показать, что аналогии из областей квантовой физики и синергетики, тем не менее, способны сыграть роль эвристического конструкта, привести к прогрессу в понимании природы психических явлений. Соотнесенные со взглядами ведущих психологов, они позволяют «неклассическим» образом подойти к психике как своего рода «протеистическому» объекту, формы отклика которого зависят от его форм взаимодействия со средой. Так, идеи Л.С.Выготского, связанные с теорией психологических систем, смысловой динамикой сознания, входят в теоретический резонанс с основными постулатами квантовой механики, а его разработки в области психологии развития сопоставимы с некоторыми идеями синергетики. В частности, смысловая динамика сознания может быть представлена в виде «волновой» модели, основные единицы которой (смыслы) представляют собой «интерферирующие волны», образующие устойчивые когнитивные и семантические конфигурации (значения), являющиеся следствием перехода от плана мотивов и эмоций к плану мысли, внутренней и внешней речи (Л.С.Выготский, «Мышление и речь», «Проблема сознания»).

В психологии развития, основы которой также заложены в работах Выготского и его школы, вполне уместна аналогия личности как саморазвивающейся системы, проходящей через литические и критические периоды развития. Однако подобное соотнесение не должно быть буквальным, поэлементным. Согласно Выготскому (а также Леонтьеву, Рубинштейну и другим лидерам отечественной психологии), решающим фактором во взаимодействии со средой является личность и ее активность, поэтому выход из кризисного состояния (преодоление точки бифуркации) получает иную, по сравнению с идеями синергетики, трактовку. Выход из кризиса не рассматривается как следствие случайных событий (или случайного выбора из имеющихся альтернатив развития); по отношению к человеку имеет смысл говорить о проектировании будущего исходя из целей и мотивов, которыми личность располагает в настоящем (или которые она унаследовала из прошлого, если говорить о психоаналитической модели развития личности). Следует также заметить, что несмотря на эвристическую полезность данных аналогий, вопрос о правомерности и границах их применимости остается открытым.

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Крештапова М.А.

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей в г. Москве колеблются от 12,0 до 16,7 на 100 000 детского населения. Среди детей с впервые выявленными злокачественными образованиями больные гемобластозами составляют 47,8%. В структуре заболеваемости гемобластозами первое место занимает лимфолейкоз — 64,8%. Благодаря новым протоколам лечения резко увеличился процент детей, которые выходят в длительную (более 5 лет) ремиссию (до 80%—85%), что фактически соответствует выздоровлению пациента. Медицинское лечение продолжается более 2 лет, после чего ребенок поступает на диспансерное амбулаторное наблюдение. Когда заболевает ребенок, резко меняется не только стиль его жизни, но и стиль, и смысл жизни всей семьи. Когда лечение завершается, семейная система сохраняет следы пережитой кризисной ситуации, у многих родителей остается чувство усталости, опустошенности, вины, повышенное беспокойство по поводу здоровья ребенка, страх возможного рецидива болезни. Все это создает основу для родительского стресса, и дает основания говорить о необходимости психологического сопровождения семьи.

Нами были выделены группы факторов, влияющие на условия развития ребенка в период нахождения в стационаре и на последующем амбулаторным лечением, а также соответствующие направления психологической помощи. Ведущими из них являются факторы, влияющие на семейные взаимоотношения.

1. Тревога и негативные переживания родителей, начиная с момента постановления диагноза.

Отмечен очень высокий уровень тревожности у родителей во время лечения ребенка в стационаре, через полгода уровень тревоги у матерей снижается, у отцов — остается на прежнем уровне. Для матерей больных детей характерны: высокая личная тревожность, негативное отношение к себе, чувство вины и другие отрицательные эмоции. Также многими исследователями отмечается риск развития симптомов ПТСР у родителей детей больных раком.

Направления психологической помощи в этом случае будут направлены на работу с чувствами родителей их психоэмоциональным состоянием: снижение тревоги родителей, адекватное восприятие состояния ребенка; признание закономерного права на существование различных эмоций (в том числе негативных: злость, усталость, вина, страх), их осознание и принятие.

2. Социальная изоляция семьи.

Из-за большого риска возникновения осложнений во время лечения, ограничивается физическая активность ребенка, на время лечения он изолируется от внешней среды, общения со сверстниками, при этом один из родителей вынужден полностью заниматься лечением ребенка. Это может повлиять на снижение контактов семьи с социальным окружением, появляется замкнутость, отгороженность, что зачастую продолжается и после окончания лечения ребенка.

Направление психологической работы включают в себя поиск психологических ресурсов семьи, стимулирование восстановления социальных контактов, а также выявление актуальных на текущий момент задач, планирование конкретных действий по их решению, а также обсуждение и прояснение возможных страхов и опасений, связанных с этим.

3. Возникновение барьера межличностного общения в семье из-за возможного искажения восприятия ребенка и его потребностей родителями.

Во время лечения происходит фиксация родителей на многочисленных врачебных назначениях и контроле за их выполнением, что зачастую выражается в сверхконтроле за поведением ребенка, ограничении его естественных импульсов и потребностей. У матерей складывается особый паттерн отношений к больному ребенку, наряду с гармоничным выделяются два противоположных стереотипа отношений: «эмоциональное отвержение» и «эмоциональная вовлеченность».

Психологическая помощь в данном случае направлена на коррекцию возможных нарушений стиля родительского воспитания, поддерживание конструктивного и эмоционально открытого взаимодействия родителей с ребенком; повышение чувства родительской компетентности через выявление позитивных аспектов родительского поведения.

4. Трудности в супружеских отношениях.

В семье с тяжело больным ребенком, как правило, происходит перераспределение функциональных ролей. Родители испытывают постоянное состояние подавленности, не имеют возможности адекватно реагировать на предложения партнера, возможны взаимные обиды и обвинения, ожидание поддержки со стороны другого партнера и невозможность ее получить, различные типы реагирования на заболевание ребенка, все это может привести к нарастанию напряжения в супружеской диаде или к супружеской дисфункции.

Психологическая работа здесь направлена на налаживание коммуникаций между супругами; обнаружение и выявление позитивного вклада отсутствующего супруга в дело лечения ребенка и за-

боту о семье в целом; нормализация различий в способах эмоционального реагирование и поведения в стрессовой ситуации супругов.

5. Восприятие сиблингами болезни брата или сестры.

Онкологическое заболевание брата или сестры — одна из самых сложных проблем, с которой сталкиваются здоровые сиблинги. По данным исследователей у 32% сиблингов диагностируются умеренные симптомы ПТСР. Отмечается, что потребности сиблингов менее адекватно удовлетворяются, чем потребности других членов семьи. Им в большей степени свойственны: депрессия, гнев, тревога, чувство вины и социальной изоляции.

Поэтому помощь психолога здесь может быть направлена на работу с переживаниями сиблингов по поводу болезни брата или сестры; помощь в освоении новых функциональных ролей в семье.

6. Как правило, на отношение родителей к болезни ребенка влияют их взаимоотношения с медицинским персоналом. Поэтому еще одним направлением психологической работы является помощь в налаживании взаимодействия между семьей и медицинским персоналом.

ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ДЕТЯМ, ПЕРЕНЁСШИМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Мохова Е.Е., Дияжева Л.В.

Что такое семья каждый из нас знает не понаслышке. Трудно поспорить с тем, что для каждого человека она играет одну из наиболее важных ролей в жизни. Семью можно рассматривать как живую систему, обладающую своими уникальными свойствами и состоящую из частей, взаимосвязанных между собой. Это приводит к тому, что изменения в одной части системы неизбежно изменяют систему в целом. Так, уход одного из родителей, смерть кого-то из членов семьи и многие другие ситуации приводят к полной перестройке этой системы.

Одним из наиболее травматических событий для семьи является заболевание ребёнка. Чаще всего это воспринимается как трагедия, драма. После постановки диагноза изменяются отношения между всеми частями такой семейной системы, и в первую очередь родители начинают совершенно по-другому смотреть на больного ребёнка, изменяют характер и стиль его воспитания в зависимости от типа заболевания.

Как правило, большую часть времени в этот период с ребёнком проводит мать: находится с ним в стационаре, ездит на всевозможные процедуры, обеспечивает соблюдение врачебных назначений. Из семейного окружения ребенка именно матери в наибольшей степени испытывают на себе стресс, оказываются вовлечёнными в ситуацию болезни, что влияет на их психологическое состояние, а порой приводит даже к глубоким изменениям в личности, в результате чего меняется и позиция, отношение к ребёнку.

Актуальность этого вопроса в настоящее время увеличивается, всё больше детей сейчас страдают от различных видов рака. Это одно из наиболее тяжёлых заболеваний, часто приводящее к летальному исходу, характеризующееся тяжёлыми для ребёнка симптомами, требующее интенсивного лечения, с длительным пребыванием ребёнка в стационаре. При этом течение болезни, степень адаптации больного ребёнка к окружению, его собственное отношение к болезни и своему состоянию во многом зависит от атмосферы в семье, от отношения его близких людей к нему и его состоянию. И требуется всё больше и больше помощи родителям, в первую очередь матерям, в преодолении первоначального шока, возникающего после постановки диагноза, формировании адекватного отношения к болезни и лечению ребёнка, построении системы воспитания и психологической поддержки ребенка в нелёгкой борьбе с недугом.

Нами было проведено исследование, которое посвящалось **проблеме** изучения особенностей материнского отношения к детям с онкологическим заболеванием. Исследование проходило в реабилитационном центре для онкологически больных детей в санатории «Русское поле». В исследовании принимали участие 17 матерей детей младшего школьного возраста (6—11 лет), находящихся в ремиссии.

Объект исследования: детско-родительские отношения в семьях с ребёнком, страдающим онкологическим заболеванием;

Предмет исследования: особенности материнского отношения к детям с онкологическим заболеванием.

Гипотеза исследования: тяжёлое соматическое заболевание у ребёнка, в частности онкологическое, может приводить к нарушениям материнского отношения.

Для диагностики материнского отношения были использованы следующие методики: рисуночный тест «Я и мой ребёнок»; методика диагностики родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столин; проективная методика «Родительское отношение»; проективная методика «Незаконченные предложения», Оценка родителями наличного состояния здоровья ребёнка.

В результате нашего исследования были получены следующие результаты. В целом можно говорить, что, сравнивая материнское

отношение матерей детей, перенёсших онкологическое заболевание с нормативным, описанным в литературе, можно отметить, что для большей части характерно наличие специфических нарушений этого отношения. В первую очередь это наличие тенденции к симбиозу, что соотносится также с высоким уровнем тревоги, который можно отметить по многим методикам (большое количество отказов выполнения проективных методик, признаки тревоги в рисунках). Всё это может быть связано с особым положением, которое занимают матери детей, перенёсших онкологическое заболевание. Даже в период ремиссии матери остаются в состоянии невыносимого стресса. Уровень напряжения сохраняется на протяжении ещё долгих лет, так как рак является одним из тех заболеваний, где вероятность рецидива очень велика или, по крайней мере, возможна.

Подобные особенности и вся ситуация в целом могут привести в итоге к определённым изменениям, которые были отмечены нами. В первую очередь они касаются собственно личности матери и приводят к изменению их мировоззрения, взглядов на жизнь. С другой стороны они касаются изменений некоторых характеристик взаимодействия с ребёнком: увеличение времени, проводимого с ребёнком, установление с ним более близкого и тесного контакта. Кроме того, изменения затрагивают и сферу запретов, которые находятся в диапазоне от весьма незначительных (запреты на вредную пищу) до сильно ограничивающих деятельность ребёнка и касающихся даже их привычек.

Говоря об особенностях материнского отношения у матерей с детьми, перенёсшими онкологическое заболевание, можно отметить, что нами были выделены условно два типа материнского отношения: с условно благополучным родительским отношением и с признаками нарушения эмоциональных взаимоотношений, включая симбиотический вариант.

Следует отметить, что вариант с условно благополучным отношением встречается редко (всего у 23%), и, следовательно, в целом можно отметить, что для матерей с детьми, перенёсшими онкологическое заболевание более характерно материнское отношение с признаками нарушений эмоциональных взаимоотношений.

Эти две группы матерей отличаются по степени адекватности оценки наличного состояния здоровья ребёнка, что в целом может свидетельствовать о том, что у матерей с нарушением эмоциональных взаимоотношений отсутствует или, по крайней мере, нарушена адекватность восприятия ребёнка. Такие матери не хотят показывать, обсуждать или же в целом отказываются видеть, признавать проблемные моменты, в частности связанные со здоровьем ребенка. Всё это не может негативно не сказываться на материнском отношении и на детско-родительских отношениях в целом.

Основываясь на приведённых выше данных можно говорить о том, что матери детей, перенёсших онкологическое заболевание, нуждаются в психологической помощи. Однако при анализе результатов методик была отмечена следующая особенность: письменные методики и опросники дают более благоприятную картину, чем рисуночная диагностика. Это можно расценивать как следствие неготовности родителей к демонстрации реального отношения к ребёнку; сознательно родители склонны демонстрировать благоприятное отношение к своим детям, давать социально желательные ответы.

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно отметить несколько противоречивую тенденцию. С одной стороны, видна необходимость психологической помощи родителям детей с онкологическим заболеванием, многие из них и сами говорят о желании побеседовать с психологом, видеть такого специалиста в онкологическом отделении. С другой стороны, при взаимодействии с ними становится понятно, насколько родители детей с онкологическим заболеванием не готовы к подобной работе, к вмешательству в их болезненные переживания, насколько они закрыты. Всё это говорит о необходимости специального подхода при работе с родителями (в особенности с матерями) детей с онкологическим заболеванием. Это работа должна основываться в первую очередь на установлении доверительного контакта с родителями, поверхностных советов и общих рекомендаций здесь недостаточно. Требуется более глубокая индивидуальная работа с травматическим опытом родителей, их страхами, часто чувством вины.

ОБРАЗ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мохова Е.Е., Шибкова О.С.

Пожалуй, нигде не возникает столько психологических проблем, как в детской онкологии. Отношение к раку, как к фатальному заболеванию, существующее в нашем обществе, часто неопределенный прогноз и длительный путь к выздоровлению создают тревожную атмосферу вокруг онкологического больного, которая только усугубляется в тех случаях, когда пациентом является ребенок.

Отношение ребёнка к болезни зависит от многих факторов: от его возраста, уровня интеллектуального развития, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия проявлений бо-

лезни, тяжести болезни. Подавляющему большинству детей, страдающих онкологической патологией, присущи трудности осознания, представления и вербализации проблем и феноменов, связанных с болезнью: вопросов происхождения заболевания, боли, страхов, образных представлений относительно болезни и здоровья в целом и представлений о том, что ждет его в будущем. Кроме того, особое влияние на формирование у ребенка представлений о болезни, ее серьезности, причинах и перспективах, оказывают родители. У ребенка знания о болезни достаточно фрагментарны и в основном представлены некоторым чувственным опытом, оценка которого преломляется через мнение его близких. Ребенок «впитывает» через родителей, возникающие у них различные предубеждения, страхи, неадекватные и мало адаптивные установки, которые признаются нежелательными и даже вредными для больного ребенка и его ближайшего социального окружения. Эти установки препятствуют нормальному ходу лечения, влияя порой на прогноз исхода заболевания и формируя неадекватный реальному состоянию пациента образ выздоровления, тем самым, препятствуя эффективной адаптации и реабилитации.

Таким образом, актуальность данного исследования обусловлена, прежде всего, практической потребностью в оказании больным детям и их родителям психологической помощи и поддержки не только в период лечения, но и в период реабилитации. Важно определить, какие психологические изменения происходят под влиянием лечения онкологического заболевания, и какое влияние оказывают эти изменения на состояние маленького пациента; какие преморбидные особенности наиболее предпочтительны с точки зрения адаптации и играют в этом процессе положительную роль; какого рода психологическая коррекция необходима для наиболее эффективной реабилитации ребенка, появления настроя пациента на выздоровление и формирования адекватного образа выздоровления.

Исследование проходило на базе специализированного отделения комплексной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями в санатории «Русское поле» — Федерального Научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития РФ в период с февраля 2009 г. по апрель 2009 г. Было обследовано 46 детей младшего школьного возраста (6—11 лет), из них 37 детей с диагнозом «острый лимфобластный лейкоз» (ОЛЛ), 3 ребенка с диагнозом «нейробластома» (НБ), 1 ребенок с диагнозом «нефробластома» (Нефр.б.), 1 ребенок с диагнозом «гистиоцитоз», 1 ребенок с диагнозом «рабдомиосаркома», 2 ребенка с диагнозом «лимфогранулематоз» (ЛГМ), 1 ребенок с диагнозом «неходжкинская лимфома» (НХЛ). Все дети находились в состоянии ремиссии разных сроков — от 1 года до 7,5 лет.

Объект исследования — внутренняя картина болезни у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации.

Предмет исследования — образ выздоровления у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации.

Гипотеза исследования — уровень тревожности детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями связан с индивидуальными особенностями образа выздоровления на этапе реабилитации.

Цель исследования — изучение образа выздоровления у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации.

Задачи исследования:

1. Анализ особенностей образа выздоровления у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации.

2. Выделение типов образа выздоровления у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации.

3. Анализ связи особенностей образа выздоровления с уровнем тревожности у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации.

Методы исследования для детей: стандартизированная беседа с ребенком «Как я болел и как я выздоравливаю», Модифицированная проективная методика оценки динамики эмоционального состояния ребенка «Парный рисунок»; Цветовой тест отношений (ЦТО) М.Эткинда; Тест «Рисунок дома»; Тест тревожности Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен.

Методы исследования для родителей: исследование тревожности (Ч.Д.Спилбергер, адаптация Ю.Л.Ханин).

В ходе исследования были выявлены индивидуальные различия в образе выздоровления у детей с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации, что дает нам возможность выделить следующие типы образа выздоровления у детей младшего школьного возраста с онкологическими заболеваниями:

1 тип — «Полное отражение процесса выздоровления», характеризующийся положительной динамикой эмоционального состояния от состояния болезни к актуальному состоянию и к состоянию «абсолютного» здоровья;

2 тип — «Слияние образа наличного состояния и образа здоровья», характеризующийся одинаковым представлением ребенка о себе сейчас и представлением абсолютно здорового человека;

3 тип — «Отсутствие отражения процесса выздоровления», характеризующийся слиянием образа себя во время болезни, наличного состояния и состояния «абсолютного» здоровья;

4 тип — «Тревожно-избегающее отношение к теме болезни», характеризующийся открытым отказом или избеганием представления своего образа во время болезни;

5 тип — «Тревожное отношение к теме здоровья», характеризующийся наличием признаков, свидетельствующих о тревожном, в некоторых случаях нестандартном, отношении ребенка к данной теме.

Результаты исследования показали, что такие типы образа выздоровления, как «Полное отражение процесса выздоровления» и «Слияние наличного состояния и состояния здоровья», можно оценивать как относительно «психологически-благополучные», а типы образа выздоровления, как «Отсутствие отражения процесса выздоровления», «Тревожно-избегающее отношение к теме болезни», «Тревожное отношение к теме здоровья», можно оценивать как относительно «психологически-неблагополучные».

Также была подтверждена гипотеза исследования о наличии связи уровня тревожности детей с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации и типом образа выздоровления. Низкий уровень тревожности не характерен ни для одной из групп, в то же время для более благополучных групп — «Полное отражение процесса выздоровления» и «Слияние образа наличного состояния и образа здоровья», характерен средний уровень тревожности, а для групп «Отсутствие отражения процесса выздоровления», «Тревожно-избегающее отношение к теме болезни» и «Тревожное отношение к теме здоровья», характерен высокий уровень тревожности ($p < 0,01$).

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАФОРИЧЕСКОГО РИСУНКА В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Мохов В.А., Мохова Е.Е.

Оказание психологической помощи семье часто требуют диагностики и коррекции детско-родительских отношений. Вместе с тем, отношения как таковые с большим трудом поддаются измерению и объективации, учитывая (даже на стороне одного из партнеров) их целостный характер и наполненность аффективным, далеко не всегда осознаваемым содержанием.

Указанным особенностям отношений как психологического феномена в наибольшей степени соответствует использование для диагностических и коррекционных задач художественного образа и метафоры. Использование изобразительных средств не является новым для работы с семьей, достаточно сослаться на известный в нашей стране «Рисунок семьи». Вместе с тем коррекционные возможности классических диагностических рисунков ограничены сознательным уровнем пациента. С точки зрения коррекции и психотерапии при работе с близкими межличностными отношениями предпочтительным оказывается использование метафорических средств.

При создании метафоры, отражающей отношение матери к ребенку, мы опирались на необходимость отражения в ней целостности отношений при сохранении возможностей аналитического разбора их особенностей, объективации в доступной для самого родителя форме аффективно насыщенного содержания детско-родительских отношений, возможностей трансформации образа с адекватным перенесением этих изменений в область переживаний и действий.

Предлагаемая рисуночная методика использует в качестве отправной точки, темы рисунка, метафору, соответствующую указанным требованиям — «Я и ребенок в виде цветов».

Так как использование методики в работе с родителями открывает широкие возможности не только диагностики, но и коррекции родительского отношения, особое значение приобретает включенность родителя во взаимодействие с психотерапевтом. Такие особенности проведения методики, как большой объем словесных комментариев к изображению, совместное с клиентом толкование символических особенностей метафоры эмоциональных взаимоотношений с ребенком, анализ глубинных переживаний, связанных с родительством, предполагают простроенные отношения безопасности и доверия между клиентом и терапевтом.

Для обеспечения наибольшего проективного эффекта инструкция дается в предельно закрытом виде — «Нарисуйте себя и своего ребенка (своих детей) в виде цветов, этот рисунок будет нам полезен в работе». В большинстве случаев предложение воспользоваться метафорой цветка вызывает у родителя меньше напряжения, чем просьба рисовать реалистичные изображения людей, так как изображение цветка не требует от рисующего сколько-нибудь высоких графических навыков.

Рисунок выполняется в цвете. Для усиления проективного эффекта изображения имеет смысл использовать не набор цветных карандашей, а цветную пастель. Особенность этого материала состоит в том, что полностью контролировать непроизвольные отклонения линий сложно, и полученное таким образом изображе-

ние в большей степени, чем рисунок выполненный цветными карандашами, затрагивает неосознаваемые эмоциональные процессы.

При использовании этой методики особое значение приобретают словесные комментарии клиента, выражение им отношения к изображаемому. В случае отказа от рисования или выражения негативных переживаний в связи с необходимостью рисовать, работа по осознанию клиентом своего сопротивления во многом помогает раскрыть специфику психологических проблем, связанных как с реальными взаимоотношениями с детьми, так и с темой материнства или отцовства вообще. В некоторых случаях изображение становится не отправной точкой в работе с клиентом, а закреплением нового видения специфики своей позиции по отношению к ребенку.

Кроме общепринятых в психодиагностике критериев оценки рисуночной проективной продукции сама тема рисунка дает дополнительные возможности для отражения неосознаваемых особенностей родительского отношения. Использование метафоры цветка — создания, наделенного всеми вегетативными функциями, но лишенного возможности активно действовать, позволяет обойти обычные при описании детско-родительских отношений темы поведенческих особенностей взаимодействия (цели и приемы воспитания со стороны родителя, послушание ребенка в конкретных ситуациях, привычные способы взаимодействия, поведенческая сторона конфликтных ситуаций и т.п.). На поверхности оказываются темы близости, степени комфортности совместной жизни, удовлетворенность обеих сторон друг другом, способности родителя оказывать ребенку необходимую протекцию и особенности родительского контроля, особенности поддержания психологических границ в детско-родительском взаимодействии.

ПОНИМАНИЕ СУЩНОСТИ ФЕНОМЕНА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Терёхина Н.В.

Последние годы в отечественной и зарубежной психологии ведутся многочисленные исследования, связанные с синдромом эмоционального выгорания (СЭВ). Представители многих профессий, чья деятельность связана с общением, подвержены симптомам эмоционального утомления и опустошения. Прежде всего, это касается врачей, педагогов, практических психологов, воспитателей, работников торговли и сферы обслуживания.

Термин «выгорание» принадлежит Х.Фреденбергеру, американскому психиатру, работавшему в альтернативной службе медицинской помощи. Согласно Фреденбергеру, СЭВ «является истощением энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей».

Эволюция взглядов на природу эмоционального выгорания происходила в направлении от рассмотрения данного феномена как следствия профессиональной ситуации, внешней по отношению к субъекту деятельности, к признанию ведущей роли в формировании СЭВ экзистенционального самоопределения специалиста.

Одним из представителей экзистенциального подхода, A.Pines, была предложена «мотивационная модель» выгорания. Она рассматривает выгорание как состояние физического и психологического истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях. Главная идея этой модели заключается в том, что выгоранию могут подвергаться только индивиды с высокой мотивацией. Личность без этой внутренней мотивации может испытывать стресс, одиночество, депрессию, экзистенциальный кризис или усталость, но не выгореть[1].

В теории экзистенциального анализа, созданной учеником Виктора Франкла Альфридом Лэнгле, синдром эмоционального выгорания (СЭВ) классифицируется как «особая форма экзистенциального вакуума, в которой доминирует картина истощения».

Под синдромом выгорания здесь понимается затяжное состояние истощения, возникающее в деятельности. Согласно пространственной антропологической модели Франкла, постепенно истощение охватывает все три измерения человеческого бытия: соматическое, психическое, ноэтическое, а затем и четвертое измерение (логос), имеющее отношение к выходу человека за пределы своей личности, в горизонты смыслов — измерение решений, позиции и действий. Дальнейшее развитие симптомов приводит к полной потере интереса к жизни и апатии, которые являются характерными признаками «экзистенциального вакуума» по В.Франклу.

А.Лэнгле очень точно определяет источник генерализованного истощения, охватывающего постепенно все сферы жизни. Человек, подверженный эмоциональному выгоранию, в течение длительного времени не проживает ценностей. Живя без близости к себе, не проживая в своей жизни персональной «исполненности», человек действует, ориентируясь на внешние признаки успешности — деньги, власть, успех и признание.

Для предотвращения серьезных последствий эмоционального выгорания А.Лэнгле предлагает правило, сформулированное в виде

[1] Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб, 2006. — С.188.

тезиса: «Тот, кто больше половины времени занят вещами, которые он делает неохотно, не участвует сердцем в деле или не испытывает радости от процесса, тот должен ожидать, что рано или поздно у него возникнет эмоциональное выгорание»[1].

Экзистенциальный подход к поиску источников выгорания является довольно перспективным и находит своих сторонников в отечественной психологии. Н.В.Гришина рассматривает выгорание в качестве особого состояния человека, являющегося следствием профессиональных стрессов, Развитие выгорания не ограничивается профессиональной сферой, а проявляется в различных ситуациях бытия человека — болезненное разочарование в работе как способе обретения смысла влияет на всю жизненную ситуацию[2].

Д.Г.Труновым был предложен позитивный подход к проблеме эмоционального выгорания. Обычно «синдром сгорания» представляют как негативные изменения в состоянии и личности консультанта, как явление, наносящее вред специалисту и его работе. Слово «позитивный» в данном случае обозначает «отношение к симптомам “выгорания” как к сигналам, идущим из “внутренней сферы” в “сферу сознания”, как способу коммуникации между несознаваемым и осознанным. Именно позитивное отношение к симптомам “сгорания” поможет специалисту осознать и принять важную информацию о самом себе, которая остается на втором плане во время его работы»[3].

Затем Д.Г.Трунов идёт дальше и предлагает взглянуть на синдром выгорания как на естественный и нормальный процесс. Горение человека как отдавание себя — это один из глобальных смыслов человеческого существования. Прежде всего, этот смысл состоит в том, что в горении человек проявляет себя для других. Нет частного «синдрома выгорания», есть тотальный процесс Горения Человека[4].

Подытоживая приведённые взгляды на возникновение и коррекцию эмоционального выгорания, следует отметить, что среди специалистов, работающих в рамках экзистенциального подхода, существует широкий спектр мнений: от признания СЭВ негативным явлением, с которым нужно активно бороться, до принятия неотвратимости и необходимости его возникновения для личностного роста.

---

[1] Л э н г л е А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа // Вопросы психологии. — 2008, № 2. — С. 3–16.

[2] Г р и ш и н а Н.В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциальные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. — СПб., 2002.

[3] Т р у н о в Д. Г. Синдром сгорания: позитивный подход к проблеме // Журнал практического психолога. — 1998, № 8. — С. 84–89.

[4] Т р у н о в Д.Г. Еще раз о «синдроме сгорания»: экзистенциальный подход // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001, № 4.

Самым важным в предупреждении развития СЭВ является осознание человеком смысла своей деятельности, рефлексия своего состояния (соматического и психического), а также способность относиться к симптомам выгорания как к внутренним сигналам, свидетельствующим о возникшем психологическом дисбалансе.

СПЕЦИФИКА ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА В ПЕРИОДЫ ВЗРОСЛЫХ НОРМАТИВНЫХ КРИЗИСОВ

Якимчук О.В.

Проблема одиночества — одна из древнейших и серьезнейших проблем человечества, которая осмыслялась и исследовалась философами, теологами, медиками, психологами, да и каждым отдельно взятым человеком — в той мере и в том контексте, которые определяются индивидуальными особенностями личности и ее биографии, и общими культурными, социальными и возрастными закономерностями.

В науке имеется описание многих состояний, объединяемых в понятие «одиночество», это, в частности, «уединение» (А.В.Мудрик, Г.Зилбург), «социальная отчужденность» (О.Б.Долгинова) и др., поэтому, для анализа возрастной динамики и специфики переживания одиночества, было бы логично развести разные аспекты данного состояния, дав им соответствующее название.

Экзистенциализм как философское направление, и, соответственно, экзистенциалисты психологи принимают в качестве точки отсчета тот «факт», что люди изначально одиноки: «никто другой не может разделить с нами наши чувства и мысли, разъединенность есть сущностное состояние наших переживаний». Сторонники данной точки зрения зачастую сосредоточиваются на вопросе о том, как люди могут жить, будучи одинокими. «Каждое истинное переживание одиночества предполагает противоречие или столкновение с самим собой... Это свидание с самим собой... — само по себе радостное переживание... И свидание, и конфронтация (с самим собой) суть способы поддержания жизни и внесение оживления в относительно застойный мир, это способ вырваться из стандартных циклов поведения».[1]

Понимание одиночества как определенного эмоционального состояния, имеющего разную интенсивность и длительность во вре-

[1] Moustakas, 1972. — P. 20–21.

мени, свойственно для психоанализа. В данном контексте, представитель психодинамического направления Г.Зилбург различал одиночество и уединенность. Уединенность — «нормальное» и «преходящее умонастроение», возникающее в результате отсутствия конкретного «кого-то». Одиночество — это непреодолимое, постоянное ощущение. Согласно Зилбургу, одиночество становится отражением таких характерных черт личности как нарциссизм, мания величия и враждебность. «Одинокий индивид, как правило, проявляет болезненную скрытность или открытую враждебность»[1], направленную как вовнутрь, так и вовне.

Феноменологи[2] выводят гипотезу о том, что несоответствие между действительным и идеализированным «Я» в конечном счете венчается одиночеством. Общество вынуждает индивида действовать в соответствии с социально оправданными, ограничивающими свободу действия образцами. Это ведет к противоречию между внутренним истинным «Я» индивида и проявлениями «Я» в отношениях с другими людьми. «Одиночество... наиболее резко и болезненно проявляется у тех индивидов, которые по той или иной причине оказываются — будучи лишенными своей привычной защиты — уязвимыми, испуганными, одинокими, но обладающими истинным «Я» и уверенными в том, что будут отвергнуты всем остальным миром».[3]

Вейс [Weiss, 1973] выразитель интеракционистского подхода подчеркивает, что одиночество — это не только функция фактора личности или фактора ситуации. Одиночество — продукт их комбинированного (или интерактивного) влияния.

Таким образом, одиночество может быть понято как внешнее состояние — *изолированность* — отсутствие значимых связей и отношений; и как внутреннее переживание, имеющее *экзистенциальный* (осознание абсолютности одиночества конкретного человека и вместе с тем следствие страха прекращения жизни), *социальный* (переживание недостаточной социальной организованности, адаптации, следствие разрыва значимых социальных связей, отношений), и *психологический* (комплекс внутриличностных переживаний, связанный с «непохожестью», «инакостью», непризнанием, обидой) аспекты. Одиночество как внутреннее переживание может субъективно оцениваться как желательное и положительное состояние — *уединение,* и как отрицательное, тягостное, непродуктивное — *собственно одиночество.*

Возрастной кризис — переломный момент в развитии. Л.С.Выготский определяет в качестве центрального момента нормативно-

---

[1] Zilboorg, 1938. — P. 40.
[2] Rogers, 1970/73, Moore, 1976.
[3] Там же. — P. 119.

го кризиса развития противоречие, возникающее между прежней социальной ситуацией развития и новообразованиями; так что кризис всегда сопровождается ломкой — внутренней или внешней — и переструктурированием отношений между индивидом и его социальным окружением, что неминуемо ведет к временному возникновению чувства одиночества, отчужденности, изолированности. Д.Б.Эльконин, в дополнение к этому, говорит о сугубом переживании своего места в системе общественных отношений и жизни вообще, свойственном периодам нормативных возрастных кризисов. Особенностью переживания кризисов юности, зрелости, старости по сравнению с кризисами детства, является их осознанность — представленность картины жизненных и внутриличностных изменений и самого переживания в сознании индивида. Таким образом, временная отчужденность и иллюзия непонимания, закономерно возникающая между человеком и значимыми другими; центрированность на себе и происходящих изменениях, выход на экзистенциальный уровень осмысления жизни, в контексте осознания ее конечности — являются специфичными для протекания нормативных кризисов развития взрослого человека. Однако, помимо общих закономерностей, можно выделить возрастные нюансы переживания одиночества в кризисах 30, середины жизни, кризисе пожилого возраста.

Предпосылкой кризиса 30 является первая сверка сложившейся еще в юности «идеальной» модели бытия с теми результатами, которые дали прошедшие годы взрослой жизни. Сопровождаемое ощущением уходящей юности и желанием делать то, что *действительно* необходимо и значимо, в контексте уже имеющегося опыта и еще возрастающих возможностей, уверенности, жизненных сил, переосмысление и изменение жизни рождает *потребность в уединенности* — нужную для анализа себя и принятия важных решений. Особенностью данного кризиса также является необходимость окончательного осознания своей индивидуальной ответственности за совершаемые жизненные шаги, что выводит молодого человека на уровень осмысления одиночества в его экзистенциальном аспекте. Сформулированная Э. Эриксном задача развития в молодости — формирование интимности в противовес изоляции определяет специфику переживания «собственно одиночества» — как неопределенности в личных отношениях, отсутствия подлинной близости.

Кризис середины жизни скорее сопряжен с переживанием экзистенциального одиночества — как состояния индивидуального бытия, требующего осмысленности и структурированности, и личного ухода из жизни, что рождает потребность в уединении, а также актуализирует страх ответственности и страх смерти. Социальными аспектами переживания «собственно одиночества» в этот период

являются: изменения телесности и снижение сексуальных возможностей, чувство рутинности, скуки, «ушедшей любви», сказывающиеся на динамике супружеских отношений; постепенное завершение родительской функции — необходимость «отпустить» повзрослевших детей, старение и уход собственных родителей.

Кризис пенсионного возраста в большей степени, чем предыдущие, ставит проблему переживания одиночества как потребности в уединении (необходимость осмысления и интеграции собственной жизни перед лицом ее окончания), а также как социального феномена (прекращение производственных отношений, возможный уход из жизни одного из супругов, отрыв от детей, создающих собственную семью, уход сверстников, друзей, постепенное сужение социальных контактов вследствие ухудшения физического самочувствия). Страх зависимости, беспомощности, необходимости в уходе может рождать отчужденность пожилого человека, в то время как снижение его социальных и познавательных интересов и возможностей, смещение психологического времени от настоящего и будущего в сторону прошлого способны вызывать отчужденность близких ему людей — и то, и другое способствует переживанию собственно одиночества.

НАРУШЕНИЕ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ЛЮДЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ[1]

Белопольская Н.Л., Белопольская А.В., Ткешелашвили Д.Т.

Феномен идентификации относится к числу постоянно действующих механизмов развития личности. Идентификация выступает как структурирующий фактор самосознания личности, который действует на всех этапах онтогенеза. Однако на каждом возрастном этапе присвоение общественного опыта происходит по-своему, что определяется «степенью биологического созревания вкупе с социальной ситуацией развития индивида»[2]. Э.Эриксон понимает процесс развития идентичности как интеграцию и дифференциацию идентификаций, происходящих одновременно.

Исходя из структуры идентификации, которая представляется сплавом эмоционального, когнитивного и социального компонен-

[1] Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ, № 08-06-0278а.

[2] Эриксон Э. Детство и общество. — СПб., 2000. — С. 25.

тов, можно с уверенностью сказать, что на начальных этапах развития личности доминирует эмоциональный компонент, по мере взросления увеличивается вес когнитивного и социального компонентов. С возрастом простые и поверхностные формы идентификации постепенно заменяются более глубокими и сложными.

Половозрастная идентификация является одной из базовых идентификаций самосознания человека и формируется в раннем возрасте. Ранее нами была разработана методика исследования половозрастной идентификации для детей, которую мы апробировали на детях и младших подростках с различными проблемами психического здоровья. Было достоверно доказано, что при нарушении хода психического развития в детском и подростковом возрасте имеет место неадекватная половозрастная самоидентификация, нарушения представлений о смене возрастных ролей в процессе жизни человека и регрессивная тенденция в выборе предпочтительного возрастного образа.

Для исследования особенностей самосознания подростков и взрослых, переживших жизненный кризис, нами была разработана диагностическая методика «Половозрастная идентификация для взрослых»[1].

Результаты исследования взрослых людей (18—40) лет показали, что люди, пережившие или переживающие жизненный кризис, относятся аффективно к заданию на возрастную самоидентификацию и обнаруживают неадекватную идентификацию и негативное отношение к актуальным возрастным образам.

Проблема предотвращения суицидов и суицидальных попыток актуальна для современного общества большинства стран мира. Увеличение числа самоубийств в мире связывают с быстрым распространением депрессий, часть из которых протекает в скрытой форме и не сразу распознается. Одной из основных мотиваций суицидального поведения считается бегство от непереносимой жизненной ситуации — негативного жизненного кризиса[2].

Нами было проведено экспериментально-психологическое исследование половозрастной идентификации у лиц, совершивших суицидную попытку. Эксперимент проводился в Институте скорой помощи им. Склифосовского. Было исследовано 40 человек (20 мужчин и 20 женщин) от 18 до 40 лет. Исследование проводилось перед выпиской пациентов домой. Были проанализированы данные историй болезни и специально разработанного опросника.

В качестве контрольной группы были исследованы студенты Медицинского университета (40 человек) и сотрудники Московс-

---

[1] Белопольская Н.Л. Когнитивные и аффективные детерминанты в решении задач на возрастную идентификацию // Познание и общение. — М., 2009. — С. 159–170.

[2] Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М., 2005.

кого научно-исследовательского института (20 человек). Всего 60 человек. Возраст испытуемых варьировал от 18 до 40 лет.

Целью исследования было выявление особенностей половозрастной самоидентификации у лиц, совершивших суицидальную попытку.

Методика «Половозрастная идентификация для взрослых» представляет собой два набора карточек, на которых персонаж мужского или женского пола изображен в разные периоды жизни от внутриутробного плода до смерти. Облик изображенных на них персонажей демонстрирует типичные черты, соответствующие определенной фазе жизни и половозрастной роли. Карточки с изображением внутриутробного плода (№ 1) и карточки с изображением гроба, символизирующего смерть (№ 8) не имеют пола. Таким образом, комплект картинок представляет собой последовательность половозрастных образов: № 1 — внутриутробный плод; № 2 — младенец (мальчик и девочка); № 3 — дошкольник или дошкольница; № 4 — школьник или школьница; № 5 — юноша или девушка; № 6 — мужчина или женщина; № 7 — старик или старуха; № 8 — гроб, символизирующий смерть человека.

Исследование проводилось в три этапа.

Задачей *первого* этапа являлась оценка характера самоидентификации. Суициденту предлагалось идентифицировать свой настоящий половозрастной статус на представленном изобразительном материале.

На *втором* этапе исследовалась возможность взрослого человека построить идентификационную последовательность своего жизненного пути.

На *третьем* этапе проводилось сравнение представлений человека о Я-настоящем, Я-привлекательном и Я-непривлекательном.

Результаты исследования выявили глубокие эмоциональные переживания суицидентов, сопровождавшие решение задач на возрастную идентификацию и обусловившие характер процесса выбора карточек. Задачи по возрастной идентификации воспринимались ими как достаточно сложные, вызывали много эмоций, которые выражались как мимически, так и через жесты и словесно.

Все сорок человек обнаружили те или иные ошибки. 40% больных допускали грубые нарушения в самоидентификации, идентифицируя себя то с внутриутробным младенцем, то с гробом, то со стариком.

55% суицидентов выявили нарушения не только в самоидентификации, но и в построении последовательности образов своего жизненного пути и выборе предпочтительного образа. При этом 10% обнаружили нарушения не в возрастной, а в половозрастной идентификации.

Ни один из суицидентов не выбрал в качестве привлекательного образа свой актуальный половозрастной образ.

5% суицидентов обнаружили нарушения только в выборах предпочтительных и негативных половозрастных образов.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Задачи на возрастную идентификацию воспринимаются взрослыми людьми аффективно в тех случаях, когда человек переживает жизненный кризис.
2. Люди, совершившие суицидальные попытки, аффективно относятся к задаче по самоидентификации и часто идентифицируются с регрессивными образами.
3. Люди, совершившие суицидальные попытки, могут неадекватно представлять свои половозрастные образы при выстраивании последовательности жизненного пути человека.
4. Для людей, совершивших суицидальную попытку, свой актуальный половозрастной образ представляется негативным.
5. В качестве привлекательных образов для суицидентов выступают либо регрессивные образы, либо образ смерти.

СУИЦИДЕНТЫ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Белоусов П.В.

Началом суицидологи принято считать появление классического труда Эмиля Дюркгейма «Самоубийство: Социологический этюд» (1897). Как самостоятельная мультидисциплинарная область психиатрии, объединяющая в изучении суицидального поведения ряд смежных научных дисциплин (медицину, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию), суицидология сформировалась в СССР на рубеже 1950-60-х годов (труды А.Г.Амбрумовой, Б.Л.Целибиева, В.Е.Пелипаса, Г.А.Скибиной и др.). Однако специальные исследования, посвященные связи суицидального поведения с соматическими заболеваниями, появились только в последние три десятилетия (А.Г.Амбрумова и В.А.Тихоненко (1980), Н.В.Конончук (1984), В.А.Руженков, Л.А.Крыжановская и др.). Несмотря на то, что вопрос о влиянии соматического заболевания на течение и динамику психических расстройств, являющихся причиной суицидоопасного поведения, уже ставился в психиатрической науке, его нельзя считать достаточно изученным. В исследовании нуждается и корреляция соматического заболевания с суицидальной активностью. Особого внимания в этом плане заслуживают психосоматические расстройства.

В настоящей статье мы попытаемся установить роль психосоматических расстройств в формировании социально-психологической дезадаптации и суицидального поведения. В наше исследование включались пациенты, поступившие в стационар в возрасте 18 лет и старше, обнаружившие суицидальные тенденции и имевшие верифицированный диагноз соматического заболевания. Всего было обследовано 136 пациентов, распределившихся по трем группам: I) суициденты с соматической патологией (87); II) суициденты без соматических заболеваний (24); III) пациенты с соматическими заболеваниями без суицидальных тенденций (25). Среди обследованных суицидентов с соматической патологией — 33 мужчины (37,93%) и 54 женщины (62,06%); среди суицидентов без соматических заболеваний — двое мужчин (8,33%) и 22 женщины (91,67%); среди пациентов с соматической патологией — 4 мужчины (16%) и 21 женщина (84%). Из исследования исключались пациенты, страдающие хроническим алкоголизмом. Поскольку многие больные одновременно страдали несколькими соматическими заболеваниями, можно было лишь условно разделить их на большие группы в зависимости, например, от преобладания симптоматики того или иного заболевания на момент исследования. Преобладание среди пациентов с соматической патологией больных (III группа) с диагнозами ИБС, артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения свидетельствует лишь о том, что в стационар чаще попадают пациенты из-за тяжести данных заболеваний и дальнейшего прогрессирования их в связи с возрастом. По всем другим нозологиям между пациентами с соматической патологией и суицидентами с соматической патологией отличий не выявлено.

У суицидентов с соматической патологией в ходе проведенного нами исследования чаще обнаруживались мысли суицидального характера, чем у суицидентов без соматических заболеваний. Уровень и глубина депрессии у суицидентов с соматической патологией, а также суицидальная активность у них, оказались более выраженными: повторные суицидальные попытки у них фиксировались значительно чаще. Начало психосоматического заболевания у суицидентов с соматической патологией, как правило, приходилось на возраст до 30-ти лет. Особенно часто оно начиналось до 18-ти лет. Вероятно, это связано с тем, что больные I группы имеют более низкую адаптацию, более высокую суицидальную активность и характеризуется большим количеством дисгармоничных типов личности. Именно на изначально дисгармоничный тип личности приходится раннее начало психосоматического заболевания, которое, видимо, попадая на период формирования личности (т.е. примерно до 24-х лет), усиливает ее дисгармонию, еще больше снижая адаптационные возможности. При этом среди суицидентов с сомати-

ческой патологией мужчин больше, чем среди суицидентов без соматики, и больше, чем в группе больных с соматическими расстройствами. В 1 возрастной группе (18—24 лет) среди суицидентов с соматической патологией преобладали мужчины. Можно предположить, что само наличие длительно протекающего психосоматического заболевания является фактором риска совершения суицидальной попытки для мужчин, особенно молодого возраста.

В ходе исследования выявились различия между больными I—III группы по преморбиду личности. В группе суицидентов с соматической патологией достоверно чаще, чем среди суицидентов без соматики, встречалась психастеническая структура личности, которая не отмечалась у пациентов с соматической патологией. Истероидная структура личности, также чаще встречаемая у больных I группы, реже наблюдалась в группе соматических больных и совершенно отсутствовала у суицидентов без соматики. В группе пациентов с соматической патологией нормотимическая структура личности наблюдалась значительно чаще, чем среди суицидентов с соматической патологией и несколько чаще, чем среди суицидентов без соматики. Циклотимическая структура личности в III группе (пациентов с соматической патологией) встречалась чаще, чем в I группе. Шизоидная структура личности приблизительно одинаково встречалась у суицидентов с соматической патологией (I) и у пациентов с соматической патологией (III), и несколько чаще — у суицидентов без соматики (II). Таким образом, наибольшее число дисгармоничных личностей было выявлено в группе суицидентов с соматической патологией (I). Ипохондрическое развитие личности вследствие соматического заболевания у суицидентов с соматической патологией и у пациентов с соматической патологией встречалось одинаково часто. Анозогнозия же несколько чаще наблюдалась у суицидентов с соматической патологией. Наличие ипохондрической симптоматики может свидетельствовать о развитии самого распространенного — ипохондрического — варианта психосоматического развития личности. Пациенты с соматической патологией чаще отмечали, что заболевание отвлекало их от работы, мешало сосредоточиться, при заболевании снижалось настроение, появлялась раздражительность. Суициденты чаще жаловались на уменьшение общительности. Идеи неполноценности достоверно чаще встречались в группе суицидентов с соматической патологией (I группа).

Астенический синдром встречался несколько чаще у пациентов с соматической патологией, чем у суицидентов с соматической патологией. По астенодепрессивному и дистимическому синдромам существенной разницы не было отмечено. Ведущим по частоте у суицидентов без соматических заболеваний был тоскливый синдром, в то время как он был реже у группы пациентов с соматичес-

кой патологией и у суицидентов с соматической патологией. У последней группы чаще наблюдался тревожный синдром, чем у пациентов с соматической патологией, отсутствовавший у группы суицидентов без соматической патологии. Недостаточно дифференцированный синдром чаще регистрировался в группе суицидентов без соматической патологии. Проявления апатии у суицидентов с соматической патологией были самыми значительными. Таким образом, можно утверждать, что у суицидентов с соматической патологией чаще встречаются тревога, апатия и идеи неполноценности, что говорит о более часто встречающейся сложной структуре депрессии и большей ее глубине.

Отягощенная психопатологическая наследственность более часто наблюдалась у соматических больных с суицидальными проявлениями. В целом же суицидальная активность у I группы больных оказалась более выраженной, т.к. повторные суицидальные попытки у них фиксировались значительно чаще. Преобладание идей неполноценности, а также мыслей суицидального характера у соматических больных с суицидальными проявлениями, свидетельствовало и о большей глубине депрессии и большей степени вовлеченности их в психогенный психопатологический процесс, процесс дезадаптации.

Проведенное исследование показало наличие особой группы суицидентов — *суицидентов с психосоматической патологией*, которая характеризуется наличием целого ряда специфических характерологических, возрастных, гендерных, адаптационных и наследственных особенностей.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМ С ОСАНКОЙ

Воробьёв А.В., Колемасов И.С., Финагин В.Г.

В гуманитарной и естественно-научных сферах перед исследователем особо остро встаёт проблема математического подтверждения той или иной гипотезы. Дело в том, что вследствие специфики предмета исследования часто возникает необходимость оперирования так называемыми латентными (скрытыми) переменными, что делает невозможным проведение их непосредственного измерения.

Рассматривая проблему с осанкой, в настоящее время, к сожалению, часто встречаемую у детей и подростков, важно определиться

с природой её происхождения, что в значительной степени будет влиять на формирование подходов к её эффективному лечению и профилактике. Результаты последних медицинских и междисциплинарных исследований достаточно убедительно говорят в пользу психосоматической природы данной группы заболеваний. Тем не менее, в любом научном изыскании желательно иметь строгое математическое подтверждение истинности получаемых выводов. В нашем случае ситуация осложнена характером исходных данных. Так, например, в рассматриваемом далее примере из 11 независимых переменных (на схеме расположены внизу в прямоугольниках) только 2 имеют корреляцию с зависимой переменной (*Искривление позвоночника*), едва превышающую уровень статистической значимости ($p = 0{,}05$), а среднее значение их модулей равно 0,06. Дисперсионный анализ групп, разделённых по основанию наличия диагноза, также не даёт статистически значимого различия между ними. Оценка качества регрессионного анализа не оставляет никакой надежды относительно и этого метода.

В данной статье мы расскажем о некоторых математических методах, с помощью которых появляется возможность подтвердить (или опровергнуть) гипотезу исследования в условиях, когда особенности исходных данных делают невозможным использование «стандартного набора» из арсенала исследователя.

Одним из математических методов, способных эффективно справиться с поставленной задачей, мы считаем *Структурное моделирование (моделирование структурными уравнениями)*, которое вобрало в себя большое количество существующих методов статистического анализа данных. Оно наиболее полезно и эффективно в тех случаях, когда внутренняя структура объекта исследования неизвестна, и может только предполагаться исследователем на основе теоретических концепций, а также по некоторым своим проявлениям в виде измеряемых параметров. Основное предназначение метода заключается в том, чтобы проверить, насколько экспериментальные данные совпадают с представлениями учёного. Структурное моделирование позволяет соотносить объективно измеряемые характеристики с гипотетическими (латентными) переменными, введенными в модель исследователем, и выявить силу их взаимосвязей.

На рисунке представлена диаграмма путей, с которой всегда начинается построение структурной модели. Прямоугольниками обозначены явные (измеряемые) переменные, в овалах — неявные (латентные) переменные. Остаточные переменные на диаграмме не обозначены, но в вычислениях участвовали в полном объёме как отражающие специфику переменной. Для произведения расчетов мы воспользовались модулем *SEPATH*, входящим в состав программы *STATISTICA*.

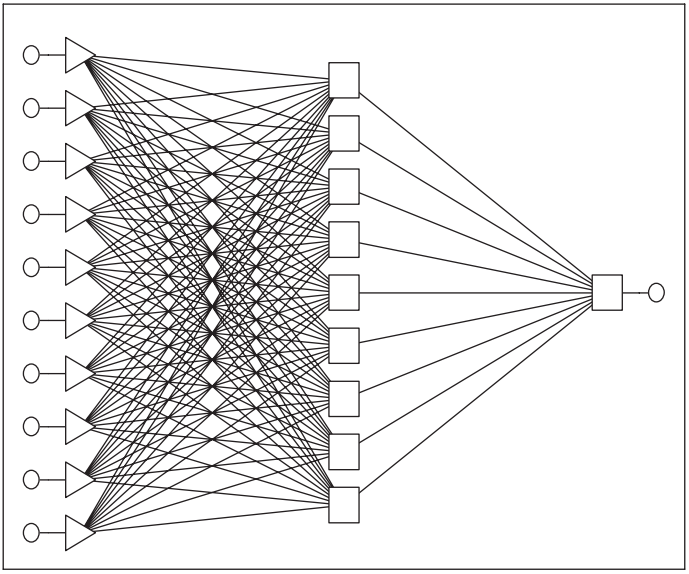
Когда речь идёт о построении математических моделей, включающих латентные переменные, вопрос адекватности модели становится особенно актуальным. Поэтому для оценки результатов структурного моделирования, используется огромное количество параметров. Не имея возможности вдаваться в подробности, заметим, что по совокупности этих параметров адекватность нашей модели можно оценить как «очень хорошую». Кроме того, если в исследовательских целях несколько изменить модель, произведя инверсию казуальности, «перевернув» причинно-следственную связь влияния искривления позвоночника на осанку, то получим столь значительное ухудшение вышеназванных параметров, что адекватность модели становится неудовлетворительной. Это однозначно свидетельствует о том, что структурное моделирование оперирует не просто связями между переменными, а *причинно-следственными* связями, в отличие от подавляющего большинства других математических методов, включая факторный анализ.

Следующий математический аппарат — *Искусственные нейронные сети* — мы использовали для непосредственной оценки качества модели, т.к. лучшим показателем истинности продолжает оставаться практика. Нейронные сети хорошо справляются с задачами моделирования сложных многомерных нелинейных зависимостей и могут быть применены для эффективного прогнозирования.

На основе тех же исходных данных с помощью модуля *Statistica Neural Network* (так же входящего в состав программы *STATISTICA*),

была построена модель в виде трехслойного персептрона (см. рис.), которая позволяет с вероятностью 0,87 (показатель получен на контрольной выборке) спрогнозировать искривление позвоночника у ребёнка на основе всего 11 психологических показателей.

Архитектура : МП 10:10-9-1:1 , N = 10
Производительность обуч. = 0,929078 , Контр. производительность =
= 0,828571 , Тест производительность = 0,871429



Таким образом, с помощью двух современных методов математического моделирования мы подтвердили гипотезу о психосоматической природе возникновения проблем с осанкой, в частности — искривления позвоночника. Кроме того, мы смогли убедиться в возможности эффективного прогнозирования данного заболевания на основе психологических показателей, что имеет несомненную практическую ценность.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Горина И.С.

1. Ухудшение здоровья детей в России выражается в стремительном росте распространенности разнообразных его нарушений, в

частности — увеличении хронических заболеваний, отклонений психического и физического развития. В последние десятилетия изменилась структура детской заболеваемости, обозначился явный сдвиг в сторону психосоматических расстройств. Большая распространенность этих расстройств обуславливает медицинскую и социальную значимость проблемы и важность изучения этих заболеваний. Возникновение и формирование психосоматических расстройств происходят под влиянием нескольких групп факторов, составляющих сложный патогенетический механизм. Как один из важнейших факторов патогенеза рассматриваются нарушения деятельности центральной нервной системы, обеспечивающей целостность реакций организма.

2. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний в детской популяции. Это заболевание развивается в очень раннем возрасте и во многом определяет условия развития ребенка. Влияя на функциональное состояние организма, болезнь не прекращает психическое развитие ребенка, но она искажает, отягощает и замедляет его ход. Учитывая раннее развитие заболевания, одним из наиболее адекватных подходов к изучению различных аспектов расстройств при БА является нейропсихологический метод исследования: он позволяет не только оценить состояние высших психических функций ребенка, но и определить те мозговые механизмы, которые лежат в основе отклонений в их формировании.

Проведено обследование 86 детей в возрасте от 5 до 14 лет, страдающих бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести. Дети были разделены на три возрастные группы: младшую (5—7 лет), среднюю (8—10 лет) и старшую (11—14 лет). Всем детям проводилось полное педиатрическое, неврологическое и нейропсихологическое обследование. Объективный неврологический статус детей характеризовался как «мягкая рассеянная симптоматика», которая свидетельствовала о корково-подкорковой и корково-стволовой дизрегуляции, дисфункции неспецифических структур мозга. Нейропсихологическое исследование высших психических функций (ВПФ) проводилось по схеме А.Р. Лурии, которое включало исследование двигательной сферы, процессов зрительного, слухового и тактильного восприятия, оптико-пространственной сферы, памяти и речи.

Как было показано нами ранее, у детей, страдающих БА, в возрасте 5—7 лет выявляется следующий нейропсихологический синдром:

- функциональная недостаточность субкортикальных отделов мозга и правого полушария (которая проявляется в выраженных двусторонних нарушениях праксиса, признаках несформированности межполушарного взаимодействия, специфических нарушениях слухоречевой памяти, признаках игнориро-

вания левой половины пространства, задержки формирования топологических и метрических представлений, сужении объема зрительной памяти);

- повышение функционального состояния левого полушария (о чем свидетельствуют более высокие по сравнению с нормой показатели слухоречевой памяти и особенности выполнения двигательных проб правой рукой).

Результаты исследований детей средней (8—10 лет) и старшей (11—14 лет) возрастных групп показали следующее. В двигательной сфере наиболее выраженные изменения прослеживаются в пробе на праксис поз — двусторонние ошибки снижаются с 80% до 33% в средней и до 11% в старшей группах. При этом сохраняются значительные нарушения в пробе на перенос позы (86% в средней и 68% старшей группах). Разница между частотой нарушений праксиса позы и переноса позы с возрастом увеличивается, что свидетельствует о сохранении нарушений межполушарных взаимодействий. В пробе на реципрокную координацию также сохраняются значительные нарушения (87% в средней и 58% в старшей группах), и, хотя частота первичных расстройств снижается, процент этих нарушений остается достаточно высоким (25% у детей 8—10 лет и даже в возрасте 11—14 лет — 5%). Таким образом, отличия между подгруппами 5—7 лет, 8—10 лет и 11—14 лет можно расценивать как некоторое улучшение состояния подкорковых структур при сохранении значительных нарушений межполушарных взаимодействий. Исследование зрительных и зрительно-пространственных функций показало, что с возрастом у детей с БА наблюдается значительная положительная динамика в формировании зрительных и зрительно-пространственных функций, но сохраняется их отставание от нормы: достаточно долго (до 13—14 лет) сохраняются ошибки при опознании реалистических предметных изображений и ошибки восприятия при интерпретации одноактных сюжетных картинок, при копировании фигуры Рея-Тейлора даже в возрасте 8—10 лет выявляются структурно-топологические ошибки, сохраняется большое количество метрических ошибок до 14 лет. Исследования памяти показывают, что у детей 8—10 лет значительно уменьшается число ошибок зрительной памяти, а именно, количество реверсий и параграфий; в то же время вплоть до 14 лет отмечаются случаи копирования фигур справа налево. Также как и в младшей возрастной группе, в возрасте 8—10 и 11—14 лет отмечалось снижение слухоречевой памяти вследствие усиленного влияния гомогенной интерференции и нарушений избирательности. В 5—7 лет показатели объема слухоречевой памяти и сохранности следов после гетерогенной интерференции у детей с БА достоверно превышали показатели здоровых детей, что рассматривалось как состояние «плюс функции» левого полушария. Однако с возрастом эти

показатели у детей с БА оказались несколько хуже, чем у здоровых детей. Т.е., здоровые дети постепенно «опережали» детей с БА за счет более высоких темпов развития функций левого полушария. При исследовании речи в младшей возрастной группе на первый план выступили нарушения моторной стороны речи и фонематического слуха. Те же расстройства наблюдаются и в более старшем возрасте, однако степень выраженности и частота встречаемости этих нарушений существенно уменьшаются.

Таким образом, частота и выраженность нарушений высших психических функций у детей с БА в целом с возрастом значительно снижается. В то же время, нарушения ВПФ, составляющие «ядро» синдрома, выявляются вплоть до 14 лет. Во всех возрастах выявляются: **дефицитарность** срединных образований мозга, в первую очередь **диэнцефальных структур**; во всех возрастах выявляются расстройства, свидетельствующие о **дисфункции правого полушария**; во всех возрастах выявляются **признаки несформированности и нарушений межполушарных взаимодействий**. Здесь следует обратить внимание на два факта: по-видимому, именно дефицитарность правого полушария играет ведущую роль в формировании особенностей эмоционально-личностной сферы у этих детей, поскольку именно ему принадлежит ведущая роль в генезе тревожных расстройств, которые характерны для больных БА. Кроме того, возможно именно нарушения межполушарных взаимодействий является основой для возникновения алекситимии на более поздних этапах онтогенеза.

3. Основная цель диагностического обследования ребенка — это выявление индивидуально-психологических особенностей его развития, с учетом которых даются рекомендации по возможным формам коррекционной работы. Полученные нами результаты позволяют: оптимизировать коррекционные и лечебные мероприятия, определяя в качестве мишени для воздействия дефицитарные образования; проводить коррекционную работу с учетом дифференцированного подхода в зависимости от структуры нарушенного развития, характера ведущего нарушения и особенностей вторичных отклонений в развитии. Как показывает наш опыт, одним из эффективных направлений работы с младшими детьми (5—8 лет), страдающими БА, является разработанный в нейропсихологии метод моторной коррекции, направленный не только на развитие движений и действий разного уровня, но и на освоение пространственных представлений на телесном и символическом уровнях, простраивание межполушарных взаимодействий. Увеличивающиеся (в результате специальных двигательных занятий) возможности ребенка опосредованным образом влияют и на его эмоционально-личностную сферу, способствуя возрастанию самооценки и снижению уровня тревожности.

ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ ГЛАЗАМИ ВРАЧА. ФЕНОМЕН «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» ЛИЧНОСТИ

Дорохов А.И.

Что такое жизнь?

Что такое смерть?

Где проходит та грань, которая их разделяет?

Эти вопросы волнуют человечество на протяжении всей истории его существования. Люди всегда хотят знать, что ждёт их во тьме открытой двери. Страх неизвестности, по сути, проявление страха смерти. Человек единственное существо, не только знающее о своей смертности, но и ясно осознающее это. Старая собака в какой-то момент просто ложится и умирает, но человек борется до последнего, он боится и по этой причине ищет «Эликсир бессмертия». Многие философы задавались вопросом жизни, смерти и бессмертия со времён рассвета философии — Аристотель, Сократ и до наших дней — Янкелевич и др. Но в этой работе я постараюсь осветить лишь небольшую часть этой проблемы, то, как её видит врач и то, как она меняет его мировоззрение с течением времени. В основе моей работы лежат философские труды многих учёных[1] изучавших проблему жизни и смерти и отношение разных слоёв общества или людей разных профессий к смерти, а также социологические опросы, проведённые среди студентов 5 и 6 курсов РязГМУ и врачей рязанских больниц.

Врач в своей профессии должен быть очень внимателен и чуток к пациенту. Ибн-Сина (Авиценна) придавал огромное значение умению врача успокоить больного, снять чувство страха, поднять его настроение. Чехов писал, что профессия врача, медицина, как и литература, — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Врач должен сочувствовать пациенту и помогать перенести ему боль и страдание. Изначально человек, желающий посвятить себя медицине, представляет себе профессию врача как нечто светлое и прекрасное, как способ помочь людям, возможность спасать жизни других. Романтика профессии привлекает молодых и наивных людей, желающих нести свет и добро людям, спасать их. Но со временем, изучая медицину в университете, работая по профессии, они понимают, что врач не может вылечить людей, не причиняя им боли, потому что медицина это исцеление людей через боль. Страдания пациентов меняют мировоззрение врача, и он начинает по-другому воспринимать смерть других. Это хорошо видно по эмоциональной реакции врача на смерть. На ранних стадиях становления мировоззрения врача, в период обучения,

[1] А.Б. Демидов; Е.А. Абросимова; В. Янкелевич.

он очень остро воспринимает смерть. На первом курсе 43% опрошенных не могли смотреть на убийство крысы, а 12% теряли сознание. На третьем курсе 27% опрошенных на первой операции выбегали из операционной или падали в обморок. Первого пациента, умершего на операционном столе, молодой врач реанимирует в течение 45—90 минут, вместо положенных по закону 30 минут. Более 20% врачей после этого уходят из профессии. Опытный врач с двадцатилетним стажем проводит реанимацию 15—20 минут, так как есть множество способов определения «воскрешаемости» мозга. Особая категория — врачи ожоговых и нервных отделений. Их пациенты очень сильно страдают и часто их смерть лишь вопрос времени. Этот пример показывает коррекцию мировоззрения с идеалистического на более приземлённое. Студент, размышлявший ранее лишь в основном о вопросах жизни и смерти, о смысле существования, может уже на практике убедится как коротко время, отведённое нам на жизнь, каково жить инвалидам и смертельно больным. Но самое главное, что он понимает какая ответственность и власть лежат на плечах врача. Врач должен всегда поддерживать пациентов, какие бы эмоции он не испытывал.

Врач с 15—20-летним стажем перестаёт воспринимать страдание пациента как свои, он перестаёт сочувствовать больному и начинает воспринимать его как носителя болезни и свой рабочий материал. Это выражается в чёрном юморе и цинизме в общении с больными. Учёные называют это феноменом «Эмоционального выгорания» личности[1]. Причин этому очень много и вот лишь некоторые:

1. Отношение общества к врачу как к человеку, который должен помочь всем не смотря на количество и состояние обратившихся. Люди требуют, чтобы врач спас смертельно больного, вернул здоровье, безнадёжно подорванное человеком и др.
2. Плохие условия труда, на которые не обращает внимание общество.
3. Огромный объём работы, с которым врач сталкивается: 12—18 часов в день 6—7 дней в неделю.
4. Хроническая усталость и эмоциональное истощение, вызванное тем, что врач пропускает через себя эмоции и боль пациента.
5. Низкая оценка со стороны государства. «Сколько стоит жизнь человека? Она бесценна! Видимо, поэтому государство ничего и не платит врачам»[2].

---

[1] Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М: Академический проект, 1996; Водопьянова Н.Е. Синдром «психического выгорания» в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / Никифоров Г.С. (ред.). — СПб.: Изд-во СпбГУ; 2000. — С. 548–573.

[2] Ренат Акчуров, кардиохирург.

Но наличие этого синдрома у врача не мешает ему спасать людей. По сути это лишь способ уберечь свою личную жизнь и свою семью от боли пациентов, способ не сойти с ума от несправедливости этого мира, в котором есть инвалиды и смертельно больные. Общество должно понять и помочь врачу, тому кто принёс себя в жертву ради людей.

ФИЛОСОФСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Иксанова Д.С., Молодецких В.А., Беглянкин Н.И., Афанасьев С.А.

Философское осмысление вопросов аффективных расстройств (АР) актуально со времён античности, так Аристотель писал о том, что человек, существо «полисное», «логическое», разумная деятельность в обществе — таково его предназначение. В Средневековой философии задачей жизни становится преодоление отчуждения, восстановление божественного образа в человеке. В эпоху Просвещения, «человечество в лице каждого» (Кант) — идущее по пути прогресса. В современной философии, теоретической и практической задачей оказывается выбор и осуществление наилучшей, в имеющихся условиях, стратегии жизненного пути[1].

В настоящее время, в России, как и во всем мире, отмечается тенденция роста числа аффективных расстройств. В данной статье мы хотели бы остановиться на философских и социальных аспектах АР, без осмысления которых трудно представить доверительное отношение общества к психиатрии, как к медицинской дисциплине, стоящей на страже психического здоровья. Среди медицинских дисциплин, психиатрия является наиболее социальной по своему предмету, методологии исследований и практических действий. Влияние социальных факторов сказывается не только на состоянии психического здоровья населения, оно распространяется также на особенности функционирования психиатрии как отрасли медицинской науки и здравоохранения[2].

---

[1] Зорина Е.В., Рахманкулова Н.Ф. и др. Философия в вопросах и ответах / под ред. Алексеева А.П., Яковлевой Л.Е. — М.: ТК Велби; Изд-во Проспект, 2004. — С. 319–329.

[2] Былим И.А., Яровицкий В.Б. О социально-этических аспектах в организации первичной психиатрической помощи населению // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — С. 84–86.

Исследования, проводившиеся под эгидой Всемирной организации здравоохранения (1996 г.) в течение пяти лет, выявило неожиданную и, можно утверждать, шокирующую тенденцию: к 2020 г. психические заболевания будут среди ведущих причин инвалидизации населения планеты[1]. Распространенность аффективных расстройств в 90-е годы в развитых странах Европы и в США составила 5—10% против 0,4%—0,8% к началу 60-х годов. Этот показатель отражает реальную частоту АР в современном мире, а его значительный рост объясняется тем, что одной из основных причин обращения за медицинской помощью становиться психическая патология, в структуре которой значительное место принадлежит депрессиям. Другой показатель, уточняемый по мере развития клинико-статистических исследований, составивших неинфекционную эпидемиологию, также свидетельствует о первостепенной важности проблемы. Заболеваемость депрессиями на сегодняшний день составляет около 3%. Это значит, что ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и, соответственно, нуждаются в адекватной медицинской помощи.

Наиболее клинически значимыми факторами, обусловливающими рост частоты аффективных расстройств, являются: процесс урбанизации, стрессогенные события, повышение средней продолжительности жизни, миграция, выявление АР у пациентов общемедицинской сети и другие социальные тенденции.

Необходимо подчеркнуть, что аффективные расстройства влекут за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Наблюдающееся во многих случаях аффективного заболевания затяжное течение, либо частое повторение аффективных приступов, разделенных неполными (тимопатическими) ремиссиями, несмотря на сравнительно неглубокий уровень психопатологических проявлений, повышает риск самоубийств, нередко совершенных в период депрессий. АР серьёзно затрагивают качество жизни, адаптационные возможности пациента, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации[2].

Влияние депрессий на степень нетрудоспособности отчетливо выступает при сопоставлении показателей инвалидизации. Монополярная большая депрессия и биполярное аффективное расстройство уже в настоящее время входят в число десяти ведущих причин инвалидизации населения среди заболеваний неинфекционного ге-

---

[1] Барденштейн Л.М. Биполярное аффективное расстройство // Российский медицинский журнал. — 2009, № 2. — С. 50–53.

[2] Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. — М.: Изд-во «Берег», 2000. — С. 7–12.

неза. Уровень безработицы среди пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством (БР), в два раза превышает данные сравнения с контрольными группами психически здоровых людей. Социальный аспект связан как с прямой, так и с косвенной экономической отягощенностью пациентов с БР, такие как: развод, финансовая несостоятельность, повышение криминальности, нетрудоспособность, несчастные случаи, патологический гэмблинг и др.[1] В исследовании, в котором участвовали 3000 больных БР, 64% были безработными, хотя более 60% из них окончили колледж. Количество разводов у пациентов с БР, в 2—3 раза выше, чем в контрольных группах. Угроза исхода БР в инвалидность значительно возрастает, если больной, по тем или иным причинам не получает лечения. Вследствие этого периоды, когда у пациента отмечаются психопатологические признаки, увеличиваются, а интермиссии делаются короче с каждым повторным обострением БР. Наряду с этим снижается качество интермиссий. В периоды между острыми эпизодами БР (маниакальными, депрессивными, смешанными) сохраняется та или иная резидуальная психопатологическая симптоматика (субдепрессивная, неврозоподобная, психопатоподобная).

Вместе с тем, выявление и квалификация аффективных расстройств, сопряжены с опасностью как гипер-, так и (что происходит значительно чаще) гиподиагностики. Гиподиагностика АР может быть связана с рядом причин. Недостаточное выявление АР зависит от врача, его профессиональных возможностей, квалификации, повседневной нагрузки и др. Определенную роль играет и личность пациента. Больные депрессией нередко акцентируют внимание на соматических жалобах и, не осознавая психической болезни, не придают адекватного значения изменениям в аффективной жизни. В этом плане в качестве факторов риска гипонозогнозии выступают: пожилой возраст, мужской пол, низкий культурный уровень. Наконец, в качестве одной из причин гиподиагностики, необходимо учитывать особенности клинической картины депрессии: преобладание соматизированной симптоматики, вегетативных проявлений, расстройств сна и аппетита, симптомы, общие с коморбидным соматическим заболеванием.

Вследствие гиподиагностики, обусловленной одной из перечисленных причин или их сочетанием, только 1 из 10 пациентов получает специализированную помощь. Большинство подвергаются ряду недостаточно обоснованных обследований, а лечение становится неадекватным, эклектичным и неэффективным. По этим причинам, социальные затраты на больных депрессией возрастают. Несвоевременное распознавание аффективного заболевания не толь-

[1] Maj M., Akiskal H.S., Lopez-Ibor J.J., Sartorius N., Bipolar Disorder // Series Evidence and Experience in Psychiatry. — V. 5. — Wiley J., 2002. — P. 17–25.

ко приводит к возникновению тягостных психологических проблем, но и существенно влияет на важные социальные и экономические аспекты жизни пациента и его семьи.

Основная цель терапии направлена на купирование проявлений болезни в период приступа (фазы), достижение ремиссии, а также профилактическая терапия, целью которой является предупреждение рецидивов заболевания и удлинение ремиссии (интермиссии). По характеру воздействия выделяют медикаментозную и другую биологическую терапию и психотерапию. Выбор конкретных терапевтических методов связан с клиническими особенностями каждой из форм АР, этапом развития болезни и индивидуальными особенностями пациента[1].

Учитывая актуальность проблемы в целом, важность вопроса в частности, нельзя игнорировать рассматриваемую тему, так как речь идёт о многих сторонах качества жизни психически больных пациентов. Как утверждал русский психиатр, антрополог и этнограф П.И.Якобий: «Нет ни одной отрасли медицины, которая была бы так тесно связана со всеми сторонами жизни населения, как психиатрия».

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В АНАЛИЗЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Карелина Д.Д., Кром И.Л., Тепер Г.А.

«Психическое здоровье — это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения»[2]. В настоящее время большинством исследователей отмечаются неблагоприятные перемены в картине психического здоровья в России. Во-первых, происходит значительный рост числа нервно-психических заболеваний, прежде всего тех, что являются наиболее характерной реакцией на психический стресс: неврозы, посттравматическое стрессовое расстройство, психосоматические расстройства, характерологические и патохарактерологические реакции, а также реактивные психозы, па-

---

[1] Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии / под ред. Тиганова А.С. — М.: Медицина, 1999. — Том 1. — С. 630.

[2] Особенности реализации права на труд лицами, страдающими психическими расстройствами // Программа и тезисы докладов XXV научной студенческой конференции «Молодежь третьего тысячелетия» ОмГУ по секции «Право» / отв. ред. Н.В.Антипьева. — Омск: ОмГУ, 2001. — С. 88.

тохарактерологическое развитие, депривационное развитие личности. Резко увеличивается распространённость алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (особенно последних), у истоков которых тоже часто стоит психический и иной стресс; эти болезни зависимости могут маскировать другие психические страдания. «Факт увеличения числа лиц с невротическими нарушениями наблюдается, прежде всего, в развитых странах, вероятно, объясняется не только улучшением выявляемости нарушений психической деятельности, но и комплексом факторов, способствующих их истинному росту. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а также длительной и рецидивирующей нетрудоспособности»[1].

Психические расстройства обычно имеют мультифакториальное происхождение, картина их во многом зависит не только от внутренних (наследственность, преморбидный фон), но и от внешних условий. Психика человека зачастую оказывается подвержена быстрому и неадекватному приспособлению к меняющимся условиям окружающей среды. Психические расстройства, возникающие в неблагоприятных социальных условиях, в настоящее время обозначаются как ноогенные, информационные неврозы, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, болезнь пострадавших от военного стресса и других бедствий, синдром сиротства.

Социальные факторы психического здоровья населения могут быть проанализированы в рамках различных теоретических подходов.

Социальные истоки категоризации болезней как отклонений, требующих социального контроля и коррекции, были отчетливо осознаны Т.Парсонсом. Предложенная Парсонсом концепция «роли больного»[2], стала заметной в возникновении социологии медицины как самостоятельной области знания, отличающейся от социальной медицины.

Социокультурный аспект психической болезни активно исследовался многими зарубежными авторами с начала второй половины XIX века. Ломброзо выявлял соотношение между биологическими и социальными чертами личности и был представителем натуралистического направления социологической мысли[3]. Многие труднообъяснимые явления, в рамках натуралистического подхода,

---

[1] Акжигитов Р. Пограничные психические расстройства // Медицинская газета. URL :http://medgazeta.rusmedserv.com, № 37 , 27 мая 2001 г. Обращение к ресурсу 11.12.07.

[2] Решетников А.В. Социология медицины. — М.: Медицина, 2002. — С. 174.

[3] Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство. — М.: Республика, 1995. — С. 52.

объяснялись естественными причинами, проявлениями природы человека и общества.

Вопросы психического здоровья и болезни рассматривались в рамках функционалистского подхода Э.Дюркгейма, Т.Парсонса. Тема девиации, отклоняющегося поведения и психической болезни развивается в рамках интерпретативного подхода. Он изложен в трудах авторов Чикагской школы и Д.Мида. Специфика интерпретативного подхода в анализе исследуемых феноменов состоит в «изучении факторов социального взаимодействия, приводящих к созданию, своего рода, коллективных образов «психически больных», наделению их новыми социальными статусами и ролями, а также механизмов принятия и усвоения ими этих статусов и ролей»[1].

В рамках органической теории, предположение о том, что душевные заболевания имеют физиологическую основу, приводит к изоляции людей. С точки зрения теории болезни, пациент реагирует неуместно и неадекватно, потому что он страдает от внутреннего дефекта. «Психотерапевт, придерживающийся органической теории, рассматривает больного, как неполноценную личность с ограниченными способностями»[2]. Эта теория мало поддерживается и много критикуется.

Психодинамическая теория также была идеологией, в основе которой, как и в основе органической теории, лежит представление, что с человеком что-то не в порядке независимо от его социальной ситуации. Согласно этой теории, «человек ведет себя так или иначе главным образом потому, что мысли и переживания, бывшие у него в прошлом, оказались вытесненными из сознания. Его нынешнее социальное положение также влияет на него, но это влияние менее важно; подчеркивается главным образом, как он его воспринимает через комплекс представлений, сложившихся у него в прошлом»[3].

Э. Фромм направлял взгляды на гуманизацию психоанализа[4]. С его точки зрения, если все физиологические потребности человека удовлетворены, психическое здоровье зависит от удовлетворения определенных собственно человеческих потребностей.

Р.Мэй, К.Роджерс, Э.Маслоу, В.Франкл и Г.Олпорт, подчеркивали необходимость рассмотрения человека как целостного существа, составляющего здоровую, гармоническую, нормальную личность[5]. Используя «целостно-динамический подход», Маслоу предложил теорию самоактуализации личности, согласно которой зре-

[1] Зозуля Т.В., Ротштейн В.Г., Сулицкий А.Н. // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1994, № 4. — С. 99–103.

[2] Козлов В.В. Социальная и психологическая работа с кризисной личностью : учебное пособие. — М., 2001. — С. 122.

[3] Там же. — С. 122.

[4] Жариков Н.М. Психиатрия. — М.: Медицина, 1999. — С. 30.

[5] Там же. — С. 31.

лость человеческого индивида наступает в процессе реализации его личностного потенциала.

Теории личности Г.Олпорта и Р.Кеттела придавали большое значение понятию «черта личности». «Каждая личность обладает неким набором “общих черт”. Конкретные индивиды могут быть охарактеризованы какой-то одной основополагающей чертой. Кроме того, каждый человек обладает набором более размытых и не столь бросающихся в глаза вторичных черт. Неповторима не только каждая личность, уникальными являются и поведенческие реакции»[1]. Скиннер утверждал, что «поведение человека управляется окружающей средой, а не внутренними силами. Каждый индивид находится под контролем случайных обстоятельств, подкрепляющих его поведенческие реакции, мотивационные факторы»[2]. Согласно теории социального научения «люди непосредственно контролируют собственную судьбу. Влияние на них подкрепления зависит от внутренней регуляции. Такие внутренние факторы, как самосознание, целеустремленность и самоподкрепление, позволяют человеку регулировать, предвидеть и направлять внешние воздействия»[3]. Как и в норме, в случаях психической патологии поведение формируется в результате научения.

Итак, рассматривая понятие психического здоровья населения в рамках основных социологических парадигм, мы можем отметить значимость социальных факторов как в возникновении психического расстройства, так и в ходе его лечения и последующей реабилитации пациента. Это согласуется с принятой в настоящее время биопсихосоциальной моделью терапевтического воздействия, предусматривающей оказание пациенту психиатрической помощи социального характера.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОТИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ ПУТЕМ СЛОВЕСНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ ИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДИНАМИЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ

Кузичев И.А., Николаев А.Б., Щелканов В.И.

Авторы разработали новую медицинскую технологию — метод реабилитации наркотически зависимых лиц путем направленной

---

[1] Жариков Н.М. Психиатрия. — М.: Медицина, 1999. — С. 42.

[2] Там же. — С. 43.

[3] Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001, № 1. — С. 19–21.

реорганизации сложившихся у них патологических динамических стереотипов психического уровня.

Новый подход реорганизации динамических стереотипов у наркозависимых лиц словесноэмоциональным воздействием разработан с позиции теории функциональных систем, предложенной П.К.Анохиным и развиваемой К.В.Судаковым. Проблема оздоровления российской популяции является ведущей политической и социальной задачей государственных и медицинских учреждений России. Одним из ведущих факторов резкого возрастания психисоматических заболеваний современного человечества является психоэмоциональный стресс. Психоэмоциональный стресс формируется в так называемых конфликтных ситуациях, в которых человек, при наличии у него выраженных биологических или социальных потребностей, остро или хронически ограничен или лишен возможности их удовлетворения. Конфликтные ситуации современности порождаются военными, естественными и техногенными катастрофами, а также технократическими тенденциями развития современного общества и его капитализацией. Как следствие психоэмоционального стресса у человека развиваются психосоматические заболевания: депрессии, психозы, неврозы, нарушения сна, сосудистые заболевания головного мозга, сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда), язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, снижение иммунитета, гормональные расстройства, диабет, ревматические и даже онкологические заболевания. Пагубное действие эмоционального стресса проявляется в росте алкоголизма, наркомании, в повышении травматизма, самоубийств, нарушениях нормальной детородной функции женщин и т.д.

Настоящая методика отличается от широко распространенного эмпирического подхода реабилитации пациентов, который осуществляют во многих лечебных учреждениях в России и за рубежом, тем, что в её основе лежит приоритетная научная теория функциональных систем, разработанная академиком П.К.Анохиным и творчески развиваемая в его научной школе.

Теория функциональных систем постулирует в качестве ведущих системообразующих факторов полезные для живых организмов, в том числе для человека, **биологические и социальные для нормальной жизнедеятельности приспособительные результаты.** Результаты множества взаимодействующих в организме саморегулирующихся функциональных систем широко представлены на метаболическом, гомеостатическом, поведенческом, психическом и социальном уровнях их организации.

Цель методики — раскрытие механизмов и совершенствование функциональных систем психического уровня организации и через них — повышение у наркозависимых лиц устойчивости функцио-

нальных систем метаболического и гомеостатического уровня, определяющих формирование наркотической зависимости.

Авторы исходят из представлений о том, что психическая деятельность человека представляет собой информационный эквивалент результатов деятельности функциональных систем психического и гомеостатического уровней организации. Основу информационных процессов психической деятельности составляют эмоции и язык. Из этого следует возможность эффективного информационного воздействия на психическую деятельность человека.

Авторы творчески применили разработанные отечественными учеными И.М.Сеченовым, В.М.Бехтеревым, И.П.Павловым, А.А.Ухтомским, П.К.Анохиным и др. учеными методы. Применяемые авторами методы реабилитации наркозависимых пациентов построены на системной архитектонике психической деятельности человека, разработанной П.К.Анохиным. Она включает последовательно сменяющие друг друга стадии:

афферентный синтез; принятие решения; аппарат предвидения потребного результата — акцептор результата действия; формирование программы действия — эфферентный синтез, обеспечивающий реализацию принятого решения в действие, то есть, способ достижения адаптивного результата; многокомпонентное действие и, наконец, — сличение при помощи обратной афферентации параметров достигнутых результатов с информационной афферентной моделью потребного результата в акцепторе результата действия.

Воздействия устных инструкций на словесную и эмоциональную сферы системной организации психической деятельности наркозависимых пациентов осуществляются в следующей последовательности:

1. Сначала на основе инструкций, отражающих системную архитектонику наркозависимых пациентов, исследуется их эмоциональное отношение к своему психическому состоянию и к окружающей действительности, их интеллект, сформированный предшествующей реабилитационной процедуре жизнью. При этом оцениваются такие компоненты системной психической деятельности, как мотивация, память и эмоциональное отношение к внешним факторам.

2. В процессе письменных ответов пациентов на вопросы оцениваются особенности системного психического портрета личности, запечатленного в форме динамических стереотипов на структурах акцептора результата действия их доминирующих функциональных систем. Ответы пациентов позволяют оценить их способность эмоционального предвидения потребных им результатов, сами результаты психической деятельности и способность оценки их акцептором результатов действия.

3. С пациентами проводятся реабилитационные процедуры путем инструкций и словесных воздействий, направленных на снятие выявленного эмоционального перенапряжения.

4. В динамике реабилитации оценивается изменение личности пациентов при ответах на прежние вопросы, то есть изменение их эмоционального отношения к себе и к окружающей действительности.

5. У пациентов под влиянием словесноэмоционального воздействия реорганизуются сложившиеся в результате применения наркотиков динамические стереотипы и формируются новые устойчивые социально приемлемые эмоциональные стереотипы.

Используемые в процессе работы тесты позволяют объективно оценивать уровень психоэмоционального перенапряжения у стрессированных наркозависимых лиц, силу их патологического и компульсивного влечения и эффекты психогенной реабилитации.

Рассмотрение наркозависимости с позиции теории функциональных систем, позволило авторам эффективно перестраивать церебральную системную архитектонику наркотической зависимости с целью устранения наркотического влечения.

Многолетние данные реабилитации наркозависимых, проводимой специалистами Автономной некоммерческой организации «Институт Поведения», показывают, что после окончания курса реабилитации эмоциональное напряжение у наркозависимых личностей снижается более чем в два раза, полностью устраняется патологическое и компульсивное влечение к употреблению психоактивных веществ и формируется устойчивое многолетнее трезвое (безнаркотическое) поведение.

МНОГОУРОВНЕВЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фанталова Е.Б.

Многолетний опыт работы автора с различными психодиагностическими методиками и использование результатов по ним в дифференциальной психодиагностике и при оказании психологической помощи (психотерапия, психокоррекция, психопрофилактика, социальная реабилитация) показал, что необходимо четко представлять себе уровни психологического (психодиагностического) исследования, соответствующие доминирующим уровням психологичес-

кой реальности конкретного случая. Полученные по различным методикам результаты психологического исследования наводили на мысль о том, что иногда одна и та же личностная методика работает на разные уровни целостной психологической реальности человека. Совокупность одних показателей в большей мере отвечала на вопрос *«Каковы состояние и личность больного, каковы его характерологические особенности, эмоциональные реакции?»* Совокупность же других показателей в определенной степени как бы «склонялась» к ответу на вопрос *«Почему они такие?»*, обеспечивая тем самым причинно-следственное звено исследования, хотя, конечно, не исчерпывая понимания всей целостной психологической картины индивидуального случая, всей ее специфики и сложности.

В связи с этим мы сочли целесообразным выделить три различных уровня психологической реальности, которые взаимодополняюще характеризуют особенности функционирования человеческой психики, особенности целостного психологического портрета.[1] Последний может содержать в себе как внешние психологические проявления, раскрывающие темперамент, свойства нервной системы, феноменологию характера, так и глубинные мотивационно-личностные структуры, личностные смыслы, ценности.

Методологически эти три уровня соответствуют в свою очередь, трем уровням психологического (психодиагностического) исследования и оказания необходимой психологической помощи. Ответим последовательно на два вопроса:

— Каковы эти уровни?

— Почему методологически целесообразно их выделение?

Итак, ответ на первый вопрос. Это уровни «ИНДИВИД», «ЛИЧНОСТЬ», «ДУША».

Это три взаимосвязанных, но вместе с тем различных по содержанию, структуре и функциям онтологических уровня, в совокупности отражающих целостную психологическую реальность человека. Если уровень «Индивид» раскрывает феноменологию характера, темперамента, свойств нервной системы, удовлетворенность базисных потребностей человека и отвечает на вопрос «Каковы эмоциональное состояние и личность больного?», то уровень «Личность» охватывает причинно-следственные звенья в системе социальных отношений человека, вскрывает иерархию мотивов, смыслообразований, отвечая в диапазоне социального контекста на вопрос «Почему эмоциональное состояние и личность больного имеют онтологически присущие им психологические характеристики?» Самым сложным для традиционного психологического исследования и психодиагностики является уровень «Душа», поскольку именно

[1] Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. — Самара: ИД БАХРАХ-М. — С. 7–17.

на нем раскрывается уже глубинный, давно сложившийся, интериоризованный, автономный внутренний мир человека с присущей ему системой ценностей, «внутренних опор», «внутренних авторитетов».

В этой связи представляется целесообразным вспомнить, что зарождение психологии в Древности прежде всего было связано с попытками проникновения во внутренний мир человека и само слово «психология» в переводе с греческого означает «познание души» (внутреннего мира), так же, как и «психодиагностика» предполагает «распознавание души», а «психотерапия» — попечение души, целительство души.

Хотя все три уровня — «Индивид», «Личность», «Душа» — взаимодополняющие и раскрывают целостную психологическую реальность человека, нельзя не заметить, что в психологической картине отдельного случая все-таки имеет место доминирование какого-то одного из трех уровней, или, по крайней мере, диады «Индивид-Личность» или «Личность-Душа».

Отвечая на второй вопрос (почему методологически целесообразно выделение этих трех уровней, зачем они нужны в практике психологического исследования и психологической помощи?!), можно сказать, что «опора» на выделенные уровни, знание об их содержании и доминировании в каждом отдельном случае помогают лучше квалифицировать психологическую индивидуальность больного, раскрыть доминирующие потребности и ценности, наметить стратегию и тактику оптимальной психологической помощи, лучше понять внутренний запрос больного. Остановимся подробнее на каждом из уровней и раскроем психологические категории и методы, их обеспечивающие.

Уровень «ИНДИВИД». Методологически этот уровень строится на биологических принципах и врожденной, генетической предопределенности большинства присущих ему психологических свойств и качеств. Понятие «индивид» предполагает рассмотрение человека как представителя вида homo sapiens и содержит два основных признака: неделимость, целостность субъекта, с одной стороны, и наличие у него особенных, индивидуальных свойств, с другой.

Если рассматривать психологические понятия, в совокупности охватывающие и раскрывающие уровень «индивид», то к ним, прежде всего, следует отнести такие, как темперамент, характер, свойства нервной системы, способности, черты, акцентуации, психопатии, эмоциональную и аффективную регуляцию, базисные потребности. Уровень «индивида» не исключает средовых, социальных влияний на психику человека, но, согласно его онтологии, приоритетом для этого уровня выступает все же биологическая тенденция. Поэтому психологические детерминанты этого уровня такие, например, как,

темперамент, акцентуации, почти не поддаются коррекции, и их влияние на личность больного должно просто учитываться при работе с ним и выборе адекватной для него психотерапевтической техники. В перечень психологических методов, адекватных для исследования уровня «индивид», можно отнести следующие: метод наблюдения, естественный эксперимент, специальные психологические эксперименты, тесты на исследование высших психических функций в плане их динамических показателей (скорость, устойчивость, переключаемость), опросники темперамента, характера, эмоциональных состояний, типологии черт, экстра- и интроверсии, уровня невротизации и психопатизации и др.

Уровень «ЛИЧНОСТЬ». В отличие от уровня «индивид», уровень «личность» предполагает, прежде всего, социальный контекст рассмотрения. Акцент при определении личности ставится на деятельность (А.Н.Леонтьев), на систему отношений (В.Н.Мясищев) и само понятие личности рассматривается как системное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении и характеризующее его со стороны включенности в социальные отношения. В отечественной психологии понятие «личностное» тождественно понятию «общественно значимое», в зарубежной психологии понятие личности в целом приравнивается к понятию «человек». И все же, если рассматривать личность в плане психологических категорий и рабочих понятий, охватывающих названный уровень, то можно заметить, что для характеристики содержания и развития каждого из них необходимо исследовать функционирование личности в социуме, поскольку раскрывающие этот уровень понятия основываются на социальном, межличностном взаимодействии и функционировании. К числу таких понятий относятся, прежде всего, мотивы, установки, смыслы, общение, межличностные отношения, социально ориентированные потребности и ценности, жизненная стратегия, жизненный путь. Строго методологически можно заметить, что с утратой социальных отношений эти понятия постепенно теряют свое содержание, а вместе с этим и редуцируется понятие личности. В перечень психологических методов, адекватных для раскрытия уровня «Личность», можно отнести следующие: наблюдение, биографические методы диагностическое интервью, опросники мотивов, интересов, ценностей, личностных предпочтений, многофакторные личностные опросники, проективные методы, методы диагностики межличностных и семейных отношений, личностно ориентированные психологические эксперименты, психотерапевтические и диалоговые методы.

Уровень «ДУША». Данный уровень, согласно своему названию, ориентирован на раскрытие внутреннего мира человека, в основе которого лежит интериоризованная система ценностей и связан-

ных с ними эмоциональных переживаний. Душа — это глубинный, внутренний, автономный уровень психологической реальности, который далеко не всегда поддается традиционному психологическому (психодиагностическому) исследованию. Дополнительная его характеристика — «экзистенциальный уровень», поскольку этим подчеркивается уникальность внутреннего мира человека и уже не зависимый ни от чего внешнего жизненный план. Для психолога и психотерапевта бывает очень важно выйти на этот уровень общения с клиентом, поскольку именно там сосредоточены основные, ценностно-насыщенные жизненные переживания, противоречия, конфликты. Как правило, все они вовлечены в уникальную для каждого человека систему психологических защит, с одной стороны, охраняющих его внутренний мир, с другой стороны, препятствующих «выходу наружу» болезненных переживаний и актуализации проблем, что создает известные трудности в работе психотерапевта. Если понятие «душа» означает внутренний мир человека, то понятие «духовности» в его житейском значении раскрывается как «красота внутреннего мира» и, тем самым, подчеркивается особое значение идеального внутреннего плана отношений человека с действительностью и самим собой. Если уровень «личность» всегда основывается на социальном функционировании и контексте рассмотрения, то уровень «душа», напротив, минует этот контекст. Можно сказать, что и уровень «личность», и уровень «душа» раскрывают внутренний мир человека. Только разница состоит в том, что уровень «личность» (как и само это понятие), неизбежно выходит в социальный контекст отношений между людьми и функционирует в системе «Я — Другие» (по определению, вне социального контекста понятие «личность» утрачивается, редуцируется, поскольку личность как система отношений возможна только благодаря социуму). Напротив, уровень «Душа» — это уже интериоризированная, самостоятельная и замкнутая часть «Я», с присущим ей автономным внутренним миром и характерными для него ценностями, конфликтами, эмоциональной гаммой переживаний. Уровень «Личность» как бы разговаривает с «Другим» и динамически построен на взаимодействии: Я ↔ ТЫ, Я ↔ ДРУГОЙ (ДРУГИЕ).

Уровень «Душа» автономен и существует благодаря функциональным внутренним связям между частями «Я», внутри «Я». Вопрошающее «Я» как бы резонирует внутри души, во внутреннем мире и равносильно внутреннему диалогу: —Я? —Я!; Я? — Только Я. («вопрос» — «ответ» внутри Я, между отдельными частями Я).

Поскольку уровень «Душа» во многом определяется мировоззрением, мироощущением, рефлексией, то и категории, охватывающие и раскрывающие его, могут быть не только психологическими, но и философскими, например, такие, как категориально-нравствен-

ный императив, эмоциональное и рациональное в сознании, экзистенциальный конфликт и экзистенциальный выбор. Методы раскрытия этого уровня — исповедь, катарсис, диалог.

Как уже отмечалось выше, в целостной психологической реальности каждого человека присутствуют все три уровня, а описательный психологический портрет чаще всего представляет собой их «сплав». Однако, совокупность всех данных проведенного психологического исследования, так же как и внутренний запрос клиента психотерапевту, содержание и специфика предъявляемых проблем обычно указывают на уровень, доминирующий в психологической реальности конкретного случая. Нам представляется, что если психолог будет готов к распознаванию этого уровня заранее и сможет легко и быстро дифференцировать его, то и оказание психологической помощи будет в этом случае более эффективным как с точки зрения выбора психотерапевтической техники, так и последующего общения, направления содержания беседы, диалога.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ТРАКТОВКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чечельницкая С.М., Румянцев А.Г., Михеева А.А.

Заболевания опорно-двигательного аппарата традиционно занимают одно из первых мест в структуре патологии детей и подростков школьного возраста. Наиболее частыми из них являются различные формы нарушения осанки — от 65% до 72% популяции по данным различных авторов[1,2]. Острота проблемы обусловлена не столько сиюминутным состоянием школьника, имеющего не идеальный внешний вид, сколько неблагоприятным прогнозом, связанным с последствиями нарушенной осанки для всего организма в целом. В научной литературе представлены доказательства роли нарушений осанки в формировании структурных деформаций позвоночника и болевых синдромов. Нарушения осанки приводят к формированию патологических стереотипов (двигательного и статического), на их фоне развиваются функциональные суставные блокады и миофасциальный болевой синдром, изменяющие биомеханику позвоночника, что, в свою очередь, приводит к развитию

[1] Киселева М.В. Клинико-психологические аспекты реабилитации детей с нарушениями осанки : автореф. дис. канд. мед. наук. — СПб., 2004. — 24 с.

[2] Круцевич Т.Ю. Теория и методика формирования воспитания. — М. : Рыбари, 2003. — Т. 1. — 424 с.

дегенеративно-дистрофических изменений в межпозвонковом диске и связочно-суставном аппарате. Как следствие, развивается остеохондроз, устойчивый болевой синдром и, возможно, формирование грыж межпозвоночных дисков. Учеными получены доказательства того, что нарушения осанки ведут к изменению топографии органов грудной клетки, брюшной полости[1]. Доказана связь нарушений осанки с атрофическим гастритом[2].

Многочисленны и разнообразны исследования, предлагающие методы профилактики нарушений осанки и их коррекцию. Однако, как показывает медицинская статистика, распространенность данной патологии в популяции неуклонно растет. Диагностика нарушений осанки сегодня рассматривается в рамках медицинской науки — ортопедии, никакая дополнительная информация о социальной ситуации развития, в которой находится ребенок, эмоциональном статусе, влияющем на его привычную позу, не принимается в расчет. Возможно, в этом сужении и кроется основная причина неэффективности мер по профилактике и коррекции нарушений осанки.

В настоящее время достаточно широко развивается психосоматическая медицина, рассматривающая здоровье и болезнь как взаимодействие психологических, социальных и биологических факторов. В современном психосоматическом патогенезе признается многофакторность в объяснении природы заболеваний. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и в дополнение друг друга — все это имеет значение в качестве разнообразных воздействий на организм, описываемых как факторы, которые взаимодействуют между собой. В дополнение к психосоматической медицине, появились работы психологов, в которых обсуждаются вопросы психосоматического развития, социализации телесных функций, формирования телесных симптомов.

Наши исследования, проведенные на выборке более 10 000 учащихся 1—11 классов Москвы, Петропавловска-Камчатского и Вологды, показали, что социальная ситуация развития и психологические особенности вносят значительный вклад в формирование патологической осанки.

Установлена взаимосвязь нарушений осанки и состава семьи, образования матери ($r = 0,42$ и $r = 0,38$ соответственно при $p < 0,05$).

---

[1] Шалавина А.С. Особенность состояния физиологических изгибов позвоночника и показателей внешнего дыхания у детей 7–10 лет с различными типами осанки : автореф. дис. канд. биол. наук. — Казань, 1999. — 25 с.

[2] Аврамова Е.А. Роль нарушений осанки в развитии хронического атрофического гастрита : автореф. дис. канд. мед. наук. — Новосибирск, 2002. — 24 с.

Нарушения осанки достоверно чаще встречались в неполных семьях (63% $p < 0,05$). При этом мать значимо чаще имела высшее образование (78% $p < 0,05$). Не установлено связи нарушений осанки школьников с материальным положением семьи и ее жилищными условиями.

Выявлено, что, дети с нарушениями осанки по сравнению со здоровыми сверстниками достоверно чаще расценивают отношение к ним отцов как проявление враждебности и гораздо реже, как проявление позитивного интереса. Отношение матерей школьники с нарушениями осанки достоверно чаще расценивают как враждебное и непоследовательное.

Дети с нарушениями осанки имеют более высокий уровень личностной тревожности по самооценочной и межличностной шкалам. Причем исследования эмоционально-личностных особенностей школьников с нарушениями осанки подтвердили, что высокий уровень тревожности происходит из семейной ситуации, так как уровень тревожности в отношениях с учителями у них достоверно ниже, чем у здоровых сверстников. Семейная ситуация влияет на уровень агрессивности. Дети, имеющие нарушения осанки и воспитывающиеся в сложной семейной среде, обладают пониженным уровнем агрессивности и негативизма по сравнению со здоровыми сверстниками.

Общая самооценка младших школьников с нарушением осанки не отличается от таковой у здоровых сверстников, более того, они достоверно выше оценивают себя по отдельным параметрам: «Учеба», «Дружба», «Ум», «Настроение», «Уверенность». Исключение составляет шкала «Здоровье», по которой показатели ниже, но не достоверно.

В 5-м классе самооценка по шкалам «Красота» и «Уверенность» снижается до уровня здоровых детей, но повышается самооценка по шкале «Здоровье». В 6-м классе достоверно выше самооценка по шкале «Счастье», остальные шкалы сравниваются со здоровыми сверстниками. Начиная с 7 класса самооценка детей с нарушениями осанки не имеет достоверных отличий от популяционной, тем не менее, во всех возрастах сохраняется тенденция к ее завышению.

Сопоставление самооценки по шкале «Ум» и реального уровня развития вербально-логического мышления у школьников с нарушениями осанки указывает на неадекватность их более высокой самооценки. Видимо, завышаемая самооценка выступает для них компенсаторным механизмом, помогающим справиться с враждебным домашним окружением и повышенной тревожностью. В средней школе дети с нарушениями осанки демонстрируют более высокий интеллектуальный уровень, в 11 лет различия между ними и здоровыми сверстниками достигают уровня статической достовер-

ности, но в тоже время их самооценка снижается до уровня популяции. Т.е. школьники действительно начинают справляться с повышенными требованиями родителей и самооценка, выполнив свою компенсаторную функцию, становится адекватной. Из всех форм нарушения осанки только выраженный кифоз сочетается с пониженной самооценкой, и то по одной шкале — «ум».

Сглаживание физиологических изгибов позвоночника (плоская спина) у детей достоверно связано с повышенным индексом агрессивности, в частности косвенной агрессией. Наиболее фатально это сочетание проявляется при непоследовательной воспитательной позиции матери. 90,9% детей, воспринимающих материнскую воспитательную позицию как непоследовательную, имеют плоскую спину и повышенный уровень косвенной агрессивности.

Обнаруженные нами закономерности подтверждают, что психологические особенности подростка значимо отражаются на привычной для него позе, и, следовательно, могут участвовать в формировании осанки. На первичность психологических феноменов по отношению к телесным указывал в своих работах Л.С.Выготский, вынашивавший идею психологической физиологии.

На наш взгляд, рассмотрение проблем нарушения осанки с психосоматических позиций позволит обогатить практику их профилактики и коррекции и получить более выраженные и стойкие результаты.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИХ СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ЕЕ ФАКТОРАМИ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Шаробаро В.И., Иванова Т.М.

Цель исследования. Выявить связь между изменениями ценностных ориентаций (ЦО) пациентов с нестабильной стенокардией (НС) с ее клиническими особенностями, факторами риска развития ИБС.

Материалы и методы. 20 больным (из них 7-ми женщинам), госпитализированным по поводу НС, проведено тестирование по опроснику Г.Е.Леевик для определения целей жизни испытуемых и средств достижения этих целей. Средний возраст обследованных больных составил 57,2±8,1 лет. Ответы пациентов были направле-

ны на отрезок времени последних 2-3-х лет, предшествующих настоящему приступу НС. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. При анализе результатов тестирования были выбраны лица с высоко- и низкорасположенными показателями по каждой из шкал опросника, и проведен анализ клинических особенностей, триггерных факторов развития НС и факторов риска возникновения ИБС.

Пациенты с высокими величинами ЦО на труд были старше по возрасту в среднем на 13 лет, начало развития ИБС у них было позже по сравнения с лицами, имеющими низкие шкальные показатели. У больных с низкими ЦО на труд в 2 раза чаще встречалось ожирение, переедание в возрасте до 18 лет. Начало употребления алкоголя приходилось на более поздний возраст; триггерными факторами НС чаще являлись физическое перенапряжение и (или) потеря близкого человека.

Лица с низкими оценками по шкале «ЦО на общение» были более молодыми, ИБС развивалась позже; у них чаще встречались психоэмоциональные стрессы, употребление алкоголя и более благополучное семейное положение по сравнению с противоположной группой, в которой чаще была отягощена наследственность по ССЗ и возраст начала приема алкоголя оказался более ранним.

Пациенты с низкими шкальными показателями на ОПД оказались достоверно моложе с более ранним началом у них ИБС. Больные чаще предъявляли жалобы на бессонницу, у них оказалась отягощена наследственность по ССЗ. Гиподинамия и ИМ в анамнезе достоверно чаще встречались у лиц с высокими показателями по этой шкале, они же стали раньше употреблять алкоголь и привлекаться к тяжелому физическому труду. Больные с высокой ориентацией на материальные ценности оказались моложе, начало развития ИБС у них отмечалось позже, они раньше привлекались к тяжелому физическому труду в детстве и чаще отмечали напряженные психоэмоциональные отношения со сверстниками. Лица с низкими показателями по этой шкале чаще имели высшее образование. Наиболее низкие показатели по шкале «ЦО на развитие нравственных качеств» выявлены у более молодых больных. В этой группе чаще встречались избыточная масса тела, пассивное курение и переедание в детстве, ранний возраст начала употребления алкоголя и привлечения к тяжелому физическому труду.

Высокие величины ЦО на развитие деловых качеств встречались у пациентов более старшего возраста с отягощенной наследственностью по ССЗ и имеющих высшее образование; низкие — у лиц, больше подверженных физическому перенапряжению, являвшихся

в детстве пассивными курильщиками и имеющих в настоящее время более благополучное семейное положение.

Пациенты с низкими показателями на развитие волевых качеств раньше начали страдать ИБС, чаще переносили ранее ИМ, подвергались хроническому психоэмоциональному стрессу и имели проблемы на работе, но имели более благополучное семейное положение. Лица с высокими шкальными показателями чаще являлись активными курильщиками и раньше начали подвергаться тяжелому физическому напряжению в детстве.

Лица, имевшие напряженные отношения со сверстниками в детстве, симптомы ИБС в более раннем возрасте, активные курильщики, подверженные постоянному психоэмоциональному стрессу, недавно потерявшие близкого человека имели более высокие оценки ЦО на развитие моральных качеств. Противоположную группу составили пациенты с высшим образованием, ведущие малоподвижный образ жизни.

Выводы. Имеются клинические особенности течения ИБС, в частности, НС у пациентов с различными личностными особенностями.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Островская И.Г., Вавилова Т.П.

Раскрытие сущности и соотношения здоровья и болезни, физиологического и патологического являются главными задачами теоретической медицины, а их решение — одна из основ медицины. Представления о здоровье и болезни базируются на достижениях естественных и общественных наук, научно-технического прогресса и углублении понимания сущности и существования человека[1]. На современном этапе развития медицины все более актуальной становится не только проблема «выживания» больного, но и оценка успешности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий[2].

Существует некоторая аналогия с определением здоровья, когда качество жизни понимается как гармония внутри человека и между человеком и миром, к которому стремится больной, врач и общество.

Возьмём, к примеру, такое заболевание как терминальная стадия хронической почечной недостаточности (тХПН), при которой эта патология сопровождается ухудшением качества жизни больных по многим параметрам. Проводимая заместительная терапия тХПН с использованием аппарата «искусственная почка» (гемодиализ) сопряжена с ограничением личной свободы, формированием зависимости, которая при длительном течении заболевания может

---

[1] Найдыш В.М. Концепция современного естествознания: учебник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Альфа-М; ИНФРА-М, 2006. — С. 456.

[2] Grzegorzewbka A., Chmurak A. Some factors affecting longevity and quality of life in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) // Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej. — 1997. — С. 360.

стать стабильной личностной характеристикой больных[1]. Тяжелая, несущая в себе реальную угрозу жизни человека болезнь является ситуацией, которая влияет на качество жизни как в силу физических последствий, с одной стороны, так и с другой — психотравмирующих влияний. Необходимость адаптации к новым, вызванным болезнью и лечением условиям жизни актуализирует различные способы совладания со стрессом.

Снижение качества жизни в условиях ХПН независимо от возраста связано преимущественно с ограничивающим влиянием болезни и лечения на реализацию значимых потребностей, в том числе социальных. Велико значение проблемы качества жизни в ситуации развития хронического заболевания, сопряженного с соматогенной витальной угрозой. Поиск новых путей совершенствования помощи таким больным обуславливает необходимость интегративных, всесторонних исследований с привлечением специалистов различных профилей, изучением не только соматических, но и психологических аспектов проблемы. Болезнь, по характеристике К.Маркса, — «это стеснённая в своей свободе жизнь», это ограниченная приспособляемость человека к социальным и природным условиям[2]. Мы можем иметь в виду и то, что здоровье означает некоторую норму, тогда как болезнь — отклонение от нормы, нарушение должного порядка явлений. Медицина как знание, позволяющее различать здоровье и болезнь, в силу этого является дисциплиной, не только объективно задающей эту норму, но и отклонения от нее[3].

Успешность психической адаптации больных к болезни и лечению в известной мере отражает субъективная удовлетворенность жизнью. Нельзя говорить об успешной психической адаптации, если имеется субъективная удовлетворенность жизнью, т.е. достаточно высок уровень качества жизни, но в то же время нарушен комплайенс, что в условиях заместительной терапии при ХПН обусловливает реальную угрозу жизни больного. Это расхождение может быть связано с функционированием психологических защитных механизмов личности, снижающих психическую напряженность, но одновременно препятствующих адекватному поведению в решении проблемы. Показано, что в условиях лечения ХПН действие неосозна-

---

[1] Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук: учебник для аспирантов и соискателей учёной степени кандидата наук / под общ. ред. д-ра филос. наук, проф. В.В. Миронова. — М.: Гардарики, 2006. — С. 90.

[2] Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т.1. — С. 64.

[3] Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук: учебник для аспирантов и соискателей учёной степени кандидата наук / под общ. ред. д-ра филос. наук, проф. В.В. Миронова. — М.: Гардарики, 2006. С. 360.

ваемых механизмов психологической защиты может обусловить расхождение экспертной оценки и самооценки качества жизни.

Несмотря на постепенную психическую адаптацию больных к заместительной терапии, длительность заболевания отрицательно сказывается на большинстве показателей качества жизни как связанных с физическим состоянием, так и с социальным функционированием. В то же время, такие показатели качества жизни, как оценка психического здоровья в целом и ограничивающее влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности, напрямую от длительности процедуры гемодиализа не зависят. Существенное влияние на снижение качества жизни у больных на заместительной почечной терапии оказывает уремическая интоксикация и анемия. Возникновение нарушения водно-солевого обмена, характеризующееся гиперкалиемией, гиперкальциемией и гиперфосфатемией, снижает уровень качества жизни по всем параметрам, особенно общую оценку здоровья, витальность и физическое функционирование, эмоциональный компонент качества жизни[1].

В процессе лечебно-реабилитационных мероприятий у этих больных отмечено увеличение числа конструктивных механизмов в поведенческой и эмоциональной сферах за счет возрастания частоты использования «альтруизма» (поведенческая сфера) и «оптимизма» (эмоциональная сфера). Одновременно снижается частота использования неконструктивных антистрессорных механизмов. Положительная динамика способов совладания со стрессом особенно отчетливо прослеживается в поведенческой и эмоциональной сферах. От того, насколько эффективны используемые пациентом варианты преодоления стресса, зависят перспектива психической адаптации к болезни и лечению, успешность реабилитации и качество жизни больного[2]. Для более углубленного, детального анализа успешности лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с ХПН удобно выделять три компонента качества жизни, а именно физическую, психологическую и социальную составляющие. Под социальной составляющей подразумевается удовлетворенность уровнем социальной активности и микросоциальной поддержки (наличие семьи). Физическая составляющая включает в себя удовлетворенность больных физической активностью и способность к работе.

Дифференцированная оценка качества жизни больного помогает определить наиболее нарушенные потребности, что может яв-

---

[1] Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология. — 1999. — С. 91.

[2] Grzegorzewbka A., Chmurak A. Some factors affecting longevity and quality of life in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) // Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej. — 1997. — С. 365.

ляться основой для индивидуального подхода при выборе лечения и психосоциальной реабилитации.

Таким образом, понятия «здоровье» и «болезнь», обретают научное содержание благодаря проникновению в медицину методов естественных и общественных наук, углублению научного понимания сущности самого человека[1]. Проблемы здоровья и болезни могут быть адекватно решены на основе анализа диалектики биологического и социального в обществе и человеке, социальных стандартов образа жизни. Целесообразно учитывать личностно-психологические факторы при выборе метода лечения любого заболевания, индивидуализации терапии, т.к. от этого в значительной степени будет зависеть как качество жизни больных, так и успешность лечения.

ВЛИЯНИЕ ВОСПРИЯТИЯ СОСТОЯНИЯ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТАМИ НА ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Веденева Е.Н., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 193 человек в возрасте от 21 до 50 лет, средний возраст 37,2±7,6 лет. Среди пациентов было 79 мужчин и 114 женщин. Все пациенты обращались в клинику в связи с наличием эстетических дефектов полости рта. Наряду с клинической картиной оценивались социальные особенности пациентов и их качество жизни по результатам самозаполнения специальных опросников. Один из вопросов социальной анкеты был сформулирован как «Считаете ли Вы себя практически здоровым?» с модальностями ответа «да» и «нет». Для оценки качества жизни использовали ранее валидизированную русскоязычную версию опросника OHIP-14, содержащую 14 вопросов относительно проблем с повседневной жизнью, работой, возможностью общаться в аспекте отношения пациентов к состоянию полости рта.

Результаты. В ходе анкетирования мы предлагали пациентам самостоятельно оценить состояние собственного здоровья — есть или нет проблем с ним. Выяснилось, что это — третий социальный фактор, взаимосвязанный с качеством жизни лиц, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением. Лица, считающие себя практически здоровыми, имели в 1,2 раза более высокий уровень

[1] Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук: учебник для аспирантов и соискателей учёной степени кандидата наук / под общ. ред. д-ра филос. наук, проф. В.В. Миронова. — М.: Гардарики, 2006. — С. 364.

качества жизни, чем те, кто себя не считал себя здоровыми. Следует отметить, что у большинства пациентов, считающих себя здоровыми, при детальном опросе выявлялись те или иные заболевания, обычно носившие хронический характер, чаще всего — аллергия. Однако данные лица не рассматривали это как проблему, существенно влияющую на их общее состояние. При этом часть пациентов, считающих себя практически здоровыми, в течение прошедшего года получали лечение по поводу своего заболевания. Однако отсутствие обострений они рассматривали как своеобразное состояние здоровья. Также заметим, что в литературе, посвященной вопросам качества жизни, нам не удалось найти работы, посвященные взаимосвязи качества жизни пациентов с их восприятием собственного состояния здоровья.

Нас заинтересовало, за счет ответов на какие вопросы происходит изменение качества жизни, измеренное как сумма баллов по опроснику OHIP-14. Выяснилось, что лица, считающие себя здоровыми, имеют наилучшее качество жизни по всем доменам опросника, по сравнению с лицами, считающими, что у них есть проблемы со здоровьем (таблица 1). Считающие себя здоровыми, меньше акцентиру-

Таблица 1

Различия в качестве жизни при ответах на отдельные вопросы опросника OHIP-14 лиц с разным восприятием собственного состояния здоровья

Номер вопроса	Считаете ли Вы себя практически здоровым?	
	Да	Нет
1	3,2±0,7	3,2±0,8*
2	2,9±0,8	2,6±1,0*
3	3,4±0,7	3,9±0,7*
4	3,0±0,8	3,7±0,9*
5	2,9±0,8	3,6±0,9*
6	2,5±0,8	3,2±0,9*
7	2,3±0,8	2,8±0,9*
8	2,5±0,9	3,1±1,0*
9	2,0±0,9	2,7±1,0*
10	2,1±0,8	2,5±0,9*
11	2,1±0,9	2,4±0,9*
12	2,1±0,9	2,5±0,9*
13	1,9±0,9	2,4±0,9*
14	1,8±0,8	2,2±1,0*

* $p<0,05$ — отличия от лиц, считающих себя здоровыми

ют свое внимание на эстетических стоматологических дефектах и в меньшей степени считают, что подобные дефекты мешают им принимать пищу, общаться, полноценно жить. Таким образом, можно предположить, что найденные отличия обусловлены как психологической составляющей, так и социальным влиянием. Также нельзя исключить влияния семейно-бытовых факторов. По-видимому, лица, считающие себя практически здоровыми, более оптимистично воспринимают жизнь, меньше уделяют внимание собственным проблемам, что приводит к их более высокому качеству жизни.

Таким образом, восприятие собственного состояния здоровья является существенным фактором, взаимосвязанным с качеством жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением. Качество жизни лиц, не считающих себя здоровыми, в 1,2 раз хуже, чем у лиц, которые думают, что они практически здоровы. Нельзя исключить, что данный результат связан как с влиянием социума, так и с психологическими особенностями пациентов.

ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ МЕТОДОЛОГИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В СПОРТЕ

Перхуров А.М., Поляев Б.А.

За последние несколько лет, спортивное движение в нашей стране переживает подлинный Ренессанс, начиная от отношения со стороны государственных органов и общественных структур, и заканчивая повышением интереса разных слоев населения к участию в спортивно-массовом движении. Во многих регионах страны появляются новые спортивные объекты для занятий массовыми видами спорта, культивируются новые виды программ физического совершенствования в области фитнеса, полным ходом идет подготовка г. Сочи к приему участников XIV Зимней Олимпиады. Перестройка в области спорта, однако, завершена не во всех направлениях, отстает сфера организации. Происходит расслоение на спорт государственной поддержки, коммерческий спорт и народный. Они во многом разнятся, однако на каком уровне, в каком возрасте, каким бы видом спорта человек ни занимался, в итоге каждый готов получить как результат: достижение реального спортивного рекорда, повышение уровня здоровья, обновление и поддержку мотивов жизнедеятельности, активизацию личностного потенциала.

Достижение успеха в занятиях спортом во многом зависит от качества медицинского обеспечения тренировочного процесса: об-

служивание соревнований, прохождение диспансеризации в условиях специализированного ЛПУ (врачебно-физкультурного диспансера), своевременное лечение заболеваний и перенапряжений, реабилитация после перенесенных травм опорно-двигательного аппарата, врачебно-педагогический контроль на занятиях, на учебно-тренировочных сборах, на соревнованиях, наконец, консультация спортивного психолога и др. По ряду этих разделов спортивная медицина переживает период обновления основных положений, теоретических концепций, инструкций и рекомендаций. Спортивная медицина ищет новые пути в междисциплинарных взаимоотношениях с педагогикой и психологией. Это крайне важно для прогресса самой медицины спорта.

В ряде видов спорта уровень результатов настолько вырос, что приблизился к пределу возможностей развития физических качеств человека. Так, например, истончен резерв приспособительных механизмов в тяжелой атлетике со стороны костной системы. Атлеты белой расы уже давно не показывают феноменальных результатов в скорости (спринте). Повысить рекордное достижение помогают: улучшение технической и психологической подготовки спортсменов, развитие координационных возможностей, оптимизация сочетания нагрузок и восстановления.

Однако в любом виде спорта надежным базисом развития качеств организма, направленных на максимальную мобилизацию и развитие всех способностей организма и личности для достижения лучшего спортивного результата, является хорошая функциональная подготовка. Это направление развивает теория антропомаксималистики в спорте. Нередко во время выступления в соревновании атлетов подводит именно недостаточный уровень функциональной подготовленности, в первую очередь, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, костно-мышечного аппарата.

Функциональная подготовка спортсменов — сложный, многосторонний и динамичный процесс. Искусство тренера проявляется в умелом сочетании нагрузок и отдыха, строгой индивидуализации применения средств общей и специальной физической подготовки. Врачи, курирующие контингент спортсменов, расценивают функциональное состояние организма как аналог (синоним) состояния их здоровья. Не говоря уже о заболевании, наличие низкого функционального уровня, которое встречается при состояниях растренировки спортсмена в годовом тренировочном цикле, или перенапряжения (как последствия перетренировки), оказывается несовместимым с успешной спортивной деятельностью.

По разным разделам функциональной диагностики спортивная медицина долгие годы оставалась без концепции, обосновывающей принципы управления функциональной подготовкой спортсменов.

Положение стало выправляться с разработкой основ донозологической функциональной диагностики, и к настоящему времени концепция обрела свою контурную форму (А.М.Перхуров, Б.А.Поляев, 2006—2009 гг.). К примеру, в космической медицине и массово-оздоровительной физкультуре вопросы ранней диагностики были решены ещё в 80—90-х гг. XX века (Р.М.Баевский и др.). Понятие «донозологии» как предболезни имеет в медицине весьма давнюю историю, начиная с Аристотеля и Авиценны, других медиков прошлого. Четкое понятие «донозологический диагноз» было дано лишь в 1978 г. (в БМЭ) Р.М.Баевским и В.П.Казнечеевым.

В донозологических состояниях здорового человека принято различать патогенетический и саногенетический аспекты развития. В первом случае речь идет о предболезни, когда клинические проявления не достигают уровня четких форм патологии. В спорте к таким состояниям относят случаи растренировки (детренированности) или перенапряжения органов и систем, проявляющихся на почве перенапряжения. Эти состояния хорошо описаны, изучены механизмы их возникновения, отработаны принципы реабилитации и восстановления.

Саногенетический аспект предусматривает поступательный прирост резерва функционирования организма, приводящий к хорошему функциональному состоянию (ФС).

Качество «хорошее функциональное состояние» у спортсменов определено по физиологическим критериям экономичности функционирования, автоматизма её регулирования, высокому уровню реакций метаболического ряда, высокой работоспособности на базе повышенного энергетического потенциала, быстрому восстановлению после физического напряжения.

Однако когда речь идет о функциональном прогрессировании спортсменов, ощущается нехватка системной концепции развития. Между состоянием здоровья и болезни различают, так называемое «третье состояние» человека, в границах от «ещё не болезнь, но уже не здоровье», до «здоровье есть, но оно нестабильно, несовершенно». Среди населения около 70% находятся именно в ситуации «не здоровье — не болезнь». В спортивной медицине это представляет актуальную методологическую проблему. Речь идет о ФС, которое врачи описывают как «среднее» («удовлетворительно»). На самом деле, у тренирующихся спортсменов в этих случаях мы встречаем проявление качества несовершенства, в первую очередь касательно функции механизмов регулирования.

В понятии «норма» у спортсменов следует различать два уровня:

1) состояние нестабильной устойчивости, без наличия функционального резерва организма — низший уровень;

2) состояние с высокоорганизованными механизмами регулирования, сниженным уровнем функционирования в состоянии покоя, экономным — при нагрузках умеренной мощности и высокоактивными проявлениями в момент предельных нагрузок, быстрым восстановлением — высокий уровень.

Разница между ними — в степени совершенства функционального состояния органов, систем и целостного организма. Уровень несовершенного ФС сопровождает спортсменов низших разрядов, либо недостаточно одаренных детей в двигательных качествах, временные периоды после годичного цикла или после длительного заболевания (травмы). Основная причина — в несоответствии предлагаемых тренировочных нагрузок возможностям организма, его звену регулирования состояния функции и структуры. Состояние несовершенного функционирования у спортсменов, по нашему мнению, ближе к донозологическому состоянию «предболезни», чем к «норме», под которым врачи понимают средние величины параметров функции.

Наибольшее социальное значение имеют процессы наращивания функциональных возможностей организма, которые приходят в рамках адекватных тренировочных и соревновательных нагрузок индивидуальным возможностям спортсмена, достигая пика развития гармонии функции и структуры, оказывая глубокое воздействие на состояние мотивационной сферы и направленности личности.

На рис. 1 представлена схема донозологической диагностики функциональной подготовленности квалифицированных спортсменов на этапах подготовки.

Целью разбора материала является анализ различных уровней и процессов, связанных с тренированностью спортсменов: высокого (совершенного), среднего (несовершенного) и низкого (предпатологического) механизмов их взаимодействия и взаимопереходов, характеристика возможных путей коррекции и восстановления.

На схеме представлены четыре аспекта функциональной подготовленности:

1) адаптация, как совершенствование функции;

2) дезадаптация (растренировка, перенапряжение);

3) оценка уровней ФС организма, ранжированных по 5-балльной шкале;

4) взаимосвязь уровней ФС с тренировочным процессом и средствами восстановления.

Таким образом, системный подход к описанию в рамках донозологической диагностики механизмов функционирования позволил констатировать четкую взаимосвязь на основе понятия о состоянии совершенства вариантов патогенетического и саногенетического развития.

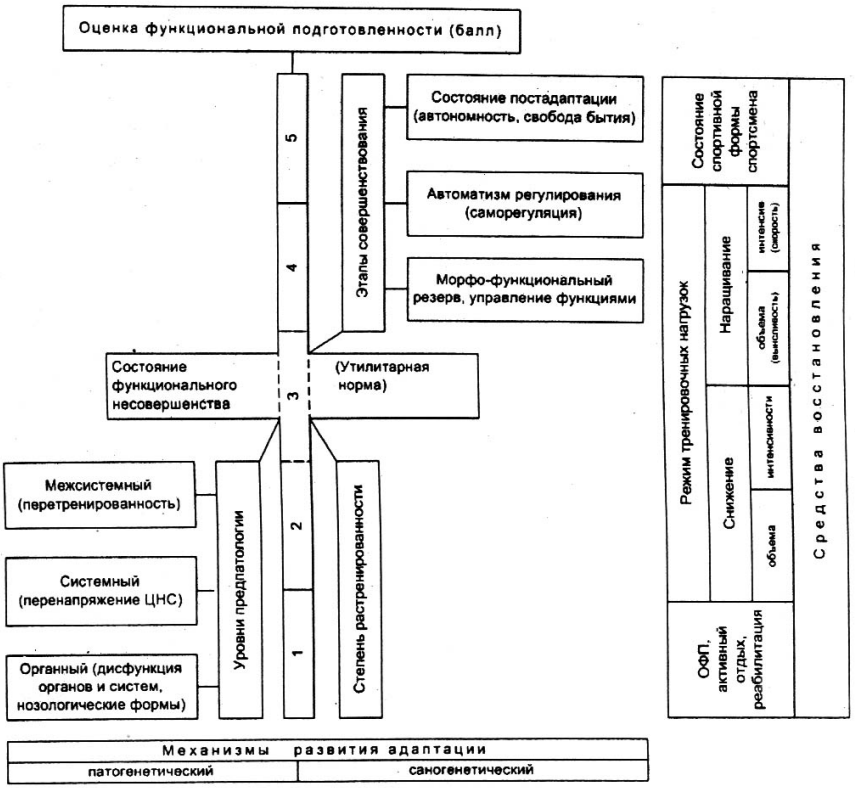


Рис. 1. Схема системного анализа функциональной подготовленности спортсменов в динамике тренировочного процесса

Изучение процесса совершенствования должно, конечно, охватывать все стороны организма и личности спортсмена. Для этого, одного медицинского или физиологического подхода недостаточно, какими бы широкими они не были.

Высокая актуальность вопроса о совершенствовании человека в области физической культуры имеет глубоко философское обоснование, в первую очередь — через законы диалектики (проблему перехода количественных накоплений в качественные, структура — функция, норма — патология, здоровье — болезнь, высшее — низшее, внутреннее — внешнее, соматическое — духовное, общее — индивидуальное и многое другое). В спортивной медицине имеется известное расхождение в уровнях практического наблюдения и теоретической трактовки его результатов, которое без использования знаний более высокого уровня (психология, философия) плохо под-

даются разрешению. Это выдвигает задачу подготовки врачей и тренерского состава по философским вопросам методологии тренировочного процесса на одно из главных направлений.

Развитие философского аспекта донозологических состояний у спортсменов может стать целой отраслью исследований для молодых ученых-медиков.

ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рождественская Т.В.

Несмотря на значительный прогресс в медицинской науке и новейшие лечебно-диагностические технологии, человечество вошло в XXI век со всем грузом накопленных ранее болезней, в том числе «болезней цивилизации», являющихся результатом прогрессирующей урбанизации, экологических негативных последствий промышленной деятельности человека, постоянных стрессовых ситуаций в обществе. Одно из первых мест в ряду этих болезней занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, приводящие в большом проценте случаев к инвалидизации и смерти. Процесс инвалидизации населения захватывает в той или иной мере различные страны. По данным ООН 1/4 населения Земли страдает хроническими заболеваниями, а каждый 10 человек является инвалидом. Демографические проблемы «стареющего» населения планеты будут продолжать увеличение численности инвалидов.

Около 10,8 млн. жителей России в настоящее время являются инвалидами. Уровень заболеваемости, смертности, инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний значительно превосходит аналогичные показатели развитых стран. До 90-х гг. XX века меры социальной политики в отношении инвалидов в нашей стране носили в основном компенсационный характер (предоставление различных льгот, денежных выплат, медицинских и других услуг). Стремление России войти в мировое сообщество в качестве открытого демократического государства требует осуществления одного из приоритетных направлений государственной политики — соблюдения прав и свобод граждан, обеспечение равных возможностей всех членов общества[1]. Особое внимание социальной политики должно быть направлено на обеспечение достойной жизни инвалидов.

[1] Белозерова Е.В. Стратегия занятости инвалидов в современном российском обществе : дис. канд. социол. наук. — Саратов, 2005. — С. 29.

Современные социальные представления базируются на основных аспектах инвалидности: клиническом и социальном. Клинический (или медицинский) аспект сконцентрирован на наличии патологии с выраженными функциональными нарушениями тех или иных систем органов, приводящими к ограничению жизнеспособности индивида, а также к изменению или нарушению его мнестических способностей. Социальный аспект проявляется в признании вынужденной изоляции человека, его социальной депривации, отсутствии занятости, проблем с физической мобильностью и другими ограничениями. Следствием проявлений обоих аспектов и их общим моментом является нарушение социального функционирования и, соответственно, значительное снижение качества жизни инвалида.

Понятие «качество жизни» появилось в 70-е годы XX века и представляет собой интегративный показатель, отражающий степень удовлетворения индивида жизнью в целом и ее отдельными сферами, основанный на его субъективном восприятии. Качество жизни включает в себя социальную, физическую, психологическую, эмоциональную составляющие и активно исследуется в различных дисциплинах — социологии, психологии, экономике, медицине. В последние десятилетия в медицине утвердился термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия». Критерии нарушения здоровья и социальные последствия болезни определяются Концепцией инвалидности в соответствии с Международной классификацией ВОЗ.

Современная российская концепция инвалидности не включает исследование качества жизни при ее установлении, хотя именно «качество жизни, связанное со здоровьем, являясь ключевым понятием современной гуманистической медицины, позволяет дать глубокий обобщенный анализ физических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека»[1].

В настоящее время эффективность лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий оценивают на основании целого комплекса показателей (летальность, продолжительность пребывания в стационаре, наличие осложнений, степени выраженности функциональных расстройств, регистрируемых при лабораторных и инструментальных исследованиях и т.д.). Психологические и социальные проблемы, привносимые в жизнь пациента болезнью, остаются по-прежнему за рамками врачебных интересов.

---

[1] Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. — СПб.: Питер, 1999.

Показатели качества жизни (КЖ), так же как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг проводимого лечения и его коррекцию в случае необходимости. Большинство методик, созданных для изучения качества жизни, включает исследование физического и психического состояния, социальных ограничений, ролевое функционирование и субъективное восприятие состояния больного. Исследование влияния заболевания на качество жизни пациента основано на изучении самостоятельной оценки больным ограничений, возникших вследствие той или иной патологии.

Цель данного исследования — изучение КЖ как критерия эффективности медико-социальной реабилитации и вторичной профилактики инвалидов вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В исследование были включены 80 инвалидов трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца (перенесенными инфарктами миокарда) в сочетании с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью, проходивших обследование и лечение в условиях кардиологического стационара и поликлиники Военно-медицинского института и областной поликлиники г. Саратова. Диагноз сердечно-сосудистой патологии был верифицирован при комплексном клинико-инструментальном обследовании больных.

Для оценки КЖ был использован Миннесотский опросник «Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью». Для оценки психологического статуса пациентов и степени достоверности результатов их тестирования применялся стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). Результаты исследования обработаны на персональном компьютере IBM PC — Pentium с использованием стандартных статистических программ. Существенность статистических зависимостей вычислялась с достоверностью 95% ($p < 0,05$).

Проведенный анализ выявил существенную зависимость показателя КЖ от тяжести артериальной гипертензии, стенокардии, нарушений сердечного ритма, хронической сердечной недостаточности ($p < 0,01$).

Анализ показателей качества жизни выявил значительную зависимость физической составляющей КЖ от степени сердечно-сосудистой патологии. На социальную и психологическую составляющие эти факторы оказывали менее заметное влияние.

Величина показателя КЖ, определяемая на основании оценок самого больного, то есть являющаяся, казалось бы, сугубо субъективным показателем, на самом деле коррелирует с рядом объектив-

ных величин и характеристик, выявляемых в ходе специального обследования сердечно-сосудистой системы пациента.[1]

Таким образом, КЖ можно рассматривать как надежный показатель состояния больных — инвалидов вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, который может быть использован для повышения степени объективности оценки клинического прогноза, эффективности медико-социальной реабилитации и вторичной профилактики при проведении медико-социальной экспертизы больных при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОБЩЕГО И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОПРОСНИКОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Фабрикант Е.Г., Гуревич К.Г.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования был произведен отбор пациентов из общего количества 439 обратившихся и нуждающихся в специализированной стоматологической помощи, из которых 154 мужчин и 285 женщин, проживающих в городе Москве и Московской области. Средний возраст отобранных 200 пациентов, составил 41,7±7,4 лет. До начала лечения всем пациентам, принимавшим участие в проведении научного исследования, была проведена информационная подготовка и получение информированного согласия на участие в данном исследовании. Регистрировали клинические и социальные данные о пациентах. Проводили ортопедическое лечение: несъемное — 20,5% случаев, съемное — 22,5%, комбинированное — 34,0%, с применением имплантатов — 23,0%.

Качество жизни определяли до начала лечения и через 6 месяцев после него. Общее качество жизни определяли с помощью опросника ВОЗ, состоящего из 100 вопросов (WHOQoL-100). Для изучения качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, использовалась 14-вопросная анкета, профиль влияния стоматологического здоровья (OHIP-14).

Результаты.

Лечение частичного отсутствия зубов проводилось в следующем объеме:

---

[1] Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения : дис. ... д-ра мед. наук. — Саратов, 2007. — 275 с.

Объем оказанной ортопедической помощи определялся не только клиническими показаниями, но и социальными особенностями пациентов. Сравнение общего качества жизни показало, что процесс лечения достоверно увеличивает качество жизни, измеренное по всем доменам WHOQoL-100, при этом наиболее существенное изменение происходило по психологической компоненте, социальному и физическому функционированию (табл. 1). Хотя различия по общему уровню качества жизни до и после лечения статистически достоверны, они имеют незначительное клиническое значение, т.к. максимальное отличие наблюдается всего в 1,2 раза.

В отличие от опросника WHOQoL-100, изменения качества жизни по OHIP-14 были более выражены (табл. 2). При этом об улучшении качества жизни в результате лечения свидетельствует убывание баллов, т.к. специализированный стоматологический опросник содержит негативно сформулированные вопросы. По результатам анализа динамики выраженности различных затруднений и неудобств, связанных с отсутствием зубов до лечения и пользованием протезов в полости рта после протезирования, численные значения по всем 14-ти пунктам OHIP-14 значительно уменьшились.

Таким образом, в отличие от общего опросника качества жизни WHOQoL-100, специализированный стоматологический опросник качества жизни OHIP-14, оказался чувствителен не только к возрастно-половым характеристикам пациентов, но и к методу проведенного ортопедического лечения. По данным OHIP-14 в наибольшей степени (в 2,55 раза) улучшилось качество жизни пациентов, ортопедическое лечение которым проводилось комбинированными ортопедическими конструкциями. Наилучшая динамика изменения качества жизни прослеживалась у женщин, особенно в возрасте от 41 до 50 лет. В наименьшей степени (в 1,73 раза) улучшилось качество жизни пациентов со съемными ортопедическими конструкци-

Таблица 1

Общее качество жизни до и после ортопедического лечения

Информационные домены опросника	Сроки проведения анкетирования	
	До лечения	После лечения
I. Физическое функционирование (ФЗ)	13,61±1,95	13,83±1,89***
II. Психологическое состояние (ПС)	11,64±1,07	12,12±0,95***
III. Уровень независимости (УН)	14,26±2,06	14,32±1,97*
IV. Социальные взаимоотношения (СВ)	13,40±2,45	13,62±2,35***
V. Окружающая среда (ОС)	12,44±1,74	12,56±1,69**
VI. Духовная сфера (ДС)	15,30±3,71	15,30±3,71
Общее качество жизни (ОКЖ)(n = 200)	12,72±3,14	14,97±2,55***

Примечание: достоверно при *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Таблица 2

Качество жизни по специализированному опроснику до и после ортопедического лечения

Номера вопросов	Общая выборка пациентов	
	до лечения	после проведенного лечения
1	2,14±1,46	1,28±0,45*
2	1,53±0,95	1,37±0,77*
3	2,66±0,81	1,19±0,39*
4	3,97±1,02	1,28±0,44*
5	3,99±0,88	1,34±0,50*
6	3,64±1,06	1,27±0,47*
7	2,21±1,29	1,08±0,27*
8	2,15±1,21	1,06±0,23*
9	2,32±1,23	1,12±0,31*
10	3,53±1,23	1,20±0,40*
11	2,72±1,12	1,25±0,43*
12	2,65±1,32	1,21±0,51*
13	2,35±1,30	1,21±0,57*
14	1,78±1,04	1,15±0,46*

Примечание:* — различия до/после лечения достоверны $p<0,05$

ями. У них была выявлена слабая динамика к увеличению уровня качества жизни, особенно, у мужчин в возрасте от 30 до 40 лет. До и после лечения наилучший уровень качества жизни отмечался у пациентов, которым было оказано ортопедическое лечение с применением дентальных имплантатов. Качество жизни этих пациентов улучшилось в 2,32 раза. Изменение уровня качества жизни после проведенного ортопедического лечения пациентов с дентальными имплантатами было наибольшим у мужчин, особенно, в возрасте от 30 до 40 лет. Уровень качества жизни пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями увеличился в 2,36 раза, особенно у женщин в возрасте от 30 до 40 лет.

Анализируя динамику изменения уровня качества жизни по данным OHIP-14 среди исследованных групп пациентов, следует отметить, что наиболее активная тенденция увеличения уровня качества жизни была у женщин в возрасте от 41 до 50 лет (в 2,43 раза), особенно среди тех, лечение которым проводилось комбинированными ортопедическими конструкциями. Наименьшая динамика (в 2,12 раза) улучшения качества жизни выявлена у мужчин в возрасте от 41 до 50 лет, особенно у тех, которым было оказано ортопедическое лечение съемными протезами.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ИСТОЧНИК УСПЕШНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Аюрзанайн Б.А., Балакшин В.С.

Данное понятие встречается в древнеиндийских Ведах и трактатах тибетской медицины «Джуд-ши». Античная философия представлена трактатом Гиппократа «О здоровом образе жизни». Юноши воспитывались как воины, владеющие мечом, стрелки из лука, всадники, обязательный элемент подготовки — гимнастика.

Философская мысль России конца XIX и начала XX веков в основу понятия здорового образа жизни (ЗОЖ) вкладывала идею роста духовного потенциала и нравственной культуры личности. Непременным условием оздоровления общества считали освобождение человеческого духа из плена рабства, вражды и разъединённости (Н.А.Бердяев), подчинение своего поведения идее Добра (В.С.Соловьёв), осмысленное существование, деятельная нравственность (Л.Н.Толстой).

В философско-социальном контексте ЗОЖ характеризуется как внутренняя активность человека, способствующая совершенствованию духа, а также интегративный показатель культуры и социальной политики общества.

Формирование здорового образа жизни связано со следующими факторами:

- социально-профессиональным, означающим социальный заказ государства, общества, и работодателя по разным специальностям;
- образовательно-профессиональным, рассматривающим ЗОЖ как один из приоритетных направлений образовательной деятельности;
- личностно-профессиональным, отражающим потребности личности в здоровом образе жизни как источнике успешного профессионального развития и становления личности.

В данной работе предлагается модель личности, ключевым понятием которой является потенциал. Согласно этой модели любой человек обладает энергетической характеристикой — личностным потенциалом — $\varphi_Л$, представляющим собою его потенциальную энергию. Структурно он может состоять из 3 или 4 компонентов, именно — природного (φ_0), научного ($\varphi_Н$), технологического ($\varphi_Т$) и гуманитарного ($\varphi_Г$).

Функциональность модели выражается через градиент, связывающий энергетическую характеристику человека с силовой:

$$\frac{\Delta\varphi_л}{\Delta x} = grad\varphi_л = E = \frac{F}{q_0}.$$

Смысл этого соотношения состоит в том, что любое повышение личностного потенциала связано с приложением волевых усилий самого индивида. Кроме того, оно определяет причинно-следственную связь процесса становления личности, а также указывает вектор (направленность) человеческой деятельности. На процесс становления личности определяющее влияние оказывают также интеллектуальный, нравственный, культурный потенциалы родителей, преподавателей школы и высшего учебного заведения, в которых учатся и воспитываются молодые люди. Большое значение имеют пример педагогов и те развивающие методики, которые при этом используются.

Детские впечатления становятся частью Я-концепции. В «Братьях Карамазовых» Достоевский говорит об этом так: «...ничего нет выше и сильнее, и здоровее, и полезнее впредь для жизни, как хорошее какое-нибудь воспоминание, и особенно вынесенное еще из детства, из родительского дома. Вот какое-нибудь такое прекрасное, святое воспоминание, сохраненное с детства, может быть, самое лучшее воспитание и есть. Если много набрать таких воспоминаний с собою в жизнь, то спасен человек на всю жизнь. И даже если и одно только хорошее воспоминание при нас останется в нашем сердце, то и то может послужить когда-нибудь нам во спасение»[1].

Велика роль учителя. Учитель может сделать многое, если он является одновременно требовательным, доброжелательным и чутким, имеет высокий уровень интеллектуального развития, а также широкий круг интересов и умений, живой и активный характер; обладает чувством юмора (но без склонности к сарказму); имеет творческое, возможно, нетрадиционное личное мировоззрение; обладает хорошим здоровьем и жизнестойкостью.

Чтобы познать человека нужно обратиться к обществу, которое его сформировало и продуктом которого он является.

---

[1] Достоевский Ф.М. Собр. соч. в 10-ти т. — Т. 9. — М. : Художественная литература, 1958. — С. 335–336.

Использование 3-х кольцевой модели американского психолога Дж. Рензулли раскрывает механизм и суть процесса профессионально-культурного становления личности, носящего несимметричный характер[1].

Процесс профессионально-культурного развития личности, как переход количества накопленного личностного потенциала в качество профессиональной культуры протекает в несколько этапов, соответствующих разным профилям и специальностям развивающейся личности. В идеальном варианте (максимальная величина $\varphi_Л$ — личностного потенциала, равномерный рост его компонентов, мощнейшая концентрация силы воли и всех сил другой природы) личность должна развиваться гармонично, симметрично (или однородно) и равномерно. Умение идти к цели, преодолевая препятствия, быть лидером, привлекающим людей к сотрудничеству в духе гармонии, помогает сохранять оптимизм и веру в конечный успех.

В реальной жизни развитие личностей происходит неравномерно и специалистов гуманитарного направления больше, чем научно-технического, таким образом, этот процесс является асимметричным, а при поляризации одного из компонентов $\varphi_Л$ эта асимметрия усиливается и процесс становится анизотропным в направлении превалирующей составляющей личностного потенциала.

Развитие человека включает три взаимосвязанных составляющих единого процесса: положительный психологический настрой, социализацию — накопление научных знаний и навыков, освоение социального опыта ($\varphi_Н + \varphi_Т \pm \varphi_Г$); индивидуализацию — формирование качеств, отличающих одного индивида от другого разнообразным сочетанием составляющих потенциала; персонализацию — формирование личности, обусловленное реализацией потенциала с учетом профессиональных способностей и наклонностей.

Человек трудится всю жизнь, соблюдая критерии здорового образа жизни, наращивая свой личностный потенциал и реализуя его целенаправленно и разумно для профессиональной деятельности даже в условиях кризиса.

Следует также учесть мнение французского социолога и культуролога Жана Бодрийара, который критикует общество потребления, чутко подмечая усталость от переизбытка — как в потреблении, так и в производстве вещей-объектов, доминирующих над субъектом. По его мнению, пределов насыщения знаками нет, поэтому культура постепенно подменяется идеей культуры, ее симулякром, знаковой прорвой. В симуляционном потреблении знаков культуры таится соблазн, разрушающий классическое равновесие между мифом и логосом. Большую опасность для человека, стремя-

[1] Renzulli J. The enrichment triad model: A guide for developing programs for the gifted and talented. — Wethersfield CT: Creative Learning Press, 1977.

щегося расширить свои познания, представляет город с его возможностями для переизбытка общественных связей, банкетов, кафе с их кружками. Театральные представления и многие другие соблазнительные развлечения должны быть разумно дозированы, чтобы охранять мышление для творческой деятельности.

ЗДОРОВЬЕ КАК ВЕЧНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Аверкина Е.И.

Фридрих Ницше, к сожалению, не является тем философом, без которого не мыслит себя современная философия медицины или философия здоровья. Однако именно им представлена, на наш взгляд, оригинальная концепция здоровья. О важности этой темы в жизни и философии Ницше свидетельствует следующее его признание: «... я сделал из моей воли к здоровью, к жизни, мою философию».[1] Классическим, от Гиппократа и Галена, является понимание здоровья как гармонии противоположно направленных сил организма; болезни как дисгармонии. Здоровье традиционно рассматривалось как состояние некого равновесия, покоя и благополучия. Под болезнью понималось нездоровье, слабость, немощь. Интерпретация здоровья у Ницше иная. Ему, тому, которому всей своей жизнью выпало реально сражаться с то подступающей, то отступающей болезнью, здоровье не возможно было представить без борьбы за здоровье.

Размышления Ницше о здоровье и болезни глубоко укоренены в самом строе его философской мысли, в основных принципах его философствования. Глубочайшей сущностью бытия, эссенцией мира полагает Ницше волю к мощи. Она есть постоянное увеличение жизненной потенции, жизненности, постоянное становление, в противовес застывшим, установившимся формам. Жизнь как воля к мощи есть борьба, стремление, преодоление. Опираясь на данные естественных наук с одной стороны, постулируя сущностью человека волю к мощи с другой, Ницше пытается по-новому взглянуть на человека, сознательно противопоставляя себя предшествующей философской традиции. Человек, оказывается не просто определенной линией во всей совокупности органических форм, но жизнью человека и, прежде всего, телесной, органической жизнью. Именно тело человека становится у Ницше выражением сверхнатуралистической идеи становления, движения и развития. Тело в трак-

[1] Н и ц ш е Ф. Ecce homo // Ницше Ф. Сочинения: В 2 т. — М.: РИПОЛ-КЛАССИК, 1997. — Т. 2. — С. 704.

товке Ницше оказывается не телом конкретного индивидуума, а «телом без органов» (Арто, Ж.Делез), или «сверхтелом» (В.А.Подорога) — совокупностью микроскопических отношений сил, энергий, пульсаций, лишенное всякой индивидуальности, но имеющее потенциальную возможность стать любой из них. Оно есть некая абсолютная витальная сила, которая интегрирует различные слагаемые, порождая действия и организмы. Это та сила, что страдает и бьется во всяком физическом теле и, в которой индивидуальное «Я» является не более чем застывшим отблеском непрестанного течения жизни. Для Ницше это момент принципиальный, своим учением он противопоставлял жизненность (динамизм) мертвенности (механицизм), которые царили на тот момент в науках о живом. В медицине тон задавала патологическая анатомия, благодаря которой были достигнуты важные успехи в области врачевания (К.Рокитанский, Р.Вирхов, Й.Шкода), но имеющая дело с «мертвым телом». Анатомическое мышление, расчленяющее целое, с целью установить место локализации заболевания, и вследствие этого, рассматривающее тело как ставшее, мертвое, получило в те времена широкое распространение. Ницше настаивает на «живом теле» — теле, в котором главное «воля к мощи». Человек это баланс дисгармоничного, противоречивого. Конфликт в человеке приветствуется как естественное выражение воли к мощи. Благодаря ей, человек позиционируется не как статический, неизменный объект, но как живое динамическое и диалектическое существо, суть которого непрекращающееся самоопределение.

Закономерна в связи с этим трактовка Ницше здоровья. Считая, что в определенных условиях «воля к мощи» принимает вид «воли к здоровью» Ницше полагает, что в полной мере она сможет проявить себя только тогда, когда встречает сопротивление, противодействие со стороны болезни. Таким образом, условием всякого подлинного здоровья является болезнь. Получается, что здоровье и болезнь предполагают друг от друга и здоровье оказывается непредставимым без борьбы за здоровье. Здоровье не дается, а достигается. Здоровье — это инстинкт исцеления, инстинкт обороны и нападения в человеке. Болезнь не дает ему угаснуть, она есть то, что его провоцирует. Диалектика здоровья и болезни проявляется в том, что патология становится потенциально укрепляющей здоровье человека. В концепции Ницше, сама болезнь оказывается не пассивной, а реактивной, она понимается как действенно сопротивляющаяся сила организма. Таким образом, и здоровье и болезнь предстают как активные динамические процессы. Свою задачу Ницше видел в том, чтобы уйти от истолкования болезни как слабости и нездоровья и представить болезнь как силу, выступающую необходимым основанием жизни и здоровья. Болезнь реабилитируется, она также как и здоровье обла-

дает не меньшей символической интерпретирующей ценностью. Болезнь — не то, чего следует избегать, но то, что с необходимостью следует пережить, а скорее, как в случае с Ницше, превратить болезнь в позитивное основание жизни и творчества. Понятия «здоровье» — «болезнь» оказываются теми понятиями, через которые в жизни раскрывается противоборство двух изначальных импульсов: импульса восходящей жизни и импульса жизни нисходящей.

Ницше проецирует понимание здоровья человека на его бытие в культуре. Отстаивая тезис о человеке как живом воплощении воли к мощи, Ницше призывает слушать голос Жизни внутри себя, который говорит о подлинном, а не навязанном другими людьми призвании. Это значит, в том числе, ощущать в себе динамику здоровья и болезни как динамику самой Жизни. Если человек только здоров, он часто не понимает, что он — здоров. Он считает свое здоровье естественным и единственно возможным состоянием человека, а потому совершенно не интересуется им. Здоровый человек ничего о здоровье не знает. Неизлечимо больной человек уже начал забывать, что такое здоровье. Оно осталось для него в прошлом, превратившись в неточное воспоминание, в несбыточную мечту. «И только тот, кто вечно заболевает и вечно выздоравливает, способен сравнивать здоровье и болезнь, отличая одно от другого».[1] Таковыми представлялись Ницше «свободные умы». Таково ницшеанское понимание идеала нового человека — Сверхчеловека, главными характеристиками которого выступают творчество и действие как высокое деяние. Только «вечно выздоравливающий» человек может до конца понять и воплотить жизнь во всей ее полноте. Жизнь, которая мечтает быть понятой, должна специально создать такого человека — вечно выздоравливающего и, наделенного, поэтому, величайшим пониманием всего живого. «Наконец, открытым остается еще и большой вопрос: в состоянии ли мы *обойтись* без заболевания даже в том, что касается развития нашей добродетели, и не нуждается ли больная душа, ничуть не менее здоровой, в нашей жажде познания и самопознания: короче, не есть ли исключительная воля к здоровью предрассудок, трусость и, пожалуй, некое подобие утонченнейшего варварства и отсталости».[2]

Ницше переключает наше внимание со «здоровья-результата» на «здоровье-процесс», тем самым подчеркивая в проблеме здоровья важность момента его достижения. Возможно, неравный бой с болезнью развил в Ницше способность делать болезнь точкой зрения на здоровье, а здоровье — точкой зрения на болезнь. Пафос соб-

---

[1] Перцев А.В. Фридрих Ницше у себя дома (Опыт реконструкции жизненного мира). — СПб.: «Владимир Даль», 2009. — С. 375.

[2] Ницше Ф. Веселая наука // Ницше Ф. Сочинения: В 2 т. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 1997. — Т. 1. — С. 587.

ственной жизненной стратегии Ницше заключался в том, чтобы самому контролировать переходы между болезнью и здоровьем, не отдавать болезнь в распоряжение врачей, не позволять описывать ее медицинскому объективирующему дискурсу, цель которого нормализация и исключение. Говоря о значении понятий здоровье и болезнь в философии Ницше, нельзя не отметить, что они являются провозвестниками нового динамического типа философствования, который противопоставлялся Ницше классическому статично-субстанциональному типу. В творчестве более позднего периода, высказываясь в пользу необходимости медицинской точки зрения в деле переоценки ценностей — возможности осмысления культуры в понятиях «здоровье-болезнь» — Ницше считал, что они могут оказаться востребованными в философском деле осмысления проблем человека, общества, истории.

ГУМАНИТАРНЫЙ ПАСПОРТ — ДОКУМЕНТ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ

Бари Н.А.

Наблюдаемый рост детской заболеваемости и инвалидности уже в настоящее время ограничивает возможность получения детьми профессионального образования. По данным Минздрава и соцразвития в 2006 году число детей-инвалидов составило 533 тыс. человек, 60,2 % из них — дети-подростки в возрасте от 10 до 17 лет. Возрастная категория «ребёнок-инвалид» увеличена до 18 лет с 2001 года. Получение профессионального образования является заботой не только самого ребёнка и его родителей, но и государства, его соответствующих служб. В последнее время отношение к инвалидам становится более внимательным со стороны административных органов, образовательных учреждений, общественных организаций. Российская Федерация 28 сентября 2008 г. подписала Конвенцию о правах инвалидов, принятую Генассамблеей ООН в 2006 году. Действующие международные и государственные документы законодательно обеспечивают и защищают права инвалидов, в том числе и детей-инвалидов: законы «Об образовании» от 10.07.92, «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» от 24.07.98, «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 26.08.96 и др. 2009 год объявлен Годом равных возможностей. Действуют федеральная и московская комплексные социальные программы, одна из задач которых — социальная интеграция инвали-

дов и других лиц с ограниченными возможностями. Образование, обучение рассматриваются как вид социальной реабилитации. Но даже при наличии таких законодательных документов инвалиды далеко не всегда могут реализовать свои права. Основная причина не в юридическом, хотя он тоже присутствует, а в человеческом факторе. Преодолеть сложившуюся за многие годы у нас патерналистскую систему отношений к инвалидам очень трудно. Отношение к инвалиду рассматривается в основном, как оказание помощи и со стороны социальных органов и отдельных людей. Материальная, бытовая помощь, технические, транспортные средства, создание безбарьерного пространства — всего лишь то, что помогает нивелировать недостатки здоровья. Жизнь инвалида рассматривается с точки зрения его здоровья и основополагающей для него является медицинская помощь. Пенсия, льготы, привилегии, медицинская и бытовые виды помощи обеспечивают в основном биологическую жизнь. Если людей, ставших инвалидами во взрослом возрасте, это в какой-то степени может удовлетворить, так как у них уже сформировался опыт социальной, трудовой жизни, то для детей, подростков, молодых людей такая помощь не может быть достаточной. Материальная помощь условие для жизни необходимое, но не достаточное. Большое значение имеют условия жизни и отношение окружающих, порой чрезмерно внимательное в семье и равнодушное, или даже обидное вне её, что ослабляет социальную позицию ребёнка, делает его иждивенцем, снижает его самосознание, заведомо обрекает его на признание своего неравенства, приучает к мысли о своей неполноценности. Обеспечивая «спокойную» жизнь инвалиду, общество усугубляет его инвалидность, потому что инвалидность — это не недуг, не болезнь (болеют все), а образ жизни. Здоровому ребёнку, чтобы определить своё место в жизни, помогают родители, педагоги, сверстники, он каждый миг познаёт окружающий мир. Ребёнок-инвалид и дома и в интернате живёт в ограниченном пространстве, изолированно. При рождении больного ребёнка из 50% семей уходят отцы, только 4% отцов помогают воспитывать детей-инвалидов, 32% отцов никогда не встречаются с детьми-инвалидами. Для ребёнка-инвалида самые простые вещи становятся недоступными. Для него ограничена, а порой недоступна, связь с природой, культурными, спортивными учреждениями. Он живёт в замкнутом мире, а ведь именно до 14 лет человек приобретает 80% знаний. Одним из важнейших путей интеграции в социум является образование. Право на образование имеют все дети, в том числе и дети-инвалиды независимо от причины инвалидности. Об этом свидетельствует целый свод законов и международных и РФ: Конвенция ООН о правах ребёнка, Конституция РФ, Федеральные законы «О социальной защите инвалидов Российской Фе-

дерации» от 21.11.95. За последние годы значительно увеличилось число детей-инвалидов, обучающихся в колледжах и высших учебных заведениях (однако, у нас их значительно меньше, чем в европейских странах). Международные законодательные документы, Программа развития ООН и другие определяют социальную стратегию и нашего государства. Объединение стран, их взаимодействие обязывает соответствовать определённому уровню в любых видах деятельности, включая образование и здравоохранение, трудно поддающиеся стандартизации. Вместе с тем уже действуют и медицинские, и образовательные стандарты, формализуются виды деятельности. Цель их введения позитивна и понятна, но вместе с тем в данных областях приводит к формализации лечебно-диагностического, учебного процессов, что не может не отразиться на отношении врача к пациенту, учителя к ученику. Даже здоровый взрослый человек трудно, болезненно воспринимает формальное отношение, тем более ребёнок-инвалид. В таких условиях целесообразно было бы вернуться к проблеме врача общей практики, который смог бы реализовать принцип лечить больного, а не болезнь. В связи с этим была сделана попытка разработать документ «Гуманитарный паспорт человека с ограниченными возможностями», который позволил бы неформально оценивать образовательные возможности ребёнка-инвалида, его способность получить профессию. В качестве обобщающего показателя был выбран образовательный потенциал человека, который предполагает наличие ресурсов для его дальнейшего развития. Образовательный потенциал человека является интегральным показателем, включающим следующие антропные параметры, характеризующие возможности организма изменять баланс здоровья в лучшую сторону: ресурсы здоровья; психологические и социальные ресурсы; подготовленность к обучению; культурно-нравственное развитие. Эти же показатели определяют структуру названного документа. В качестве метода оценки этих параметров выбрана гуманитарная экспертиза[1]. Её цель — оценить возможность получения образования инвалидом, в том числе профессионального. Гуманитарная экспертиза объединяет результаты других экспертиз: медицинской, психологической, педагогической, социальной, предполагает широкое обсуждение результатов и выработку рационального решения. Результаты этой экспертизы будут иметь долгосрочный прогноз. Они помогут ребёнку, подростку понять себя, сделать полезные для себя выводы, позволят самому выстраивать своё будущее. Далеко не всегда при проведении экспертизы (медицинской, педагогической и др.) человек является её активным участником. Часто на результаты экспертизы оказывают влияние уро-

[1] Ашмарин И.И., Юдин Б.Г. Основы гуманитарной экспертизы // Человек. 1997. — № 3. — С. 76–86.

вень профессиональных знаний эксперта, его опыт, жизненная позиция, ситуация, понимание своих задач и пр. Гуманитарная экспертиза обеспечивает равные права всех участников экспертизы, «исследуемый» является равноправным субъектом этой процедуры. Экспертиза соединяет медицинское и гуманитарное знание, обеспечивает право человека принимать решение соответствующее его здоровью, желанию учиться, принимает во внимание нравственную позицию всех участников экспертизы. Необходимое условие — добровольность, ни в коем случае не должно нарушаться право человека на самостоятельное решение. Объектом экспертизы являются факторы риска, их взаимодействие с человеком. Это взаимодействие может быть нейтральным или проявлять агрессивность. Первичным фактором риска у человека с ограниченными возможностями является нарушение здоровья. Знание этих факторов, понимание их поможет защитить человека, предупредить их негативное влияние. Гуманитарная экспертиза предполагает широкое обсуждение, дискуссию, даёт возможность придти к рациональному решению, к компромиссу, открывает новое знание, способна выработать взвешенную оценку. В состав экспертной комиссии входят врач(и), психолог, педагог, социальный работник, родители, подросток (ребёнок), эксперт-аналитик, который обобщит все мнения. Принимается во внимание мнение всех, включая мнение подростка, его собственная оценка здоровья и намерение получить образование. Задача — помочь оценить правильность сделанного им выбора. Равноправное участие подростка в дискуссии активизирует его жизненную позицию. Для этой экспертизы должны быть подобраны люди, с уважением относящиеся к человеку независимо от его статуса, имеющие широкий кругозор, обладающие способностью к сопереживанию. Инвалид особенно нуждается в такой помощи, так как переоценка своих возможностей может нанести ущерб здоровью, а недооценка — многого лишит в жизни. Во главе — Человек с его интересами, возможностями, желаниями. Это *личностно-ориентированный документ*, в этом его особенность. *Задача этого документа — установить образовательные возможности инвалида*. Гуманитарные экспертизы могут проводиться на базе соответствующих муниципальных учреждений, общественных организаций, они могут носить благотворительный характер, но «Гуманитарный паспорт» должен быть официальным документом, его должны принимать во внимание при поступлении абитуриента в учебное заведение. В процессе обучения он будет сопровождать студента, он будет основанием для составления индивидуальной программы и использования адекватных методов обучения. Аналогичный документ может быть создан и для других категорий населения, нуждающихся в помощи.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ КРИЗИСА ДОВЕРИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Достовалов С.Г.

В периоды кризиса в обществе особую остроту приобретают вопросы, традиционно относящиеся к сфере экзистенциализма: вопросы смысла бытия, свободы и предопределенности, жизни и смерти. Как отмечают исследователи: «...экзистенциализм находит аудиторию и приверженцев там и в то время, когда индустриализированная страна глубоко потрясена, важные социальные вопросы требую решения, а агонизирующие люди, поставленные спиной к стене, должны переосмыслить все свое мировоззрение»[1]. Различные социальные, политические, мировоззренческие потрясения, через которые прошло наше общество в течение последних двух десятилетий, выдвинули экзистенциальные переживания личности на одно из первых мест по значимости и актуальности изучения. Особое место в этом направлении занимают экзистенциальные переживания личности, характерные для пожилого и старческого возраста. Как отмечает С.И.Розум, большой жизненный путь, проделанный личностью к этому времени и неотвратимо приближающийся его конец неизбежно заставляют человека задумываться о вещах, составляющих сущность человеческого бытия[2]. Основными факторами, определяющими поведение человека на этом этапе жизни, являются постепенный уход из активной социальной жизни, потеря близких людей, одиночество и сознание приближающегося конца жизни. В результате влияния этих факторов у пожилого человека нарушается динамический жизненный стереотип, изменяется ее мировоззрение и поведение — снижается коммуникабельность и личность замыкается на своем внутреннем мире[3]. Испытывая подобные переживания, личность переживает экзистенциальный кризис, определяемый как своеобразная реакция личности на ситуации, требующие от нее изменения способа бытия — жизненного стиля, образа мышления, отношения к себе, окружающему миру и основным экзистенциальным проблемам[4]. Таким образом, в пожилом возрасте ярко проявляется экзистенциальный кризис личнос-

---

[1] Existentialism versus Marxism. Conflicting views in humanism. Introduction by G.Novak. — N.Y., 1966. — P. 9.

[2] Психология среднего возраста, старения, смерти / под ред. чл.-кор. РАО А.А.Реана. — СПб., 2003.

[3] Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. — Л., 1974.

[4] Баканова А.А. Личностный кризис // Искусство исцеления души : Этюды о психологической помощи : пособие для практических психологов / под ред. Е.П.Кораблиной. — СПб., 2001. — С. 167–181.

ти, в процессе переживания которого человек формирует новое отношение к самому себе, к людям, к окружающему миру. Происходит это путем выбора своего нового места в жизни, своей позиции и т.д. Выбор же сам по себе представляет ситуацию экзистенциального кризиса. Как отмечает Ю.В.Тихонравов: «Что бы люди не делали, это их выбор... Они могут преобразовать себя из экзистенциально больного человека в экзистенциально здорового. Всегда есть возможность изменения своего существования, раскрытия целого нового мира»[1]. Однако, определяя свою позицию по отношению к себе и к миру, личность делает выбор в системе проявлений доверия, так как доверие является базисным условием любого взаимодействия между личностью и миром с одной стороны, и проявлением ценностного отношения личности к себе и к партнеру по взаимодействию — с другой[2]. Следовательно, переживание экзистенциального кризиса вполне можно соотнести с переживанием кризиса доверия, как было показано в исследованиях[3]. Основываясь на одном из основополагающих постулатов экзистенциальной психологии о неразрывности существования личности и мира, проявляемое через бытие личности в мире (Л.Бинсвангер, М.Босс, Дж.Бьюдженталь), кризис доверия может быть определен как значимое изменение в системе отношений субъекта к объектам окружающего мира, связанном с утратой априорной надежности и безопасности этих объектов для субъекта. Факты, подтверждающие наличие подобных переживаний, отмечены в исследованиях, посвященных психологическим особенностям пожилого и старческого возраста. Как следует из результатов исследований Ю.А.Потаниной,[4] пожилой человек воспринимает окружающий мир как вызывающий чувство напряжения в связи с возможным возникновением различных опасностей. Эти и подобные факты предопределили направление нашего исследования — изучение экзистенциальных переживаний кризиса доверия в пожилом и старческом возрасте. Исследование было проведено в 2002—2003 годах и дополнено результатами, полученными в 2008 г. В ходе исследования приняли участие 78 испытуемых (56 женщины и 22 мужчин) в возрасте 60—88 лет. Для изучения системы доверительных отношений и выявления кризисных переживаний в этой сфере были использованы методики «Доверие

---

[1] Тихонравов Ю.В. Экзистенциальная психология. Учебно-справочное пособие. — М., 1998.

[2] Скрипкина Т.П. Психология доверия. — М., 2000.

[3] Достовалов С.Г. Кризис доверия как проявление экзистенциального кризиса личности // Дружининские чтения : материалы 5-й Всерос. науч.-практ. конф., 4–6 мая 2006 г. — Сочи, 2006.

[4] Потанина Ю.А. Адресная книжка пенсионера в условиях переходной экономики // Население России сегодня. — М., 1999.

к себе» Т.П.Скрипкиной и «Шкала межличностного доверия» Дж.Б.Роттера. Данные методики позволяют выявить особенности проявления доверия к себе и доверия к социальному миру — доверия к обществу (социальное доверие) и окружающим людям (межличностное доверие). Полученные результаты, обработанные при помощи пакета компьютерных статистических программ «Statistica 6.0», позволили выявить особенности переживания кризиса доверия к себе и к социальному миру у представителей данного возраста.

В проявлении доверия к себе в пожилом и старческом возрасте при помощи корреляционного анализа были выявлены следующие закономерности: с увеличением возраста снижается уровень доверия к себе в умении строить эффективные взаимоотношения с близкими людьми, детьми (уровень корреляции –0,44 при $p < 0,01$) при том, что доверие к себе в супружеских взаимоотношениях подобных изменений не претерпевает (значимая корреляция отсутствует). Таким образом, полученный результат указывает на проявление кризиса доверия к себе в этой сфере, что связано с утратой уверенности в том, что сам человек может самостоятельно управлять процессом общения с близкими людьми и признание невозможности принятия инициирующей роли в этом общении. Передача инициативы в общении с детьми и близкими людьми, вероятно, объясняется принятием новой системы социальных ролей и осознанием снижения значимости собственного влияния на указанные процессы. Также с увеличением возраста снижается уровень доверия к себе в сфере организации досуга (уровень корреляции –0,35 при $p < 0,01$). Вероятно, здесь мы встречаемся с уже упомянутым фактом снижения социальной активности личности в старости и также отмечаемым фактом сужения сферы интересов, в основном фиксирующимися в удовлетворении физиологических потребностей[1]. Других значимых изменений в системе доверия к себе не обнаружено из чего можно сделать вывод об относительной кризисоустойчивости фактора доверия к себе.

В ходе изучения особенностей межличностного и социального доверия у испытуемых были выявлены следующие кризисные переживания: большинство испытуемых проявляют недоверие к обществу, к социальной и политической системе, тем самым, определяя наличие кризиса социального доверия — 87,5% испытуемых пессимистически оценивают будущее нашей страны, не уверены в завтрашнем дне; 84,7% сомневаются в объективности средств массовой информации; 77,8% считают общество лицемерным, пристрастным. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что, скорее всего, в силу определенных социально-экономических причин (из-

[1] Психология среднего возраста, старения, смерти / под ред. чл.-кор. РАО А.А.Реана. — СПб., 2003.

менение идеологии, утрата сбережений и т.д.) люди старшего поколения не рассматривают современное общество в качестве объекта доверия, не видят в нем надежного средства своей защиты. Проявления межличностного доверия, определяющего меру доверия в непосредственном межличностном общении, отличаются большей полярностью. Например, 91,7% испытуемых предпочитают не доверять другим людям, быть с ними осторожными; 86,1% считают людей корыстными и заинтересованными в своём собственном благе, 69,5% испытуемых не верят обещаниям людей, 70,8% считают продавцов обманщиками. В то же время 68,1% верят, что люди искренни в проявлениях своих чувств; 61,1% считают, что большинство людей соблюдает законы не из-за страха наказания, а по своей собственной совести. Таким образом, в проявлениях межличностного доверия у лиц пожилого и старческого возраста присутствуют противоречивые и часто взаимоисключающие суждения.

Обобщив полученные результаты, следует сделать вывод о том, что экзистенциальные переживания кризиса доверия в пожилом и старческом возрасте характеризуются снижением оценки значимости своей личности и способности управлять своей жизнью в отдельных ее сферах, а также противоречивостью в определении позиции оценки опасности/безопасности и надежности/ненадежности в отношении других людей и общества.

ФИЛОСОФИЯ — МЕДИЦИНА — ЧЕЛОВЕК

Комова Н.В.

Когда-то, чтобы выжить, люди начали строить жилища и производить (выращивать) продукты питания. Саму трудовую деятельность и ее результаты мы сегодня называем культурой (или цивилизацией). Постепенно из сферы прагматической (чтобы выжить) культура превращается в сферу реализации сущностных сил человека. Человек становится человеком по мере того, как преобразует природу, т.е. ее покоряет и осваивает, развивая при этом свои умственные и физические способности, заложенные в нем вначале в виде задатков. Каждое поколение является наследником предыдущего: здания, мосты, ракеты, игрушки, книги, научные открытия, музыкальные шедевры, законы развития природы, нравственные принципы — не нужно каждый раз открывать и создавать заново, мы получили это от отцов и передадим своим детям. И чтобы не прервалась связь, не прекратился прогресс, к наследию добавим собственные достижения.

Что для человека нужнее? Важнее? Философия или медицина? Вопрос одновременно и риторический, и некорректный. Человеку нужен человек: здоровый, успешный, совершенный, гармоничный. Человеку нужен весь мир: его богатая и разнообразная природа и все, созданное человечеством за всю историю цивилизации. Человеку нужно общество, без которого, вне которого он человеком ни стать, ни быть не может. Человеку нужна наука — основа прогресса. Начало философии связывают с Древней Грецией, где в VII—VI вв. до н.э. вместе с зачатками естественнонаучных знаний, получивших название натурфилософии, развивается врачевание. Медицина, как и математика, астрономия, физика — была неотделима от философии. Первые мудрецы (начиная с Пифагора называющиеся философами) были учеными-энциклопедистами, так как занимались изучением не какой-либо области действительности, а миром вообще. Проблема здоровья и болезней была одним из аспектов общего понимания мира. Некоторые натурфилософы были врачами. Лучшие из естествоиспытателей, писал Аристотель, доходят до *врачебного искусства*. Конкретно медицину с философией объединяет предмет изучения — человек.

К.Маркс отмечал, что гармонически развитый человек — это прежде всего целостный человек. Целостный же человек должен проявить и обнаружить себя как существо природное и социальное. Физическое совершенство, моральная чистота и духовное богатство — эти качества гармонически сочетаются в совершенной личности. Необходимой стороной бытия такой личности является здоровье. Наряду с моральной философией, искусством и механикой, писал Спиноза, медицина должна служить благородной цели всесторонне развитого человека. Формирование духовного мира человека, подготовка будущего врача включает, кроме специальных медицинских дисциплин, преподавание философии (и отечественной истории, культурологии, социологии). В сложном мире, где телесное здоровье все больше зависит от духовного, обучение врачевателя (целителя) не может достичь цели без серьезной гуманитарной подготовки. Философия 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 (частные) 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? На первый взгляд, для овладения профессией философия не является необходимой, то есть полезной.

Но это только на первый взгляд. Гениальный Аристотель в IV в. до н.э. уверенно заявлял: *«Все другие науки более необходимы, нежели она, но лучше нет ни одной»*[1]. Она занимается познанием наиболее достойного — поисками *первоначал* и *первопричин,* ибо *через них и на их основе познается все остальное.* Другой гений, 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. И все в нем взаимосвязано, все переплетается и переходит из одной формы в другую. «*Именно диалектика является для современного естествознания наиболее важной формой мышления для происходящих в природе процессов развития, для всеобщих связей природы, для переходов от одной области исследования к другой*»[2]. Философия и выполняет функцию метода методов, то есть диалектики. *«Какую бы позу ни занимали естествоиспытатели, над ними властвует философия»*[3]. Потому что человечество не придумало другого мышления, как мышление с помощью категорий. А категории эти — философские: причина, следствие, возможность, действительность, материя, сознание.

Огюст Конт, составляя пирамиду наук, поставит на ее вершине социологию. Поскольку сущность человека социальная, постольку 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? В том смысле, что с тех пор проблема социальных изменений не стала менее актуальной. Петр Лаврович Лавров (полковник, профессор математики, идеолог народничества, социолог) в 70-е годы того же века, реагируя на увлечение разночинной интеллигенции естествознанием (вспомним тургеневского Базарова), 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, — пишет Лавров. Естествоиспытатель, пренебрегающий общественными науками, обнаруживает лишь *узость и неразвитость мысли.* Ведь целенаправленная деятельность человека есть столь же неизбежный и естественный факт, как дыхание и кровообращение.

---

[1] Аристотель. Метафизика // Соч. в 4-х т. — Т. 1. — С. 70.

[2] Энгельс Ф. Диалектика природы // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. — Т. 20. — С. 367.

[3] Там же. — С. 525.

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 *«максимума твоей воли могла всегда стать принципом всеобщего законодательства»*[1] — самым прекрасным образом реализуется в медицине. Долг, совесть, подчинение в себе биологической природы божественной — это относится к людям всех специальностей и вероисповеданий, это является неотъемлемой частью профессии медицинской.

Вернемся к истокам, когда философия и медицина входили в состав единой науки — натурфилософии. Медицинское мышление Гиппократа и его учеников носило весьма обобщенный характер. В распознавание и лечение болезней они вовлекали весь мир, где в малой части — человеке (микрокосме), имелось всё то же, что и в большом целом — природе (космосе). От истинного врача требовалось, чтобы сама медицина была для него выше всего, выше всех благ, чтобы в ней одной крылся для него источник наивысшего наслаждения. Сегодня в XXI веке, в условиях экологического кризиса, когда человек начал утрачивать свои связи с природой, что повлекло за собой появление многих болезней, идеи Гиппократа актуальны и привлекательны. *Врач-философ равен Богу* — лучше не скажешь.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ЦЕНТРЕ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Кром И.Л., Новичкова И.Ю.

Среди наиболее перспективных направлений в формировании проблематики общественного здоровья в современной России — интегративные междисциплинарные исследования, в значительной степени способствующие развитию медико-социологической науки, конструированию новых подходов, целей и приоритетов социальной политики. В 2008 году в Институте социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове был открыт Центр медико-социологических исследований (ЦМСИ), специализирующийся на междис-

[1] Кант И. Критика практического разума // Соч. Т. 4. — Ч. 1. — С. 347.

циплинарном интегративном анализе проблем общественного здоровья в современной России. Основная цель ЦМСИ — развитие медико-социологической науки, проведение и поддержка медико-социологических исследований. Создание Центра определяется необходимостью инициировать обсуждение ключевых медико-социологических проблем современной России, интегрировать потенциал медицинских специальностей для решения социальных проблем общественного здоровья, усилить влияние медико-социальных наук на формирование и принятие управленческих решений. Экологический подход медико-социологических исследований, проводимых в ЦМСИ, позволяет осуществить анализ социальных предикторов здоровья, изучить влияние социальных трансформаций в современной России на состояние общественного здоровья.

Одно из научно-исследовательских направлений ЦМСИ связано с медико-социологической концептуализацией феномена инвалидности, разработкой интегративной программы профилактики инвалидности. Сравнительный анализ работ отечественных и зарубежных авторов свидетельствует, что до настоящего времени не сформирована интегративная концепция предикторов инвалидности. Существующие исследования лишь инициируют предстоящие мультипарадигмальные разработки по данной проблеме. При высоких показателях заболеваемости, инвалидизация и смертность населения России значительно превосходит аналогичные показатели в развитых странах. Критерии инвалидности, разработанные ВОЗ в 1980 году, и определяющие практику установления инвалидности в России, предполагают корреляцию тяжести соматического состояния, степени ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности больных при соматических заболеваниях, т.е. в соответствии с этими критериями тяжесть заболевания определяет эффективность социализации больного.

В связи с существующей в России концепцией инвалидности профилактика инвалидизации больных, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями (в их числе болезни системы кровообращения) — «предупреждение инвалидности»[1] включает профилактику первого уровня — комплекс мер, направленных на предупреждение возникновения физических, когнитивных, психических и сенсорных дефектов, и профилактику второго уровня — профилактику инвалидизации при наличии соматического заболевания или стойкого дефекта.[2] В связи с тем, что этиология многих

---

[1] Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Приняты 20 декабря 1993 г. на 48-й сессии генеральной Ассамблеи ООН).

[2] Права и возможности инвалидов в РФ: спец. докл. уполномоченного по правам человека в РФ (10 сентября 2001г.). URL : http://www.ombudsman.gov/docum/spinv.htm

неинфекционных заболеваний неизвестна, основой первичной профилактики болезней системы кровообращения и других неинфекционных заболеваний «является концепция факторов риска, ... способствующих их развитию и прогрессированию».[1] Многие факторы риска являются общими для основных неинфекционных заболеваний, что объясняет разработку интегрированных программ профилактики одновременно группы неинфекционных заболеваний, а не отдельных нозологических форм. До настоящего времени модифицируемые факторы риска соматических заболеваний, коррекцию которых предполагают проводимые в различных странах, в том числе и в России, национальные программы, относятся, в основном, к соматическим. Недостаточная эффективность проводимой в стране профилактики инвалидности связана с попытками решения проблемы в медицинском дискурсе.

Болезни системы кровообращения, относящиеся к «болезням цивилизации», являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира. При высоком уровне заболеваемости, инвалидизация и смертность в России при болезнях системы кровообращения значительно превосходит аналогичные показатели в развитых странах.

В результате разработанного и проведённого нами лонгитюдного исследования найдены эмпирические доказательства отсутствия облигатной роли соматических предикторов в инвалидизации больных, страдающих болезнями системы кровообращения и составляющих наиболее многочисленную группу инвалидов в современной России. Способствуя инвалидизации больных в нетерминальной стадии болезни, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних играют социальные и личностные, обусловленные преморбидными и коморбидными состояниями в ситуации болезни, и ресурсы, предоставляемые обществом для эффективной социализации лиц в условиях соматических ограничений. Инвалидность — социальное явление, зависящее от факторов, определяющих социализацию личности в ситуации болезни. Инвалидизация больных, страдающих соматическим заболеванием, рассматривается нами как социальный феномен, при котором отдельные группы населения стремятся получить предписанный статус и соответствующие ему социальные гарантии.

Болезнь и её социальные последствия объединяются понятием «ситуация болезни»[2], которая отражает изменившиеся условия фун-

---

[1] Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. — № 1. — С. 5–9.

[2] Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: материалы междунар. науч. конф. / СГУ. — Саратов, 2004. — С. 223–225.

кционирования больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть — в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивационной сферы больного и способов её реализации в условиях телесной болезни и её последствий. Объективные факторы болезни, создавая ту или иную ситуацию, не всегда определяют характер изменения личности больного. Влияние, оказываемое ими, опосредовано прежде всего через значимость для личности тех или иных форм реализации её мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью. Инвалидизация как нарушение социализации может произойти в каждой из трёх ситуаций болезни, однако в первых двух неэффективность социализации в большей степени определяется личностными характеристиками больного. Принцип классификации и смысл, вкладываемый в понятие ситуации болезни, неспецифичны и, по-видимому, имеют универсальное значение в рамках соматической патологии.

Обсуждая инвалидность в терминах социализации, мы предполагаем необходимость интегративного подхода к профилактике инвалидности. Репрезентация инвалидности как проблемы социального функционирования субъектов в условиях соматических и социальных ограничений определяет возможность формирования интегративной концепции профилактики инвалидности, учитывающей облигатную роль социальных предикторов в инвалидизации при болезнях системы кровообращения, и может быть использована при разработке национальной программы профилактики инвалидности.

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ И ПРОБЛЕМА СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ[1]

Крылова И.А.

Социальная медицина изучает проблемы общественного и индивидуального здоровья, факторы, определяющие здоровье, разрабатывает рекомендации по укреплению здоровья отдельных групп населения, а также по улучшению деятельности медицинских учреждений. Фактически социальная медицина — это наука о здоровье государства, о социальных проблемах медицины. Она исследует закономерности влияния социальных факторов на здоровье инди-

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта 08-03-00176а.

вида и общества, определяет пути его сохранения и укрепления. Известно, что во все времена на социально-экономическое развитие любой страны, в том числе и России, существенное влияние оказывает состояние здоровья населения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в понятие здоровье включает три компоненты: физическое, психологическое и социальное благополучие. В нашей стране за годы проводимых «реформ» состояние здоровья населения катастрофически ухудшилось.

Между тем еще недавно советское здравоохранение представляло собой крупную отрасль народного хозяйства с научно обоснованными программами борьбы с болезнями, мощной материально-технической базой лечебно-профилактических учреждений, разветвленной системой подготовки медицинских кадров, в том числе, научных и научно-педагогических работников. Здравоохранение в СССР было тесно связано со всеми отраслями промышленности, сельским хозяйством, наукой, просвещением, культурой.

Ныне ухудшение состояния здоровья россиян происходит в условиях социально-экономического и политического кризиса, тотального разрушения системы социальной защиты населения, деградации систем здравоохранения и экологической безопасности, перехода страны на так называемую «страховую» и платную медицину на фоне резкого обнищания большей части населения страны.

В то же время статистические данные свидетельствуют о том, что с середины 90-х гг. прошлого века в России усиливается тенденция к ухудшению как качественных, так и количественных характеристик населения. Показательно, что снижение качества человеческих ресурсов происходит по всем направлениям и связано с резким ухудшением физического, психического и социального здоровья (что отчетливо просматривается как на популяционном, так и на индивидуальном уровне), а также с невосполнимыми потерями в генофонде нации.

В России наблюдается стремительный рост сердечно-сосудистых, онкологических, психических, токсикологических, аллергических и других заболеваний, а также новорожденных с генетическими дефектами. Увеличивается общая смертность, а детская продолжает оставаться на высоком уровне. Растет число инвалидов. Обесценение человеческой жизни приводит к росту убийств и самоубийств. В России употребление алкоголя в расчете на душу населения достигло 19 л, что превысило уровень, определяемый ВОЗ, как опасный. Еще большую тревогу вызывает распространение наркомании в России. По нормам ВОЗ, если доля наркоманов в общей структуре населения той или иной страны достигает 7 и более процентов, то в данной стране возникают необратимые процессы деградации и дегенерации населения. Несмотря на то, что

официальная статистика реальной вовлеченности в наркоманию существенно занижена, даже по имеющейся информации в России цифры наркомании приближаются к 7%. Таким образом, в России перед социальной медициной встает проблема сохранения здоровья нации.

Показательно, что в последние десятилетия главной отличительной особенностью богатых стран от стран «дикого капитализма» является то, что общественное развитие в них идет в направлении всеобщей экологизации. В отличие от слаборазвитых стран с низким уровнем душевого дохода, где большинство жителей озабочено удовлетворением первичных потребностей, в современном постиндустриальном мире с его изобилием и высоким материальным обеспечением населения на повестку дня перед обществом встают экологические проблемы: улучшение состояния среды обитания, сохранение здоровья людей и увеличение продолжительности жизни.

Можно сожалеть о том, что в России постоянная инфляция, рост преступности, межэтнические конфликты и т.д., отодвинули экологические приоритеты и значение здоровья человека на задний план, хотя известно, что в своей жизни человек добивается успехов исключительно путем эксплуатации своего здоровья. Поэтому в системе жизненных ценностей россиян в последнее десятилетие здоровье (наряду с экологией) не занимает должного места. По данным некоторых исследователей, ему отводится лишь 4—5 место. А ведь здоровье, а значит, и долголетие человека лишь на 8—12% зависят от уровня здравоохранения и на 50—70% от образа его жизни (имеется в виду, что образ жизни должен быть здоровым). Следует напомнить, что в 60-е гг. прошлого века мы считались самой здоровой нацией в мире. Ныне современная цивилизация предлагает иные варианты поведения человека, зачастую направленные на развращение нравов, а в конечном счете, на разрушение здоровья людей.

Неудивительно, что с начала 90-х гг. XX века в системе ценностей и интересов большей части российского населения в значительной степени под влиянием социально-экономических факторов в результате разрушительного курса «реформ» стали доминировать текущие материальные потребности. Россия, к сожалению, в последние десятилетия решает совершенно иные проблемы, чем развитые страны: подъема уровня потребления хотя бы до уровня полуцивилизованных стран, создание необходимых условий для физического выживания малоимущих слоев населения. Вместе с тем в России в неблагоприятных социально-экономических и экологических условиях проживает ныне большая часть населения. Поэтому всякая затяжка в проведении здравоохранительных ме-

роприятий, ставит под угрозу физический потенциал и генофонд нации.

В связи с катастрофическим ухудшением состояния здоровья нации и происходящими депопуляционными процессами, представляющими угрозу самому существованию российского общества, науке и ученым предъявлен фактически новый социальный заказ здравоохранения, которое в XXI веке должно стать высшим приоритетом каждого цивилизованного общества. Возникла необходимость изучения медико-социальных проблем, анализа состояния динамики здоровья населения в связи с изменившимися условиями производства и окружающей среды, прогнозирования уровня заболеваемости и смертности и возможных негативных социальных последствий в новых экономических условиях.

Сформировать социальный заказ на специалистов по социальной медицине (согласно которой все заболевания социально обусловлены), владеющих самыми современными знаниями и практическими навыками, для подготовки которых требуются значительные средства и время, могут лишь государственные органы. Похоже, однако, что это до сих пор не осознается нынешней высшей российской властью.

Вместе с тем, очевидно, что анализировать и решать острейшие проблемы, с которыми в последние десятилетия столкнулась Россия, можно лишь с помощью квалифицированных специалистов, в частности, по проблемам здоровья, демографии и семейной политики. Это означает, что должны быть сконцентрированы усилия не только специалистов в области медицины и демографии, но и социологов, экономистов, математиков и представителей других областей науки.

Свой вклад в разработку социально-философских и методологических аспектов всех этих вопросов и в осмысление накопленного фактического материала должны внести и социальные философы, на которых ложится определенная доля ответственности, в частности, за сложившуюся катастрофическую демографическую ситуацию в стране, которая оказалась с начала 90-х гг. прошлого века, к сожалению, вне поля зрения. Философии предстоит выполнить интегральную функцию, способствуя тем самым выработке единых мировоззренческих, гносеологических и методологических позиций, необходимых для решения здравоохранительных проблем специальными отраслями знания, и, главное, свои важнейшие эвристическую и прогностическую функции «вперед-смотрящего». Лишь на основе фундаментальных, всесторонних теоретических исследований возможно проведение в жизнь национальных проектов, направленных на укрепление здоровья и возрождение нации.

ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Кром И.Л., Осипов Д.А.

Вторая половина XX в. и начало XXI в. наряду с успехами в профилактике и лечении многих заболеваний отмечены ростом инвалидизации населения. Болезни системы кровообращения, относящиеся к «болезням цивилизации», являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира. Состояние общественного здоровья в современной России, динамика инвалидизации населения в последние десятилетия, отсутствие национальной программы профилактики инвалидности предполагают изменение научного дискурса, конструирование новых подходов и преодоление медикализации в объяснении феномена инвалидности. Возникает необходимость разработки моделей социально-экономической политики, предоставляющих возможность восстановления социального функционирования, предотвращения социальной эксклюзии инвалидов.

В контексте научной и практической актуальности — формирование институциональных механизмов эффективного социального функционирования и социальной интеграции инвалидов. Репрезентация инвалидности в качестве информационного показателя общественного здоровья определяет влияние на него экологических, социально-экономических факторов, включающих уровень социально- экономической дифференциации в обществе, различия в жизненных стандартах, профессиональную занятость, доступность медицинского обслуживания в соответствии с социальными стратификационными различиями.

Классификация групп факторов, способствующих возникновению инвалидности, разработанная в России в конце 80-х годов, классификация факторов риска инвалидности Л.Е.Кузьмишина, И.А.Трифоновой и других авторов определяют факторы риска инвалидности в связи с существующей в России практикой индентификации инвалидности с болезнью. Международная классификация (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps — ICIDH), принятая Всемирной Организацией Здравоохранения в 1980 г., устанавливает критерии нарушения здоровья, степени ограничения жизнедеятельности и социальные последствия болезни. Согласно данной классификации под «повреждением» (impairment) понимается утрата или аномалия анатомических, физиологических, психологических структур или функций. Наруше-

ние жизнедеятельности (disability) — возникающие в результате повреждения ограничения или утраты возможности осуществлять повседневную деятельность. Социальные ограничения (handicaps) предполагают связанные с повреждением и нарушением жизнедеятельности ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивида. Критерии инвалидности, разработанные Всемирной Организацией Здравоохранения и определяющие практику установление инвалидности в России, предполагают четкую корреляцию тяжести соматического состояния (дефекта), степени ограничений жизнедеятельности и социальных ограничений инвалида.

Объектом данного исследования выступают процессы конструирования инвалидности на современном этапе развития российского общества. В исследование включены инвалиды трудоспособного возраста, страдающие ишемической болезнью сердца, занимающей в Саратовской области первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения вследствие болезней системы кровообращения. При проведении медико-социальной экспертизы респондентам установлена II и III группа инвалидности, даны трудовые рекомендации. Выборочная совокупность составила более 1,5 тысяч единиц, что обеспечило ее репрезентативность. 98 % принимавших участие в исследовании инвалидов относились к «базовому» и «нижнему» слоям (классификация Т.И.Заславской)[1]. Высшее образование — у 19%, 81% респондентов, имеющих среднее и неполное среднее образование, обладали наименьшим профессиональным и квалификационным потенциалом. Большинство респондентов, как было установлено, жили за чертой бедности.

Сердечная недостаточность является одним из основных соматических предикторов инвалидизации при хронических неинфекционных заболеваниях. Не вызывает сомнения, что у инвалидов, страдающих хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса по NYHA, в терминальном состоянии существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает смена социальной идентичности, неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида.

При хронической сердечной недостаточности II—III функционального класса по NYHA в ходе исследования было установлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести клинических предикторов инва-

[1] Заславская Т. И. Трансформация социальной структуры российского общества // Куда идет Россия? Социальная трансформация постсоветского пространства. — М., 1996. — Вып. 3. — С.11–21.

лидизации данной категории больных (сердечной недостаточности и функционального класса стенокардии) и трудовой занятости — фактора эффективной возрастной социализации инвалидов.

Инвалидность — неэффективность социализации формируется при недостаточности у больного соматических, психологических и социальных ресурсов. К группам социального риска инвалидизации трудоспособного возраста при болезнях системы кровообращения относятся лица среднего возраста, обладающие наименьшим профессиональным и квалификационным потенциалом, большинство из которых живет за чертой бедности. Возникает невозможность в связи с социальными, личностными и соматическими барьерами эффективно реагировать на меняющуюся социальную ситуацию. В результате больные принимают социальную роль инвалида, стремятся к установлению и поддержанию предписанного статуса социально незащищенных.

Представленное исследование способствует обоснованию механизмов инвалидизации трудоспособного населения в современной России, позволит продолжить исследования по созданию универсальной модели инвалидизации лиц, страдающих соматическими заболеваниями, разработать интегративную концепцию национальной программы профилактики инвалидности в России.

ВЛИЯНИЕ СПОРТА И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ВОСПИТАНИЕ СОЦИАЛЬНО-АКТИВНОЙ ЛИЧНОСТИ

Кудрявцев В.Д., Илюхин И.В., Снытко А.М.

Спортивная деятельность по своему характеру связана с различными сторонами общественной, трудовой, культурной деятельности и выступает не только в качестве важной сферы проявления творчества и социальной активности занимающихся, но и одним из существенных факторов, способствующих формированию активного творческого начала личности.

Одним из важных процессов, определяющих степень активности личности, является социализация людей через собственно полезную практическую деятельность.

Социализация понимается как процесс усвоения социальных норм, в результате которых формируется социальная зрелость и способность эффективно участвовать в жизни общественных групп

и самого общества. Усвоенные социальные роли, нормы, стереотипы и привычные реакции составляют более или менее устойчивые нормы поведения. Процесс социализации охватывает весь жизненный путь человека в обществе.

Физическая культура и спорт позволяет выявлять новые аспекты деятельности человека, поскольку он создает условия и предоставляет возможности для деятельности, через которую развертывается процесс социализации личности. Как и в культуре, здесь в целом развертывается процесс освоения личностью новых ценностей, происходит на этой основе выработка установок, ценностных ориентиров, социальных потребностей. Но это только одна сторона дела. Другая заключается в том, что личность включается в активную деятельность в этой важной сфере социальной жизни общества. Степень принятия личностью общественных потребностей и целей в области спорта выявляется на уровне социальной активности людей. В то же время рост социальной активности, повышение уровня образования и воспитания меняют отношение людей к физической культуре и спорту. Спортивная деятельность позволяет людям вступать в такие отношения содружества и взаимного подчинения, которые дисциплинируют, организуют и обязывают их к выполнению определенных правил. Кроме того, роль спорта выражается в том, что он оказывает глубокое и многостороннее воздействие на все стороны человека, развивая его физически и духовно. Роль спорта в современной жизни весьма разнообразна.

В спорте имеются союзы и сообщества, коллективы и отдельные команды, сама специфика спорта требует совместных действий, приводящих к образованию разнообразных общественных связей. Спорт помогает полнее и глубже раскрывать способности и возможности человека во всех сферах жизни. Планомерное и умелое совмещение спортивных занятий с общественно полезным трудом или учебой оказывает благоприятное воздействие на формирование личности. Физическая культура — это социально активная деятельность, которая часто протекает в условиях коллективности (спортивные команды, коллективы, общества, ведомства). В этой сфере на высоком эмоциональном уровне реализовалась одна из важнейших общественных потребностей — потребность в общении с людьми. Преимущества спорта как социального явления заключается в том, что он привлекателен для молодежи, его деятельность доступна и понятна каждому, его польза для здоровья несомненна.

Процесс социализации личности в области физической культуры и спорта является объективным и естественным результатом функционирования человека в данной сфере деятельности.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА

Лязина Л.В., Мусалимова Р.С.

Сегодня решение проблем в области формирования ценностей существования — одна из основополагающих задач общественного развития. Одной из важнейших таких ценностей является проблема охраны и укрепления здоровья людей, имеющая характер глобальной проблемы. Ее значение определяется, прежде всего, *биосоциальной сущностью* человека, его зависимостью от телесной организации, от состояния его здоровья.

В этой связи предстоит разработка и реализация концепции формирования здорового образа жизни. Основу такой концепции составляет определение основных черт *модели* здорового образа жизни, ее тактических целей, содержания, методов, форм, средств ее формирования. Промежуточными задачами являются выявление главных причин нездоровья населения, определение путей многократного увеличения ресурсов здоровья. Вместе с отношением человека к здоровью выстраивается система его ценностных ориентаций, целей, без которых его существование лишается смысла.

Именно система ценностей, норм, правил, образцов поведения, принятых в данном обществе, лежит в основе *идеологии*, определяющей целевой вектор движения социума. Поэтому без формирования представлений о здоровье как одном из необходимых условий гармоничного развития личности не может быть речи о нормальном развитии общества в целом.

К сожалению, сегодняшняя ситуация такова, что в сознании современной молодежи (да и всего общества в целом) все очевиднее становится «разрыв» между теорией и практикой, в данном случае — между *декларируемыми* в правительственных выступлениях ценностями здорового образа жизни и реальной информационной политикой в этой области (посредством СМИ). Средствами массовой информации предлагается, и молодежь это воспринимает **как норму**:

— массовая наркотизация в форме употребления пива, алкогольных напитков и табачной продукции, не говоря о признанных наркотиках;

— ранний секс с использованием гормональных контрацептивов, а в худшем случае и медикаментозное устранение «незапланированных» детей с помощью препаратов, без ограничений продающихся в аптеках, или абортов;

— уродующая мода, когда для девушек в качестве модной одежды с удивительным постоянством предлагаются тесные, стискивающие таз джинсы, что является гарантией кесарева сечения в перспективе, к тому же обнажающие область расположения почек и

репродуктивных органов, что в условиях российского климата гарантирует почти стопроцентные простудные заболевания этой сферы;

— пирсинг, татуаж, шрамирование — самокалечащие процедуры, часто приводящие к возникновению хронического очага инфекции;

— неограниченные возможности для общения посредством сотовой связи и доступность ***любой*** информации в компьютерной сети Интернет;

— предпочтение низкопробной и безнравственной музыки в наушниках вместо живого общения и многие другие сомнительные достижения цивилизации, направленные как раз в обратную сторону от поставленной перед педагогами цели формирования ценности здорового образа жизни.

Интересно и то, что при навязывании нового стиля жизни молодежи используются совершенно лживые установки, что все это полезно для здоровья, например, ранний секс (но только без рождения детей), поиск постоянных наслаждений. Физиологическая наука да и опыт существования человечества давно доказали, что на самом деле воздержание не только не вредно, но именно оно дает возможность произвести на свет полноценное потомство, и духовно расти супругам в совместном воспитании детей.

Возникновение названной выше ценностной «дихотомии» приводит, прежде всего, к *аксиологической дезориентации педагогов*, что имеет особенно негативные последствия в педагогическом вузе. Ведь именно сюда должны быть направлены основные усилия общества по формированию ценностей здорового образа жизни, да и в целом системы ценностей, так как педагогический процесс представляет собой *программируемую организацию жизни учащегося,* а *педагог*, руководящий (управляющий) этим процессом, *вносит* в нее определенные жизненные *ценности, на которые ориентируется сам и ориентирует воспитанника*.

В течение пяти лет нами проводятся наблюдения за динамикой изменений основных жизненных ценностей у студентов одного из факультетов Башкирского государственного педагогического университета. Отмечается достаточная стабильность в определении ценностей в течение всего периода наблюдения. На **первое** место ставится собственное здоровье, на второе — здоровье родителей, на третье — счастливая семья, четвертое — хорошие друзья, далее — интересная работа, удовольствия, возможность заниматься наукой, уважение окружающих и др. Приблизительно в середине шкалы жизненных ценностей — любовь к Богу (10 место), а на последнем (20) месте — любовь к своему народу и желание послужить Родине. Студенты говорят «ДА» эвтаназии, смертной казни, клонированию человека, обращениям к экстрасенсам, йоге, добрачным сексуальным отношениям, противозачаточным средствам, абортам.

Они говорят «НЕТ» сохранению жизни дефективным детям, суррогатному материнству, уринотерапии, лечению с помощью космического разума и т.д.

В личностных выборах студенты руководствуются, прежде всего, *пользой для себя*, затем своими научными знаниями, мнением родителей и, наконец, своими религиозными убеждениями. Смысл жизни студенты видят в сохранении здоровья своего и своих родителей.

Казалось бы, цель достигнута — *здоровье* провозглашается главной ценностью. Но какое «здоровье» здесь имеется в виду? Только телесное, не мешающее «наслаждаться жизнью»? Такой вывод напрашивается сам собой, ведь фундаментальные ценности, а именно: патриотизм, милосердие, желание послужить ближнему — практически вытравлены из душ наших студентов. Однако можно ли считать такого человека здоровым?

Здесь, на наш взгляд, уместно привести цитату нашего коллеги Б.В.Акчурина специалиста в области социальной медицины: «Несоответствие целевой и ценностной форм рациональности — одна из причин сегодняшнего упадка здоровья, которое есть не столько физическое, сколько социальное, нравственное качество человека. Как нравственное существо, человек всегда страдает, поскольку без страданий он ничего не стоит, а его здоровье утрачивает всякую ценность. Какой толк, спрашивается, в том, если в обществе существует большое число физически здоровых, но безразличных к чужому горю людей? Такое общество нельзя признать здоровым, т.к. в нем мало кто испытывает подлинную любовь к родине и к своему народу; сердца людей ожесточаются и перестают радоваться, попадая в тиски материальных забот; исчезает великодушие, разрастаются гордыня, зависть и жадность. Человек перестаёт быть открытым для всего прекрасного, но, тем самым, он утрачивает ту атмосферу здоровья, которая создаёт гармонию вокруг него. Здоровье как бы перестаёт искать своего искателя. Оно превращается в чуждую ему силу...»[459]. На наш взгляд спасти наше будущее может возвращение к вечным ценностям, проверенным тысячелетним опытом народов — ценностям вечной истины, добра и красоты. Не свобода-вседозволенность и распущенность, а чистота и целомудрие в отношениях к любимому человеку; не умение пользоваться контрацептивами, а бережное отношение к будущей матери (или отцу) своих детей; не забвение в наркотическом кайфе, а радость от хорошо сделанного дела; не слепое следование чужестранной моде, а красивая гигиеничная одежда по погоде, не раздевающая, а одевающая тело. В нашей педагогике накоплен огромный опыт такого воспитания. На этом опыте воспитаны поколения. Почему же мы так легко отказываемся от него?

[1] Акчурин Б.Г. Основы социальной медицины. — Уфа: Гилем, 2009. — С. 37.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ КАФЕДРЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Михеев А.И.

Тревожное состояние здоровья во всех возрастных группах населения страны, неутешительные прогнозы на будущее сделало его приоритетным направлением в социально-экономической политике государства на долгие годы. Понимание такого положения со здоровьем человека присуще ответственным за этот раздел государственной политики (министрам, губернаторам, различным общественным организациям, всем, кто непосредственно причастен к этой работе), оно объединило многочисленную армию работников здравоохранения, физической культуры и спорта, педагогов, психологов, родителей для решения указанной проблемы. Здоровье по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) — это такое состояние организма, при котором он биологически полноценен, трудоспособен, функции всех органов и систем уравновешены, отсутствуют болезненные проявления; это состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней. Люди, осуществляющие работу по укреплению здоровья, должны быть знакомы не только с медициной и физической культурой, но и с психологией и другими науками, связанными со здоровьем человека. Это важное положение требует междисциплинарного подхода к решению вопросов здоровья, особенно это относится к работе с учащейся молодёжью. Различные литературные источники (медицинские, психологические, по физической культуре и т.д.) свидетельствуют о сохранении тенденции ухудшения состояния здоровья у школьников и студентов. Учителя физкультуры и учителя других предметов общеобразовательной школы и преподаватели физического воспитания совместно с медицинскими работниками этих учреждений обязаны предпринимать все меры для поддержания, укрепления и приумножения здоровья у воспитанников, осуществлять педагогический и врачебный контроль за физической нагрузкой, по возможности вносить изменения в педагогический процесс учебного заведения.

На протяжении более чем десяти лет велась определённая систематическая работа со студентами с учётом высказанных положений. Анализ результатов работы после каждого учебного года позволял вносить изменения в учебный процесс по физическому воспитанию студентов. Стремление применить междисциплинарный

подход в работе по укреплению здоровья требовало комплексности от преподавателя, его компетентности в той или иной отрасли знаний. Физическое здоровье студентов осуществлялось внедрением в практику работы преподавателей программы по предмету «Физическая культура». В ней предусматривалось тестирование физической подготовленности (дважды в учебном году: осенью и весной) студентов, количественные показатели которого позволяли судить об успешности (или не успешности) работы преподавателя по укреплению физического здоровья и уровне развития физических качеств: силы, быстроты, выносливости, гибкости и ловкости. Тестирование студентов проводилось в беге на 100 м, 12-минутный бег, подтягивание на перекладине и прыжки в длину с места. Различия в показателях физической подготовленности осенью и весной давали возможность говорить об улучшении физического здоровья. Было установлено, что в каждом учебном году показатели по всем тестам имели тенденцию к улучшению. В докладе приводятся конкретные данные исследования физического здоровья студентов. О психическом здоровье студентов судили по результатам исследования у них состояния реактивной и личностной тревожности (тесты Спилбергера-Ханина, Дж.Тейлор, Г.Айзенка)[1], уровня развития психологических качеств (уверенность, решительность и др.)[2], а также выявлением типичных способов реагирования на конфликтные ситуации (К.Н.Тамас). Социальное благополучие (здоровье) изучали с помощью социально-психологических методов, количественные показатели которых давали преподавателю представление о душевном комфорте студентов (в целом группы) на учебных занятиях по физическому воспитанию: взаимоотношение студентов, их отношения с преподавателем, сплочённость и атмосфера в группе, степень удовлетворённости студентами проводимыми занятиями, самочувствие, активность, настроение и прочее.[3] Сочетание показателей психического здоровья и социального благополучия создавало на уроках по физическому воспитанию благоприятную атмосферу, помогающую студентам с удовлетворением выполнять физические упражнения и переносить физические нагрузки.

Также изучалось функциональное состояние (дыхательная и сердечно-сосудистая системы) студентов с помощью проб Штанге и Генчи. Показатели проб учитывались при проведении занятий, давались рекомендации для самостоятельной работы.

[1] Методика психодиагностики в спорте: учеб. пособие для студентов пед. институтов / Вл.Марищук, Ю.М.Блудов, В.А.Плахтиенко, Л.К.Серова. — М.: Просвещение, 1984. — С. 70–73, 159.

[2] Психология личности: тесты, опросники, методики. — М.: Гелликан, 1995. — С. 33–39, 71–75, 75–78.

[3] Ханин Ю.Л. Психология общения в спорте. — М.: Физкультура и спорт, 1980. — С. 172–175, 180–181, 184–185.

Комплексное изучение и междисциплинарный подход в работе со студентами позволяли получать «обратную информацию» о результативности работы преподавателя с группой, вносить коррективы в ход учебного процесса, осуществлять дифференцированный и индивидуальных подход и решать вопросы укрепления их здоровья.

В докладе будут приведены конкретные данные исследования по каждой составляющей здоровья студентов.

СУБЪЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ КАК МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Орлова М.М.

В последнее время большой интерес вызывает социально-психологическая модель болезни и здоровья, основанная на анализе механизмов психологической адаптации.

Механизмы социальной адаптации реализуются в контексте события, с которым взаимодействует человек. Традиция рассмотрения ситуации во взаимодействии с личностью в отечественной психологии связана, прежде всего, с понятием социальной ситуации развития Л.С.Выготского и психотравмирующей ситуации В.Н.Мясищева.

Наиболее общее определение понятия «ситуация» в современной психологии, как активного взаимодействия личности и среды дается Н.Г.Гришиной.[463]

Таким образом, ситуация может быть рассмотрена как сложная субъективно-объективная реальность, где объективные составляющие представлены в виде субъективного восприятия и личностной значимости для участников ситуации. Требования трудной жизненной ситуации, к которой можно отнести и болезнь, подвергают человека испытанию. Преодоление этой ситуации может приводить не только к изменению ситуации, но и к изменению самой личности.

В 1982 году нами было разработано и апробировано понятие «ситуация болезни».

Ситуация болезни включает в себя:

— объективный или внешний по отношению к личности больного компонент — болезнь и ее последствия, что может рассматриваться как объективно трудная жизненная ситуация, и отражает

---

[1] Гришина Н.В. Психология социальных ситуаций // Психология социальных ситуаций : хрестоматия. — СПб. : Питер, 2001. — С. 23–24.

изменившиеся условия психологической деятельности больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть — в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивационной сферы больного и способов ее реализации в условиях телесной болезни и ее последствий. В данном случае уместно говорить об изменившемся качестве жизни и степени субъективного неблагополучия;

— субъективный компонент — характеризуется степенью активности самой личности больного, ее направленности, механизмами саморегуляции, прежде всего ее мотивационно-потребностного уровня.[1]

Становление субъективного отношения к болезни рассматривается как процесс самопознания. В результате самопознания человек идентифицирует себя как здорового или больного человека, а свое состояние как здоровье или болезнь. Таким образом, болезнь и здоровье является, в том числе и субъективной реальностью. Эта реальность, по-видимому, включает в себя всю систему самовосприятия, самоотношения, идентификации себя со здоровым или больным человеком, а также выстраивание субъективной картины жизненного пути личности.

Интересным и недостаточно изученным является субъективное восприятие переживания здоровья и болезни. В связи с этим нами было предпринято исследование, направленное на анализ внутренней структуры переживания состояния здоровья и болезни.[2]

Объектом исследования выступали психически здоровые люди в возрасте от 20 до 60 лет, представители различных социальных слоев и профессий. Всего в исследовании приняло участие 58 человек. Наличие хронических соматических заболеваний отметили у себя 55% испытуемых.

В рамках исследования применялся метод структурированной беседы. Для определения уровня алекситимии использовалась Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Особенности субъективного восприятия здоровья и болезни исследовались по методике «Логические уровни сознания» и методике незаконченных предложений.

Были выявлены две основные стратегии переживания, связанные с выраженностью алекситимии. Влияние хронического соматического заболевания на восприятие здоровья и болезни мы рассмотрели на примере хронических соматических заболеваний (таких, как бронхит, функциональная диспепсия, гастрит), которые можно рассматривать в рамках первой ситуации болезни. Первая,

---

[1] Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких : автореф. дис. канд. психол. наук. — М., 1982.

[2] Орлова М.М. Субъективное восприятие переживания здоровья и болезни в зависимости от алекситимии и наличия хронического соматического заболевания // Интегративные исследования в медицине : материалы конференции. — Саратов, 2009.

или начальная ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее патофизиологических и социальных факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.[1]

Первая стратегия, характерная для испытуемых без алекситимии, предполагала значимость состояния здоровья как источника сил, мобилизующего личность на достижение значимых целей. Т.е. реализуется мотив самоактуализации. Испытуемые были уверены в своем здоровье и в том, что оно зависит от них. Состояние болезни предполагала активность и поиск выхода из сложившейся ситуации. Испытуемые были уверены в благоприятном исходе событий.

Вторая стратегия, характерная для испытуемых с выраженной алекситимией, предполагает значимость состояния здоровья как возможности получения комфорта и общения. Испытуемые не были уверены в стабильности своего здоровья и в том, что оно зависит от них. Состояние болезни предполагало пассивность, страх, беспомощность, одиночество и сосредоточенность на своих ощущениях. Для этой стратегии был характерен неблагоприятный прогноз или сомнения в благоприятном исходе событий.

Наличие заболевания, отвечающего условиям первой ситуации болезни, приводило, при первой стратегии к мобилизации и сохранению возможности идентифицировать себя как здорового человека, при второй стратегии к готовности идентифицировать себя как больного.

Таким образом, отсутствие алекситимии и внутреннюю картину здоровья можно рассматривать как элементы личностного адаптационного потенциала в отношении внутренней картины болезни.

Полученные нами результаты показывают, что для пассивной стратегии переживания здоровья и болезни характерна ассоциированность с эмоциональным реагированием, как позитивным — здоровье, так и негативным — болезнь, отсутствие представлений о собственных возможностях влияния на ситуацию, что можно рассматривать как проявление обученной беспомощности, утрата связи с близкими людьми, отсутствие надежд на выздоровление.

Для активной стратегии характерна самоактуализация, диссоциированность с эмоциональным реагированием, уверенность в благоприятном развитии событий.

Все эти выявленные нами особенности субъективного переживания здоровья и болезни уточняют представления о внутренней картине здоровья и болезни как едином адаптационном процессе, реализующем как самоотношение, так и отношение к миру и являющемся частью адаптационного потенциала личности.

---

[1] Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности. — Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2004. — С. 223–225.

ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТИ И КУЛЬТУРЫ ЧЕЛОВЕКА

Самусенков О.И., Самусенков В.О., Самусенкова Е.И.

Окружающая среда, огромный рост промышленного производства и технологий, изменение темпа жизни, различные экономические и политические потрясения являются серьезным испытанием для человека. Условия жизни выдвигают все более и более жесткие правила игры как для самого человека, так и (как следствие) для его здоровья. Знания о здоровье накапливались и уточнялись по мере развития цивилизации. На сегодняшний день человечество имеет огромную базу данных о здоровье, но до сих пор четкого определения понятия «здоровье» нет. В.В.Приходько определяет, что «...к построению интересующего нас понятия «здоровье человека» необходимо подходить, используя не научный метод, а философский». Даже в известном определении здоровья, данном ВОЗ, содержится отражение того факта, что здоровье человека вовсе не биологическая или медицинская дефиниция, так как предполагает не только отсутствие заболеваний (прямой прерогативы медицины), но и состояние полного физического, психического и социального благополучия, к достижению которого медицина прямого отношения не имеет. На одной из научных конференций был затронут вопрос адаптации — основы здоровья индивидуума. Исключительное значение адаптации общеизвестно, именно способность адаптироваться явилась тем «пропуском», который в эволюции позволил и позволяет индивидууму сохраниться и утвердиться в пространстве и во времени. Рассматривая здоровье как жизнеспособность, следует признать, что только в категориях адаптации феномен здоровья приобретает реальное содержание, без этой основы он теряет научный смысл. В словаре «Культурология. XX век» А.Я.Флиер дает определение культурной адаптации. Культурная адаптация — приспособление человеческих сообществ, социальных групп и отдельных индивидуумов к меняющимся природно-географическим и историческим (социальным) условиям жизни посредством изменения стереотипов сознания и поведения, форм социальной организации и регуляции, норм и ценностей, образа жизни и элементов картин мира, способов жизнеобеспечения, направлений и технологий деятельности, а также номенклатуры ее продуктов, механизмов коммуницирования и трансляции социального опыта. Резюмируя изложенные определения здоровья, авторы затрагивают и такие понятия, как деятельность человека, его жизнь, работоспособность, что, в свою очередь, связано с таким понятием, как «здоровый образ и стиль жизни». Рассматривая ЗОЖ человека как основополага-

ющее здоровья, следует определить само понятие образа жизни. В словаре «Культурология. XX век» понятие «образ жизни» определяется как системная и нормированная совокупность форм обыденной жизнедеятельности людей, порядков и способов их повседневного существования. М.Я.Виленский характеризует ЗОЖ как условие и предпосылку социальной активности человека, полноты выражения его духовных и физических сил; предполагает целенаправленное формирование его сознания и поведения, соответствующих требованиям здоровья. Ответственность за это формируется в комплексе всего индивидуального пути развития человека, его взаимоотношения с окружающими, как части общей культуры, проявляющейся в единстве стилевых особенностей поведения, манеры общения, способов мышления и ценностных ориентаций, реализуемых в индивидуальном образе жизни.

Анализируя проблему отношения к здоровью, необходимо исходить из факта несоответствия между потребностью человека в здоровье и его усилиями, направленными на его сохранение и укрепление. Причина, по мнению М.Я.Виленского, заключается в том, что в состоянии физического и психического благополучия здоровье обычно воспринимается как нечто, безусловно данное, потребность в котором хотя и осознается, но, подобно кислороду, ощущается лишь в ситуации его явного дефицита. Очевидно, что актуализация потребности в здоровье, обусловленная его ухудшением или утратой, сразу же активизирует действенную потребность индивида о своем физическом и психическом благополучии. Отсюда можно сделать вывод, что только общепринятыми педагогическими методами воздействия невозможно формировать потребность в здоровье, тем более у подростков, которые, как правило, считают себя физически и психически благополучными (при условии, если у них нет врожденных болезней). По нашему мнению, для более успешного формирования ценности здоровья нужно инкультивировать данную ценность в общую культуру человека, создавая культуру здоровья каждой отдельной личности (культурогенез). И если перед нами стоит задача формировать ценность здоровья, то нужно не голословно констатировать факт об актуальности здоровья, а вводить в культуру каждого человека здоровый, осознанный образ жизни для создания менталитета здоровой личности.

В контексте образования можно выделить следующие ценности:

- познавательные (знания, представления, мнения, суждения, идеи, теории, убеждения, мышление, особенности восприятия и их использование в учебной и физкультурно-спортивной деятельности);
- ценности психофизического состояния (здоровье, физическое развитие и подготовленность, двигательные уменя и на-

выки, физические качества, волевые проявления, уверенность в себе, психологический комфорт и др.);
- ценности психоэмоциональные (эмоциональные переживания, победы, рекорды, традиции, здоровый стиль жизни, самоуправление, саморегуляция и др.);
- ценности социально-культурные (самоутверждение, самовыражение, чувство собственного достоинства, общение, авторитет, взаимодействие, творчество и др.).

Все они тесно взаимосвязаны, подвижны. Уровень объективности ценностей физической культуры является показателем культурного развития студента как степени реализации ценностного идеала. Исходя из этого, «Культуру здоровья» следует понимать как форму структурно-функциональной адаптации человека в изменяющихся условиях окружающей среды посредством культурных паттернов здоровья (принципов, образцов, ценностей) и создание предпосылок к прогрессивному саморазвитию, самореализации и дальнейшему самовоспроизводству с последующей интеграцией в социальную практику.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Самусенков О.И., Снытко А.М., Саенко Н.Г.

Здоровье людей зависит далеко не только от медицины и систем здравоохранения, а от всего комплекса природных и социально-экономических условий жизни (И.И.Брехман). Показателем социальной зрелости государства является уровень состояния здоровья населения. В первую очередь необходимо учитывать степень физической активности студенческой молодежи. Усиление направленности на физическую активность является одним из факторов жизненного благополучия. Модель жизни, имидж, образ жизни — эти категории невозможно рассматривать без понятия «здоровье». Физическая активность является и составляющей определенного образа жизни, и показателем здоровья. Личность, которая реализует сегодня свои потенциальные возможности, способности, которая нацелена на повышение социального статуса, не может не задумываться о своем здоровье. Физические факторы благополучия жизни (физическая привлекательность, гармоничность телосложения и др.) обусловлены социальной мобильностью личности.

Профессиональная дееспособность работника здравоохранения также существенно зависит от занятий физическими упражнения-

ми. Физическая культура оказывает влияние на все аспекты жизнедеятельности индивида. Ведь воспитательный эффект физической культуры как системы регулирования многих проблем социальной жизни проявляется не только в процессе занятий физическими упражнениями, но и в ходе общения людей друг с другом.

Чаще люди занимаются физической культурой, когда проблемы со здоровьем уже возникли. Для сохранения и восстановления здоровья недостаточно пассивного ожидания, когда природа рано или поздно сделает свое дело. Человек сам должен совершать какие-либо действия. Для каждого действия нужен мотив. Для сохранения здоровья очень важна мотивация здорового образа жизни.

Исследования показывают, что существуют определенные средства, развивающие установку на определенный здоровый стиль жизни:

- усвоение знаний социального, психологического, педагогического характера, влияющих на совершенствование методологии физической культуры;
- повышение социальной мобильности молодежи для формирования здорового образа жизни;
- анализ культурологического аспекта физической культуры для подготовки высококвалифицированного специалиста, ориентирующегося в социокультурных условиях общества;
- формирование правильной мотивации на занятия физическими упражнениями;
- исследование ценностных ориентации как фактора жизненной позиции личности.

НАПРАВЛЕНИЯ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Самусенков О.И., Самусенкова Е.И., Гвинджилия Г.Г.

Физкультурно-оздоровительная работа, ее содержание, направленность, формы организации, методы относятся к числу наиважнейших факторов, оказывающих влияние на здоровье молодого человека — и не только физическое, связанное с его физическим состоянием и развитием, но и на иные его стороны, аспекты — нравственность и психическое здоровье.

О ситуации, сложившейся со здоровьем молодежи, хорошо известно. Оно катастрофически ухудшается. Падает и физическая подготовленность абитуриентов, в том числе и медицинских вузов. Увеличивается число студентов с ограниченными возможностями

здоровья (специальные медицинские группы) и полностью освобожденных от физического воспитания, детей-инвалидов. Еще более тревожен факт, что у молодых людей ухудшается их психическое самочувствие, во всех сферах жизни, среди различных слоев населения наблюдается крайне низкий уровень духовного и нравственного здоровья.

Анализ сложившейся системы физкультурно-оздоровительной работы со студенческой молодежью, эффективности ее функционирования и влияния на духовное и физическое здоровье показывает, что для изменения ситуации нужны новые ориентиры в этой работе, существенное изменение ее направленности, форм и методов.

Особенно важен следующий аспект новых ориентиров. Он связан с тем, что в рамках сложившейся системы решаются задачи преимущественно двигательного характера, телесного развития человека: повышения уровня его физической подготовленности, улучшения телосложения, профилактики заболеваний. Однако не ставится достаточно четко и крайне неэффективно решается задача формирования и развития у молодежи физической культуры как важного элемента культуры личности.

К сожалению, во многих вузах отсутствует целенаправленная работа по формированию высокой физической культуры молодого человека, и это порождает, прежде всего, крайне низкий уровень физкультурной грамотности. Он проявляется в отсутствии элементарных знаний о физическом развитии человека и факторах, воздействующих на это развитие, о методике использования физических упражнений в оздоровительных и других целях, в ошибочной (как правило, завышенной) оценке собственного физического состояния (здоровья, физической подготовленности и т.д.)

Отсутствие целенаправленной работы по формированию физической культуры личности приводит и к тому, что не развиваются достаточно мощные и эффективные стимулы, побуждающие самого человека без принуждения постоянно, регулярно, систематически заботиться о своем здоровье и физическом совершенствовании, активно заниматься физическими упражнениями и спортом.

Изменение приоритетов требует существенной корректировки в технологии организации занятий по физическому воспитанию в вузах и других учебных заведениях, в системе подготовки и переподготовки кадров и т.д.

К числу важнейших задач совершенствования и перестройки современной системы физкультурно-оздоровительной работы с молодежью необходимо отнести и задачу поиска и внедрения таких комплексных форм ее организации, таких ее моделей, которые обеспечивают не только профилактику заболеваний, физическое совершенствование человека, но вместе с тем улучшение его психичес-

кого состояния, духовное совершенствование, то есть оказывают целостное гуманистическое воздействие на личность.

Одним из таких проектов является «СпАрт» (спорт, духовность, искусство) — новая модель организации и проведения соревнований, игр, прежде всего для молодежи. Этот проект разработан доктором философских наук, профессором В.И.Столяровым.

Важное значение для обеспечения целостного гуманистического воздействия на личность в процессе физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в вузе необходимо придать реализации программы гуманизации физического воспитания молодежи, созданию такой системы этого воспитательного процесса, в основу которой положены принципы гуманистической педагогики и психологии. Важнейшими из этих принципов являются: усиления внимания к личности каждого молодого человека как к высшей социальной ценности; превращение ученика из объекта социально-педагогического воздействия педагога в субъекта активной творческой деятельности на основе развития внутренних мотивов к самосовершенствованию и самопреодолению; демократизация в отношениях преподавателя с учениками; индивидуализация в работе на основе получения и учета достоверной информации о состоянии здоровья человека, уровне его физической подготовленности, индивидуальных психологических особенностях и т.д.; организация личностного обучения в групповой форме; осуществление активного социального обучения в целях педагогической коррекции.

Основной акцент в ходе занятий на основе данной программы смещается с обучения занимающихся определенным двигательным умениям и навыкам (традиционный подход) на совершенствование их индивидуального физического развития, формирование и развитие физической культуры (прежде всего культуры здоровья), устойчивой социально-психологической установки на здоровый образ и стиль жизни, активные занятия физическими упражнениями, а также соответствующих систем знаний.

Студенчество — это часть молодежи, которая является будущей интеллигенцией общества, интеллектуальным потенциалом страны, который будет в дальнейшем влиять на формирование ценностных ориентаций в обществе. Следовательно, от того, насколько здорова и квалифицированна будет эта группа, зависит будущее страны.

Студенческая молодежь представляет интерес как поколение, которое в силу значительного образовательного уровня, активного трудоспособного возраста, динамичного социального поведения в ближайшем будущем займет место основной интеллектуальной и производительной общественной силы, страны. Следовательно, исследование этой группы социально значимо. Но подход к исследованию этой группы должен быть дифференцированным, так как

студенты разных вузов (разных специальностей) будут привлечены в разных отраслевых группах или областях деятельности, представлять техническую, творческую интеллигенцию, поэтому для адекватного воздействия важно рассмотреть разные группы студентов. Данный подход позволяет конкретизировать характеристики студенчества в отличие от простого усреднения и экстраполяции результатов конкретного исследования на студенчество в целом. Это должно обеспечить разработку конкретных механизмов воздействия на студентов с точки зрения их специальности и территорий проживания. Интересным представляется эмпирическая база исследования и ее результаты, полученные на основе опроса группы студентов разных специальностей (медико-биологического, технического, гуманитарного профиля) в различных городах РФ. Программа этого опроса была разработана как составная часть международного исследования «Образ жизни и ценностные ориентации молодежи Германии, Чехии и России».

Проведенное исследование показывает, что относительно высокий рейтинг ценности здоровья еще не означает обязательного самосохранительного поведения. Сознание и поведение — это для многих совершенно разные вещи. Тем более что молодые люди часто не воспринимают здоровье как ценность, вследствие отсутствия глобальных проблем связанных с физическим и психическим состоянием молодого организма. Поэтому зачастую только при ухудшении состояния здоровья происходит переоценка ценностей, в которой витальные, а именно здоровье, занимают одну из первых ступеней.

Конструирование технологической системы требует уточнения содержания и структуры физической культуры личности студента. Ее составляющими и их содержательными компонентами могут выступать:

- знания (их объем, осознанность, научность, умение их применять);
- мотивационно-ценностные ориентации (мотивы, интересы, установки, убеждения, потребности);
- социально-духовные ценности (нравственность, эстетика, мировоззрение, здоровый стиль жизни, отношение к труду);
- физическое совершенство (физическое и функциональное развитие, подготовленность, двигательные умения и навыки);
- физкультурно-спортивная деятельность (образовательная, пропагандистская, организаторская, судейская, инструкторская, по самосовершенствованию, с профессиональной направленностью, оздоровительно-рекреационная).

Каждый компонент должен иметь критериальные характеристики на основе количественных измерений, интеграция которых позволяет определить уровни развития физической культуры личнос-

ти (ситуативный, начальной образованности и творческий). Дальнейшее развитие технологического процесса связано с разработкой алгоритмических шагов, обеспечивающих движение к поставленной цели.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ — ПРОБЛЕМА НЕ ТОЛЬКО ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ

Самусенкова Е.И., Халилулина Ф.А., Телишевский А.Б.

Здоровье человека, являясь необходимым условием активной жизнедеятельности и долголетия, повседневного благополучия, формируется и проявляется на протяжении всего его жизненного пути. Начиная с семьи, школы, затем в вузе, или в любом социальном институте центральной задачей наряду с воспитанием и обучением является и формирование здорового образа жизни развивающейся личности. Роль любого педагога в этом процессе чрезвычайно значима, т.к. по своему положению, по своей профессиональной роли он является не только носителем специальных знаний, но и воплощением нравственных норм, образом поведения, здорового стиля жизни и адекватного отношения к своему здоровью.

Здесь можно выделить два взаимообусловливающих полюса. С одной стороны, материалы научных публикаций констатируют резкое ухудшение здоровья учащейся молодежи, во многом определяемое невратизируюшей средой обитания, создаваемое, кроме прочих, и преподавателями. С другой стороны, преподаватели как профессиональная группа отличается крайне низкими показателями физического и психического здоровья. Все эти факты многократно усиливаются безграмотностью педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья (В.З.Коган, К.И.Барсукова, В.А.Полесский). Все вышесказанное относится, прежде всего, к методологии формирования здорового образа жизни студентов вузов, т.к. состояние здоровья будущего врача, педагога, стиль его жизни будет оказывать решающее воздействие на здоровье подрастающего поколения. Здоровье студентов медицинских вузов можно рассматривать как интегральное качество в системе: «здоровые родители — здоровый педагог — здоровые дети — здоровый этнос» (Э.В.Пономаренко).

В связи с этим, проблему формирования здорового образа жизни будущего врача по степени значимости следует рассматривать в контексте концепции охраны здоровья нации. Центральной задачей здесь является воплощение его отношения к своему здоровью и

здоровью студентов, как базисное условие здорового образа жизни в целом. Практическое интегрирование такой системы позволит эффективно решать проблемы охраны и укрепления здоровья студентов и мотивировать у них готовность быть в дальнейшем, так называемым «учителем здоровья».

Формирование здорового стиля жизни — это целостная медико-психолого-педагогическая проблема, включенная в социальный культурный контекст эпохи, поэтому задачи исследования должны быть ориентированы на комплексное ее решение. Они должны включать в себя:

— изучение отношения испытуемых к своему здоровью;

— определение приоритетных проблем, связанных со ЗОЖ;

— определение уровня информативности в отношении факторов риска развития заболевания;

— степень овладения умениями и навыками ЗОЖ;

— определение уровня медицинской активности.

Результаты информационно-аналитической части исследования оформляются в систему мероприятий по формированию ЗОЖ студентов медицинского вуза:

— внедрение современных методов мониторинга здоровья;

— разработка систем физического воспитания на основе индивидуально-типологического подхода;

— стимулирование повышенного внимания студентов к вопросам укрепления здоровья, рациональной двигательной активности;

— разработка и внедрение соответствующей учебной, методической и дидактической литературы для студентов и специалистов, повышающих свою квалификацию.

Мониторинг элементов ЗОЖ проводится с использованием анамнез-опросников, включающих в себя: медицинский, социально-экономический и спортивный анамнез, а также анализ субъективных ощущений и поведенческих факторов риска. Данные мониторинга будут способствовать корректировке и повышению эффективности программы. Привлечение к оценке самих участников, не только вносит вклад в улучшение последующих мероприятий по вмешательству, но и способствует поддержанию и усилению программы мероприятий в целом. Программа по формированию ЗОЖ, ориентируясь на вышеперечисленные задачи, включает в себя 6 компонентов: 1) организация исследуемой среды 2) оценка потребностей; 3) определение приоритетов, 4) всестороннее и интегральное вмешательство; 5) контроль и оценка программы; 6) поддержание ее функционирования.

Накопленный опыт социально-педагогических исследований свидетельствует, что программы, формирующие здоровье, успешно развиваются там, где их планирование, разработка и проведение базируется на данных оценки существующей практики и потребностей людей, т.е. основаны на социальном заказе общества. Только

после оценки реальной ситуации с точки зрения исследуемой социальной группы, изучения и оценки существующих потребностей возможны объективная подача информации, необходимой для принятия решений, отвечающих имеющимся нуждам и оценка хода реализации формирующей программы.

МОЛОДОСТЬ И БОЛЕЗНЬ КАК АНТИПОДЫ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА

Соколова И.С.

Болезнь как медико-биологическое явление соотносится с любым периодом жизни человека, хотя для медицинского сообщества многие заболевания «закреплены» за определенными возрастными этапами (детские болезни, заболевания, проявляющие себя в молодости, зрелости, старости человека, а также встречающиеся сразу в нескольких возрастных группах, например, в молодости и старости). Случаи отклонений от статистической нормы часто сопряжены с первоначальным неприятием их в среде медицинских работников. Если это молодой пациент, то поведение врача будет описываться, с одной стороны, как деятельность специалиста в социуме профессионалов, с другой, как проявление человека в социуме вообще. Рассмотрим причины подобного обстоятельства, имея в виду, что второй аспект затрагивает болезнь как феномен социальный.

Болезнь как социальный феномен, также присутствующий или способный присутствовать в жизни человека на любом возрастном этапе, с нашей точки зрения, получает разные статусы в зависимости от возрастной группы, к которой принадлежит ее носитель. С известной долей условности можно сказать, что социумом в целом на уровне обыденного сознания этот феномен оценивается как несуществующий применительно к лицам молодого и даже среднего возраста и существующий по отношению к пожилым. Здоровье и старость также воспринимаются практически как несовместимые. С позиций социального стереотипа молодость всегда ассоциируется со здоровьем, тогда как старость — время болезни. Эти процессы можно отнести к проявлениям возрастных стереотипов как представлений людей о свойственных каждому периоду стратегиях поведения в обществе[1]. Для формирования социального стереотипа, касающегося соответствий между возрастом и болезнью, важна не столько реальная,

[1] Суходольская Н.П. Социальный стереотип в жизнедеятельности людей : автореф. дис. ... канд. филос. наук. — М., 2009. — С. 14.

действительная статистика, которой основная часть представителей социума не владеет, сколько эмпирический опыт наблюдения, у них имеющийся. Негативное отношение реализуется, прежде всего, в речевом поведении людей, особенно ярко проявляясь в ситуациях межвозрастных контактов, когда пожилой человек высказывает недоумение, недоверие, пренебрежение при общении с молодым больным, к примеру, находящимся рядом с ним в клинике.

Молодой человек оказывается под воздействием ожиданий в отношении собственной трудоспособности и активности двух типов: со стороны общества, которое в общем случае предписывает ему осознавать себя деятельным и полезным в социальном плане, даже если он официально признан инвалидом, и со стороны самого себя. Для лиц пожилого и старческого возраста первая задача отпадает не только на правовом уровне (они не рассматриваются как трудоспособные), но и на социальном. Никто не ожидает от них активности, даже если они абсолютно здоровы. Остается возможная потребность со стороны самого пожилого человека, которая далеко не всегда, однако, может быть реализована по причине дискриминации при приеме на работу. Молодой человек в состоянии болезни испытывает, таким образом, двойное давление, что может приводить к нарушению самоидентичности.

Другая проблема заключается в том, что во многих обществах сформирован социальный стереотип отношения к пожилым и старым людям как к обладателям заслуг, приобретенных в течение долгой жизни, носителям опыта, мудрости, хотя очевидно, что реальные заслуги есть далеко не у каждого. Молодость, напротив, — время отсутствия опыта и больших достижений, но и время начинаний. Поэтому в пределах описываемого стереотипа старость обладает приоритетом уважения, тогда как молодость сопряжена с необходимостью заслуживать это уважение и утверждать себя. То, что автоматически имеет человек пожилого или старческого возраста уже по праву протяженности своей жизни, молодой человек должен завоевывать. В ситуации болезни молодого человека последнее сделать намного сложнее. Если речь идет о хронической болезни, уязвимость его положения отягощается тем, что он постоянно находится в специфическом состоянии между здоровьем и болезнью. Л.Дитрих отмечает в связи с этим: «Раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но скорее находятся в и вне состояния ремиссии. Тело пребывает, терзаемое болезнью или ее угрозой. Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями»[1].

[1] Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. — Minneapolis: University of Minnesota Press, 2007. — P. 3.

Такое положение может приводить к фрустрации во время обострения заболевания при попытках достижения поставленных высоких целей в период ремиссии. Если заболевание возникло не в детстве, а именно в молодости, человеку тем более трудно соответствовать как собственным ожиданиям, так и ожиданиям общества.

Особая ситуация складывается, когда больной молодого возраста находится в терминальной стадии. Если человек старческого возраста так или иначе принимает неизбежность смерти как вполне естественный финал долгой жизни, то для молодого человека это признание оказывается чрезвычайно сложным. Стереотип диктует понимать раннюю смерть в исходе развития болезни как явление неестественное. В культуре она становится объектом постоянной и многогранной художественной рефлексии. Например, кино предлагает самые разные интерпретации этой проблемы. Назовем только некоторые художественные фильмы, в которых она затрагивается: «Достучаться до небес» (Германия, Бельгия, 1997 г.), «Небеса подождут» (Германия, 2000 г.).

Молодость и болезнь, таким образом, практически несовместимы на уровне обыденного сознания, что может приводить к стигматизации молодых людей, находящихся в состоянии болезни. Спектр предлагаемых ярлыков широк: в ситуациях очевидных проявлений болезни — неудачник, в не столь заметных случаях — человек, не в меру озабоченный собственным здоровьем, симулянт и т.д. Стереотип всегда характеризуется качеством устойчивости, поэтому образ молодого человека в состоянии нездоровья как негативно окрашенное представление разрушить сложно. Думается, что частичным решением проблемы была бы особая, именно на них ориентированная, психологическая поддержка таких молодых людей.

ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Токкулиева Б.Б.

Обеспечение здоровья населения является центральной проблемой в развитии современного общества, которая вышла за пределы медицинской и превратилась в острую социальную. В современных социально-экономических условиях, которые характеризуются высоким уровнем заболеваемости и общей смертности населения, снижением рождаемости и ухудшением здоровья детей, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую зна-

чимость[1]. Сегодня охрана общего и репродуктивного здоровья больше не рассматривается как изолированная область медико-санитарного обслуживания. Содержание этой сферы деятельности все в большей мере связывают с первоочередными проблемами здравоохранения. Поэтому основной целью здравоохранения Республики Казахстан является достижение реальных позитивных сдвигов в показателях личного и общественного здоровья населения, сокращение прямых и косвенных потерь общества от болезней и преждевременной смерти граждан. Одним из обязательных условий достижения этих целей является развитие службы охраны материнства и детства. В настоящее время стали выделять зоны экологического неблагополучия, повышенного экологического риска, экологического бедствия, а также экологической катастрофы. Техногенные изменения обгоняют адаптационные онтогенетические и филогенетические возможности человеческого организма. Интенсивное и длительное воздействие вредных факторов может вызывать перенапряжение и срыв компенсаторно-приспособительных механизмов и тем самым способствовать развитию предболезненных и патологических состояний. Одним из методов изучения техногенных экосистем является геохимическое ландшафтоведение. В частности, эколого-геохимическое картографирование, опирающееся на регулярную сеть апробирования[2], связь загрязнения воздушной среды с наличием загрязнений снега, почвы, биологических объектов[3]. Обязательному контролю в объектах окружающей среды подлежат высокотоксичные элементы первого класса опасности: свинец, кадмий, ртуть, мышьяк. На состояние репродуктивного здоровья, которое обеспечивает функцию деторождения и воспроизводства (репродукцию) населения, существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье. Уменьшение реальности социальных гарантий привело к росту психических и социально значимых заболеваний; почти половину больных психическими расстройствами составляют женщины. Динамика заболеваемости разных групп населения имеет неблагоприятные тенденции. Значительно увеличилась доля заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением, изменилась структура заболеваемости взрослого населения, возросла частота болезней системы кровообращения, нервной систе-

---

[1] Айламазян Э.К., Беляева Т.В. Теория и практика общей экологической репродуктологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2000, № 3. — С. 8–10.

[2] Методология и методика почвенных и ландшафтно-геохимических исследований / под ред. М.И. Глазовской. — М., 1979.

[3] Васильева Т.П., Посисеева Л.В., Полякова А.Н. и др. Репродуктивная установка и репродуктивное здоровье семей из районов с различной экологической ситуацией // Новые технологии охраны здоровья семьи : сборник научных трудов. — Иваново, 1997. — С. 373–377; Геохимия техногенеза / под. ред. В.К. Лукашова. — Минск, 1991.

мы, инфекционных болезней, заболеваний мочеполовых органов. По данным ВОЗ, 100 тысяч химических веществ, около 50 физических и 200 биологических факторов, а также неблагоприятные эргономические условия, тяжелые физические нагрузки наряду с психическими и социальными проблемами могут являться факторами, повышающими риск нарушения здоровья. При этом именно состояние репродуктивной системы человека и здоровье рожденного поколения являются интегральными показателями экологической и техногенной нагрузки, отражают степень агрессивности окружающей, в том числе производственной, среды. Проблема охраны репродуктивного здоровья в настоящее время далека от разрешения, так как является не только медицинской. Это — комплексная проблема акушеров-гинекологов, гигиенистов, педагогов и психологов, социальных работников и экологов, экономистов, юристов и политиков. Каждое новое поколение сейчас рождается более слабым и более малочисленным, чем предыдущее. Проведение комплексных научных исследований и практических мероприятий по охране репродуктивного здоровья семьи является государственной стратегией. Наряду с этим усилия каждого медицинского работника, будь то врач или медсестра, направленные на сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения, способствуют и сохранению нации в целом.

МОТИВАЦИЯ К ЖИЗНИ КАК ПРОДУКТ КОНСЕНСУСА ИНДИВИДУУМА И ОБЩЕСТВА

Федотова Е.В.

Проблема отношения человека к собственному здоровью и стремление к его сохранению, в конечном счете, сводится к желанию продолжения самой жизни индивидуумом и отношению общества к ценности жизни индивидуума. Закономерности трансформации отношения к ценности здоровья в обществе чрезвычайно сложны и могут быть осмыслены как с позиций вечных законов философии, базовой позиции исследователя как сторонника меры познаваемости мира, так и с позиций экологической доминанты в отношении к демографической ситуации на планете.

Стремительное нарастание скорости трансформации окружающего мира идет по нескольким основным направлениям.

1) Усугубление противоречий между необходимостью заботиться о сохранении человечества, причем человечества здорового (как

неотъемлемой составляющей гуманистического мышления и стратегии социального государства) и осознанием необходимости сдерживания перенаселения планеты людьми, генетический аппарат которых нарушен употреблением огромного количества канцерогенов, генетически модифицированных продуктов и лекарств.

2) «Размытость» общественных целей и невозможность индивидуумов большинства стран ощущать сопричастность к большим общим делам как нарушение одной из важнейших потребностей человека.

3) Неуверенность в завтрашнем дне как результат недоверия правительствам в отношении как предоставляемой населению информации, так и искренности намерений, их направленности на социальную составляющую.

4) Необходимость заботы о сохранении окружающей среды как базовой составляющей существования человечества и необходимость наращивания технологических мощностей, развития экономики с пониманием, что создание безотходного производства нереально.

Интеллектуальный уровень людей различен, как различно осознание своего места в мире и собственного предназначения. Однако социальное бессознательное формируется на основе сложных взаимосвязей возможностей самого индивидуума, рефлексии, идентичности и целенаправленных действий сил (как конструктивной, так и деструктивной направленности), формирующих ценности общества. Признаваемая большинством исследователей генетическая склонность части населения к депрессиям и суицидам не может быть оправданием нарастанию числа самоубийств в «цивилизованных» странах.

Многократно обсуждаемый феномен Китая как модели быстро развивающегося государства, население которого стремительно увеличивается, несмотря на признаваемые мировым сообществом жестокую эксплуатацию бедного населения и критику коммунистического стиля правления, действительно заслуживает внимания.

Вероятно, необходимо серьезно обсудить объективную возможность сохранения и усиления мотивации беречь собственное здоровье гражданином и совокупность действенных мер государства в этом направлении. Найти «золотую середину» в эпоху неослабевающего господства «золотого тельца» в постиндустриальном, информационно-насыщенном и ленивом по отношению к работе над своим физическим и духовным совершенствованием обществе непросто. Однако можно сделать вывод, что пространные теоретические рассуждения рано или поздно должны облекаться в форму четких и ясных стратегий, концепций, законов, дающих человеку и гражда-

нину не только возможность определиться с жизненными идеалами, но и желание поддерживать собственную физическую форму и душевное равновесие. Для большинства граждан формулировка четких правил совершенно необходима. В гражданском обществе должны быть позитивные и реально мыслящие лидеры. В жесткой конкурентной борьбе возможен социальный маркетинг, можно научиться считать деньги и получать прибыль не только за счет бизнеса на болезнях, «продавливания» мифически эффективных лекарств и биодобавок, закрывания глаз на процветание наркобизнеса, производства и торговли табачными изделиями.

Можно вспомнить, что не более 10% в состоянии общественного здоровья за лечебной медициной, и здесь целесообразно пересмотреть направления финансовых потоков в сторону борьбы с негативными последствиями. Вторичная и третичная профилактика, безусловно, важны, но тогда, когда исчерпаны ресурсы первичной профилактики. Человек должен получать лечение только тогда, когда сделал все возможное для профилактики болезни. Совершенно справедливы высказывания, касающиеся ответственности человека за состояние собственного здоровья. В Российском обществе прочно укрепилась недооценка важности здорового образа жизни и легкое отношение к употреблению лекарств, распространенность требований к представителям практической медицины вернуть былое здоровье без отказа от вредных привычек (прежде всего — табакокурения), без усилий по корректировке рациона питания и двигательной активности. Необходимо менять образ мышления в обществе. Руководство страны должно быть готово к восприятию многих мер как ущемляющих интересы отдельных слоев населения или финансовых магнатов. Но возможность прийти к консенсусу есть. Как найдено понимание в стратегиях и стандартах лекарственной терапии и высокотехнологичных хирургических операций с позиций доказательной медицины, так может быть достигнуто соглашение и в вопросах «здравотворчества». Справедливо желание выручить из беды, оказав дорогостоящую медицинскую помощь избранным по воле счастливого случая (спонсорская помощь), или благодаря квотам (помощь программными методами от государства). Но не менее важно наметить такие недорогие пути выхода из финансово-эмоционального кризиса как разумное потребление, снижение темпов гонки за материальными благами исключительно ради навязанных извне стандартов. Необходимо добиваться соответствия претензий на получение образования способностям молодежи и ситуации на рынке труда. Человека нельзя заставить ценить свою жизнь и заботиться о здоровье, но можно обеспечить условия свободы выбора, развития и ощущения радости бытия.

ВНЕШНИЕ РИСКИ КАК ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Федорова Л.М.

Специальность патологоанатома, овладеть которой может только врач, является профессией, становление которой начинается с момента возникновения научной медицины. Центром профессиональной деятельности патологоанатома является экспертная практика. Сущность экспертизы — вынесение объективных обоснованных суждений профессионалами. Важно отметить, что предмет и задачи экспертизы в патологической анатомии вариативны, поскольку содержание последней составляют вопросы морфогенеза и патогенеза болезней, изучение закономерностей возникновения, распространения и особенностей течения болезней в различных географических зонах, влияния на болезни множества лекарственных препаратов и условий быта, изучение клинико-морфологического проявления болезней и их патоморфоза. Выясняя материальные основы болезней на разных уровнях (целостный организм, органы, ткани, клетки, субклеточные структуры) патологическая анатомия служит практическим нуждам здравоохранения. Перед практическими патологоанатомами стоят следующие задачи: 1) помощь в прижизненной диагностике; 2) контроль лечебного дела; 3) предотвращение развитий эпидемий; 4) повышение профессиональной квалификации медицинского персонала; 5) участие в научной разработке проблем патологии человека.

Мы полагаем, что профессионализация патологической анатомии детерминирована двумя видами социальных факторов. Первый вид определяется внутренней логикой развития института медицины как самостоятельного социального феномена, второй — внешней для него социальной средой. Нетрудно заметить, что приведенные задачи патологической анатомии определены преимущественно факторами внутреннего характера, исключение составляет лишь задача предотвращения эпидемий. В целом они связаны с необходимостью минимизации рисков, генерируемых самой медицинской профессией (риск постановки неверного диагноза, ошибок в лечении, недостаточности знаний конкретных врачей или теоретической базы отрасли).

Внутренние факторы «вписывают» профессию патологоанатома в общий контекст потребностей врачебной и смежных профессий и определяют ее эволюционное развитие. Внешние факторы связаны с потребностью в минимизации профильных рисков общесоциального характера. К ним относится не только угроза эпидемий, но и войны. Длительные войны существенно влияют на структуру заболеваемости населения, порождая специфические виды травм и бо-

лезней, и тем самым, ставят перед патологической анатомией новые задачи. Весьма показательным в этом отношении является период Великой Отечественной войны.

Военные условия потребовали пересмотра всей тематики научно-исследовательской работы, характерной для большинства центров советской предвоенной медицины. Например, в годы Великой Отечественной войны на кафедре Саратовского медицинского института научные исследования фокусировались на вопросах военной патологии («военный нефрит», анаэробная гангрена). Личный состав кафедры взял на себя обязательство по ранней диагностике эпидемических заболеваний в городе и участвовал во всех мероприятиях, проводимых органами здравоохранения по борьбе с распространением этих заболеваний. В целом, силами военных патологоанатомов были разработаны многие вопросы теории раневого процесса, что обеспечило создание научно-обоснованных методов лечения огнестрельных ранений и их осложнений. Патологоанатомические данные сыграли весьма важную роль в решении таких проблем военной патологии, как шок, вторичные кровотечения, раневой остеомиелит, гнойно-резорбтивная лихорадка, травматическое истощение и раневая инфекция.

Великая Отечественная война диктовала необходимость установления точных причин смерти бойцов на поле боя и этапах медицинской эвакуации. Результаты анализа патологоанатомических данных имели важное значение для совершенствования организации всех сторон лечебно-эвакуационных мероприятий.

Патологоанатомическая служба Советской Армии, организаторами и руководителями которой были А.А.Васильев, М.Ф.Глазунов, Н.А.Краевский, А.В.Смольянников, включала в себя прозектуры, фронтовые, армейские и другие патологоанатомические лаборатории (ПАЛ)[1], возглавляемые ведущими отечественными патологоанатомами. В частности, в Саратовском медицинском институте была организована центральная прозектура для всех эвакогоспиталей города под руководством профессора М.А.Антонова. Обозначенные трансформации способствовали увеличению числа патологоанатомов, интенсификации их научной деятельности, корпоративной консолидации как таковой. Действительно, скорость профессионализации патологической анатомии в послевоенные годы возросла. Недостаток кадров патологоанатомов после войны был в известной мере уменьшен за счет включения в работу прозектур демобилизованных врачей фронтовых и армейских ПАЛ, молодых, энергичных, предан-

[1] Единая полевая военно-медицинская доктрина предвоенных лет предусматривала наличие патологоанатомических лабораторий в рамках отдельных медико-санитарных батальонов. Конечным этапом в лечении раненых и больных в системе этапного лечения с эвакуацией по назначению были эвакогоспитали, собственной прозектурой, как правило, не обладавшие.

ных своему делу патологоанатомов, большей частью прошедших подготовку в институтах усовершенствования врачей. Многие из них со временем стали руководителями крупных патологоанатомических отделений больниц, сотрудниками кафедр и отделов НИИ, профессорами, заведующими кафедр и т.д.[1]. Именно они смогли переориентировать свою профессию на задачи мирного времени.

АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

Цепелева Н.В.

На фоне смены этапов цивилизационного развития глобальный характер сегодня принимает проблема здоровья человека как биологического, психологического и духовного фундамента его жизни. На границе второго и третьего тысячелетий данная проблема приобрела особую философско-научную и аксиологическую актуальность. Как отмечается во многих работах, в условиях нарастания глобальных проблем и предельно обострившейся экологической ситуации самосохранение живой природы на Земле оказалось под угрозой, а полноценное существование человека, обеспечение его здоровья и максимальной продолжительности жизни даже в индустриально развитых странах стало сомнительным. В силу этих и многих других причин в центре научно-философского осмысления перемен, осуществляющихся на нашей планете, становятся все более и более аксиологически нагруженными понятия жизни, биосферы человека и его здоровья.

Обзор литературы и жизненная практика показывает, что проблема здоровья человека сегодня рассматривается преимущественно в направлении дифференциации наук о человеке и здоровье. Накоплен достаточный материал для исследований в аспекте интеграции, а это требует привлечения к анализу данной проблемы всего многообразия направлений современного знания. В современной литературе и культуре в целом довольно много внимания уделяется проблеме именно физического здоровья. Однако можно зафиксировать малоизученность именно философских (антропологических и аксиологических) оснований названной проблемы. Вне внимания исследователей оказывается вопрос о духовном здоровье человека, о метафизической глубине его существования, в основаниях которой порой коренятся многие причины человеческих болезней и средства для

[1] См.: Саркисов Д.С., Сапрыкин В.П., Милованов А.П. Патологоанатомическая служба на современном этапе // Архив патологии. — 1999, № 1.

избавления от них. В этом плане выделяется статья А.В.Добриновой, в которой отмечается, что понятие «духовное здоровье» связано с понятием о норме, под которой автор понимает вслед за святоотеческой традицией замысел Творца о мире и человеке, т.е. человеческое состояние целостности, целомудрия, гармонии души, тела и духа, существовавшего до грехопадения человека[1]. После грехопадения целостность человека была утрачена, дух потерял свою силу и подчинился душе, которая в свою очередь стала жить желаниями и потребностями тела. Но прежде чем говорить о составляющих понятия «духовное здоровье» необходимо определить содержание термина «дух». В данной статье под духом понимается следующее: 1) это человеческая способность, отличающая человека от животного (в отличие от тела и души); 2) начало внутренней жизни в человеке, в этом смысле дух выступает синонимом сердца; 3) дух — высшая способность человека, связующая его с Богом, сила, позволяющая познать Бога и соединиться с ним. Таким образом, в этой статье «дух» трактуется в религиозном (православном) смысле. Дух присутствует в любом человеке. Однако его положение в человеческом естестве может быть различным. Дух может занимать центральное положение в структуре человека и просвещать тело и душу, а может находиться в подчинении у душевно-телесной стороны, тогда дух обеспечивает только жизнь тела и человек живет лишь животной жизнью. Последнее нарушение иерархической стройности человеческой структуры несет за собой ряд отрицательных последствий, принимающих различную форму, в том числе форму физических и психических болезней. Однако, на наш взгляд, нарушение иерархической стройности человеческого бытия имеет еще одно более важное последствие: оно связано с нарушением иерархической стройности мира, бытия в целом, в котором происходит нарушение рангов духовных ценностей. Человек строит свою культуру на иных, недуховных (материальных, душевных, абстрактно-идеальных) основаниях. И, как следствие этого, потерянность человека в мире, отсутствие ясной цели и смысла жизни, ощущение неудовлетворенности жизнью, отчужденности и т.д. В пограничных ситуациях, в ситуациях выбора между однопорядковыми ценностями (например, любовь и реализация своего Я, свобода и воля, любовь и долг) современный человек теряется. В связи с вышесказанным, на наш взгляд, необходимо больше уделять внимания проблеме системы жизненных ценностей человека, и в этом ракурсе (наведении аксиологического порядка) может помочь философское учение о ценностях Н.О.Лосского[2].

---

[1] Добринова А.В. О духовном здоровье человека // Школа мысли: альманах / под ред. В.Ш.Сабирова. — Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2003, № 2. — С. 20–29.

[2] См.: Лосский Н.О. Бог и мировое зло. — М.: Республика, 1994 ; Лосский Н.О. Условия абсолютного добра. — М.: Политиздат, 1991.

Н.О.Лосский пишет, что «ценность есть нечто всепроникающее, определяющее смысл и всего мира в целом, и каждой личности, и каждого события, и каждого поступка»[1]. Он считает, что всякое изменение, появляющееся в мире, имеет ценностную сторону и предпринимается на основе ценностных моментов и ради них. Философ выделяет следующие виды ценностей: положительные и отрицательные; абсолютные и относительные; объективные и субъективные. Лосский выделяет положительные всеобъемлющие первичные (Св. Троица) и тварные (личность) ценности, частичные ценности (добро, красота, справедливость и т.д.). Ценности имеют два возможных направления — к осуществлению абсолютной полноты бытия, т.е. к Богу, и к удалению от нее, поэтому они полярно противоположны, могут быть *положительными и отрицательными*. Первые есть добро, а вторые — зло в широком смысле этого слова. Высшее или Абсолютное Добро, по Лосскому, это Бог. Из определений ценностей и их классификации видно, что положительные ценности не равны друг другу; между ними есть различия ранга и достоинства. Соблюдение ранга и достоинства ценностей обеспечивает осмысленное, гармоничное бытие человека в мире. Нарушение данной иерархии ведет к потере смысла существования, духовному вакууму.

Есть еще один аспект обозначенной проблемы. Нельзя не согласиться с Ю.Ш.Шадиметовым, утверждающим в своей статье, что загрязнение почвы, атмосферы, гидросферы, нарушение биосферного равновесия и т.д. сопровождается возникновением антропогеохимических аномалий и других нежелательных сдвигов в окружающей среде, что, безусловно, оказывает влияние на характер и структуру заболеваемости[2]. Происходит видоизменение уже существующих заболеваний, возникают новые болезни. Однако стоит заметить, что одной медицине и экологии не справиться с этими проблемами. К данной проблематике требуется комплексный подход. Сегодня необходимо изменить отношение к природе, от которой зависит наше физическое и психическое здоровье. В этом ключе невозможно обойтись без изменения общей мировоззренческо-ценностной ориентации современного человека и культуры. Необходимо переориентировать культуру и человека с философии потребительского, сциентистского отношения к природе — к философии всеединства и космизма, позволяющей рассматривать человека во взаимосвязи со Вселенной и раскрывающей концепцию ответственного человека перед всем миром. Экологическая ориентация сознания современного человека в русле философии всеединства должна стать доминантой нашего времени.

---

[2] Лосский Н.О. Бог и мировое зло. — М.: Республика, 1994. — С. 250.

[3] Шадиметов Ю.Ш. Здоровье как важное условие активизации человеческого фактора // Философские науки. — 1987, № 8. — С. 31–39.

Таким образом, мы полагаем, что при решении данной проблемы необходимо учитывать не только физическое здоровье человека, но и его душевно-духовное состояние, определяющее его как целостную личность и влияющее на здоровье общества. Содержание и смыслы понятия «духовное здоровье» определяются, на наш взгляд, во-первых, идеей о возвращении целостности человека, и в этом ключе мы солидарны с позицией А.В.Добриновой, а во-вторых, идеей восстановления аксиологической иерархии в бытии современного человека и культуре в целом. Мы считаем, что междисциплинарное, комплексное, целостное и ценностное, словом, философское видение проблемы здоровья человека в свете противоречивых реалий современного мира — необходимое условие её адекватного, гуманистического решения.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ИНФАРКТУ МИОКАРДА, С РАЗЛИЧНЫМИ ТРИГГЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шаробаро В.И., Женчевская Ю.В.

Цель исследования. Сравнить личностные особенности (поведенческие паттерны, ценностные ориентации, социальные и политические позиции, социальное функционирование, социальную адаптацию), предшествующие развитию ИМ, у пациентов с различными триггерными факторами (психоэмоциональный стресс или чрезмерная физическая нагрузка).

Материалы и методы. 50 мужчин, госпитализированных по поводу ИМ, в возрасте 51,4±6,47 лет и 10 лиц контрольной группы, сопоставимых по полу, возрасту и образованию, с отсутствием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и ишемических изменений сегмента ST во время проведения нагрузочного теста. Больным ИМ на 10—14 день пребывания в стационаре и лицам группы сравнения проведено ретроспективное тестирование по опросникам Холмса-Раге, СЖО, МИРП, тестам Л.Я.Гозмана, Г.Айзенка, SF 36.

Результаты исследования. Все пациенты с ИМ имели более низкий показатель стресоустойчивости, чем лица группы контроля ($p_н < 0,05$). По результатам тестирования по опроснику SF-36 у больных с ИМ, спровоцированным психоэмоциональным стрессом (n = 40), оказались меньше средний показатель шкалы МН по сравнению с конт-

рольной группой ($p_н < 0,05$) и балл шкалы RE по сравнению с аналогичной величиной у лиц с ИМ, развившимся на фоне чрезмерной физической нагрузки ($n = 10$) ($p_н < 0,05$). Больные с психогенно обусловленным ИМ имели более высокие показатели ОЖ, IV и V шкал теста СЖО в сравнении с контрольной группой ($p_н < 0,05$). У пациентов с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, средние значения шкал I и V оказались достоверно ниже, чем у лиц группы контроля ($p_н < 0,05$). При сравнении групп больных ИМ между собой у пациентов с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по всем шкалам теста СЖО ($p_1 < 0,05$). Больные с ИМ, индуцированным психоэмоциональным стрессом, имели более высокие величины II, III и V шкал теста МИРП в сравнении с контрольной группой ($p_н < 0,05$). Средние показатели I, II, III и V шкал у лиц с психогенно спровоцированным ИМ превышали сравниваемые величины больных с ИМ, триггерным фактором которого явилась чрезмерная физическая нагрузка ($p_1 < 0,05$). По результатам тестирования по опроснику Л.Я.Гозмана пациенты с психогенным ИМ имели более высокие значения II, III, VI, IX и XIII шкал в сравнении с контрольной группой ($p_н < 0,05$). Средние показатели больных с ИМ, спровоцированным физической нагрузкой, не отличались от таковых у лиц контрольной группы. При сравнении групп пациентов ИМ между собой у лиц с психогенно спровоцированным ИМ были выявлены более высокие показатели по II, III, VII и IX шкалам ($p_1 < 0,05$). У пациентов с ИМ на фоне стресса было выявлено более высокое значение V шкалы («либерализм») теста Г.Айзенка ($p_1 < 0,05$).

Выводы. Выявлены предшествующие развитию ИМ личностные особенности (поведенческие паттерны, смысложизненные ориентации, самоактуализация личности, социальные и политические позиции, социальное функционирование, социальная адаптация) у больных с различным по характеру триггерным фактором.

ЗДОРОВЬЕ КАК АБСТРАКТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЪЕКТИВНОСТИ

Ширман М.Б.

1. Субъективность

Субъективностью имеет смысл называть ***игру*** *субъекта* (общества) или *антисубъекта* (государства, т. е., для современных условий, монопольного капитала) с главным орудием его деятельности или

антидеятельности — организмом homo sapiens. Эта игра создаёт у орудия иллюзию его собственной *субъектности*, т. е. самостоятельности в *целеполагании* — благодаря которой оно максимально активно (в т.ч. «творчески») решает задачи, поставленные субъектом и воспринимаемые орудием как собственные цели.

Субъективность, формируемая антисубъектом, служит антидеятельности, т.е. омертвлению всего живого, в т. ч. **разрушению деятельности** — там, где эта деятельность в порядке исключения зарождается. Наглядная модель — современное *полуфабрикатное* производство: основная масса природного сырья ни на одном этапе переработки не превращается в *конечную продукцию* (в готовое к полезному применению средство труда либо предмет бытового потребления) и, пройдя множество метаморфоз в качестве полуфабрикатов, в конце концов отправляется в отходы. Разрушение деятельности сопряжено с разрушением её орудий, в особенности её главного инструмента — организма homo sapiens. Отсюда вал патогенеза — а также ***автопатогенеза*** («вредных привычек»).

Субъективность же положительная, вырабатываемая действительным субъектом — обществом, — повышает биологическую жизнеспособность homo sapiens настолько, что даже инвалидность практически не препятствует такому организму в выполнении его *человеческой миссии* — человеческого (прежде всего *педагогического*) дела. Такова, к примеру, деятельность троих слепоглухих выпускников Загорского специального детского дома, окончивших в 1970-е гг. психологический факультет МГУ.

В ситуации тяжелой инвалидности очевидно, что индивид не является субъектом, т.е. не может действовать по своим внутренним мотивам: тогда его деятельность вообще не имела бы мотивов, т. е. была бы невозможна. Но эта ситуация принципиально не отличается от обычной (*неинвалидной*). Следовательно, субъектность присуща только обществу — человечеству, ***которое и есть человек*** (*ансамбль всех общественных отношений*).

Индивид homo sapiens, в отличие от других, *специальных* орудий деятельности, *универсален*. Это означает, что он может освоить **любую** работу, требующуюся для жизни человечества, и выполнять её при помощи соответствующих специальных орудий. Содержание осуществляемого труда является *конкретной характеристикой субъективности*, т.е. включённости индивида в развитие человечества — в историю. Такая включённость будет полноценной, если индивид станет *олицетворением своей эпохи* на определённом направлении исторического прогресса (к примеру, Моцарт — это классическая музыка, Н.Вавилов — разработка генетической методологии выведения прогрессивных сортов и пород в сельском хозяйстве и т.п.). При этом действительная универсальность обеспечивается **педаго-**

гическим характером индивидуальной деятельности, т.е. включением своего специального направления развития в процесс воспитания и образования новых поколений, а значит, максимально чётким выявлением роли данной работы в общечеловеческом прогрессе (в системе *всеобщего опосредования деятельностей*). Так определяется историческая миссия, или *призвание*, индивида, его личностное качество и масштаб.

2. Здоровье

Общепринятое определение здоровья — «физическое, душевное и социальное благополучие» — как будто стремится охватить всю сложность человеческой жизни. Однако, не говоря уже о расплывчатости второго параметра («душевное»: следует читать «психическое» и считать критерием отсутствие психических заболеваний — или учитывать ещё и «эмоциональный фон», но тогда мы поступаемся объективностью), — данное определение работает с человеком именно как с *объектом*, приписывая ему характеристики, якобы наблюдаемые и «измеряемые» со стороны. Следовательно, человек здесь рассматривается в первую очередь как индивид, а здоровье «общества» представляется статистической суммой индивидуальных «здоровий». Но главное: в таком случае здоровье сводится к *состоянию организма*, оно характеризует не качество *деятельности*, а лишь исправность её инструмента (пусть и с учётом неких, опять-таки расплывчатых, «социальных» условий этой исправности); в результате, несмотря на все ухищрения, мы возвращаемся к представлению о здоровье всего лишь как об *отсутствии болезни*.

Деятельностная логика выстраивает понятие здоровья более продуктивно.

Начнём с *болезни*. Она, безусловно, ухудшает условия деятельностного функционирования организма homo sapiens. Но если, как в приведённом случае слепоглухоты, болезнь не становится для деятельности **непреодолимым** препятствием — это означает, организм включён в деятельность. Здоровьем имеет смысл называть *степень освоения субъектом* (социумом) наличных *возможностей данного организма как инструмента деятельности*, в том числе возможностей **развития** его потенциала (средствами физической культуры). В этой логике болезнь рассматривается как препятствие, так или иначе преодолеваемое (устраняемое, нейтрализуемое и т. п.), причём стремление и умение не только устранять болезни, но и действовать даже при их наличии есть важнейший компонент здоровья.

Здоровье — категория не индивидуальная и не суммарно-социальная: оно характеризует качество «стыковки» общества (субъекта деятельности) с индивидом (орудием деятельности). Характеризует *абстрактно*: безотносительно к содержанию деятельности, которая

поручена обществом индивиду; во внимание принимается лишь то, насколько «послушен» второй — первому. Но общая *направленность* порученного индивиду дела уже далеко не безразлична: если им управляет **антисубъект** (антиобщество, т. е. разобщение, *отчуждение*) и, соответственно, поручение носит характер **антидеятельности**, то степень управляемости индивида следовало бы называть ***антиздоровьем***. К примеру, *здоровый эсэсовец* (отвлекаясь от привходящих обстоятельств) — фигура с отрицательным знаком. В условиях отчуждения массовой линией поведения становится *автопатогенез* — намеренное разрушение индивидами своего организма. Будучи вполне информированы о вредных последствиях курения и т.п., они игнорируют эту информацию и неуклонно предаются «самоубийству в рассрочку». При этом курящему, разумеется, безразлично, что он наносит вред находящимся рядом некурящим (которых, впрочем, почти не осталось).

3. Социопедагогическая революция и перспектива медицины

Итак, всё сказанное выше о здоровье относится к будущей ситуации, когда мы создадим из антиобщества — действительное человеческое общество. Этот творческий акт можно назвать *социально-педагогической революцией*. Он превратит антидеятельность в деятельность, антисубъекта — в субъекта, антиздоровье — в здоровье.

Только в этом контексте обретает перспективу *медицина*.

В последнее столетие медицина в развитых странах стала отраслью ***массового товарного производства***. Исчерпание прежних источников промышленной рабочей силы (прежде всего, избыточного сельского населения) и повышение её стоимости вследствие роста затрат на **образование** сделало медицину рентабельной.

Но сегодня массовый автопатогенез обессмысливает медицину, т.е. исключает содержательную мотивацию работы врача, провоцируя «вредные привычки» уже у него самого — в порядке наркотического «самолечения». Преподаватели медицинских ВУЗов пытаются мотивировать будущую деятельность своих студентов в религиозной логике, что (как любая попытка исторического возврата) бесперспективно.

Медицина как область ***материального производства*** — «ремонта» и *технической диагностики* главных орудий человеческой деятельности — может развиваться лишь в контексте физической культуры, т. е. деятельности по развитию здоровья, где социальный субъект, заботясь о каждом своём орудии (организме homo sapiens), поручает ему не только повышать свою работоспособность, но и самостоятельно следить за своим состоянием, выявлять в зародыше возможные «неисправности», устранять их, по возможности, своими силами, а при необходимости обращаться к врачу и сотрудничать с ним.

ЦИВИЛИЗАЦИОННАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ КОНТАКТОВ РОССИИ И ЕВРОПЫ НА РАННЕМ ЭТАПЕ

Абатуров И.Н.

Европейское влияние на Россию в значительной мере проявлялось в сфере науки. Россия не могла приобщиться к европейской цивилизации, не приняв социальные устои западной науки. Это означало создание пресловутой «традиционной медицины» по трем параметрам: медицинское обслуживание, образование и наука. Первым этапом развития русско-европейских медицинских контактов является период, который начинается со времен Петра I. Этот ранний этап характеризуется преобладанием врачей-иностранцев. Этот этап истории отечественной медицины изучен явно недостаточно и, прежде всего не выяснено его значение в цивилизационном плане. Начало активных русско-европейских медицинских контактов можно отнести к 1695—1697 гг., когда в Россию прибыли 75 медиков по приглашению Петра Великого, среди которых были и французы[1]. Конечно и ранее в Россию прибывали иностранные специалисты в области медицины, но в небольшом количестве и в основном для обслуживания царского двора. Только в XVIII веке в Россию начинает прибывать множество иностранных медиков и аптекарей, благодаря которым возникают образовательные и научные учреждения в области медицины.

В результате в дореволюционной России ведущие позиции в медицине и фармакологии занимали иностранцы. В аптекарском деле лидировали немцы, а во врачебном — немцы и шотландцы. Выходцы из Франции также сыграли определенную роль в развитии отечественной медицины. Среди них стоит отметить Н.Г.Леклерка, который был главным врачом Павловской больницы в Москве в первые годы со дня ее основания (1763—1765), а также его преемника И.Ф.Эразмуса, который происходил из Страсбурга и стал главой Московской повивальной школы[2].

---

[1] Алексеева Е.В. Диффузия европейских инноваций в России (XVIII – начало XX в.). М., 2007. С. 328.

[2] Там же. С. 332–333.

Тем не менее, несмотря на преобладание немцев в отечественной медицине, роль французов в передаче медицинских знаний в дореволюционный период постепенно возрастала. Это было связано с тем, что в целом цивилизационное значение Франции и французского языка в Европе укреплялось. Французский стал языком международного общения и значительная часть научной медицинской литературы, поступавшей в Россию, была написана именно по-французски.

Фигура врача-иностранца стала привычной для дореволюционной России. Уже в XVIII веке даже на окраинах России, в частности, на Урале, начали появляться врачи нерусского происхождения, которым оказывали всяческую поддержку местные власти и промышленники. Особенно радели те заводчики, которые пожили за границей и познакомились с европейской медицинской наукой. К примеру, Н.А.Демидов, который путешествовал по Европе в 1771—1773 гг. для того, чтобы вылечить свою третью жену А.Е.Сафонову (и преуспел в этом деле), слыл рьяным борцом со знахарями-«шептунами» и суевериями. Он организовал на своих Нижнетагильских заводах регулярное медицинское обслуживание для мастеровых и работных людей.

Еще до отъезда в Европу, в письме от 27 декабря 1764 г. Н.А.Демидов предписывал Нижнетагильской заводской конторе выбрать «ис купленных моих крепостных крестьян служителских или мастерских детей, умеющих грамоте, лет около шеснатцати четверых, оприметя чтоб к лекарской науке были способны, и послать их в Екатеринбург, где отдать в науку штап лекарю Шнезе»[1].

После возвращения в Россию Н.А.Демидов сумел организовать на Нижнетагильских заводах не только почти бесплатное медицинское, но даже фармацевтическое обслуживание. Об этом свидетельствует его письмо от 26 июня 1775 г., в котором сказано следующее: «за медикаменты положено збирать по копейке с рубля сие кажется для людей нимало не в тягость, а полза от того состоит всеобщая, потому что болные лечены будут уже без всякой платы, причем лекарские ученики содержатся на моем коште, а для лутчей во всем том практики нарочно обучен здесь и аптекарскому искусству Потап Белов». В этом же письме высказано негативное отношение заводчика к знахарям. Об этом Н.А.Демидов писал следующее: «несумненно дороже заплатят за премерское и богоотступное идолопоклонническое ворожейство, как по грубости еще шептунов собрав на соль и на воду наворожить и тем спрыскиватца, то хотя б у ково и борода после горячки вылезла, по их мыслям в минуту на том же месте и рога выростут, иль на любом месте от шептанья и кила присажена будет»[2].

---

[1] Государственный архив Свердловской области (ГАСО.) Ф. 643. Оп. 1. Д. 125. Л. 31–31 об.

[2] ГАСО. Ф. 643. Оп. 1. Д. 199. Л. 39–39 об.

Племянники Н.А.Демидова, сыновья его брата Григория, изучали анатомию в лучших европейских университетах, в том числе в Упсальском, у знаменитого Карла Линнея. Средний из братьев, Павел, сохранил контакты с этим ученым и посылал ему образцы растений, в том числе и лекарственных, которые собирал в ходе своих путешествий по России и Уралу. В этом ему помогали его братья. В письме К.Линнею от 26 февраля 1762 г. Павел Демидов сообщал: «ежедневно получал я кое-какие семена, асессора Медицинской канцелярии, которые я отдал моим братьям, чтобы они послали их вскоре в Швецию»[1].

Интересно, что Петр Демидов, после возвращения из Европы также вводил на своих заводах европейскую медицину и всячески поддерживал медиков. Как ни малочисленны документы, сохранившиеся о деятельности этого человека, все же о поддержке врачей на заводах П.Г.Демидова можно утверждать определенно. Так, в ответ на просьбу лекаря Кыштымского завода Петра Симонова о том, «чтоб сыну ево, выученному лекарской науке, вместе с таковым же умершего Каслинского лекаря Коренкова определить жалованье таковое же, каковое получает ныне Каслинской Коренков» Петр Демидов отписал в 1807 г. следующее: «буде означенной сын ево, Симонова, имеет одинаковое познание и упражнение по должности своей с Коренковым, и судя по деятелности и трудам его равномерное Коренкову жалованье производить... если же менше имеет способности и трудов против Коренкова, то прибавку учинить соразмерно оных, то есть по свободности и трудам»[2].

Таким образом, европейская медицина оказала значительное цивилизационное влияние на развитие врачебного дела в России. Это воздействие осуществлялось как через приезжих врачей и аптекарей, так и через зарубежные медицинские книги, а также через тех студентов, которых посылали учиться в Европу. Во второй половине XVIII в. это влияние распространилось на периферийные районы России, прежде всего те местности, где вследствие развития крупного промышленного производства был част травматизм. На примере Демидовых ясно, что хозяева заводов, которые получили благоприятный опыт знакомства с европейской медициной, активно внедряли на своих предприятиях западный врачебный опыт, борясь против знахарей и всевозможных народных врачевателей. Внедрение медицинского европейского обслуживания преследовало не только утилитарные цели, но и было направлено на «цивилизование» неразумных старообрядцев, которые составляли большинство населения заводских поселков и всячески противились любым западным новшествам.

---

[1] Демидовский временник.: исторический альманах. — Екатеринбург, 2008. — С. 69.

[2] Государственный архив Челябинской области (ГАЧО.) Ф. И – 172. Оп. 1. Д. 132. Л. 36–38.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ КАК ПРОЦЕСС РАЗРЕШЕНИЯ ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО ПРОТИВОРЕЧИЯ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ СУЩНОСТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Андренко О.В.

В науке на протяжении столетий вновь и вновь возникает вопрос, в каком отношении находятся между собою два аспекта жизнедеятельности человека, две его сущности — биологическая и социальная. Не сложно заметить, что проблема кроется в понимании сути антропосоциогенеза. В философской литературе существует две позиции по этому вопросу. Согласно одной, природа человека всецело социальна. Согласно другой, она не только социальна, но и биологически нагружена. Не пытаясь разрешить вопрос об истинности того или иного подхода, хочется согласиться с широко распространенным мнением, что социальное и биологическое находятся в человеке в неразрывном единстве, сторонами которого являются личность как его «социальное качество» и организм, который составляет его природную основу. И проблема возникает именно потому, что человек — это не разделяемый, даже мысленно, объект или существо «с одной стороны — социальное, а с другой — биологическое», а существо в буквальном смысле слова диалектическое.

В процессе антропосоциогенеза формирование биологической и социальной сущностей человека не происходило в изоляции от окружающего мира и в соответствии с системным подходом необходимо сделать вывод о включении этих «половинок» человека в системы более высокого ранга. Таким образом, мы можем констатировать параллельное формирование двух систем пересекающихся в человеке. С одной стороны — это экосистемы и биосфера в целом, и эта система, естественно, больше чем человек, а точнее человеческий организм, так как он включен в нее как часть. С другой — культура (цивилизация), и эта система тоже больше чем человек, так как культура включает в себя помимо материальных ценностей еще и информацию, не передающуюся биологическим путем и существующую отчужденно от конкретного человека.

Таким образом, человек представляется не просто обладателем двойственной сущности, а неким местом пересечения глобальных форм организации биологической и культурно-социальной, значительно выходящих за рамки собственно понятия «человек».

Разнонаправленное и независимое существование сфер, на пересечении которых находится человек, приводит к постоянному противоречию, создающему благодатную почву для периодических кризисов, разрешение которых, возможно, и составляет главный

источник развития человека. На острие этих кризисов, в преодолении возникающих противоречий, одно из важнейших мест занимает медицина.

В медицине, как ни в одной другой науке, отражается двойственный характер сущности человека. С одной стороны яркая социальная направленность медицины, с другой — ее опора на биологичность человека, опора на естествознание.

В истории медицины (в данном случае медицина понимается в самом широком смысле) можно проследить динамику приоритетов, мы можем получить некую «синусоиду» от социальных приоритетов к биологическим и наоборот. Например, понимание болезни как нарушение некой «социальной» связи или «ссоры» человека с высшим существом, духом. Это разные формы шаманизма, понимание болезни как наказания и т.д. Или же сведение понимания болезни к физиологической или психологической патологии.

Итак, в чем же заключается содержание противоречий между биологической и социальной сущностью человека?

Безусловно, перечень противоречий может быть очень обширным. Представляется затруднительным в рамках данной работы привести более или менее законченный список, но, тем не менее, можно выделить ряд проблем, имеющих значение для обсуждения вопроса. Очевидно, что с появлением культуры и цивилизации возникают следующие противоречия:

1. Несовпадение биологических и социальных приоритетов. Например, разные качества, необходимые для выживания, лидерства и доминирования;

2. Элиминация естественного отбора. Отбор действует в крайне ограниченной форме, отсеиваются только нежизнеспособные организмы. Незначительные же отклонения, а сейчас все более и более значительные, сохраняются;

3. Возникновение системы ценностей, в которой «биологические» ценности зачастую противопоставляются «человеческим» или духовным, под которыми подразумеваются культурные и социальные.

Такое «противостояние» биологического и социального в человеке с развитием цивилизации все более и более обостряется. В настоящее время это противоречие привело к одной из наиболее сложных и драматичных глобальных проблем человечества — проблеме генетического вырождения.

Суть проблемы в том, что с началом XX века благодаря медицине, технологическим достижениям и освоению новых энергетических источников резко снижается детская и юношеская смертность. Выживать начинают практически все дети, что приводит к быстрому росту населения. В начале XX века в мире насчитывалось около 1 млрд. человек, в конце — больше 6 млрд.

Даже при крутом падении рождаемости, поскольку все более совершенная медицина обеспечивает выживание практически 100% живорожденных детей, стабилизируется численность населения. Это означает, что особенно в развитых странах постнатальный отбор практически перестал работать. Начиная с начала XX века отсутствует механизм очистки генотипа популяции от мутантных патологий, создаются условия для их накопления. Присутствие мутантных генов в столь значительных количествах и загрязнение среды обитания увеличивает количество появляющихся естественных мутаций во много раз. И процесс их накопления, начавшийся в конце XIX — начале XX века, со второй половины XX века во много раз ускорился. Очень трудно оценить количественно накопление мутаций, поскольку речь зачастую идет о не имеющих явного проявления нарушениях генома. Обычно в фенотипе проявляются только доминантные мутации, большинство же новых мутаций рецессивные. Необходимо добавить, что достижения медицины и цивилизации не только «отключили» постнатальный отбор, они еще, и весьма значительно стали влиять на эффективность пренатального. Медицинская поддержка беременности и все меры, направленные на сохранение беременности приводят к рождению детей, появление которых без этого вмешательства было бы невозможно.

Налицо кризис биологической сущности человека, вызванный развитием цивилизации и, как следствие этого, приоритетом социальных ценностей над биологическими. Естественно, в современном обществе ценность человека определяется не его биологическим совершенством и отсутствием патологий, а социальным статусом и уровнем культурного развития.

Можно предположить, что разрешение кризиса с биологической основой человека будет определять «естественнонаучная стадия медицины». Вероятно, это будет решение проблем клонирования, исправления генотипа и т.д., что приведет к смене фазы, и в будущем на первый план выйдут проблемы социальной сущности человека, т.е. проблемы социально-культурной сферы, а именно — ориентированность на разумную и информационно-духовную деятельность человека. Это будут вопросы и проблемы не просто психологии, а проблемы развития интеллекта, искусственного разума, киборгов и, возможно, многое другое, что сейчас нам кажется фантастическим.

Итак, исходя из вышеизложенного, можно рассматривать медицину либо как компенсаторный механизм между биологической и социальной сущностями человека, либо как механизм преодоления биологической сущности человека.

Эпикур утверждал, что философия не излечивает душу, а медицина не излечивает тело и поэтому обе бесполезны. Но, вспоминая фразу Гиппократа «врач философ подобен богу», мы можем расста-

вить все на свои места. Философское осмысление сущности медицины позволяет определить ее не как частную науку о здоровье человека, а как гораздо более широкую область знания, охватывающую сферы, не сводимые к человеку только как к биологическому организму либо только как к социальному существу.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ ПО ВОПРОСАМ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

Баринов Е.Х., Ромодановский П.О.

Начало XIX столетия связано с появлением ряда медицинских периодических изданий, в которых принимали участие многие видные представители отечественной судебной медицины.

В 1823 г. начал выходить «Военно-медицинский журнал», в котором постоянно публиковались работы по судебно-медицинским вопросам. С 1842 г. в нем был выделен раздел судебной медицины, где помещались «медико-судебные случаи и свидетельства врачей, замечательные в каком-либо отношении». Многие годы данный раздел находился в ведении профессора Е.В.Пеликана. «Военно-медицинский журнал» сыграл большую роль в развитии практической судебной медицины. В 1842 г. в нем были помещены две крупные работы по судебной медицине: И.В.Буяльского «Правила по вскрытию мертвых человеческих тел» и А.И.Нелюбина «Правила по судебно-химическим исследованиям».

С 1848 г. во главе данного издания встал видный деятель судебной медицины профессор Е.В.Пеликан. По его инициативе в качестве сотрудника этого журнала был приглашен Я.А.Чистович — профессор кафедры судебной медицины Медико-хирургической академии. Я.А.Чистович числился помощником редактора с 1848 по 1858 г. Фактически же он выполнял обязанности редактора, так как Е.В.Пеликан был загружен работой в Медицинском департаменте. Одновременно Я.А.Чистович помогал Е.В.Пеликану по изданию популярной медицинской газеты «Друг здравия», на страницах которой иногда помещались работы по судебной медицине.

С 1851 г. Я.А.Чистович активно работал в Обществе русских врачей сначала секретарем, а затем председателем. С 1861 г. он издает газету «Медицинский вестник», где также печатались статьи научного и практического характера, посвященные вопросам судебной медицины. Данная газета приняла самое активное участие в разрешении вопроса о реорганизации местных медицинских административных

органов, об улучшении быта и условий работы уездных и городовых врачей, которые выполняли также судебно-медицинские функции. Много внимания газета уделяла разбору ошибочных врачебных экспертиз, положения врачей в гласных судах. Я.А.Чистовичем было опубликовано свыше 300 научных и публицистических работ, ряд из них был напечатан на страницах «Медицинского вестника».

Однако, несмотря на возможность публиковать статьи по судебной медицине в указанных газетах и журнале, назрел вопрос об учреждении самостоятельного издания, посвященного судебной медицине. Идея издания специального журнала по судебной медицине принадлежит члену Общества пензенских врачей доктору А.В.Холмскому.

Первый судебно-медицинский журнал начал выходить с 1865 г. под названием «Архив судебной медицины и общественной гигиены». С 1872 г. данный журнал стал выходить под названием «Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике». В 1882 г. журнал получил название «Вестник судебной медицины и общественной гигиены», а с 1889 г. стал называться «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины».

Во второй половине XIX столетия многие отечественные ученые указывали на высокие достоинства русского журнала по судебной медицине, оставившего позади все иностранные журналы такого рода.

В издании «Архива судебной медицины и общественной гигиены» принимал активное участие один из видных поборников общественной и земской медицины С.П.Ловцов, ставший впоследствии его редактором. Первым редактором журнала «Архив судебной медицины и общественной гигиены» был доктор И. Бертенсон, которого и сменил С.П.Ловцов.

Среди задач, которые ставила редакция журнала «Архив судебной медицины и общественной гигиены» было освещение вопроса о преобразовании судебно-медицинской службы; в нем постоянно публиковались статьи об условиях труда и быта городовых и уездных врачей. «Архив судебной медицины и общественной гигиены» собрал вокруг себя выдающихся деятелей судебной медицины, таких как Ф.Ф.Эргардт, И.М.Гвоздев, Е.В.Пеликан, Э.Ф.Беллин, И.В.Буяльский и др. За пропаганду в журнале прогрессивных идей и изложение трудов К.Маркса в 1870 г. С.П.Ловцов был отстранен от должности редактора.

Данный журнал долгие годы являлся связующим и организующим звеном для широких врачебных масс, способствовал их научному росту и постоянному обмену опытом. Издавался он в течение 52 лет, вплоть до 1917 г.

На страницах журнала неоднократно обсуждались волнующие врачей вопросы научной и практической судебной медицины. Ра-

боты Э.Ф.Беллина, А.И.Смирнова, Ф.Ф.Эргардта о роли и значении врачебной экспертизы, об условиях работы городовых и уездных врачей, о преподавании судебной медицины привлекали интерес передовых врачей того времени.

Много интересных работ по судебной медицине было опубликовано в киевской газете «Современная медицина», сотрудником которой в течение многих лет был профессор Ф.Ф.Эргардт. На её страницах долгое время шла полемика о работе уездных и городовых врачей, о правах и обязанностях судебных врачей, об организационных вопросах судебно-медицинской службы.

Многие годы уделял журналистской деятельности профессор Императорского Московского университета Д.Е.Мин, при этом выступал не только как переводчик и публицист, но и как выдающийся специалист в области судебной медицины. В течение нескольких лет Д.Е.Мин был вторым редактором «Московского врачебного журнала», издававшегося профессором А.И.Полуниным.

В развитии судебной медицины в России видную роль сыграла «Московская медицинская газета», издаваемая Обществом русских врачей в Москве с 1858 по 1878 г. На её страницах было опубликовано много оригинальных исследований по судебной медицине.

Немало судебно-медицинских работ во второй половине XIX века публиковались в различных университетских журналах «Университетские труды», «Известия», «Киевские университетские труды», «Известия и труды Казанского университета». На страницах этих изданий можно было найти оригинальные труды, работы по организационным вопросам, правовому положению экспертов и др.

После Октябрьской революции 1917 г., на некоторое время, были прекращены все выпуски медицинских журналов и газет. Спасая положение, Главный судебно-медицинский эксперт НКЗ РСФСР профессор Я.Л.Лейбович, при поддержке НКЗ РСФСР с 1925 г. начал издавать сборник «Судебно-медицинская экспертиза», на страницах которого со своими оригинальными работами выступали ведущие судебные медики России и Германии. С 1926 г. на Украине, в Харькове стал издаваться журнал «Архив криминологии и судебной медицины».

В 1958 г. Министерством здравоохранения СССР был учрежден профессиональный ежеквартальный журнал «Судебно-медицинская экспертиза». До 1992 г. он являлся печатным органом МЗ СССР и Всесоюзного научного общества судебных медиков, а в настоящее время — МЗ и СР РФ и ФГУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Росздрава.

С 2000 г. начал издаваться научно-практический журнал «Проблемы экспертизы в медицине», а в 2009 г. планируется издание научно-практического журнала «Медицинская экспертиза и право».

К ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ XVI В.: ЦАРЕВИЧ ДМИТРИЙ ИВАНОВИЧ УГЛИЦКИЙ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ЕГО ГИБЕЛИ 15 МАЯ 1591 Г.

Белоусов П.В., Столярова Л.В.

15 мая 1591 г. в удельном Угличе гул набатного колокола возвестил о смерти на княжеском дворе младшего брата царя Федора Ивановича восьмилетнего сына Марии Нагой и фактического наследника престола царевича Дмитрия. Сразу же родилась версия о злодейском убийстве царевича и названы злоумышленники: сын дьяка Михаила Битяговского Данила, его племянник Никита Качалов и сын царевичевой мамки Осип Волохов. Вместе с самим дьяком и еще несколькими посадскими людьми и слугами они были зверски убиты толпой. Вскоре началось следствие, которое велось боярином Василием Ивановичем Шуйским, окольничим Андреем Петровичем Луп-Клешниным, дьяком Елизарием Даниловичем Вылузгиным и представлявшим патриарха Иова крутицким митрополитом Геласием. В результате деятельности комиссии появилось Следственное дело, которое 2 июня было доложено царю Федору и Освященному собору. В нем утверждалось, что небрежением Нагих царевич закололся ножом во время игры с ребятами-«жильцами» «в тычку», в припадке «черной болезни падучей».

Летом 1606 г. в условиях начала Крестьянской войны вновь всплыло имя царевича Дмитрия — на сей раз будто бы «чудом спасшегося» от убийц. Правительство царя Василия Шуйского канонизировало «невинно убиенного отрока» и тем самым перечеркнуло выводы Следственной комиссии 1591 г. С тех пор в публицистике, а позднее в исторической и художественной литературе бытуют две версии о гибели Дмитрия Угличского: о его убийстве и о «самозаклании».

Смерть маленького больного мальчика в удельном Угличе оказалась ключевым событием Смутного времени. Династический кризис и пресечение династии Ивана Калиты на московском престоле, деятельность в России и Европе самозванцев Лжедмитрия I и Лжедмитрия II, Крестьянская война начала XVII в. и польско-шведская интервенция были тесно связаны с событиями мая 1591 г. в Угличе и развивались по сценарию, так или иначе определенному кончиной царевича Дмитрия. До сих пор гибель младшего сына Ивана Грозного оставалась загадкой для историков и никогда не была предметом специальных исследований у психиатров. Каковы же реальные события, связанные с гибелью царевича Дмитрия? Располагает ли наука достаточными и достоверными свидетельствами источников, которые могли бы быть интерпретированы с позиций совре-

менной психиатрии? Может ли патография царевича Дмитрия пролить свет на обстоятельства его гибели 15 мая 1591 г. в Угличе?

Заболевание царевича Дмитрия носило наследственный характер. Очень вероятно, что какой-то формой эпилепсии, сопровождавшейся выраженными изменениями личности, страдал отец Дмитрия царь Иван Грозный. Польский хронист Рейнгольд Гейденштейн оставил любопытное свидетельство о том, что старший сын Ивана IV царевич Иван Иванович перед смертью в 1581 г. пережил эпилептиформный припадок, спровоцированный отцовским ударом «осном» в висок. Умственно неполноценным был средний сын Ивана Грозного Федор (свидетельства Дж.Флетчера, П.Петрея, А.Поссевино и др.). «Черным недугом» (эпилепсией) страдал дальний родственник Ивана Грозного князь Иван Михайлович Глинский. Все сыновья Ивана Грозного, не говоря о нем самом, отличались патологической жестокостью, чрезмерной религиозностью, мстительностью и злопамятностью, что свидетельствует о специфических характерологических изменениях личности, вероятно, либо в связи с наличием заболевания эпилепсией, либо в связи с предрасположенностью к ней. Чудовищный по своей необузданной жестокости нрав отца сызмальства проявился и в царевиче Дмитрии (К.Буссов, П.Петрей, Авраамий Палицын, Дж.Флетчер и др.).

Источники свидетельствуют, что эпилепсия проявилась у царевича Дмитрия еще в раннем детстве (приступы помрачения сознания, когда он был особенно агрессивен по отношению к окружающим: «как на него болезнь придет, и царевича как станут держать, и он в те поры ест в нецывенье за что попадется»). Царевич «едал» в болезни руки у жильцов, постельниц, «бояронь» и был в беспамятстве; не помнил что делал и не мог отвечать за свои поступки. Поколол мать «сваей» (гвоздем), «кусал руки» у Андрея Нагого, а когда во время приступа искусал руки дочери Андрея, то «едва у него Ондрееву дочь Нагова отнели». Авдотья Битяговская показала, что «многажды бывало, как ево станет бити недуг и станут ево держати Ондрей Нагой и кормилица и боярони, и он им руки кусал или за что ухватит зубом, то отъест».

В опубликованной в 1864 г. А.Ф.Бычковым «Повести об убиении благоверного царевича князя Димитрия Ивановича всеа Руси Углецкаго» говорится о гибели царевича «по повелению изменника злодея Бориса Годунова». Детально изучивший «Повесть» С.Ф.Платонов датировал ее временем не ранее 1606 г., обнаружил в ней ряд несообразностей и счел ее произведением мало достоверным, а потому не заслуживающим доверия как исторический источник. Соглашаясь с Платоновым в том, что описание сцены убийства в «Повести» лишено черт достоверности, мы, тем не менее, склонны думать, что содержащиеся в ней описание эпилептического припадка царевича в высшей степени достоверно и могло основываться на

каких-то неизвестных или несохранившихся источниках, отражавших реальную картину заболевания Дмитрия.

По свидетельству Василисы Волоховой, сохранившемуся в Следственном деле, у царевича отмечались припадки за три дня до смерти (12 мая). Еще раньше — на Пасху и «в великое говенье» — царевич также пережил тяжелые приступы эпилепсии, зафиксированные источниками. Последняя серия припадков у царевича длилась несколько дней. Они начались во вторник, и только на третий день Дмитрию «маленько стало полехче». Согласно «Повести», 15 мая «...царевич по утру встал дряхл с постели и голова у него, государя, с плеч покатилася». Вероятно, при пробуждении ребенок перенес эпилептический припадок на фоне имеющейся астении. Астеническое состояние царевича могло быть как следствием недоедания в Великий пост и возможного авитаминоза, так и проявлением болезни. Несмотря на утреннюю слабость и припадок, Дмитрий пошел с матерью к обедне и стоял со всеми службу в душном помещении, где горели свечи и источали тяжелый аромат благовония. К моменту гибели царевич всего один раз ел. Затем Мария Нагая отослала сына играть во двор «в тычку ножиком» с четырьмя сверстниками («с робятками жильцами») — сыновьями кормилицы и постельницы Петрушей Колобовым и Баженом Тучковым, а также Иваном Красенским и Гришей Козловским. Эпилептики нередко наносят травмы себе и окружающим во время припадка. Способ, каким царевич 15 мая «на заднем дворе... тешился» с «робятками» был явно выбран неудачно, т.к. являлся очевидно опасным. Однако в эпоху средневековья, когда не сформировались еще представления об особенностях детской психофизиологии, дети считались всего лишь взрослыми маленького роста. Соответственно они носили те же одежды и играли в те же игры, что и их взрослые современники, с тою только разницей, что модели и того, и другого были иного (меньшего) размера. Не сформировались в России XVI в. и представления о том, что больному «падучей болезнью» нужен особый охранительный режим и не должны быть доступны колющие и режущие предметы. Привычное поведение заслонило здравый смысл.

Материалы Следственного дела содержат детали, позволяющие врачу-психиатру уверенно реконструировать обстоятельства гибели царевича Дмитрия Угличского. Непосредственные свидетели трагедии обратили внимание, что во время рокового приступа болезни, когда царевич «набрушился» горлом на нож, его «било долго». Это ключевые слова, необходимые для понимания картины происходившего (показания Василисы Волоховой, Семейки Юдина, Федора Огурца, Марьи Самойловой, четверых царицыных детей боярских, истопников, губного старосты Ивана Муринова, Русина Ракова и др.). Безусловно, достаточно изученный историками механизм со-

ставления Следственного дела, а также специфика записи расспросных речей в XVI в. вносят определенные коррективы в достоверность этих показаний. Не останавливаясь сейчас на специфических проблемах источниковедения, еще раз заметим, что с точки зрения современной психиатрии материалы Следственного дела содержат высоко достоверные описания последнего приступа болезни царевича. Эти описания не оставляют сомнения, что смерть царевича наступила в результате развившегося у него наиболее драматического состояния в эпилептологии — **эпилептического статуса**, когда припадки следуют один за другим с очень короткими паузами («било его долго») не восстанавливается сознание, значительно нарушено дыхание, нарушен гомеостаз и возникает непосредственная угроза жизни. Во время эпилептического статуса больные находятся в глубокой прострации. Характерными считаются бесконечно повторяющиеся тонические судороги с выраженным напряжением мышц и постепенно нарастающим цианозом, достигающим фиолетовой окраски кожи лица. Тонические судороги сменяются клоническими, во время которых слышно клокочущее дыхание. Черты лица больного заостряются. Зрачки расширяются настолько резко, что возникает впечатление агонии больного. Пульс нитевидный, частый, прощупывается с трудом. Нарушения внешнего дыхания при эпилептическом статусе наиболее значительны. Они часто проявляются в виде ритмически повторяющихся циклов асфиксии, примерно в 1/4 случаев развивается окклюзия верхних дыхательных путей вследствие западения языка и свисания мягкого неба, утраты глоточного и кашлевого рефлексов и аспирации рвотных масс. Даже при современном состоянии неотложной медицинской помощи погибает каждый четвертый ребенок, переживающий состояние эпилептического статуса.

Свидетели трагедии показали, что Дмитрий умер, напоровшись на нож. Однако была ли эта рана смертельной? Если при ножевом ранении горла повреждается сонная артерия, или яремная вена, или нерв, ведущий к сердцу, смерть наступает мгновенно от остановки сердца или в считанные минуты после повреждения крупных сосудов. Возможно образование гематомы внутри шеи, которая, постепенно увеличиваясь, сдавливает сосуды и трахею, и вызывает гипоксию головного мозга и смерть. Во всех этих случаях ребенка не могло «бить долго», а это значит, что смерть царевича наступила не в результате ножевого ранения шеи, а от эпилептического статуса. Иными словами, как бы не рассматривать трагедию в Угличе 15 мая 1591 г. — как следствие злонамеренных действий рвущегося к власти Бориса Годунова (смерть царевича не была ему невыгодна!), или как несчастный случай, — ясно, что гибель царевича произошла не в результате «самозаклания» и не в результате ранения его в шею мнимыми или явными преступниками. Царевича убила его болезнь.

ВРАЧЕБНОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ КАК ВАЖНЕЙШИЙ РЕСУРС СТАНОВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В КОНЦЕ XIX В.

Злодеева Е.Б.

Важнейшие предпосылки к развитию общественной инициативы и консолидации врачебного сообщества начали формироваться во второй половине XVIII века в период царствования Екатерины II. Великие реформы Александра II сопровождались заметной либерализацией законодательства, регулирующего деятельность общественных организаций, что повлекло за собой их значительный количественный рост. Во второй половине XIX века, в связи с оживлением общественной жизни и расширением поля деятельности негосударственных институтов, произошла заметная дифференциация общества, в том числе, по профессиональному составу.

В области охраны здоровья в исследуемый период Россия значительно отставала от передовых европейских стран. Причиной этого был неудовлетворительный уровень организации медицинской помощи, крайне неблагоприятные бытовые условия жизни сельского населения и отсутствие элементарных гигиенических знаний в народе. Свидетельством этому является то, что еще в 1864 г., до создания земской медицины, Н.И.Пирогов, предугадав многие трудности становления этого института, сформулировал ее основную задачу: «Земской медицине придется бороться с невежеством народных масс и видоизменять целое их мировоззрение»[1].

Ситуация усугублялась отсутствием в стране единого централизованного органа управления медико-санитарным делом, т.к. в соответствии с земской реформой 1864 г. заведывание медицинской деятельностью в России было отнесено к компетенции уездных земств, а губернские земства ограничивались содержанием лечебных заведений бывших Приказов общественного призрения. Этот факт послужил дополнительной мотивацией для начала формирования в медицинской среде основных принципов врачебного самоуправления.

Следует отметить также, что процесс организации медицинской помощи в уездах осуществлялся земствами самостоятельно и бессистемно, вследствие чего ее устройство было настолько разнообразным, что нередко можно было встретить в разных уездах одной и той же губернии совершенно разную организацию, не обусловленную никакими местными особенностями уездов[2].

---

[1] Цит. по: Жбанков Д.Н. Общественная медицина в России : доклад на XII Международном съезде врачей // Медицинская беседа. — 1897, № 18. — С. 530.

[2] Анненков К.Н. Задачи губернского земства. — СПб., 1890. — С. 28–29.

Еще одна причина неблагополучной санитарно-эпидемиологической ситуации в России в конце XIX в. была связана с недостатком в стране профессиональных медицинских кадров. Во многом это было закономерным следствием того, что в России позже, чем в других европейских странах, получило развитие высшее и среднее медицинское образование. К тому же огромные размеры территории страны затрудняли организацию нормального медицинского обслуживания населения, особенно в отдаленных ее уголках. Столетием ранее М.В.Ломоносов в своем послании И.И.Шувалову «О сохранении и размножении российского народа» (1761 г.) обращал внимание, что «требуется по всем городам довольное число докторов, лекарей и аптек, удовольствованных лекарствами... чего не только нет и сотой доли... От такого непризрения многие, коим бы ожить, умирают»[1]. Однако, к концу XIX века в России мало что изменилось.

Таким образом, во второй половине XIX века в России сформировались политические и социально-экономические предпосылки для проведения земской реформы медицинского дела в стране.

Развитие общественной и профессиональной инициативы в XIX в. способствовало процессу консолидации врачебного сообщества России, созданию медицинских обществ и проведению губернских съездов врачей, положивших начало выработке основных принципов общественно-профессионального взаимодействия медиков. Опыт регионального сотрудничества врачей лег в основу создания Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова и проведения Всероссийских Пироговских съездов врачей. Официальное утверждение Общества состоялось 23 ноября 1883 г.[2], о чем свидетельствует официальное уведомление за № 1738, подписанное товарищем Министра внутренних дел сенатором И.Н.Дурново и директором Медицинского департамента МВД Н.Е.Мамоновым.

Период учреждения Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова и проведения его первых съездов (1883—1894 гг.) ознаменовался консолидацией земских врачей под эгидой Всероссийских Пироговских съездов и значительным подъемом и оживлением земско-медицинской деятельности в стране. К этому же времени относится активный период установления взаимоотношений между властью, обществом и медицинской интеллигенцией.

Важнейшими итогами первых Пироговских съездов стали:

- курс на эволюционный путь развития и совершенствование медицинской помощи в стране, основанный на практических достижениях земской медицины, сохранении и развитии ее лучших гуманистических традиций;

---

[1] Ломоносов М.В. О сохранении и размножении российского народа // Быть России в благоденствии и славе. — М., 2002. — С. 51.

[2] ЦИАМ. Ф. 16. Оп. 26. Д. 2094. Л. 3–8об.

- решение о необходимости реформирования системы управления медико-санитарным делом путем учреждения в России высшего врачебного представительства — самостоятельного Министерства народного здравия;
- создание предпосылок для совершенствования организации медицинской помощи населению и повышения ее качества с учетом научного анализа итогов земской медицинской деятельности и ее соответствующего времени законодательного обеспечения;
- выработка корпоративных этических норм и стандартов.

Анализ взаимоотношений правительства, земских органов власти и первых Пироговских съездов врачей позволяет отметить их поступательное развитие. В период становления земства и отсутствия в стране единого органа управления медицинским делом, подобная инициатива врачебного сообщества воспринималась не только как важная государственная перспектива, но и как конкретная практическая деятельность в сфере охраны здоровья населения, приносящая ощутимые результаты. По существу, практика сотрудничества первых Пироговских съездов врачей и власти являлась свидетельством эффективного использования государством и обществом интеллектуального и профессионального потенциала врачей в целях совершенствования социальной защиты населения страны и оптимизации государственной структуры управления медико-санитарным делом.

Пироговским съездам врачей принадлежит важная роль в выработке основных принципов и приоритетов оказания медицинской помощи населению, положенных в основу государственной системы здравоохранения (бесплатность, общедоступность, участковый принцип ее оказания, профилактическая направленность и т.д.). Сложный и многогранный процесс претворения в жизнь результатов их деятельности способствовал становлению в России в начале XX в. государственной системы здравоохранения как важной социальной сферы жизнедеятельности страны в условиях трансформации государственной власти и сыграл заметную роль в развитии российской государственности.

МЕДИЦИНСКИЙ ОПЫТ В КОНТЕКСТЕ ФРАНЦУЗСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Кириленко Е.И.

Медицина может открываться как социальный объект, внешний по отношению к исследователю. Вместе с тем в субъектной оптике

медицинские феномены выступают носителями смыслов, могут прочитываться в системе определенного культурного текста. В структуре медицинского опыта можно обнаружить базисные (клинический опыт) и релятивные, культурно детерминированные элементы. «В разных странах... люди болеют, лечатся, выздоравливают или умирают по-своему»[1]. Цель данного материала — показать на материале французской культуры специфические особенности медицинского опыта, включающего в себя опыт тела, отношение к врачу, болезни, здоровью и лекарствам.

Следует отметить природную, историческую мозаичность условий становления французской культуры, полиморфизм французского этноса («в Европе трудно найти менее этнически однородную нацию, чем французы»[2]) и этоса (культурная история Франции биполярна: на одном полюсе католичество, мистицизм, монархия — на другом школа, республика, просвещение[3]). В этнопсихологической литературе отмечают подвижный темперамент, интенсивность эмоциональной жизни, страстность, динамизм французов («Скорость речи у французов — одна из самых больших в мире. Нет более французского искусства, нежели ораторское»[4]). Тема страсти-страстности любима во французской афористике. Ларошфуко: «Мы не знаем и сотой доли того, что наши страсти могут заставить нас сделать».[5]

Но это умная чувствительность, прошедшая длительную школу культурного развития и воспитания. Французы не склонны к сентиментальности. «Для них важнее аргументы, подкрепленные фактами и хорошим анализом»[6]. Страсть к говорению, искусное владение словом — национальная особенность французов. Французский язык, наследник латыни, сохраняет четкую логику грамматических построений, сочетающуюся с богатством синонимов. О значении языка для культурной экологии говорит Чоран: «Сократ Критону, перед смертью: “Никогда не говори неправильно: это не только оскорбляет грамматику, но и причиняет зло душе”»[7]. Наряду с ясностью ума важны его легкость, свобода, способность к тонкой насмешке — это линия Вольтера. *«Esprit»* для французов означает ум, остроумие, оду-

---

[1] Рубинский Ю.И. Французы у себя дома. М.: Молодая гвардия, 1989. — С. 268.

[2] Сухарев В., Сухарев М. Психология народов и наций. — Донецк: Сталкер, 1997. — С. 187.

[3] См.: Визгин В.П. Эпистемология Гастона Башляра и история науки. — М.: ИФ РАН, 1996.

[4] Кураев Г.А., Пожарская Е.Н. Этническая психология. — Ростов-на-Дону: ООО «ЦВВР», 2000. — С. 203.

[5] См.: Хрестоматия по западноевропейской литературе XVIII века. — М.: Учпедгиз, 1949. — С. 546.

[6] Баронин А.С. Этническая психология. — Киев: Тандем, 2000. — С. 176.

[7] Чоран Э. Записные книжки. 1957—1972 // Иностранная литература. — 1998, № 11. — С. 231.

хотворенность[1]. Высокая интеллектуальная культура сформировала подлинный культ знания, культуры, образования.

В культурной истории французов значительна тема рыцарства, культурного комплекса, несущего «загадочную смесь совести и себялюбия»[2]. Меч Роланда — один из национальных символов современной Франции. Другая важнейшая линия в культурном сознании восходит к Рабле: раблезианство — беспечная любовь к жизни, наслаждениям, плотским радостям, культ еды и вина («французы занимают первое место в мире по употреблению виноградных вин»[3]), общения («французы не любят ни думать, ни чувствовать, ни радоваться в одиночку»[4]).

На этом фоне важнейшие структуры медицинского опыта открываются следующим образом. Отмечается особая раскрепощенность телесного опыта: чувственные игры в таком же почёте, как и интеллектуальные. Для французов характерна развитая жестикуляция, драматургия телесной жизни. Во время беседы «французы используют также глаза, руки, губы и плечи, обнажая, таким образом, всю богатейшую гамму человеческих чувств». Человек, который во время общения держит руки в карманах, воспринимается недоброжелательно[5]. Контрастом может выступить телесная сдержанность китайца.

Специфично отношение к техникам физического развития. С рыцарских времен искусство фехтования, езда на лошади — обязательные навыки рыцаря-воина. В современном фехтовании общепринятые термины — французские. Тем не менее, существовал определенный нюанс в отношении физической культуры: в Англии отпрыски знатных родов физическое воспитание получали в колледжах, которые располагались за чертой города, вблизи водоемов. Французские же университеты находились в центре города, здесь знание ценилось выше телесных (спортивных) достижений. «Если английский рабочий в воскресные дни идет играть в футбол, то французский вскапывает свой сад»[6]. В современной европейской цивилизации с ее культом телесного здоровья французы отдают дань увлечению спортом, выделяя, наряду с футболом, особенным образом велоспорт. Победители гонок тур де Франс, проводимых с 1902 года, получают ту же славу, что и тореро в Испании. Н.Япп и М.Сиретт видят в этом «победу индивидуума в сражении с ландшафтом, со стихиями природы...»[7].

---

[1] Смирнов В.П. Франция : страна, люди, традиции. — М.: Мысль, 1988. — С. 106.

[2] Хейзинга Й. Осень средневековья. — М.: Наука, 1988. — С. 73.

[3] Этнология / под ред. Миськовой Е.В., Мехедова Н.Л., Пименова В.В. — М.: Академический проект; Культура, 2005. — С. 297.

[4] Кураев Г.А., Пожарская Е.Н. Указ. соч. — С. 203.

[5] Япп Н., Сиретт М. Эти странные французы. URL : http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Culture/Sirett/_Index.php

[6] См.: Рубинский Ю.И. Указ.соч. — С.184.

[7] Япп Н., Сиретт М. Указ. соч.

Отношение к болезни, страданию, смерти может обнаружить в себе общий насмешливый тон, эпикурейские мотивы присутствуют, например, в «Эпитафии» М.Ренье (XVШ в.)[1]. Для современных французов болезнь также скрыта от глаз, лишена публичности «Во Франции не принято обсуждать свои хвори с чужими людьми. Говоря о больных родственниках или друзьях, предпочитают иносказательную формулу «они очень устали»». Обычен ироничный тон в отношении болезни[2]. Любовь к жизни, раблезианский пафос способны вытеснить болезненные переживания, побуждая силой смеха, страсти, любви побеждать недуги. Жизнелюбие, сама природа — источник исцеления. У Лафонтена плотская любовь способна исцелить все недуги. Над болезнью посмеиваются (У Вольтера в «Кандиде» персонажей рубят, режут на куски, вспарывают живот, отсекают «ползада» — все восстанавливается и оживает). Кола Брюньон у Роллана не подвластен чуме. У Мольера больной — «мнимый». Естественный страх, болезненное страдание претерпевают философскую сублимацию с тонким анализом взаимосвязей болезни, здоровья, смерти: Паскаль: «Мы так мало знаем себя, что иногда собираемся умирать, пользуясь полным здоровьем, или кажемся вполне здоровыми незадолго до смерти...»[3]. С другой стороны, страх перед болезненными страданиями способен приобретать самую интенсивную пессимистическую экспрессию.

Особый предмет медицинской озабоченности французов — печень. «Простуды, нарывы, варикозное расширение вен, свинка, облысение и судороги — все относится ими на счет неполадок с печенью». Отметим, что болезни, связанные с алкоголизмом, во Франции относятся к весьма распространенным. Среди лекарственных архетипов — лечение минеральными водами и процедуры очищения организма. «Суппозитории для француза — что чашка чая для англичанина: как лекарство они совершенно бесполезны, но в случае чего отлично успокаивают».[4]

Здоровье — предмет личной заботы. В обществе активно обсуждается проблема допустимости эвтаназии. Образованный француз неплохо разбирается в собственном анамнезе и держит под контролем свое здоровье.

В современной Франции выделяют три категории врачей: работающие по найму, имеющие собственное дело и категория, занимающая смешанное положение.[5] Фигура врача в культурном сознании проработана у Мольера, где она подана с интонацией насмеш-

---

[1] См.: Хрестоматия по западноевропейской литературе XVIII века. — С. 458.

[2] Рубинский Ю.И. Указ. Соч. — С. 268.

[3] Блез П. Мысли. — Киев: REFL-book, 1994. — С. 73.

[4] Япп Н., Сиретт М. Указ. соч.

[5] См.: Рубинский Ю.И. Указ. соч. — С. 274.

ки. У Паскаля: «Судьи, врачи и т.д. не обладают ничем, кроме способности влиять на воображение».[1] В культуре с высоким авторитетом знания особенно ценится престиж узкого специалиста, в медицине существует вера во врачей-специалистов. Отмечена национальная специфика терапевтической практики: «Французские врачи вообще отдают предпочтение мягкой терапии — даже общепринятые лекарства выписываются в минимальных дозах».[2] Важна фигура аптекаря: в ситуации первичных проблем со здоровьем, француз склонен получить лекарство и вместе с тем подробную консультацию в аптеке.

ПРОБЛЕМА ЛИЧНОСТИ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ[3]

Шевченко А.А.

Ортега-и-Гассет считал, что история не занимается людьми без рассмотрения при этом тех объективных структур, которые имеют отношение к надындивидуальной действительности, функционирующей сообразно своей собственной логике. Таковыми, к примеру, он рассматривал географию, язык, экономику, обычаи. Эти объективные структуры, по его мнению, навязываются человеку извне и носят совершенно безличный характер. Человек может лишь вносить определенные инновации в рамках этих структур. Отсюда можно было сделать вывод, что история полностью имперсональна, безлична. Так Диего Грасиа считает, что «*история не имеет ничего кроме человеческого бытия. Но личная жизнь становится историей только на пути имперсонализации. Если есть личное, то нет исторического, если есть историческое, то нет личного*»[4]. Конечно, картины Гойи и Пикассо — их личные творения. Но, будучи нарисованы однажды, они становятся частью культуры, которую можно рассматривать как объективацию человеческого творчества. Да, культуру можно назвать вслед за Гегелем объективным или объективированным духом, а функцию историка рассматривать как описание этого объективного духа, его структуры и закономерностей. Тогда история предстает как знание о безликих структурах, в которых живут люди. Но

---

[1] Блез П. Мысли. — Киев: REFL-book, 1994. — С. 340.

[2] Бочаров Б. О лечении рака в разных странах // Вита. 1999, № 2. — С. 7.

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

[4] Перевод мой А.Ш. по: *Laín Entralgo «desde dentro»* ***por*** *Diego Gracia.* ***Turia n. 85-86, Marzo / Mayo 2008.*** www.revistasculturales.com (El portal de la Asociaciyn de Revistas Culturales de Espaca).

почему объективное в таком ракурсе непременно должно рассматриваться как безличное и непричастное личности? Объективация человеческого творчества — это вовсе не обязательно синоним отчуждения от ипостасных связей. Культура — это межличностный синцитий, пространство пересечения личностей, в том числе личностей людей и Бога. В пространстве-времени культуры нет ни одной невоипостазированной точки. Да и как, в какой логике, обосновать необходимость введения процедуры, насильственно вырывающей объекты культуры из ипостасных связей? Причина исторических изменений и бытия самой истории ипостасна. За динамизмом исторических событий стоят личности[1]. Поэтому история не может излагаться (и не может быть) имперсональной.

Представление об истории, как о неких безликих структурах, функционирующих через людей, восходит, вероятно, к античному греческому мышлению, которое конструировало универсум тождества мысли и бытия, — как мира, противостоящего истории, привносящей изменчивость в статичный и совершенный мир идей. Поэтому, познание истины, стоящей за сменой исторических событий, предполагало для греческой мысли необходимость вырваться из истории. История подразумевалась как нечто такое, что размывает и искажает монистическую греческую онтологию единства бытия и истины. В западноевропейской мысли сходным образом, во многом благодаря Августину[2], отношение истины и истории мыслилось как оппозиция бытия и разрушения. История была вырвана из онтологии и предана в мир психологии, в непредсказуемый мир субъективного произвола человеческого существования, разрушающего всякие закономерности.

По-другому видели историю восточные отцы христианской церкви. Максим Исповедник, реабилитировавший понятие логоса[3], долгое время использовавшееся с обертонами неоплатонизма, пришел к иному осмыслению христологической проблемы. Христос — это нетварный Логос, в котором (по причине которого, и благодаря которому) есть все логосы тварных сущностей. Но причинное отношение Логоса-Христа к логосам сотворенного мира, хотя и онтологическое[4], но оно не природное. Оно — ипостасное. Онтология

---

[1] Тот же Ортега-и-Гассет вполне определенно высказывается по этому поводу, например, в работе: Бесхребетная Испания. М.: 2003. Общество не умеющее отбирать лучших личностей и следовать им как образцам, сначала сталкивается с проблемой «отсутствия лучших», а потом неизбежно распадается. Подчеркну, – речь идет не об отсутствии неких безликих архетипов, а об отсутствии личностей.

[2] Митр. Иоанн (Зизиулас) Бытие как общение. Очерки о личности и Церкви. — М., 2006. — С.92.

[3] Митр. Иоанн (Зизиулас) Бытие как общение. Очерки о личности и Церкви. — М., 2006. — С.94.

[4] точнее, – онтическое: то есть не просто относящееся к сфере психологии или гносеологии.

христианских богословов дуалистична: она предполагает обязательное, библейски четкое различение тварной природы мира и нетварной природы Бога. Чтобы избежать неоплатонической эманации Максим Исповедник использует необычный метод[1]. Логос Христа, — утверждает он, — предшествует логосам тварного мира как причина, но причина личностная, ипостасная. Христос как Логос в таком понимании и есть Премудрость Божия, София[2]. Как Любовь, София, Логос Бог взывает мир из небытия своей Любовью и в ней тварные логосы находят свое утверждение и единство. Несомненно, что *связь Софии и всеединства*, которую в России констатировал Соловьев, стала ключевой идеей к появлению оригинального направления в русской философии[3].

Уже у Максима Исповедника Христос-Логос становиться: во-первых, ипостасной причиной бытия логосов творения, во-вторых, исторической личностью воплотившегося в ткань истории, чтобы раскрыть ее смысл и путь изменения, и в-третьих целью истории, в котором вся тварь в эсхатологической перспективе обретет единство и подлинное бытие. Христос, будучи Личностью и назвавший себя Истиной (Ин. 14:6), пронизывает всю историю мира — от его творения, до его конца. Поэтому в православном понимании не может быть безличной истории[4].

---

[1] Митрополит Иоанн справедливо дает очень высокую оценку тому методу, каким Св. Максим устанавливает взаимосвязь между онтологией и любовью: как метода, имеющего «непреходящее значение для богословия и философии наших дней». Митр. Иоанн (Зизиулас) Бытие как общение. Очерки о личности и Церкви. — М., 2006. — С.96.

[2] “Мы проповедуем Христа распятого… Христа, Божию силу и Божию премудрость” (1 Кор 1,23-24); “от Него и вы во Христе Иисусе, Который сделался для нас премудростью от Бога, праведностью и освящением и искуплением” (1 Кор 1,30). Для тех, кто понимает софиологию Православия как православную христологию, невозможно сказать: «Для действительных основ православного миросозерцания – *и русского, если таковое имеется, – София Премудрость Божия – тема никак не стержневая, а только порой выдаваемая за такову.» см.* Сергей Хоружий в статье «Перепутья русской софиологии». Возможно, как указывает этот автор, что «София Премудрость Божия – детище александрийского духа», но это понятие (как и понятия логос, личность) обрело в православном миросозерцании и христианской философии совершенно специфичное содержание.

[3] Концепция замыслов Бога о каждой вещи и существе тварного мира была неоплатоническим мостом, переходным звеном, соединяющим тварный и нетварный миры. Одним из первых к святоотеческому осмыслению этого переходного звена, в России подошел отец Павел Флоренский. В его «Столпе» замысел Бога о тварной вещи есть фактически то же, что Любовь Божия к ней. Интеллектуальные инструменты Григория Паламы позволили отцу Павлу помыслить посредничество между Богом и миром не природно, а ипостасно. Будучи воипостазированым во Христе, мир оказывается единством, а Христос – Софией.

[4] Сущность секуляризации состоит как раз в игнорировании значения ипостасных связей в истории и природе. Люди хотят ограничения, – saeculum. См. об этом: Антон Хаутепен Обретение Бога в истории? // Страницы. 2006. 11:1. С. 33.

Между тем, изложение истории медицины традиционно ориентировано на перечисление инструментов, терапевтических и хирургических методов, а также книг, создаваемых медиками. Персоналии (с обязательным указанием времени жизни врачей) при этом упоминаются скорее в контексте придания повествования временного каркаса. Личностное своеобразие даже самых выдающихся врачей мало интересует историков медицины. И сам концепт личности, в христианском его понимании, не является фундаментальным понятием современной медицины и медицинской антропологии. Современная медицина больна игнорированием личности.

БИОМЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

БИОМЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА

Андриянова Е.А., Катрунов В.А., Павлова Л.А.

Гуманистическая направленность современной системы образования (как развивающегося образования) ставит задачу по формированию не только высококвалифицированного специалиста, но и гуманного человека, носителя высокой профессиональной и нравственной культуры, способного решать сложные социальные и профессиональные проблемы.

Возрастающая потребность современного общества в подготовке конкурентоспособного специалиста требует и качественно нового подхода к организации образовательного процесса, одной из главных особенностей которого является повышение роли биоэтических знаний в профессиональной подготовке врача.

Биоэтика является ядром формирования развитой нравственной позиции студентов при изучении профильных дисциплин и дальнейшей профессиональной деятельности. Знание и осознанное принятие студентами нравственных норм и правил позволит им целенаправленно изучать профильные дисциплины и сохранять достоинство профессионала, знания и умения которого должны обеспечивать использование современных достижений биологии и медицины.

Важной предпосылкой повышения качества образования является междисциплинарная интеграция всей системы образовательного процесса.

Интегрируя в себе медико-биологические и социально-гуманитарные знания, биоэтика выступает связующим звеном в преемственности и профилизации медицинской подготовки, позволяя более продуктивно и целенаправленно формировать у будущего врача базовые умения и навыки общения с больными, осваивать новые технологии диагностики и лечения.

Объективная потребность в междисциплинарной интеграции вызвана необходимостью повышения медико-этической мотивации студентов в учебном процессе и формирования профессионально

значимых компетенций. Кроме того, это обусловлено потребностью более четкого определения общей логики обучения и воспитания студентов. В этой связи наша кафедра ведет большую работу по формированию межкафедральной программы образовательного процесса, которая включает в себя:

- обоснование критериев получаемых знаний, умений и навыков (общих и специальных по каждой кафедре и по направлениям специализации);
- зачеты по теории и практическим навыкам;
- защита истории болезни и сдача практических умений и навыков на больных (особое внимание биоэтическим и психолого-педагогическим аспектам общения с пациентами);
- учебно-практические и научные конференции с демонстрацией умений и навыков в работе с больными, а также по актуальным проблемам биоэтики;
- создание единого словаря терминов, используемых как в преподавании медико-биологических и социально-гуманитарных дисциплин, так и в клинической практике (речь идет об упорядочении определения таких понятий, как здоровье, болезнь, смерть, умирание, норма и патология, безнадежно и неизлечимо больной пациент).

Именно в этом и через это раскрывается интегрирующая роль биоэтики и биоэтического образования. Причем, создание межкафедральной программы обучения и воспитания студентов позволяет решить и такие важные задачи биомедицинского образования, как:

- 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.

Биомедицинское образование дает возможность и более успешно решать задачи воспитания студентов. Алгоритм воспитания, как процесс целенаправленного формирования профессиональных и нравственных качеств будущего врача, включает в себя:

- формирование гражданских качеств, духовности личности врача;
- формирование нравственных качеств, необходимых для профессиональной деятельности;

- формирование способности принятия компетентного и ответственного решения в лечебном процессе.

Важным элементом биоэтической подготовки будущего специалиста является, на наш взгляд, введение элективных курсов по биоэтике на протяжении всех курсов обучения студентов.

На нашей кафедре подготовлены элективы по биоэтике для всех специальностей и по всем курсам. Например, для студентов педиатрического факультета подготовлен электив, рассчитанный на все шесть лет обучения в количестве 46 часов. На первом курсе читаются лекции и проводятся практические занятия по теме: «Введение в биоэтику». На втором курсе электив включает медико-этические и правовые проблемы прав пациента, статус и роль врача и пациента в системе терапевтических отношений. На третьем курсе предлагается электив по теме « Конфиденциальность в медицине и сообщение информации». На четвертом курсе читаются лекции, проводятся практические занятия по теме «Медико-этические проблемы тяжелых заболеваний, смерть и умирание. Современные проблемы эвтаназии». На пятом курсе изучается сложная и проблемная тема: «Медико-этические и социально-правовые проблемы аборта, контрацепции и стерилизации». На шестом курсе студенты изучают тему: «Экстремальные ситуации и современная медицина. Право на лечение и проблема экономической доступности».

Надо сказать, что большая часть тем элективов сопровождается показом документальных фильмов с последующим обсуждением наиболее сложных и проблемных вопросов, с которыми сталкиваются врачи в своей профессиональной деятельности.

Причем, просмотр фильмов всегда вызывает живой интерес у студентов и активное обсуждение поднимаемых проблем. Студенты лучше смотивированы на усвоение и определение собственной нравственной и медицинской позиции по обсуждаемым вопросам.

Таким образом, биоэтическая подготовка студента в полной мере соответствует целям и задачам развития в нашей стране системы «опережающего» медицинского образования.

В качестве важнейших задач биоэтического образования выступают:

- анализ и оценка этических дилемм и коллизий, вызванных развитием новых научных технологий;
- этическая оценка нравственного выбора врача в решении непростых клинических задач;
- интеграция нравственных и объективных знаний в медицине;
- этическая оценка научно-технических достижений в биологии и медицине, поиск возможностей управлять и контролировать растущие знания и новые технологии в интересах человека;
- способствовать формированию высокой профессиональной и нравственной культуры медицинского работника, развитой культуры клинического мышления.

СИСТЕМНОСТЬ ИННОВАЦИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Горькова Т.Ю., Зимина Э.В.

«Путь сужения специализации ведет к тому, что на глаза исследователя надеваются шоры, и отсутствие перспективы приводит к наибольшим ошибкам, чем недостаточная углубленность»
Л.Н.Гумилев

В «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации 2020» акцентировано внимание на прямое негативное воздействие на обеспечение национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации, которое оказывает низкое качество подготовки и переподготовки специалистов здравоохранения.

Медицинская организация — это социально-техническая и экономическая отраслевая единица, ориентированная на обеспечение качества медицинских услуг, которая выполняет задачу удовлетворения их спроса на основе самостоятельных решений и ответственности за риск, в условиях внешних и внутренних ограничений, обусловленных задачами здравоохранения в целом.

Социальной — потому, что удовлетворяет общественные потребности в медицинских услугах; технической — использует высокие технологии и современную медицинскую аппаратуру; экономической — т.к. является управляемой, и системой — потому, что обладает системными признаками, вплоть до эмерджентности. Сущность управления медицинской организацией как системой является принятие оптимальных решений по распределению и использованию ограниченных ресурсов.

Устойчивость равновесия всех организационных форм (А.А.Богданов, 1928)[1] определяется (лимитируется) крепостью самого слабого звена (закон наименьших), что сегодня имеет особое значение для обеспечения пропорциональности и сбалансированности различных сторон деятельности медицинской организации, а также весьма актуально в применении относительно современного профессионального образования.

Необходимость учета слабых звеньев основной образовательной программы додипломной подготовки экономиста-менеджера, их

[1] Богданов А.А. Тектология : (Всеобщая организационная наука). В 2-х кн. / Л.И. Абалкин (отв. ред.) и др. ; отд-ние экономики АН СССР. Ин-т экономики СССР. — М.: Экономика, 1989.

подтягивание до ушедших вперед в своем развитии программ последипломной подготовки руководящих кадров здравоохранения и достижения нужного соответствия между различными дисциплинами и составными частями учебного плана сегодня является основой формирования надлежащих компетенций. Слабое звено может быть укреплено за счет ресурсов других составляющих, уже эффективно функционирующих, что значительно сокращает время по внедрению инноваций в действующую систему профессиональной подготовки экономистов для здравоохранения.

Однако, недостатки образования невозможно устранить лишь изменениями содержания обучения. Требуется коренная перестройка всей системы процессов образования путем педагогической интеграции учебного знания. Перспективным направлением совершенствования подготовки экономических кадров для здравоохранения должно стать взаимообогащение содержания образовательного процесса подготовки отраслевого специалиста, с учетом дуальности формирования его будущей профессиональной культуры. Следует отметить, что переход от предметного обучения к целостному — это весьма масштабная и долговременная стратегическая задача.

Большинство проблем управления качеством профессионального экономического обучения в медицинском вузе, как правило, связаны с нарушением целостности и иерархичности организационной структуры учебного плана; недостаточной эффективностью взаимодействия между элементами педагогического процесса; наличием в дисциплинах дублирования содержания с одной стороны и недостаточной полнотой изложения с другой и другими причинами, которые нами своевременно были выявлены и устранены с помощью применения методологии системного подхода. Существующая додипломная подготовка по специальности 080502 адаптированная и встроенная в медико-университетский комплекс — кратчайший по времени путь совершенствования системной подготовки экономических кадров для здравоохранения.

Внутривузовская педагогическая интеграция призвана разрешать противоречие высшего профессионального медицинского и экономического образования между объективно существующей дифференциацией дисциплин и целевым направлением подготовки специалиста в области экономики и управления здравоохранением.

В медицинском вузе имеются в наличии все условия для осуществления де-факто корпоративного управления системой профессиональной подготовкой столь дефицитных для отрасли специалистов. При этом учитываются и признаются установленные законом права всех заинтересованных лиц (Министерства образования и науки РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, учебно-методического объединения по производственному ме-

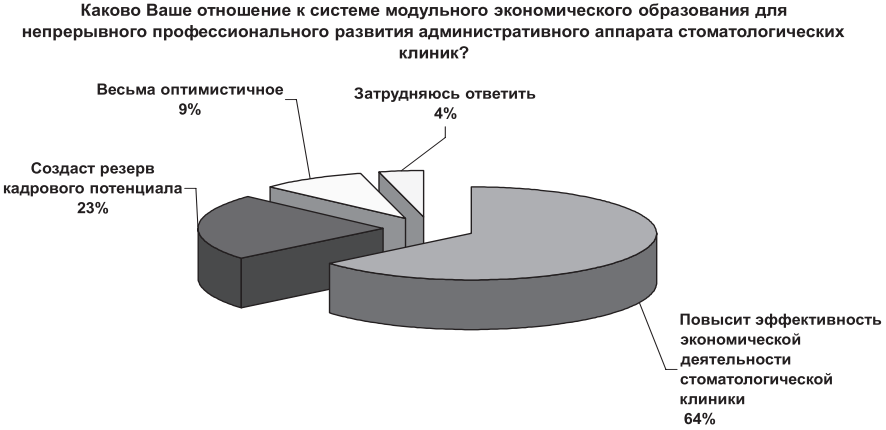


Рис.1. Мнение руководителей частных стоматологических клиник

неджменту и т.п.). Особо поощряется активное сотрудничество между экономическим факультетом и другими заинтересованными лицами (перспективными работадателями и профессиональными ассоциациями — СТАР, РМА и др.) в формирования банка данных рабочих мест. В результате изучения мнения членов секции частных стоматологов СТАР нами было выявлено позитивное отношение к созданию системы профессионального экономического образования в медицинском вузе для специалистов, работающих в стоматологических клиниках (см. рис. 1).

Выявленная нами проблема несоответствия реального спроса на высококвалифицированных энергичных экономистов и менеджеров, знающих специфику отрасли и тонкости технологий современного лечебно-диагностического процесса, нашла отражение в координации образовательного процесса на додипломном уровне (все факультеты, включая экономический) и развитие послевузовского и дополнительного профессионального образования на кафедре общественного здоровья и здравоохранения. Составление учебного плана подготовки по специальности 080502 «Экономика и управление на предприятиях здравоохранения» в нашем ВУЗе на базе ГОС ВПО проходило при одновременной доработке (принцип обратной связи) рабочих программ краткосрочных циклов ТУ по актуальным проблемам здравоохранения (клинико-экспертная работа, управление качеством медицинской помощи, предпринимательская деятельность в стоматологической организации и др.). И стало основой при создании инновационной программы первичной специализации (профессиональной переподготовки) организаторов здравоохранения (516 час). Таким образом, была обеспечена преемственность реализации основных образовательных программ, ориенти-

рованных на формирование у специалистов высоких профессиональных компетенций в области экономики и управления здравоохранением с учетом зоны совместной ответственности.

Медицинская помощь — это зона «совместной ответственности» (по Э.Демингу) врача и пациента, врача и фармацевта, главного врача и экономиста ЛПУ и т.п. Экономическое образование в медицинском вузе — это сфера «совместной ответственности» экономистов и организаторов здравоохранения.

Ведущие мировые экономисты отмечают, что глобальный экономический кризис — это доказательство обреченности финансового капитализма. На смену ему придет другая общественная формация, построенная на альянсах, занятых интеллектуальной деятельностью, целью которых будет не прибыль, а создание общественно значимых благ.

Таким образом, целью непрерывного профессионального развития экономистов и менеджеров здравоохранения является получение «глубинных знаний», систематическое усовершенствование профессиональных знаний и умений, как отраслевых экономистов, так и руководителей лечебных учреждений, овладение современными методами эффективного управления экономической деятельностью медицинской организации, а также повышения уровня личной компетентности и корпоративной культуры.

СТУДЕНТЫ-МЕДИКИ НА СЕМИНАРАХ ПО БИОЭТИКЕ: ОТ ЭТИЧЕСКОГО НИГИЛИЗМА К ПЛЮРАЛИЗМУ МНЕНИЙ[1]

Доманова С.А.

Биоэтика для российского медицинского образования сравнительно молодая учебная дисциплина. Тем не менее, уже можно говорить о накоплении некоторого опыта — теоретического и методического — преподавания этой дисциплины. В данном сообщении хотелось бы остановиться на таком аспекте как отношение студентов-медиков к курсу биомедицинской этики и возникающих методических проблемах.

Не секрет, что современное общество охвачено кризисом морали. Симптомы этого кризиса наметились еще в конце XIX — начале XX века и в нарастающей прогрессии росли весь XX век, для которого характерны снижение уровня этической мотивации, рост аморализма и как следствие — нарастание глобальных общепланетарных

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

проблем. Этот процесс не мог не затронуть и студенческую среду, тем более что молодежь в любом обществе — это ***субъект перемен, инициатор нового***. Юность — это определенный этап созревания и развития человека, лежащий между детством и взрослостью, это фаза перехода от зависимого детства к самостоятельной и ответственной взрослости. От того как пройдет социальное самоопределение личности молодого человека напрямую зависит, что будет унаследовано и воспринято, а что отвергнуто из опыта старшего поколения, насколько активно и эффективно будет участвовать молодежь в преобразовании и совершенствовании общественной жизни.

Огромную роль в этом процессе (особенно для будущих врачей) имеет разработка и усвоение основных положений новой этической парадигмы философии морали — биомедицинской этики.

В начале изучения курса биоэтики зачастую приходится сталкиваться не просто с юношеским солипсизмом, а скорее с этическим нигилизмом многих студентов-медиков. Обычными в выступлениях студентов при обсуждении предмета и задач биоэтики как научной и учебной дисциплины становятся высказывания о том, что от обсуждения проблем биоэтики на семинарах «ничего не может измениться в обществе». Студент «не может влиять на принимаемые властью решения», что данная дисциплина не оказывает воспитательного воздействия на личность (студенты — это люди «с уже сформировавшимся мировоззрением») и т.п.

Однако, в процессе работы на семинарах, которая строится *на вовлечении студентов в дискуссии* по таким актуальным проблемам биоэтики как эвтаназия, аборты, трансплантология, генная инженерия, коммерциализация медицины и др., становится очевидным огромный воспитательный потенциал биомедицинской этики. Приведу лишь несколько примеров.

Одна из актуальнейших проблем современности — эвтаназия и связанный с нею комплекс морально-этических проблем — не оставляет студентов равнодушными слушателями, неизменно вызывает жаркие дискуссии в семинаре, особенно на информационном фоне, созданном современными СМИ. При первом обсуждении проблем, связанных с возможной легализацией эвтаназии в Российской Федерации, студенческая аудитория делится на группу «нигилистов», которые не видят необходимости участвовать в обсуждении, и два «непримиримых» лагеря — сторонников и противников такого разрешения вопроса (часть студентов выступает с консервативной, часть с либеральной позиции). В процессе обсуждения из группы так называемых «нигилистов» часть студентов переходит к сторонникам, или противникам разрешения эвтаназии, не редки случаи, когда «либералы» становятся «консерваторами», почти никогда не наблюдался обратный процесс.

Бурные дискуссии вызывают и проблемы, возникающие в связи с коммерциализацией медицины (увеличение платных медицинских услуг по сравнению с бесплатными (страховыми), протекционизм врачей в отношении определенных лекарственных средств, продажа медицинских справок). Здесь также нередки случаи, когда студенты до обсуждения этих вопросов на семинаре даже не задумывались, например, о неэтичности (тем более незаконности) продажи медицинских справок о прохождении медосмотра для устройства на работу, в бассейн и т.п. Только через всестороннее рассмотрение этих проблем и дискуссию происходит переход студентов с позиции «нигилизма» к пониманию данной проблемы прежде всего как этической, к выработке своего собственного мнения и уважительного отношения к аргументам противоположной стороны.

Таким образом, биомедицинская этика обладает помимо комплекса междисциплинарных методов решения проблем, возникающих в современной медицине и современном гражданском обществе, огромным воспитательным потенциалом, который помогает преодолевать «этический нигилизм» в студенческом сообществе и способствует формированию у будущих врачей плюралистического подхода к решению биоэтических проблем.

О ГУМАНИТАРНОМ ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧА

Жданов Г.Г.

Одним из основных недостатков современной медицины является утеря психологического контакта между врачом и пациентом. В свое время замечательный врач нобелевский лауреат Альберт Швейцер (1875—1965) писал, что «Медицина — это не только наука, но и искусство достичь взаимодействия нашей собственной индивидуальности с индивидуальностью больного».

Во все времена считалось, что врачебная специальность принадлежит к числу самых необходимых и важных среди всех остальных видов человеческой деятельности. Сподвижник Петра I выдающийся дипломат, историк и государственный деятель В.Н.Татищев (1686—1750) в своем знаменитом трактате «Разговор двух приятелей о пользе науки и училищ» среди самых необходимых и нужных специальностей на первое место поставил «врачество или медицину» (а среди любопытных и вредительских — астрологию, колдовство, заговоры и привороты, которые, к сожалению, до сих пор процветают).

Настоящий врач всегда был не только специалистом, исцеляющим физические недуги, но и высокообразованным человеком с прекрасной гуманитарной подготовкой, способный разобраться в

чувствах и переживаниях больного, что позволяло ему не только поставить правильный диагноз, но и добиться заметных успехов в лечении. И не случайно именно среди врачей оказалось так много труэнтов — людей, достигших выдающихся успехов вне своей профессии. Можно вспомнить хотя бы некоторых из них — Ф.Шиллер, С.Моэм, А.Чехов, М.Булгаков, Г.Горин, С.Лем, А.Швейцер, С.Альенде, Го Мо Жо, Папа Иоанн XXI и многие другие.

Однако успехи современной медицины в значительной степени привели к ее индустриализации. Безусловно, появление компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований, различных автоматических лабораторных анализаторов и других сложнейших приборов и методик, позволили заметно улучшить результаты диагностики и лечения. Но все эти технические достижения должны помогать врачу, а не отдалять его от больного, что, к сожалению, наблюдается очень часто. Особенно это относится к медицине критических состояний, специфическими особенностями которой являются экстремальность ситуации, наличие полиорганной дисфункции, необходимость мониторинга и техницизма, отсутствие психологического контакта, специфика этических и юридических норм.

Единственным, по нашему мнению, выходом из создавшейся ситуации является улучшение гуманитарного образования врача. Конечно, каждый абитуриент, приходящий в медицинский вуз, имеет определенную гуманитарную подготовку, полученную во время учебы в школе. Но эта подготовка должна постоянно продолжаться и в студенческие годы. Этому должны способствовать не только кафедры, — философии, культурологи, истории медицины, латыни и русского языка, медицинского права и др., призванные в силу своей специфики заниматься гуманитарным образованием врача. На других теоретических и клинических кафедрах должно найтись место на лекциях и практических занятиях для того, чтобы на примере выдающихся представителей медицины сообщать студентам о важности и необходимости гуманитарного образования врача.

Хорошим дополнением к этому могут быть и различные варианты внеаудиторной подготовки — проведение тематических занятий в студенческих научных кружках и на ежегодных студенческих конференциях, а также проводимые разными кафедрами тематические конференции. Например, в нашем университете большой популярностью пользуются ежегодные конференции «Античный мир и мы», которые традиционно проводит кафедра русской и классической филологии.

И еще, все мы должны помнить заповедь И.Гете о том, что «Человек каждый день должен услышать немножко музыки, прочесть небольшое стихотворение и увидеть красивую картину, чтобы земные заботы не могли бы стереть чувство прекрасного, которое Бог ввел в человеческую душу».

ИСТОРИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Пашков К.А., Саблина Н.А.

Главной чертой духовного наследия русских ученых всегда было уважение к своему прошлому, к своей истории. Подлинный талант в науке, литературе, образовании способен развиваться только на основе преемственности, с учетом национальной самобытности. В своей статье «Как сделать русские школы русскими» К.Д.Ушинский, обращая наше внимание на эту особенность, подчеркивал, что в стремлении подражать иностранцам, нам необходимо перенять всего лишь одну, но очень важную черту из западного образования — черту уважения к своему Отечеству. Это позволило бы нам понять, что образование должно быть национальным, системным, гуманистическим по духу, уважительным к личности и с учетом способностей каждой личности.

Система медицинского образования, сложившаяся в нашей стране в советский период, по сути, соединила додипломную и последипломную подготовку врача (интернатура и ординатура) как непрерывную и обязательную, включая сюда очень часто и аспирантуру, исключая при этом достаточно большой, но крайне необходимый как главный элемент составной части медицинского образования период клинической практики врача. Данная система образования значительно увеличила финансовые затраты на подготовку медицинских кадров, но к сожалению, не решила главной своей задачи — не обеспечила достаточно высокую качественную подготовку врачей. По подсчетам петербургских ученых, на обучение в ординатуре и аспирантуре тратиться 250—300 тыс. рублей, не говоря уже о затратах на подготовку врача в додипломный период. Финансовые затраты на подготовку одного кандидата наук составляют 500—600 тыс. рублей[1].

Наше отечественное медицинское образование имеет богатую историческую традицию, связанную, прежде всего, с подготовкой медицинских кадров в Российской империи в XVIII веке. Тогда в России сложилась многоступенчатая система обучения медицинских кадров на базе медицинских школ и училищ. В самом конце XVIII века, в 1798 году в России была проведена реформа высшего медицинского образования. Наряду с медицинским факультетом Московского университета, были созданы две медико-хирургические академии: Московская и Петербургская (на базе медико-хирургических училищ). Медико-хирургические академии унаследовали

[1] См.: Медицинское последипломное образование. — СПб., 2002. — Т. 1.

не только учеников и преподавателей медико-хирургических училищ, их программы и учебные планы, но и лучшие черты госпитальных школ и медико-хирургических училищ, прежде всего, клинический характер преподавания и градации в уровне подготовки обучающихся.

Учащиеся, прошедшие трёхлетний срок обучения и сдавшие необходимые экзамены, получали звание подлекаря. Наиболее способных учеников оставляли еще на два года. На четвёртом году обучали совершенствованию в хирургии, после чего им присваивалось звание «кандидат хирургии». Затем они обязаны были заниматься лечением больных под наблюдением госпитального доктора и штаблекаря целый год. Каждый «кандидат» должен был сделать не менее четырёх важных операций над мёртвым телом, а также был обязан еженедельно дежурить при обсервационной палате с двумя третьеклассными учениками, записывая наблюдения профессора клиники и выполняя все его предписания, проводя исследования и опыты. Если всё было выполнено качественно и в срок, то в конце пятого года обучения «кандидаты хирургии» производились в лекаря. Лекарь после пяти лет работы и при условии написания и опубликования диссертации, а также её защиты, производился в доктора[1].

Изучение истории медицинского образования позволяет авторам придти к выводу:

1. Критерием качества подготовки специалистов, должны быть не зачетные часы, а то, что может сделать самостоятельно выпускник на достаточном уровне и в определённом объёме, демонстрируя перед медицинской комиссией свои умения и способности.

2. Система додипломного образования должна включать два этапа. Первый этап включает четыре года обучения, должен завершаться экзаменами и первой аттестацией. Выпускник первой ступени получает диплом о высшем образовании с правом работы по низшей категории — помощника врача. Для дальнейшего образования на втором этапе, включающего еще два года углублённого обучения, необходимо получение рекомендации. Это позволит, с одной стороны, не только сэкономить финансовые затраты на подготовку врачей, но и обеспечит больницы и клиники кадрами среднего звена, а с другой стороны, позволит исключить не профессионализм при подготовке врачей высшей квалификации, что значительно снизит процент медицинских ошибок и обеспечит нашей медицине доверие населения и уважение к самой гуманной профессии на земле.

---

[1] См.: Чистович Я. История первых медицинских школ в России. — СПб., 1883.

КЕЙС-МЕТОД КАК ИНСТРУМЕНТ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Жигилей И.М.

Вопрос эффективности обучения всегда будет оставаться ключевым в понимании закономерностей образовательного процесса и условий его протекания. Наличие квалификационного стандарта как эталона требуемого уровня компетенции будущих специалистов позволяет задать цель обучения, понять структуру и последовательность необходимых учебных мероприятий для его достижения.

Но можем ли мы гарантировать, что выбранный набор образовательных процедур позволит нам с высокой степенью достоверности достигать требуемый уровень квалификации? Этот вопрос наиболее остро стоит при обучении студентов — медиков, так как ошибка врача может привести к серьезным последствиям.

Как же оценить качество обучения, которое представляет собой многогранный и сложный процесс, на который влияет множество факторов и условий?

Самый простой способ — измерить степень соответствия знаний, навыков, умений студента-медика, который является «продуктом процесса обучения», заданному изначально квалификационному стандарту. Но камнем преткновения, в этом случае, закономерно становится выбор метода оценки.

В практике широко применяется метод оценки знаний студента, когда процедура устного или письменного экзамена предполагает ответ на заранее подготовленные вопросы. Подобный экзамен позволяет оценить насколько студент знаком с материалом, может оперировать профессиональными терминами, сопоставляет данные из разных источников, может грамотно обосновать основные закономерности. Для получения хорошей оценки важны отличная память, эрудиция и умение связанно пересказывать авторские источники. Вопрос в том, достаточно ли этого современному врачу? Готов ли он решать сложные практические задачи? Сможет ли он провести всесторонний анализ симптомов болезни, учесть все факторы, влияющие на пациента и поставить истинный диагноз?

В настоящее время возрастает потребность в специалистах-медиках, умеющих собирать необходимые данные для постановки диагноза, выявлять неочевидные причинно-следственные связи и закономерности в процессе протекании болезни, прогнозировать последствия лечения. Наличие широты знаний и эрудиции не достаточно для эффективной деятельности, необходимо еще обладать развитыми навыками практического мышления.

Одним из эффективных методов, позволяющих формировать в рамках образовательного процесса практическое мышление, является кейс-метод.

Метод кейс-стади — инструмент, позволяющий применить теоретические знания к решению практических задач. Метод способствует развитию у студентов-медиков самостоятельного мышления, умения выслушивать и учитывать альтернативную точку зрения, аргументировано высказать свою. С помощью этого метода студенты-медики имеют возможность проявить и усовершенствовать аналитические и оценочные навыки при постановке диагноза, находить наиболее оптимальную схему лечения болезни.

Отличительной особенностью метода кейс-стади является создание проблемной ситуации на основе фактов из реальной жизни.

Возможности кейс-метода не ограничиваются только обучением, его с успехом можно применять и для оценки уровня сформированности практических навыков студентов-медиков. Главным его достоинством является возможность оценить, справится ли будущий специалист с теми задачами, которые ему еще не приходилось решать (например, постановка диагноза и выбор схемы лечения). При этом кейс задает наиболее близкое приближение к контексту реальной ситуации.

При использовании кейс-метода в качестве оценки уровня квалификации будущих врачей важно учитывать три составляющие:

1. Содержание кейса (от английского case — случай, ситуация).
2. Процедура решения кейса студентами.
3. Алгоритм интерпретации ответов и выбора правильных решений.

При выборе кейсов для оценки стоит учитывать следующие моменты:

1. Содержание кейса должно соответствовать содержанию работы (профилю работы врача, его специализации) и отражать специфику задач, которые необходимо будет решать в будущем.
2. Уровень принимаемых решений должен соответствовать возможностям и условиям профессиональной деятельности.
3. Ситуация, описанная в кейсе, должна обеспечивать возможность проявить максимум необходимых компетенций.
4. В кейсе должна содержаться достаточная информация для анализа ситуации и принятия решения.

Следующим вопросом использования кейс-метода в качестве оценки эффективности обучения является выбор адекватной процедуры измерения: индивидуальный или групповой формат.

Индивидуальные кейсы, включенные в оценочную сессию, не требуют присутствия обученного наблюдателя — процесс решения оценивается по письменным материалам, разработанным участни-

ком оценочной сессии. В данном случае оцениваются индивидуальные схемы решения практических проблем (постановка диагноза и выбор схемы лечения, выявление причин отклонений от известной схемы течения болезни, проявление неспецифических реакций организма на ход лечения болезни и т.п.). Подобный формат может с успехом использоваться как подготовка к теоретическому экзамену, когда студент-медик самостоятельно готовит решение кейса, его аргументирует и приносит на экзамен.

Групповые кейсы требуют наблюдения за процессом решения — это позволяет получить дополнительную информацию по таким параметрам, как влияние, коммуникативные компетенции, организация процесса, генерирование идей. Выбор формата зависит от задачи измерения, какие компетенции важно оценить.

На наш взгляд наиболее оптимальным с точки зрения организационных затрат для оценки качества обучения студентов-медиков является индивидуальный формат.

После проведения процедуры решения кейса последним вопросом является выбор правильных ответов. Для этого необходимо заранее разработать критерии оценки, например, оригинальность подхода (новаторство, креативность), применимость решения на практике, глубина проработки проблемы (обоснованность решения, наличие альтернативных вариантов, прогнозирование возможных проблем) и т.п.

Наиболее распространенный способ выбора правильности решения является экспертная оценка. Профессиональные врачи, имеющие широкий и многолетний опыт решения практических задач задают критерии правильного ответа в кейсе, фиксируют возможные ошибки. Четкие критерии оценки решений и привлечение нескольких экспертов позволяет повысить объективность итоговой оценки.

Таким образом, кейс-метод может занять полноценное место в системе оценки успеваемости будущих врачей, позволяя измерить уровень сформированности навыков практического мышления.

КЕЙС-МЕТОД КАК ИНСТРУМЕНТ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Жигилей И.М., Кучер Е.Н.

В текущих условиях все большее количество преподавателей высшей школы, в том числе и в медицинских вузах, стоит перед непростой задачей: как передать студентам в разы увеличивающий-

ся объем информации и каким образом получаемые ими знания перевести в профессиональные умения и навыки, обеспечивающие в будущем возможность эффективного поведения на рабочем месте.

Современная медицина стремительно развивается, вбирая в себя лучшие достижения информационных технологий, физики, психологии, экономики и т.п. Знаний, необходимых врачу стало так много, а профессиональные навыки стали столь многообразными — от умений работать со сложным медицинским оборудованием до разрешения конфликтных ситуаций с пациентами, прошедших «интернет-школу» по собственному заболеванию — что традиционными педагогическими средствами подготовить будущего врача и провести повышение квалификации врача-практика становится все сложнее.

Возможно ли, чтобы учебные технологии формировали не кабинетные навыки, устаревающие уже к концу занятия, а давали студентам-медикам гибкие инструменты, позволяющие им быстро и качественно адаптироваться к изменениям ситуации, эффективно решать реальные проблемы на рабочем месте?

Одним из способов решения данной педагогической задачи может стать органичное использование в учебном процессе кейс-метода.

Метод case-study или метод конкретных ситуаций (от английского case — случай, ситуация) — метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанный на обучении путем решения конкретных задач-ситуаций (решение кейсов). Непосредственная цель метода case-study — совместными усилиями группы обучаемых проанализировать ситуацию (в нашем случае, анамнез и актуальная симптоматика заболевания), возникающую в конкретных клинических условиях (генетические, профессиональные, возрастные, социально-бытовые и т.п. риски), выделить проблему (этиология заболевания, факторы динамики состояния пациента и т.п.) и выработать практическое решение (диагноз и адекватная схема лечения). Окончание процесса — оценка предложенных алгоритмов (например, назначение препаратов или методы диагностики заболевания) и выбор наилучшего в контексте поставленной проблемы. Функцией преподавателя в этом случае является оказание помощи участникам в выявлении, систематизации, формализации личного опыта, корректировке и пополнении своих знаний.

Качественный кейс моделирует вероятные ситуации из профессионального контекста, с которыми студенты пока не сталкивались в личном опыте либо типичные профессиональные ситуации, характеризующиеся повышенной сложностью и неоднозначностью. Таким образом, осмысливая кейс, учащийся в условиях минимального риска модельной ситуации приобретает когнитивные схемы, обеспечивающие ему продуктивное поведение в реальных условиях самостоятельной практики. Моделирующие задачи позволяют уча-

щемуся приобрести «виртуальную» практику, существенно повышающую скорость и качество формирования профессиональных навыков в практике реальной.

Ядром кейс-метода является управляемая преподавателем дискуссия. Дискуссия позволяет «расшатать» познавательный консерватизм студентов-медиков, создать условия для принятия ими новой информации, перспектив, решений.

Взрослый человек имеет устоявшиеся мыслительные модели, успешный опыт социального поведения, профессиональной деятельности и т.д. Однако этот опыт постепенно устаревает, индивидуальные мыслительные модели входят в противоречие с новыми медицинскими технологиями, открытиями науки, что обусловливает трудности в переподготовке врачей, когда необходимо не только «привитие» нового, но и ограничение области применения старого опыта, потерявшего актуальность.

В психологии известен эффект «заднего ума» или установка «Я-всегда-это-знал», которая проявляется в том, что принятое новое знание мгновение спустя уже воспринимается как банальность и большинство людей искренне полагают, что именно так и думали/делали раньше. Весь вопрос в том, как обеспечить это принятие, как создать условия, в которых взрослый, компетентный, успешный человек будет готов искать и находить новые, непривычные ракурсы постановки и анализа проблем.

Одно из проявлений мыслительного консерватизма в обучении состоит в том, что человек склонен оперировать уже выработанными категориями, а не искать новые. Студенты нередко находят одно единственное, лежащее на поверхности, решение проблемы, «успокаиваются» на этом и бывают очень удивлены, если кто-то видит и другие. В процессе обучения студенты дают принципиально разные решения кейса, в этом случае между ними вспыхивает спор, сопровождающийся интенсивными эмоциональными переживаниями. В результате дискуссии необходимо отстоять свою позицию, привести массу аргументов, иллюстраций, убедить других в своей точке зрения.

Иными словами, кейс-метод позволяет через противоречие, спор разрушить познавательный консерватизм врачей, повысить эффективность усвоения нового материала, расширить возможности практического мышления.

Актуальность использования кейс-метода в сегодняшние дни связана с резким всплеском инноваций в медицине, внедрением в работу врачей сложной аппаратуры и технологий. А, следовательно, закономерно встает вопрос о подготовке профессионалов, способных гибко реагировать на изменения ситуации, умеющих анализировать закономерности, видеть неочевидные причинно-следственные связи, «подняться над системой», продуктивно сформулиро-

вать и разрешить проблему. Ведь четко и правильно сформулированная проблема (постановка диагноза) — это уже половина ее решения. Именно поэтому все более перспективным инструментом профессиональной подготовки в высшей школе и системе последипломного образования становится развитие навыков практического мышления с использованием кейс-метода наряду с фундаментальной теоретической подготовкой специалиста.

ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Кучер Е.Н.

Высокая информационная насыщенность современной жизни, скорость изменений технологий и приемов работы предъявляют новые требования к профессионализму современных специалистов, в том числе врачей и преподавателей медицинских специальностей. И если каких-нибудь 20 лет назад концепция непрерывного обучения (life-long learning) была скорее декларируемой моделью из области желаемого (для поддержания профессионального уровня желательно периодическое «дообучение»), то сегодня в высоко конкурентной и динамичной медицинской сфере, где ежегодно появляются доступные практикам новые технологии, препараты и оборудование, это скорее вопрос необходимости (профессиональная сертификация) и условие «выживания».

При этом технологии обучения, используемые в высшей школе и системе профессиональной переподготовки, и сегодня минимально отличаются от технологий из арсенала школьной дидактики. Обоснованно ли такое положение вещей, если в вузе и, особенно, на курсах повышения квалификации преподаватель имеет дело не с дилетантами, а со специалистами, взрослыми людьми с обширным личным и профессиональным опытом, успешными в различных социальных ролях, имеющими сложившееся представление об изучаемой предметной области и сформированные установки по отношению к обучению? При каких условиях традиционные лекционно-семинарские методы могут дать ожидаемый результат в виде развития новых профессиональных компетенций? Какие методы, помимо традиционных, целесообразно использовать в обучении, имея в виду специфику обучения взрослых?

На наш взгляд, обсуждая комплекс вопросов по оптимизации обучения в системе профессиональной подготовки и переподготов-

ки медицинских кадров, полезно учитывать следующие концептуальные особенности современного понимания обучения:

1. Обучение продолжается в течение всей жизни. Жить означает учиться. В современном мире обучение — это не задача, а скорее способ существования человека. Обучение понимается сегодня весьма широко — как процесс приобретения опыта из самых разных источников. Оно может быть осознанным или не осознанным, формальным или неформальным. Мы учимся в основном в процессе социализации — через семейный стиль воспитания, под влиянием друзей и коллег, работы, игры, службы в армии, СМИ и т.д. Безусловно, не все люди в течение всей жизни предпринимают продуманные шаги к обучению, для многих это может быть нелегко и потребовать значительных интеллектуальных и эмоциональных затрат.

2. Обучение — это глубоко личный и естественный процесс. Никто не может научить вас. Это происходит внутри вас. Это похоже на непрерывный рост, происходящий, если обучающийся принимает проактивную позицию и личную ответственность за результаты обучения.

3. Обучение вызывает изменения. Из огромного информационного потока что-то принимается человеком, а что-то отбрасывается как ненужное, ложное или незначимое. Процесс обучения может вызывать изменения разных масштабов: от узнавания отдельных фактов до комплексной реорганизации ценностей и самовосприятия, своего рода личностной трансформации.

4. Обучение тесно связано с человеческим развитием. Обучение вызывает изменения на уровне социальных, психологических, физических и даже биологических процессов функционирования человека, в свою очередь, находится под влиянием этих процессов. Обучение вызывает изменения в ценностях, социальных ролях и жизненных задачах человека, которые он реализует в течение жизни. Своевременное обучение может дать осмысленность череде жизненных стадий с их чередованием стабильных фаз и переходных периодов. Обучение помогает запустить переход на следующую стадию, создавая полезный способ совладания с некоторыми негативными эффектами психологических кризисов и других серьезных перемен, таких как выход на пенсию или утрата.

5. Обучение имеет отношение к опыту и приобретению опыта. Обучаться — значит приобретать опыт взаимодействия со своим окружением (средой). Обучение всегда активно и предполагает изменение в способах деятельности (когнитивной или внешней, предметной). Мы учимся через опыт и иногда можем вынести нечто весьма ценное даже из, казалось бы, случайного события, которое на первый взгляд не имеет никакого отношения к обучению. Взрослые имеют неизмеримо больший опыт, чем дети, поскольку они прошли через череду взаимодействий и принятия ответственных

решений в многочисленных социальных системах (семья, учебные заведения, профессиональные учреждения, государственные органы и т.п.). Багаж прошлого опыта, имеющийся у взрослого человека, представляет собой богатый ресурс для обучения, являясь одновременно и препятствием к нему, поэтому эффективное обучение необходимо включает в себя процесс проверки, реорганизации и реинтеграции прошлого опыта.

6. Обучение имеет интуитивную сторону. Знание может приходить изнутри не менее эффективно, чем извне. Наши самые важные и креативные инсайты чаще всего имеют своим источником неявное знание, происходят подсознательно, интуитивно. Иногда полезно позволить проблемам и идеям созреть, оставить путь алгоритмического поиска решений и дать своему интеллекту свободу манипулировать на первый взгляд противоречащей друг другу и парадоксальной информацией. Некоторые люди даже развивают стратегии использования психических образов (ассоциаций) в индивидуальном процессе принятия решений. Последние исследования функционирования мозга обеспечили физиологическую базу и импульс для того, чтобы принимать всерьез данный аспект обучения.

Таким образом, результативное обучение — это в первую очередь активность того, кто обучается. Оно может быть направленным или случайным, обычно вовлекает сопутствующую информацию и навыки, формирует новые установки, понимание или ценности. Обычно обучение сопровождается изменениями в поведении и продолжается всю жизнь. Полезно рассматривать обучение не только в аспекте результатов, но и в аспекте процессов. На основе изложенного, образование может быть определено как организованные, систематические усилия для стимулирования обучения, создания условий и обеспечения активности, через которую обучение может реализовываться.

ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Кучер Е.Н.

На основе современного понимания процесса обучения взрослых (учитывающих социально-экономическую и психолого-педагогическую специфику данной возрастной группы) можно выделить четыре базовых отличия взрослых обучающихся:

1. **Иное отношение к образованию и учению.** Взрослые параллельно выполняют множество ролей и задач, несут ответственность разного типа. Обычно взрослые имеют более стабильные интересы и другое восприятие времени. Они в состоянии воспринимать отдаленные цели и работать над их достижением в течение длительного периода времени. При этом восприятие взрослым самого себя и собственной адекватности тесно связано с его восприятием времени. «Я слишком стар», «Если бы я был на двадцать лет моложе» — это не просто разговоры о хронологическом возрасте, но также ощущение человеком уровня своих возможностей. Для взрослого в большей степени, чем для ребенка, решение об инвестировании времени в некоторую деятельность может быть гораздо более важным, чем об инвестировании средств или усилий.

Таким образом, «образ я» становится у взрослых значимым индикатором вероятности участия в обучении и получения от него отдачи. У взрослого более содержательная, сложная и устойчивая я-концепция, чем у ребенка. Она может содержать неявный образовательный опыт, восприятие учения или идеи, угрожающие «идеальному я» и удерживающему от изменений.

Наиболее важным компонентом личности по отношению к обучению является восприятие себя как учащегося. Если взрослый обучающийся воспринимает учение и изменения в качестве столь же значимой части своей жизни, как работа или семейные роли, у него больше шансов успешно начать обучение и реализовать его с полной интеллектуальной отдачей.

Часто говорят, что находясь в условиях недостатка времени, богатства возможностей и наличия собственного взгляда на себя самого, взрослые ощущают большую ответственность и получают максимальную пользу исключительно от практико- и проблемно ориентированного обучения. Однако в поисках новизны и осмысленности жизни люди обращаются и к «непрактичному» обучению, которое могло бы помочь им открыть ранее не используемый потенциал и способности.

Важнейшим следствием иной ориентации взрослых по отношению к жизни и прошлому опыту состоит в том, что **они чаще всего самостоятельно могут определить (или помочь это сделать), что им необходимо для эффективного обучения**.

2. **Накопление опыта.** Взрослые получают гораздо больше удовлетворения от потенциальной выгоды от накопления жизненного опыта и преодоления препятствий на этом пути, чем дети. И большая часть их опыта качественно отлична от опыта детей. Он формируется на основе широкого круга ролей и ответственности. Отдельный индивид в определенный момент жизни может быть рабочим или руководителем, политическим активистом или социальным мар-

гиналом, наставником или учеником. Он может быть одновременно сыном, отцом и дедом. Все это формирует разносторонние, сложные иерархические структуры установок, ценностей и убеждений.

Накопление опыта обычно включает большое число значимых, стрессовых событий, воспоминания о которых обычно актуализируются при обращении к этому опыту. Часто сила эмоций оказывается столь значительной, что в значительной мере блокирует дальнейшее восприятие новой информации в данном направлении.

Несмотря на множество сходств на уровне ролей и типов ответственности, жизненный опыт каждого человека уникален. Даже в полностью схожих условиях два разных человека получат разный опыт. Люди развивают разные способности и интересы, разными способами реагируют на новую информацию, по-разному поддерживают свои убеждения и ценности. Группа взрослых, выглядящих абсолютно похожими, на самом деле гораздо более гетерогенна, чем группа детей. Группа, собранная из взрослых одной профессии (например, врачи-педиатры) или социальной роли (например, матери) может быть крайне неоднородна по энергетике, уровню знаний по изучаемому предмету, мотивации принятия или отвержения новых идей или способов деятельности. Именно эта уникальность приводит к субъективным предпочтениям способов и обстановки учения и является основой понятия «когнитивный стиль».

Прошлый опыт определяет, какая информация будет воспринята как приоритетная и как она будет интерпретирована; а также какие смыслы, ценности, стратегии и навыки будут востребованы в первую очередь. Если найденное полезно, новое обучение пройдет эффективно и будет продуктивным. Если найденное не может быть использовано, взрослый сначала обращается к своему прошлому опыту за каким-либо полезным материалом, который можно хотя бы косвенно использовать. Если ничего не обнаруживается, взрослый оказывается перед вызовом: признать неадекватность имеющихся у него смыслов, ценностей, навыков стратегий поведения. Для некоторых людей подобная ситуация становится вызовом, мотивирующим к интенсивному обучению, у большинства же она вызывает защитную реакцию, блокирующую дальнейший прогресс.

В последнем случае я-концепция обучающегося, его видение себя как компетентного человека, оказывается под угрозой. В этом случае человек может частично или полностью отказаться от обучения, либо начать подсознательно его саботировать, отрицая обоснованность, ценность и необходимость изучения чего-либо с большей вероятностью, чем пойдет на риск непредсказуемой трансформации своей я-концепции. Таким образом, наличие массива прошлого опыта взрослого человека принципиально смещает акценты в понимании сути учебного процесса: **обучение взрослых фокусиру-**

ется вокруг изменения, переноса и реинтеграции смыслов, ценностей, стратегий поведения и навыков в большей степени, чем относительно их формирования и накопления, как в детстве.

Взрослым также важно уметь «разучиваться», поскольку часть их успешных в прошлом когнитивных и поведенческих стратегий перестает соответствовать стремительно меняющейся реальности. Именно необходимость начинать практически всякое обучение с переоценки эффективности имеющегося опыта делает традиционные лекционно-семинарские методы преподавания неэффективными для обучения взрослых. Необходимость активно работать с установками, смыслами, ценностями и убеждениями людей выводит на первый план активные методы обучения (групповые дискуссии, деловые игры и ролевое моделирование, метод case-study).

И еще один эффект того, что взрослые обладают значительным опытом состоит в том, что они сами являются важнейшим ресурсом для обучения. В большинстве случаев **взрослые способны самостоятельно направлять процесс своего обучения и могут многому научиться друг у друга**. Ценность взаимного обмена опытом взрослых обучающихся является еще одним существенным аргументом в пользу активных методов обучения.

3. **Особые тенденции развития.** Исследования взрослости показывают, что взрослые проходят в своем развитии ряд стадий, каждая из которых характеризуется решением специфических задач развития. Эти задачи определяются как задачи, возникающие преимущественно в определенный период жизни человека, успешное решение которых ведет к жизненной удовлетворенности и успешности в решении последующих задач. Несостоятельность в разрешении задач развития ведет к неудовлетворенности, социальному неодобрению и трудностям с последующими задачами. Наиболее распространенным и полезным с точки зрения использования является выделение следующих стадий: ранняя взрослость (18—39), средняя взрослость (40—59) и поздняя взрослость (старше 60).

Помимо возрастных кризисов, говорят также о так называемых «изменяющих» или «значимых» событиях. Подобные события периодически нарушают относительную стабильность взрослой жизни и могут заметно изменить наши ценности, отношения, я-концепцию в целом. Важнейшие изменяющие события могут приводить к таким позитивным эффектам, как рост мотивации социальной помощи или обучения, в то же время, если несколько подобных событий происходят одновременно, это может иметь весьма травматичные последствия, как, например, пресловутый кризис середины жизни.

В течение переходных периодов или вследствие важнейших изменяющих событий, взрослые демонстрируют восприимчивость к

образованию и учению, имеющему отношение к пересматриваемым персональным целям, помогающему вновь утвердить себя в качестве значимого члена общества, подкрепить самоуважение. Наиболее значимые изменения требуют обучения, которое дало бы возможность взрослому исследовать его персональные смыслы и ценности и трансформировать их таким образом, чтобы обеспечить взрослому большую согласованность с реальностью. Иногда о таком обучении говорят как о качественном обучении. Что касается стабильных периодов, то это время для расширения и структурирования знаний, интеграции новых значений в имеющиеся структуры и жизненный опыт.

Успешное прохождение переходных периодов облегчается осознанием того, что перемены естественны. Взрослые нуждаются в предложениях альтернативных способов реализации изменений. Возвращение «на студенческую скамью» является не столько изменением само по себе, сколько результатом других изменений (реальных или предвидимых) в жизненных обстоятельствах человека.

4. **Тревога и амбивалентность.** В идеале мы обладаем такими механизмами понимания себя, в результате которых изменения и даже значительные реорганизации личности не должны связываться с тревогой. Но обычно взрослые участвуют в обучении со смешанными чувствами, даже со страхом. Понимание этих реакций может помочь человеку учиться более эффективно, а также помогать в этом другим.

Мы живем в неопределенном и парадоксальном мире, полном разнообразия, противопоставлений и дилемм. Взрослые обычно имеют выраженные потребности в автономии и самоуправлении и в том, чтобы выглядеть таковыми как в своих собственных глазах, так и в глазах других. Нормальное развитие взрослого включает последовательный рост готовности человека брать на себя ответственность за управление собственной жизнью на основе самостоятельно избранных ценностей и идей.

Стремясь к независимости, мы одновременно обладаем потребностями в принадлежности. Мы нуждаемся в поддержке других для подтверждения нашего ощущения благополучия. Мы принимаем на себя лидерство в тех областях, где обладаем опытом и экспертизой. Мы нуждаемся в помощи, когда не знаем, как поступить. Независимость и автономия важны, они помогают снизить ощущение беспомощности и повысить уверенность в себе и самоуважение. Однако принадлежность также полезна, как и взаимозависимость — разделение усилий, ответственности и вознаграждений, подобно тому, как это происходит в спортивных командах. Когда взрослый обучающийся имеет слишком мало автономии, его достоинство может быть унижено, мотивация и удовольствие от учения подав-

лены. Но учащиеся, неожиданно столкнувшиеся с большей ответственностью за свое собственное учение, чем они того ожидали или обычно имели, отвечают на это тревогой или даже уходом.

Обучение себя самого это не пассивное впитывание, а активный процесс преобразования нового знания, ценностей и навыков в поведение. Дискомфорт, иногда довольно выраженный, обычно сопровождает процесс, в результате которого мы достигаем комфорта на новом уровне когнитивной сложности. Учение может потребовать «временного отказа от безопасности». Даже приняв волевое усилие начать обучение, мы сопротивляемся «переделке» себя. Мы часто стремимся сохранить имеющееся поведение, используя механизмы поиска подтверждений и аргументов в обоснование его ценности, обращаясь даже к гневу или уходу.

В условиях группового обучения такая амбивалентность может быть осознана и продуктивно разрешена через укрепление позитивного образа «я» и микроклимата, в котором другие не настаивают на том, чтобы человек менялся быстрее, чем он к этому готов, учащиеся имеют возможность свободного самовыражения, чувствуют себя принятыми и не занимают оборонительную позицию.

Несмотря на все доказательства обратного, многие взрослые попрежнему сомневаются в своих личных способностях к учению. Способности имеют тенденцию недооцениваться и использоваться не в полной мере. Члены семьи, друзья или окружение могут усиливать сомнения взрослого обучающегося своими вопросами по поводу его способностей, мотивов или необходимости в данных знаниях. В период поздней взрослости и в пожилом возрасте люди особенно чувствительны к этому источнику тревожности.

Школьное обучение часто формирует предубеждения и страхи в отношении учения. Источником взрослых проблем с обучением обычно является детский травматичный опыт, часто прочно «забытый». Когда взрослый попадает в контекст лекционно-семинарской системы, подобные страхи и комплексы актуализируются и могут стать существенным фактором, препятствующим результативному и комфортному обучению.

Взрослые могут также иметь предубеждения в отношении отдельных областей учебного материала. Многие склонны к тревожности относительно математики. Хорошо описана специфическая тревожность в отношении освоения второго языка. Людям может быть некомфортно при использовании некоторых методов обучения (например, ролевыми играми), некоторыми задачами (например, произносить вслух иностранные слова), в некотором окружении (например, медсестре в окружении физиков). Взрослые склонны испытывать больший стресс, чем юноши в ситуации оценки знаний, особенно публичной, многие даже оттягивают переход на

следующий уровень обучения, поскольку для этого необходимо проходить тестирование. Они могут бояться раскрытия незнания и негативного сравнения с кем-либо.

Учащиеся поэтому нуждаются в такой учебной атмосфере, которая минимизирует тревогу и усиливает уверенность. Поскольку некоторое давление нормально и даже желательно для стимулирования изменений и наилучшего проявления способностей, преподаватели должны гибко использовать имеющиеся подходы и средства обучения, чтобы свести к минимуму негативные эффекты.

Иными словами, взрослые характеризуются особой ориентацией по отношению к жизни, образованию и учению; относительно богатым опытом, приобретенным в ходе решения задач и изменений, достигнутых на предыдущих жизненных этапах; собственным характером тревожности и амбивалентности. Эти важнейшие характеристики формируют некоторые условия оптимального обучения для взрослых учащихся — условия, которые преподаватели находят полезными и на которые учащиеся вправе рассчитывать. Взрослые учатся наилучшим образом, когда выполняются следующие условия:

1. Учащиеся ощущают потребность в обучении и посвящены в то, что, зачем и как они будут изучать. Добровольное участие практически всегда предпочтительнее вынужденного; однако, люди иногда осознают необходимость обучения уже после того, как принудительно начинают обучаться. Максимально продуктивное вхождение в процесс обучения реализуется путем направляющих обсуждений (или шеринга) в ходе анализа потребностей, постановки целей, отбора ресурсов и стратегий, оценивания. «Вовлечение учащегося» по праву является лозунгом преподавателей взрослых.

2. Процесс обучения и учебный материал имеют понятное и осмысленное отношение к прошлому опыту, и этот опыт используется в обучении в качестве ресурса. Взрослым учащимся необходимо осознать, что их опыт является как потенциальным активом, так и потенциальным пассивом в контексте обучения. Преподавателю, работающему со взрослыми, необходимо всерьез принимать в расчет их опыт, выбирая методы и материал, делая презентации и помогая учащимся изменять и трансформировать смыслы и навыки, «выросшие» из их прошлого опыта.

3. Учебный материал оптимально соотносится с ситуацией развития и жизненными задачами учащихся. Преподаватель может использовать информацию о процессах развития и ориентироваться на хронологию его этапов в отборе учебного материала, структурировании процесса, выборе методов и т.п., имея в виду, что люди соответствуют тенденциям развития в довольно широких рамках. Распространение в обществе знаний о развитии может помочь учащимся (а также потенциальным учащимся) стать более эффективными в учении.

4. Степень автономии учащегося соответствует форме и методу обучения. Необходимая автономия учащегося минимальна при традиционном обучении, достигает среднего уровня при групповой форме и максимальна при самостоятельном обучении. Внутри одной формы разные методы обучения способствуют разному уровню автономии: например, написание исследовательской работы связано с существенно большей независимостью учащегося, чем выполнение упражнений в присутствии преподавателя в учебной аудитории.

5. Психологический климат минимизирует тревожность и поддерживает свободу экспериментирования. Для самостоятельного обучения важны комфортная физическая среда и возможность обратиться за помощью. Для групповой формы важно взаимное доверие и командная работа, при которой каждый чувствует себя принимаемым и свободным не соглашаться и идти на риск. В традиционном обучении преподаватель задает климат своими установками, заданиями и своим отношением к познавательным усилиям учащихся. Нужный для обучения климат обеспечивается, когда субъекты обучения реально договариваются как взрослые люди.

6. Преподаватель учитывает когнитивные стили учащихся. Это может быть сделано формализовано, с помощью диагностических инструментов, либо неформально, когда преподаватель обращает внимание на предпочитаемые учащимися способы переработки информации и предпочитаемые условия обучения.

Подводя итог изложенному, следует подчеркнуть необходимость уделить серьезное внимание методологии организации системы высшего профессионального и послевузовского обучения врачей, приведя ее в соответствие принципам компетентностного подхода в образовании и тенденциям Болонского процесса.

ИНТЕГРАТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВ БИОЭТИКИ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ В РАМКАХ ЦИКЛА ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИН

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

Задача введения в учебные курсы медицинского образования основ «биоэтики и биобезопасности» была поставлена весной 2009 года соответствующим Приказом Министерства здравооохранения Украины. Именно в таком сочетании — биоэтики и биобезопасности — формулируется задача по разработке единых и эффективных подходов в изучении данного курса, который предполагает кроме

дисциплинарного (как отдельного предмета) еще и интегративное изучение биоэтики в рамках различных (общетеоретических, клинических) дисциплин.

Существуют различные мнения по поводу того, как на самом деле надо преподавать биоэтику для студентов-медиков. По данным нашего исследования эти мнения распределяются следующим образом (в опросе участвовало около 100 преподавателей клинических и общетеоретических кафедр медицинских вузов разных регионов Украины):

- Как отдельный базовый учебный курс для всех студентов — **32%**
- Как интегративный компонент общетеоретических дисциплин медико-биологического цикла — **28%**
- Как интегративный компонент клинических дисциплин — **27%**
- Как элективный (т.е. по выбору) спецкурс — **7%**
- Как интегративный компонент гуманитарных дисциплин — **7%**

Таким образом, около **62%** опрошенных считают необходимым именно интегративное изучение биоэтики. Что касается вопроса о том, на каком курсе лучше всего преподавать биоэтику, то по результатам того же опроса, мнения были такие:

- В течении всего срока обучения — 41%
- На довузовском этапе обучения и отбора студентов-медиков — 41%
- На 1-м курсе — 30%
- На 2-м курсе — 23%
- На 3-м курсе — 7%

Но для многих преподавателей остается не ясным ответ на следующий вопрос: *Является ли декларируемое изучение биоэтики чем-то чуждым и инородным именно для дисциплин естественнонаучного цикла в медицинском университете*? *Или существует медико-клиническая «монополия» на изучения биоэтики*? Исходя из нашего успешного многолетнего опыта проведения заседаний школы-семинара «Проблемы биоэтики и физики живого», факультативной работы со студентами Студенческого научного общества им. А.А.Киселя при НМУ им. А.А.Богомольца, можем однозначно сказать, что без пропедевтического изучения биоэтики на основе именно естественнонаучных дисциплин (и в первую очередь — медицинской биофизики) изучение биоэтики невозможно. Причина этого, с одной стороны, в самом характере и структуре биоэтики как междисциплинарной области знаний, в синтезе биологических знаний и этико-философской рефлексии, а также в тех специфических подходах, которые требуются при решении биоэтических коллизий. А с другой стороны, в тех фундаментальных методологических основаниях естественнонаучных дисциплин, которые могут дидактически эффективно и благотворно влиять на формирование биоэтического

мышления студентов. В качестве примера приведем темы, которые позволяют преподавателям решать задачу по разработке единой биоэтической межкафедральной программы естественнонаучного цикла (в более детальном виде первоначальный вариант данной учебной программы был опубликован в 2002 году, см. например по интернет-ссылке: http://ideashistory.org.ru/pdfs/42gon.pdf):

1. Противоречия между ролью науки в прогрессе цивилизации и опасностью технологических катастроф. Перенос в медицинскую науку методов «точного» естествознания без учета специфики объекта исследования — человека. Значения этической позиции ученого в его профессиональной работе (на примере полемики физиков-ядерщиков Э.Теллера и А.Д.Сахарова о влиянии экспериментов с ядерным оружием на геном человека). Принципы «виновности» и «бдительности» при прогнозировании последствий внедрения новых технологий.

2. Этические концепции ученых-естественников (К.Э.Циолковский, Н.А.Умов, П.А.Кропоткин, А.А.Любищев, В.И.Вернадский, Д.П.Филатов) и их представления о современной науке как основе «новой» этики.

3. Появление этических регуляторов в различных видах человеческой деятельности (научной, инженерной, медицинской). Этические аспекты борьбы научных идей, научных школ, научных дискуссий (на примере физики, генетики). Нарушение этических правил научной работы (плагиат, фальсификация данных исследования и т.д.). Мотивы занятия наукой (классификация Г.Селье) и медицинской практикой (роль этической компоненты).

4. Сравнение общих методологических причин кризиса в физике в начале XX века и причин появления биоэтики в конце XX века.

8. Противоречие между уровнем эффективности лечения (интересами прогресса медицинской науки) при помощи современных медицинских технологий и степенью их возможной опасности (ценностью жизни испытуемого). Способы повышения уровня безопасности медико-биологических технологий с использованием этических регуляторов и научных критериев.

9. Биоэтика как основа современного гуманитарного «нелинейного» мышления и гуманитарной экспертизы новых технологий. Сравнение между традиционным «линейным» естественнонаучным мышлением и традиционной этикой в медицине. Методологическое единство биоэтики и естественнонаучной «нелинейной» парадигмы в синергетике. Принципы самоорганизации в системах различной природы (включая социальные системы) и концепция глобальной биоэтики.

Вывод: Наше основное утверждение о полезности (и необходимости) пропедевтического изучения студентами-медиками основ

биоэтики именно на методологическом фундаменте дисциплин естественнонаучного цикла состоит в следующем: единые методологические основы современного естествознания, которые наиболее ярко и доступно раскрываются перед студентами-медиками прежде всего во время изучения дисциплин этого профиля являются общими и для биоэтики, как междисциплинарной области знаний, и для естественных наук. Особое место при формировании широкого и современного биоэтического мышления у студентов — медиков занимает современная синергетическая парадигма в естествознании. Эта парадигма включает в себя такие понятия как паттерны, процессы самоорганизации и структурообразования, бифуркации, аттракторы, нелинейность, динамический хаос и т.д. Без усвоения этих методологических принципов и понятий невозможно правильное понимание и использование идей биоэтики, как эффективного инструмента структурирования и управления современным обществом.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ АСПИРАНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В СООТВЕТСТВИИ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ КОГНИТИВНЫМ СТИЛЕМ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Соколова А.С.

Проблема организации процесса обучения в вузе с учетом индивидуального когнитивного стиля обучающихся представляется значимой и актуальной. Для организации процесса обучения с учётом индивидуального когнитивного стиля обучающихся с нашей точки зрения требуется последовательно реализовать три этапа: этап выявления (диагностики) когнитивного стиля обучающихся, этап планирования процесса обучения в соответствии с выявленным индивидуальным когнитивным стилем и этап реализации процесса обучения с опорой на данные диагностики.

Реализация процесса обучения с учётом индивидуального когнитивного стиля обучающихся осуществляется на кафедре педагогики факультета дополнительного профессионального образования преподавателей ММА им. И.М.Сеченова, где ведётся обучение аспирантов различных медицинских специальностей по программе «Преподаватель высшей школы». В рамках учебной дисциплины «Андрагогические основы организации обучения» ежегодно проходит тестирование аспирантов для выявления индивидуального когнитивного

стиля каждого из аспирантов, который в дальнейшем учитывается в процессе реализации данной учебной дисциплины. Выявление индивидуального когнитивного стиля осуществляется с помощью типологического опросника Майерс-Бриггс (Myers-Briggs Type Indicator). С помощью опросника выявляются следующие шкалы:

Шкала E — I: источники энергии
E — Экстравертированный тип, I — Интровертированный тип

Шкала S — N: сбор информации
S— Сенсорный тип, N — Интуитивный тип

Шкала: принятие решений
T — Мыслительный тип, F — Чувствующий тип

Шкала: способ взаимодействия с внешним миром
J — Решающий тип, P — Воспринимающий тип

В результате обработки данных тестирования каждому респонденту присваивается индивидуальный психологический тип, который описывается формулой из четырех показателей, обозначающих преобладающий полюс по каждой из вышеназванных шкал.

В результате обобщения данных диагностики аспирантов — медиков за 5 лет выявлено, что *экстравертированный тип* (E), *сенсорный тип* (S), *мыслительный тип* (T), *решающий тип* (J) традиционно наиболее представлены в процентном отношении (по каждому из психологических типов из общего количества аспирантов — более 50%). Таким образом, при планировании и реализации групповых занятий с аспирантами мы ориентируемся на выявленный доминирующий когнитивный стиль: активное общение и взаимодействие, восхождение от конкретного к абстрактному, требование наглядности, высокий уровень развития зрительных, слуховых, тактильных ощущений, максимальное использование пяти органов чувств для осмысления действительности, фокус на практическом опыте, на происходящем «здесь и теперь», логическая организация, структурированность и аналитичность.

Учёт индивидуальных когнитивных стилей в наименьшей степени представленных по результатам диагностики возможен при организации самостоятельной работы обучающихся. В наибольшей степени он учитывается при индивидуализированном обучении, которое осуществляется на кафедре при подготовке аспирантами выпускных квалификационных работ.

На кафедре педагогики факультета дополнительного профессионального образования преподавателей ММА им. И.М.Сеченова продолжается работа по осмыслению и реализации возможностей максимального учета индивидуального когнитивного стиля каждого обучающегося как в групповом, так и в индивидуальном обучении.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Абатуров Иван Николаевич, аспирант кафедры философии и культурологии Российского государственного профессионально-педагогического университета.

Аверкина Елена Ивановна, кандидат философских наук, докторант кафедры истории философии Уральского государственного университета им. А.М.Горького.

Алексеев Игорь Леопольдович, аспирант Института философии РАН.

Алёхина Евгения Викторовна, кандидат философских наук, доцент кафедры биомедицинской этики РГМУ, доцент кафедры философии МГОУ.

Анашкина Елена Владимировна, старший преподаватель кафедры психологии и педагогики МГМСУ.

Андренко Олег Валерьевич, кандидат биологических наук, доцент, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Андрианов Руслан, аспирант Института физиологии растений им. К.А.Тимирязева РАН.

Андриянова Елена Андреевна, доктор социологических наук, профессор, зав. кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета.

Аршинов Владимир Иванович, доктор философских наук, профессор, зав. отделом Института философии РАН.

Асеева Ирина Александровна, доцент, зав. кафедрой гуманитарных дисциплин Курского медицинского института.

Афанасьев Сергей Алексеевич, врач-интерн кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Аюрзанайн Баярто Анандаевич, кандидат физико-математических наук, доцент кафедры физики Сибирского государственного технологического университета (Красноярск).

Баксанский Олег Евгеньевич, доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник УРАН ИФ РАН.

Балакшин Виталий Семёнович, инженер кафедры физики Сибирского государственного технологического университета (Красноярск).

Банных Светлана Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии Кемеровской государственной медицинской академии.

Барановская И.Б., Кубанский государственный университет.

Барденштейн Леонид Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии МГМСУ.

Бари Наида Абдурахмановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ.

Баринов Евгений Христофорович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры судебной медицины и медицинского права МГМСУ.

Бартко Александр Николаевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биомедэтики и гуманитарных наук МГМСУ.

Бебурова Елизавета Александровна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ.

Беглянкин Николай Игоревич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Белопольская Алиса Викторовна, студентка 5-го курса Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Белопольская Наталия Львовна, доктор психологических наук, профессор, факультет Клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета.

Белоусов Петр Владимирович, врач психиатр-психотерапевт Психоневрологического диспансера № 1 г. Москвы.

Буданов Владимир Григорьевич, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН.

Вавилова Татьяна Павловна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биохимии МГМСУ.

Вагнер Владимир Давыдович, доктор медицинских наук, профессор, зам. директора ЦНИИ стоматологии.

Васильева Д.А., студентка 2 курса дневного отделения стоматологического факультета МГМСУ.

Вахрушева Людмила Николаевна, преподаватель кафедры общей психологии МГМСУ, медицинский психолог ПКБ № 12.

Вебб Наталия Владимировна, Independent Research Group (Сидней, Австралия).

Веденева Елена Николаевна, врач, Национальный медико-хирургический центр им. Пирогова Росздрава.

Войцехович Вячеслав Эмерикович, доктор философских наук, профессор кафедры философии Тверского государственного университета, ведущий научный сотрудник Института философии РАН, член-корр. Российской экологической академии.

Волков Павел, аспирант Института физиологии растений им. К.А.Тимирязева РАН.

Волчкова Александра Андреевна, студентка факультета клинической психологии МГМСУ.

Воробьёв Андрей Викторович, старший научный сотрудник, Московский государственный индустриальный университет.

Воротыло Наталья Викторовна, преподаватель кафедры общей психологии МГМСУ.

Гаспаров Игорь Гарибович, кандидат философских наук, преподаватель кафедры философии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко.

Гацура Оксана Алексеевна, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ.

Гвинджилия Георгий Георгиевич, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Гнатик Екатерина Николаевна, доктор философских наук, профессор кафедры онтологии и теории познания РУДН, ведущий научный сотрудник Института философии РАН.

Гордеева Ирина Викторовна, кандидат биологических наук, доцент кафедры физики и химии Уральского государственного экономического университета (г. Екатеринбург).

Горина Ирина Станиславовна, научный сотрудник, факультет психологии МГУ им. М.В.Ломоносова.

Горькова Татьяна Юрьевна, доктор экономических наук, декан экономического факультета, зав.кафедрой финансов и инвестиций экономического факультета МГМСУ.

Гребенщикова Елена Георгиевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Курского государственного медицинского университета.

Гризодуб Виктория Владимировна, аспирант кафедры общей психологии МГМСУ, медицинский психолог СКБ № 8 им. З.П.Соловьева «Клиника неврозов».

Гринченко Сергей Николаевич, доктор технических наук, профессор, ведущий научный сотрудник Института проблем информатики РАН.

Гуревич Константин Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни — залог успешного развития» МГМСУ.

Гурылёва Марина Элисовна, доктор медицинских наук, доцент кафедры биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины Казанского государственного медицинского университета.

Гутнер Григорий Борисович, кандидат философских наук, старший научный сотрудник Института философии РАН.

Делокаров Кадырбеч Хаджумарович, доктор философских наук, профессор кафедры философии Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации, заместитель заведующего кафедрой философии по научно-методической работе.

Денискин Сергей Александрович, соискатель кафедры философии Челябинского государственного университета.

Дияжева Лариса Вячеславовна, студентка факультета клинической психологии МГМСУ.

Доманова Светлана Александровна, кандидат исторических наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ.

Донцов Виталий Иванович, доктор медицинских наук, зав. лабораторией геронтологии НИМСИ МГМСУ.

Дорохов Андрей Ильич, студент 2 курса лечебного факультета Рязанского Государственного Медицинского Университета

Достовалов Сергей Григорьевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и возрастной психологии Курганского государственного университета.

Егоренков Анатолий Иванович, кандидат педагогических наук, доцент, Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца (Киев).

Жданов Герман Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Саратовского медицинского университета, Заслуженный деятель науки РФ.

Женчевская Ю.В., Смоленская государственная медицинская академия.

Жигилей Ирина Михайловна, аспирант кафедры психологии Московского педагогического государственного университета.

Завершнева Екатерина Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии МГМСУ.

Завьялова Виктория Анатольевна, врач отоларинголог отоларингологического отделения 1-й Клинической больницы Медицинского центра управления делами мэра и правительства Москвы.

Зимина Эльвира Витальевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры финансов и инвестиций экономического факультета, профессор межфакультетской кафедры общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ.

Злодеева Елена Борисовна, кандидат исторических наук, заместитель декана Экономического факультета, доцент кафедры Финансов и инвестиций МГМСУ.

Иванова Т.М., Смоленская государственная медицинская академия.

Ивашкин Сергей Николаевич, кандидат культурологии, доцент кафедры истории мировой культуры Института истории культур (УНИК, Москва).

Иксанова Д.С., аспирант кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Ильин Алексей Александрович, студент 4 курса лечебного факультета МГМСУ.

Илюхин Игорь Владимирович, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Калинин Эдуард Юрьевич, старший преподаватель Московского энергетического института.

Канаков Дмитрий Владимирович, старший преподаватель кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ.

Караваева К.С., студентка 2 курса дневного отделения стоматологического факультета МГМСУ.

Карелина Дарья Дмитриевна, клинический ординатор кафедры психиатрии Саратовского государственного медицинского университета.

Карпин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии Сургутского государственного университета.

Карташова Елена Ростиславовна, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник кафедры физиологии микроорганизмов биологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова.

Катрунов Владимир Алексеевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета.

Кашин Александр Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко.

Кириленко Елена Ивановна, доцент кафедры философии Сибирского государственного медицинского университета (Томск).

Кировская Татьяна Александровна, кандидат биологических наук, научный сотрудник сектора биосоциальных проблем кафедры физиологии микроорганизмов, биологический факультет МГУ.

Киященко 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, профессор кафедры философии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, зав. сектором Института философии РАН.

Коваль Татьяна Ивановна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Российского государственного социального университета.

Козлов Андрей Петрович, доктор биологических наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета.

Колемасов Иван Сергеевич, младший научный сотрудник, Московский государственный индустриальный университет.

Комова Надежда Викторовна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, этики, эстетики и медицинской деонтологии с курсом политической социологии ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого».

Копытин Вячеслав Афанасьевич, ассистент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Кочкарева Александр Григорьевна, доцент кафедры латинского языка и основ терминологии МГМСУ.

Кошлаков Дмитрий Михайлович, аспирант кафедры философии, истории и социологии Факультета экономики и управления Брянского государственного технического университета.

Крештапова Маргарита Александровна, аспирант кафедры общей психологии факультета клинической психологии МГМСУ.

Кром Ирина Львовна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра медико-социологических исследований Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове.

Крупкин Александр Геннадьевич, ординатор кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Крылова Ирина Анатольевна, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник сектора социальной философии Института философии РАН.

Кудашов Вячеслав Иванович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Кудрявцев Валерий Дмитриевич, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Кузичев Игорь Александрович, председатель правления Автономной некоммерческой организации «Институт Поведения».

Кузнецова Мария Николаевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета.

Кузьмичев Кирилл Александрович, студент 3 курса лечебного факультета МГМСУ.

Кулиев Закир Агаевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и политологии ММА им. И.М.Сеченова.

Курашов Андрей Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Кучер Елена Николаевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Московского педагогического государственного университета.

Лебедев Максим Владимирович, доктор философских наук, профессор кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ.

Лепский Владимир Евгеньевич, доктор психологических наук, главный научный сотрудник Института философии РАН.

Летов Олег Владимирович, кандидат философских наук, доцент, старший научный сотрудник ИНИОН РАН.

Лисеев Игорь Константинович, доктор философских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, зав. сектором Института философии РАН, председатель правления Московского философского общества.

Лобовиков Владимир Олегович, доктор философских наук, профессор, Институт философии и права РАН (Екатеринбург).

Любимов Александр Викторович, врач-невролог высшей категории, кандидат медицинских наук, заведующий неврологическим отделением МУЗ «Городская клиническая больница №7» городского округа г. Воронеж, главный внештатный невролог Управления здравоохранения городского округа г. Воронеж.

Лязина Людмила Викторовна, кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии и биологического образования Башкирского государственного педагогического университета им. М.Акмуллы.

Ляуш Лев Брунович, ст. преподаватель кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Майленова Фарида Габделхаковна, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник ИФ РАН.

Мамедов Азер Агаевич, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и социологии РГАУ-МСХА им. К.А.Тимирязева.

Маренный Альберт Михайлович, доктор физико-математических наук, профессор, директор ЗАО «Радиационные и экологические исследования» (Москва).

Маренный Михаил Альбертович, ЗАО «Радиационные и экологические исследования» (Москва).

Марков Дмитрий, студент 2 курса дневного отделения лечебного факультета МГМСУ.

Михеев Анатолий Иванович, профессор кафедры физического воспитания Московского государственного института электроники и математики (технический университет).

Михеева Анастасия Анатольевна, кандидат психологических наук, заместитель директора НМЦ «Диагностика. Адаптация. Развитие» им. Л.С. Выготского Рособразования России; заведующий отделением Клинической психологии и психосоматических расстройств, ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии».

Моисеев Вячеслав Иванович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ.

Моисеева Оксана Николаевна, старший преподаватель кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ.

Молодецких Андрей Владимирович, старший лаборант кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Молодецких В.А., кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Молчанов Александр Сергеевич, кандидат психологических наук, зав. кафедрой педагогической акмеологии и психологии профессиональной деятельности МГМСУ.

Мольков Альберт Сергеевич, аспирант Владимирского Государственного Университета.

Москаленко В.Ф., профессор, член-корр. АМН Украины, Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца (Киев).

Москвина Лариса Вячеславовна, студентка 5 курса факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В.Ломоносова.

Мохов Владимир Андреевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии МГМСУ.

Мохова Екатерина Евгеньевна, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры общей психологии МГМСУ.

Мусалимова Рида Сагитовна, кандидат биологических наук, доцент кафедры биологии и биологического образования Башкирского государственного педагогического университета им. М.Акмуллы.

Мухамедова Замира Мухамеджановна, доктор философских наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук Ташкентской медицинской академии.

Нагуманова Светлана Фарвазовна, кандидат философских наук, доцент кафедры истории, философии, социологии и политологии Казанского государственного медицинского университета.

Назарова Елена Викторовна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

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.

Николаев Антон Борисович, директор Автономной некоммерческой организации «Институт Поведения».

Новикова Тамара Владимировна, кандидат технических наук, старший научный сотрудник, доцент по кафедре медицинской и биологической кибернетики Сибирского государственного медицинского университета.

Новичкова Ирина Юрьевна, доктор социологических наук, зав. кафедрой социальной работы, директор Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове.

Олескин Александр Владимирович, доктор биологических наук, сектор биосоциальных проблем, кафедра физиологии микроорга-

низмов биологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова; Институт философии РАН.

Онищук Сергей Алексеевич, кандидат физико-математических наук, доцент кафедры общей физики и информационных систем Кубанского государственного университета.

Орестова Елена Владимировна, профессор, зав. кафедрой общей психологии МГМСУ.

Орлова Мария Михайловна, кандидат психологических наук, доцент, Саратовский государственный университет.

Осипов Дмитрий Александрович, врач консультативной поликлиники Областной клинической больницы г. Саратова.

Осипов Максим Евгеньевич, преподаватель кафедры общей психологии МГМСУ.

Островская Ирина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры биохимии МГМСУ.

Павлова Людмила Анатольевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета.

Панов Сергей Владимирович, кандидат философских наук, доцент кафедры истории мировой культуры Института истории культур (УНИК, Москва).

Пашков Константин Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой истории медицины МГМСУ.

Перова Ольга Евгеньевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и методологии науки Киевского национального университета им. Тараса Шевченко.

Перхуров Александр Михайлович, кандидат медицинских наук, врач высшей категории по ЛФК и спортивной медицине, врач отделения спортивной медицины ВФД № 5 УЗ ЦАО г. Москвы.

Петикова Ирина Александровна, студентка факультета клинической психологии МГМСУ.

Петрова Екатерина Викторовна, кандидат философских наук, научный сотрудник Института философии РАН.

Плохова Мария Александровна, кандидат философских наук, ассистент кафедры философии МГТУ им. Н.Э.Баумана.

Плютто Петр Александрович, кандидат философских наук, кандидат исторических наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ.

Поляев Борис Александрович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой реабилитации и спортивной медицины РГМУ, главный специалист Минздравсоцразвития по ЛФК и спортивной медицине, Президент Ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ), вице-президент Параолимпийского Комитета России, Заслуженный врач РФ.

Попова Наталья Тимофеевна, руководитель структурного подразделения «Круг» ГОУ ДЮЦ «Норд-Вест».

Попова Ольга Владимировна, кандидат философских наук, младший научный сотрудник

лаборатории правовых проблем охраны здоровья детей Отдела социальной педиатрии Научного Центра здоровья детей РАМН.

Пронин Михаил Анатольевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, руководитель исследовательской группы «Виртуалистика», заместитель заведующего отделом комплексных проблем изучения человека Института философии РАН.

Протасов Игорь Станиславович, врач-невролог высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии с неврологией, нейрохирургией ИПМО ГОУ ВПО «Воронежская Государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко» Росздрава, врач кабинета рассеянного склероза МУЗ «Городская клиническая больница №7» городского округа г. Воронеж.

Ригина Юлия Игоревна, ассистент кафедры гуманитарных дисциплин Курского медицинского института.

Рождественская Татьяна Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры военно-полевой терапии Саратовского военно-медицинского института.

Ромодановский Павел Олегович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой судебной медицины и медицинского права МГМСУ.

Ростова Наталья Николаевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и социологии Кемеровской государственной медицинской академии.

Румянцев Александр Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАМН, директор ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии».

Румянцев Олег Константинович, доктор философских наук, зав. сектором ФГНИУ «Российский институт культурологии».

Рыбин Владимир Александрович, доктор философских наук, профессор кафедры философии Челябинского государственного университета.

Рюмина Марина Тулеухановна, доктор философских наук, профессор кафедры философии и культурологии Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Саблина Наталья Алексеевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики м гуманитарных наук МГМСУ.

Сабурова Вера Ивановна, кандидат биологических наук, доцент кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Савельев Александр Викторович, старший научный сотрудник Межвузовской лаборатории технических систем медико-экологических исследований (МВЛ ТСМЭИ), Уфимский государственный авиационный технический университет, Башкирский государственный медицинский университет.

Саенко Николай Григорьевич, старший преподаватель, кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Самусенков Вадим Олегович, интерн МГМСУ, выпускник стоматологического факультета 2009 года.

Самусенков Олег Иосифович, доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Самусенкова Елена Игоревна, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Свирский Яков Иосифович, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН.

Серова Ирина Анатольевна, доктор философских наук, профессор кафедры философии и биоэтики ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава».

Сидорова Татьяна Александровна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии Новосибирского государственного университета экономики и управления (НГУЭУ).

Силуянова Ирина Васильевна, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Славгородский Ярослав Михайлович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии МГМСУ.

Снытко Александр Михайлович, старший преподаватель, зав. учебной частью кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Соколова Александра Сергеевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова.

Соколова Ирина Сергеевна, кандидат филологических наук, доцент, Московский государственный университет печати.

Столярова Любовь Викторовна, доктор исторических наук, главный научный сотрудник центра «Восточная Европа в античном и средневековом мире» Института всеобщей истории РАН.

Стоцко Павел Дмитриевич, студент 2 курса Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Телишевский Александр Борисович, старший преподаватель кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Тепер Галина Анатольевна, кандидат философских наук, доцент кафедры социальной антропологии и социальной работы Саратовского государственного технического университета.

Терехина Надежда Владимировна, преподаватель кафедры общей психологии МГМСУ.

Терехов Матвей Анатольевич, аспирант МГМСУ.

Тимофеев Юрий Сергеевич, студент 5 курса МГМСУ.

Тищенко Павел Дмитриевич, доктор философских наук, заведующий сектором биоэтики и гуманитарных экспертиз Института философии РАН.

Ткешелашвили Давид Теймуразович, студент 5-го курса Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Токарь Владимир Анатольевич, ассистент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко.

Токкулиева Бахыт Болатовна, преподаватель кафедры «Социальная медицина, общественное здоровье и организация здравоохранения» Южно-Казахстанской Государственной Медицинской Академии.

Трубецков Алексей Дмитриевич, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГУН «Саратовский научно-исследовательский институт сельской гигиены» Роспотребнадзора.

Трущелёв Сергей Андреевич, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры философии и методологии медицины Государственного института усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации.

Туровский Ярослав Александрович, доцент, заведующий лабораторией, Воронежский государственный университет.

Уразманов Артур Ринардович, ассистент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения Казанского государственного медицинского университета.

Фабрикант Екатерина Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент, начальник отдела стратегического развития и инноваций МГМСУ.

Фанталова Елена Борисовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета клинической и специальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета.

Федорова Лариса Михайловна, ассистент кафедры патологический анатомии Саратовского государственного медицинского университета.

Федотова Елена Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности Саратовского государственного социально-экономического университета.

Фесенкова Лидия Васильевна, кандидат философских наук, старший научный сотрудник Института философии РАН.

Филимонов Владимир Васильевич, кандидат философских наук, доцент, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Финагин Василий Геннадьевич, младший научный сотрудник, Московский государственный индустриальный университет.

Фредерика де Граф, психолог Первого Московского хосписа.

Халилулина Флера Абдулхановна, старший преподаватель, кафедры физического воспитания и здоровья МГМСУ.

Хамидов Бахтиер Кадирович, соискатель-ассистент кафедры социально-гуманитарных наук Ташкентской медицинской академии.

Харламова Наталия Игоревна, медицинский психолог кабинета психотерапии и виртуального здоровья поликлиники № 1 РАН.

Хен Юлия Вонховна, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН (УРАН ИФРАН).

Хрусталёв Юрий Михайлович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии и политологии ММА им. И.М.Сеченова, Заслуженный работник высшей школы России.

Цепелева Надежда Валерьевна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и права Новосибирской государственной академии водного транспорта (НГАВТ).

Чеклецов Вадим Викторович, аспирант Института философии РАН, сектор междисциплинарных исследований.

Черникова Ирина Васильевна, профессор, зав. кафедрой философии и методологии науки Томского государственного университета.

Чеснов Ян Вениаминович, кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник Института философии РАН.

Чечельницкая Серафима Моисеевна, доктор медицинских наук, директор НМЦ «Диагностика. Адаптация. Развитие» им. Л.С.Выготского Рособразования России; главный научный сотрудник ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии».

Чупов Владимир Степанович, доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории биосистематики и цитологии Ботанического института им. В.Л.Комарова РАН (Санкт-Петербург).

Шаробаро Владимир Ильич, доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии Смоленской государственной медицинской академии.

Шацких Александр Сергеевич, магистрант кафедры биохимии и физиологии клетки Воронежского государственного университета.

Шевченко Александр Алексеевич, кандидат философских наук, врач-патологоанатом МУЗ ГКБ № 3 ГО г. Воронеж, заместитель начальника медицинского отдела управления Воронежской и Борисоглебской епархией Русской Православной Церкви.

Шеманов Алексей Юрьевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГНИУ «Российский институт культурологии».

Шибкова Ольга Сергеевна, студентка факультета клинической психологии МГМСУ.

Ширман Михаил Борисович, Общественная организация «Планета Семья», разработчик проекта «Школа-Семья».

Шишков Иван Захарович, доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой философии и культурологии Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Штеренберг Михаил Иосифович, кандидат технических наук, пенсионер.

Щелканов Владимир Иванович, директор, ООО «Центр социальной адаптации».

Юдин Борис Григорьевич, доктор философских наук, профессор, член-корреспондент РАН.

Юдин Леонид Юрьевич, аспирант физического факультета Воронежского государственного университета, студент факультета философии и психологии Воронежского государственного университета.

Юрьев Георгий Петрович, доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, психотерапевт высшей категории, главный научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН; заведующий кабинетом психотерапии и виртуального здоровья Поликлиники № 1 РАН.

Яворовский А.П., профессор, член-корр. АМН Украины, Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца (Киев).

Ягодина Анна Юрьевна, ординатор кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера» Росздрава.

Якимчук Ольга Владимировна, старший преподаватель кафедры общей психологии МГМСУ.

Яковлев Виктор Владимирович, младший научный сотрудник кафедры биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3

ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ОСНОВАНИЯ БИОМЕДИЦИНЫ

Моисеев В.И. Традиции и новации в философии биомедицины 5
Киященко Л.П. Постнеклассика: соотношение традиции и новации 9
Аршинов В.И. Конвергирующие технологии и расширение возможностей человека 12
Буданов В.Г. Междисциплинарные проблемы моделирования в антропологии: квантово-синергетические онтологии и ритмокаскадный оптимум 19
Лепский В.Е. Онтологии субъектно-ориентированной парадигмы биомедицинского конструктивизма 26
Чеснов Я.В. Болезнь как жест и типы врачевателей в традиционном обществе 29
Филимонов В.В. Восточный тип рациональности в практической деятельности врача 31
Андрианов Р., Волков П., Терехов М. Положение об охране социо-гуманитарной среды. Социо-гуманитарная экспертиза биотехнологических и биомедицинских проектов 34

БИОФИЛОСОФИЯ

Лисеев И.К. Биология и философия: взаимодействие и взаимовлияние 37
Канаков Д.В. Антропоморфизм в ранних упанишадах 40
Фесенкова Л.В. Русский космизм в поисках новой парадигмы 45
Войцехович В.Э. Жизнь с антропо-синергетической точки зрения 47
Лебедев М.В. Конвергенция биологии и информационных технологий 52
Свирский Я.И. Конфигурация био-проблематики в контексте нано-технологий 54
Румянцев О.К. Биомедицина как сфера современной постановки вопроса о свободе и целостности человека 59
Гутнер Г.Б. Понятие жизни как начало биологии 62
Донцов В.И. Общефилософские проблемы геронтологии и биологии старения 65
Донцов В.И. Энтропия, эволюция и старение живых организмов 68

Денискин С.А. Герменевтический концепт в осмыслении живого 70
Коваль Т.И. Синергетика и медицина: современные подходы к проблемам здоровья 73
Черникова И.В. Эвристические возможности идеи глобального эволюционизма в обсуждении проблем биофилософии 74
Шацких А.С. Аксиосоматическая гипотеза и идея развития 78

ФИЗИКА ЖИВОГО И КВАНТОВЫЙ ПОДХОД

Козлов А.П. Неопределенность в описании биосоциальных явлений, норма и раскол между сторонниками профилактики и моралистами 83
Штеренберг М.И. Физика живого 85
Плохова М.А. Квантовое моделирование телесно-ориентированных состояний сознания 88

БИОЭТИКА И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Юдин Б.Г. Биомедицинские исследования: между философией науки и философией медицины 92
Хрусталёв Ю.М. Биомедицинская этика — новая философская парадигма 94
Силуянова И.В. Этическая экспертиза использования эмбриональных стволовых клеток 98
Тищенко П.Д. Топика человеческого самопреобразования 101
Силуянова И.В., Яковлев В.В. Этико-правовая экспертиза искусственного прерывания беременности в россии 104
Делокаров К.Х. «Очеловечение человека» в контексте постнеклассической парадигмы 107
Сабурова В.И. Биоэтические проблемы деменции в Великобритании .. 109
Ригина Ю.И., Асеева И.А. Ценностный конфликт поколений в этическом регулировании медицинской деятельности 113
Гребенщикова Е.Г. Этические аспекты прогнозирования в медицине ... 119
Алексеев И.Л. Биоэтика о чести и достоинстве медиков 122
Банных С.В., Ростова Н.Н. Философские основания биоэтики 125
Гаспаров И.Г. Принцип автономии и право на добровольную эвтаназию 126
Гацура О.А, Бебурова Е.А. Этические аспекты взаимодействия отечественного здравоохранения с фармацевтическим бизнесом на современном этапе 129
Гордеева И.В. Актуальные проблемы дискуссий в области биоэтики: консервативный и технократический подход 132
Гурылёва М.Э., Уразманов А.Р. Биоэтические аспекты фармацевтической практики 135
Катрунов В.А.. Кузнецова М.Н., Павлова Л.А. Биоэтика и медицинская этика: статус и роль в медицинской практике 138
Копытин В.А., Афанасьев С. А., Тимофеев Ю.С. Этические проблемы психиатрии с позиции антиномического подхода 140

Кудашов В.И. Биоэтическая оценка рисков когнитивных улучшений .. 144
Кузьмичев К.А., Плютто П.А. Хоспис и общество: к философии хосписного движения 147
Кулиев З.А. Проблемы философской рефлексии на биоэтику 150
Летов О.В. Этические аспекты развития нанотехнологии 153
Лобовиков В.О. Математическая биоэтика инцеста: указанная З.Фрейдом нерешенная проблема табу инцеста с точки зрения алгебры формальной этики и естественного права 156
Ляуш Л.Б. Этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий: метод искусственного осеменения 159
Мольков А.С. Генетика и религиозная этика 162
Мухамедова З.М., Хамидов Б.К. Формирование социально-профессиональной ответственности медицинского студенчества в контексте достижений современной биоэтики 166
Назарова Е.В. Современные аспекты биоэтического образования 168
Нежметдинова Ф.Т. Интегральный характер биоэтики или расширение поля биоэтического дискурса 171
Панов С.В., Ивашкин С.Н. Проект философской антропологии и проблема этического регулятива «всеобщего экспериментирования» 174
Перова О.Е. Аксиолого-познавательные формы постнеклассической науки (биоэтика) как философские познавательные подходы 178
Протасов И.С., Любимов А.В. Инвалид и социальная среда: выживание или адаптация? 181
Серова И.А., Ягодина А.Ю. Стигматизация как проблема в концепции толерантности 184
Токарь В.А., Кашин А.В. Размышления о нравственной культуре врача 187
Трубецков А.Д. Перспективы профилактической медицины в контексте биоэтики 190
Трущелёв С.А. Биоэтика как компонент социального контроля научно-исследовательской деятельности 192
Хен Ю.В. Биоэтика: паллиативы эпохи глобализации 195
Ягодина А.Ю. Виртуальные консультации по проблеме инфекционной безопасности на американском медицинском форуме 198
Васильева Д.А., Караваева К.С. Сексуальное воспитание и профилактика ВИЧ 201
Марков Д. Моральная значимость медицинской гигиены в борьбе с ВИЧ и СПИДом 202

БИОПОЛИТИКА

Олескин А.В. Биополитически важные тенденции эволюции живого ... 205
Чупов В.С. Теория эволюции и государственное устройство 208
Карташова Е.Р. Биософия в связи с биополитикой 211
Кировская Т.А. Микробная биополитика: исследование коллективного поведения и коммуникации у микроорганизмов 214

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В БИОМЕДИЦИНЕ

Моисеева О.Н. Обзор современного состояния медицинской школы ... 218
Бартко А.Н., Стоцко П.Д. К вопросу о логике и философии релевантного паллиативного ухода ... 224
Чеклецов В.В. Попытка интегрального подхода к трансформативной антропологии: концепция разумных ландшафтов ... 229
Ильин А.А. Интегральный подход в медицинском образовании ... 234
Юдин Л.Ю. К сравнительной характеристике концептов интегрального подхода К.Уилбера и русской философии всеединства ... 237

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ВИРТУАЛИСТИКА

Пронин М.А., Завьялова В.А. Голос и виртуалистика ... 240
Рюмина М.Т. Проблема самоидентификации личности в современной культуре и виртуальная реальность ... 245
Харламова Н.И. Виртуальный синтез по методу Уллада ... 248
Юрьев Г.П. Метод Уллада: виртуальный синтез ума-разума ... 251

КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД И БИОМЕДИЦИНА

Баксанский О.Е. Когнитивный подход и современная методология науки ... 256
Баксанский О.Е. Когнитивный подход и биомедицина ... 258
Новикова Т.В. Системный подход и когнитивные структуры в изучении объектов биологии и медицины ... 261
Баксанский О.Е., Кучер Е.Н. Стандарты качества в обучении и гуманистическая парадигма образования — существует ли пространство для интеграции? ... 264
Кудашов В.И. Когнитивные и медицинские технологии усиления интеллекта ... 270
Майленова Ф.Г. Исследование структуры субъективного опыта и моделирование познавательных стратегий посредством методологии НЛП ... 273
Петрова Е.В. информационные технологии в медицине ... 276
Кочкарева А.Г. О некоторых особенностях языковой картины мира (на материале пульмонологии) ... 278

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОМЕДИЦИНА

Шишков И.З. Способствует ли совершенствование медицинских технологий развитию точной диагностики, или к вопросу о методологических основаниях современной медицины ... 283
Князева Е.Н. Человек как рискованная структура ... 288
Барденштейн Л.М., Молодецких В.А., Молодецких А.В., Крупкин А.Г. Симптомы болезни как формы приспособления ... 293
Гнатик Е.Н. Проблемы современной нейронауки ... 294

Гринченко С.Н. Происхождение жизни как космическое событие: стихийное либо закономерное? 298
Калинин Э.Ю. Постклассический подход к пониманию нормы и современная философия медицины 303
Карпин В.А. Теоретическая схема как методологическая конструкция патологического процесса 308
Кошлаков Д.М. Медицина в свете проблемы раздробленности рациональности 311
Мамедов А.А. Теория «эмерджентной эволюции» К.Поппера в контексте современного биологического знания 314
Маренный А.М., Маренный М.А., Вебб Н.В. Регулирование гомеостаза живых структур: особое значение волновых процессов 318
Нагуманова С.Ф. Перспектива парадигмального сдвига в современной научной медицине 321
Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Культурные начала биоэстетики человека как реабилитационный ресурс 323
Рыбин В.А. Феномен медицины: понятие и структура 327
Савельев А.В. Виртуальная реальность макробиокосмологии антропного принципа 330
Сидорова Т.А. Концепция репрогенетического расколотого родительства М.Кеттнера 334
Туровский Я.А. Этико-психологический барьер в разработках нейрокомпьютерного интерфейса 340
Онищук С.А., Барановская И.Б. Тенденции развития системы кроветворения у человека 342
Попова О.В., Москвина Л.В. Диагноз «смерти мозга» и проблема релятивизма научного знания 345

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Алёхина Е.В. Христианская антропология как теоретическая основа психиатрии 349
Молчанов А.С. Моделирование эмпатийных реакций в психосоматологии 352
Анашкина Е.В. Возможности проективного теста «Гомункулюс» в исследовании «образа тела» при терапии психосоматических расстройств 355
Барденштейн Л.М., Курашов А.С., Беглянкин Н.И., Славгородский Я.М. Самосознание и проблема критичности при психических расстройствах 357
Вахрушева Л.Н., Гризодуб В.В. Эмоциональный интеллект с позиции системного подхода 359
Орестова Е.В., Волчкова А.А. Посттравматический стресс: экзистенциальный подход 361
Осипов М.Е. Представление о свободе личности в рамках культурно-исторического подхода Л.С.Выготского 364
Орестова Е.В., Петикова И.А. Время как психологическая категория . 366

Орестова Е.В., Фредерика де Граф Смерть как экзистенциальная ситуация 369
Воротыло Н.В. К проблеме кризиса в психологии личности 372
Завершнева Е.Ю. Психика как «протеистический» объект: к вопросу о применении аналогий из областей квантовой механики и синергетики 376
Крештапова М.А. Направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкогематологическими заболеваниями 378
Мохова Е.Е., Дияжева Л.В. Особенности материнского отношения к детям, перенёсшим онкологическое заболевание 380
Мохова Е.Е., Шибкова О.С. Образ выздоровления у детей с онкологическими заболеваниями на этапе реабилитации 383
Мохов В.А., Мохова Е.Е. Возможности использования метафорического рисунка в диагностике и коррекции детско-родительских отношений 386
Терёхина Н.В. Понимание сущности феномена эмоционального выгорания в экзистенциальной психологии 388
Якимчук О.В. Специфика переживания одиночества в периоды взрослых нормативных кризисов 391
Белопольская Н.Л., Белопольская А.В., Ткешелашвили Д.Т. Нарушение половозрастной идентификации у людей, совершивших суицидальную попытку 394
Белоусов П.В. Суициденты с психосоматической патологией 397
Воробьёв А.В., Колемасов И.С., Финагин В.Г. Математическое подтверждение психосоматической природы возникновения проблем с осанкой 400
Горина И.С. Нейропсихологический подход к исследованию психосоматических заболеваний у детей 403
Дорохов А.И. Жизнь и смерть глазами врача. Феномен «эмоционального выгорания» личности 407
Иксанова Д.С., Молодецких В.А., Беглянкин Н.И., Афанасьев С.А. Философские и социальные аспекты аффективных расстройств 409
Карелина Д.Д., Кром И.Л., Тепер Г.А. Теоретические подходы в анализе психического здоровья 412
Кузичев И.А., Николаев А.Б., Щелканов В.И. Реабилитация наркотически зависимых лиц путем словесно-эмоциональной реорганизации их патологических динамических стереотипов 415
Фанталова Е.Б. Многоуровневый методологический подход к исследованию в клинико-психологической практике 418
Чечельницкая С.М., Румянцев А.Г., Михеева А.А. Психосоматическая трактовка нарушений осанки у детей и подростков 423
Шаробаро В.И., Иванова Т.М. Ценностные ориентации у пациентов с ишемической болезнью сердца и их связь с клиническими особенностями и ее факторами риска при нестабильной стенокардии 426

САНОМЕДИЦИНА

Островская И.Г., Вавилова Т.П. Проблема здоровья и качества жизни у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности 429
Веденева Е.Н., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д. Влияние восприятия состояния собственного здоровья пациентами на их качество жизни 432
Перхуров А.М., Поляев Б.А. Философский аспект методологии донозологической диагностики в спорте 434
Рождественская Т.В. Исследования качества жизни инвалидов вследствие болезней системы кровообращения 439
Фабрикант Е.Г., Гуревич К.Г. Сравнительная чувствительность общего и специализированного опросников качества жизни 442

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ФИЛОСОФИЯ ЗДОРОВЬЯ

Аюрзанайн Б.А., Балакшин В.С. Здоровый образ жизни как источник успешного развития личности 445
Аверкина Е.И. Здоровье как вечное выздоровление 448
Бари Н.А. Гуманитарный паспорт — документ помощи детям-инвалидам 451
Достовалов С.Г. Экзистенциальные переживания кризиса доверия в пожилом и старческом возрасте 455
Комова Н.В. Философия — медицина — человек 458
Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Междисциплинарные исследования общественного здоровья в центре медико-социологических исследований 461
Крылова И.А. Социальная медицина в России и проблема сохранения здоровья нации 464
Кром И.Л., Осипов Д.А. Инвалидизация трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения как социальный процесс .. 468
Кудрявцев В.Д., Илюхин И.В., Снытко А.М. Влияние спорта и физической культуры на воспитание социально-активной личности 470
Лязина Л.В., Мусалимова Р.С. Проблемы формирования ценности здорового образа жизни у студентов педагогического вуза 472
Михеев А.И. Возможности междисциплинарного подхода в работе кафедры физического воспитания в укреплении здоровья студентов технического университета 475
Орлова М.М. Субъективные стратегии переживания здоровья и болезни как механизмы адаптации личности 477
Самусенков О.И., Самусенков В.О., Самусенкова Е.И. Философия здоровья как механизм формирования ценности и культуры человека 480
Самусенков О.И., Снытко А.М., Саенко Н.Г. Социальные аспекты здоровья населения России 482

Самусенков О.И., Самусенкова Е.И., Гвинджилия Г.Г. Направления физкультурно-оздоровительной работы со студенческой молодежью 483
Самусенкова Е.И., Халилулина Ф.А., Телишевский А.Б. Формирование здорового образа жизни студентов — проблема не только педагогическая 487
Соколова И.С. Молодость и болезнь как антиподы в рамках социального стереотипа 489
Токкулиева Б.Б. Проблемы охраны репродуктивного здоровья населения 491
Федотова Е.В. Мотивация к жизни как продукт консенсуса индивидуума и общества 493
Федорова Л.М. Внешние риски как факторы профессионализации патологической анатомии 496
Цепелева Н.В. Аксиологический аспект проблемы здоровья 498
Шаробаро В.И., Женчевская Ю.В. Социально-психологические особенности пациентов, предшествующие инфаркту миокарда, с различными триггерными факторами возникновения заболевания 501
Ширман М.Б. Здоровье как абстрактная характеристика субъективности 502

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Абатуров И.Н. Цивилизационная роль медицинских контактов России и Европы на раннем этапе 506
Андренко О.В. История медицины как процесс разрешения диалектического противоречия между социальной и биологической сущностью человека 509
Баринов Е.Х., Ромодановский П.О. История развития и становления периодической печати по вопросам судебной медицины в России 512
Белоусов П.В., Столярова Л.В. К истории психиатрии в России XVI в.: царевич Дмитрий Иванович Углицкий и обстоятельства его гибели 15 мая 1591 г. 515
Злодеева Е.Б. Врачебное самоуправление как важнейший ресурс становления государственной системы здравоохранения россии в конце XIX в. 519
Кириленко Е.И. Медицинский опыт в контексте французской культуры 521
Шевченко А.А. Проблема личности в истории медицины 525

БИОМЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Андриянова Е.А., Катрунов В.А., Павлова Л.А. Биомедицинское образование в системе профессиональной подготовки специалиста 529

Горькова Т.Ю., Зимина Э.В. Системность инноваций в профессиональной подготовке экономических кадров для здравоохранения 532
Доманова С.А. Студенты-медики на семинарах по биоэтике: от этического нигилизма к плюрализму мнений 535
Жданов Г.Г. О гуманитарном образовании врача 537
Пашков К.А., Саблина Н.А. Исторические традиции медицинского образования в России 539
Жигилей И.М. Кейс-метод как инструмент квалификационной оценки студентов медицинского вуза 541
Жигилей И.М., Кучер Е.Н. Кейс-метод как инструмент компетентностного подхода к профессиональной подготовке будущих врачей 543
Кучер Е.Н. Принципы обучения взрослых в системе профессиональной подготовки медицинских кадров 546
Кучер Е.Н. Принципы обучения взрослых в системе профессиональной переподготовки медицинских кадров 548
Москаленко В.Ф., Егоренков А.И., Яворовский А.П. Интегративное изучение основ биоэтики студентами-медиками в рамках цикла естественнонаучных дисциплин 555
Соколова А.С. Организация процесса обучения аспирантов медицинского вуза в соответствии с индивидуальным когнитивным стилем обучающихся 558

Данные об авторах 560