

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

---

# **ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

**Вып. 12**

## **МЕЖДУ БИОФИЛОСОФИЕЙ И БИОЭТИКОЙ**

Москва  
2018

УДК 57.1

ББК 87

Ф 56

**Рецензенты:**

Доктор философских наук, профессор И.З.Шишков  
Доктор философских наук, профессор Г.М. Джагарова

**Редколлегия сборника:**

*Моисеев В.И., д.филос.н., профессор (главный редактор),  
Киященко Л.П., д.филос.н., профессор; Аверкина Е.И., к.филос.н.*

**Философские** проблемы биологии и медицины. Вып. 12:  
между биофилософией и биоэтикой: сборник статей. М.:  
Изд-во «Социально-гуманитарные знания», 2018. – 340 с.

В сборнике представлены тезисы докладов и сообщений участников двенадцатой ежегодной конференции «Философские проблемы биологии и медицины: между биофилософией и биоэтикой» (Москва, октябрь 2018 г.).

**ISBN 978-5-90412-810-4**

- © ООО «Образование 3000»,  
оформление, оригинал-макет, 2018
- © Социально-гуманитарные знания, 2018
- © Московский государственный медико-  
стоматологический университет,  
кафедра философии, биомедицинской  
этики и гуманитарных наук, 2018

## Введение

В рамках 12-й научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины: между биофилософией и биоэтикой» предлагается к обсуждению тема исследования того важного аспекта, насколько биомедицинская этика в ее современном виде исчерпывает философские проблемы биологии и медицины. Насколько ресурс философской рефлексии в разнообразии ее видов использован применительно к самостоянию современного человека в объемной амплитуде представлений о нем. Общепринято в последние десятилетия, что философия жизни и здоровья («биофилософия») – это практические проблемы, которые приводят к тому, что направления развития биомедицинской этики приобретают явно выраженный характер повседневных практик, касающийся одновременно прямо или косвенно всех участников этого процесса. Усложненная конфигурация указанных взаимоотношений и взаимодействий для охвата ее в целостном виде требует философского подхода, ориентированного на осмысление того, что происходит здесь и сейчас с обновленными онтогносеологическими и ценностными позициями с использованием методологии и логики биомедицинского познания. Активизируются исследования арсенала средств, накопленных философией и методологией науки, социо-гуманитарного знания, их невостребованные ресурсы в контексте последних достижений в технаукe, за границами локальных лабораторных технологий.

Продолжая традиции предыдущих конференций, ориентированных на рассмотрение эвристики поисковой зоны между границами существующих дисциплинарных и практических областей знаний, материалы сборника содержат обновленные теоретические и практические результаты в русле исследований философских проблем биологии и медицины. На его страницах обсуждаются возможные пропорции и методики измерения соотношения биомедэтики и биофилософии на современном этапе развития, намечаются пути конструктивного возрождения и дальнейшего развития проблематики философских проблем биологии и медицины в более широком онто-гносео-аксиологическом контексте.

*Киященко Л.П.  
Моисеев В.И.*

## ДОКЛАДЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ

# От биоэтики к биофилософии

*Моисеев В.И.*

В конце XX – начале XI века отмечается явная тенденция поглощения философии биологии и медицины биоэтикой (биомедицинской этикой). Это вполне понятный процесс, поскольку биоэтика – относительно новое направление, а со всяким новым всегда связываются избыточные надежды, и лишь со временем достигается более равновесное отношение к новому направлению, которое постепенно ассимилируется культурой и находит в ней свою нишу, очерчивая границы возможностей и ограничений. То же происходит и с биоэтикой. Вначале казалось, что это нечто такое, что решит все проблемы в области философии биомедицины. Сегодня мы уже можем говорить о более трезвой оценке феномена биоэтики, его плюсах и минусах.

Несомненный плюс биоэтики – её интегральность и трансдисциплинарность, импульс соединения естественнонаучных (биология-медицина) и гуманитарных (этика) направлений. Этика всегда была онтологична – в том смысле, что множество чисто этических проблем требовали обращения к той или иной форме онтологических вопросов. Например, оценка вменяемости субъекта при совершении того или иного проступка требовала критериев вменяемости, которые неизбежно затрагивали вопросы биологии, нейрофизиологии, психологии и т.д., т.е. чисто онтологические аспекты. В биоэтике особенно на первый план выходит связь аксиологических и онтологических моментов, формируется традиция своего рода *онто-аксиологии*, т.е. образа аксиологии, существенно уходящего корнями в разного рода онтологические – биологические, медицинские, социальные – проблемы.

В то же время существенный минус биоэтики, как это становится всё более очевидным, попытки решать сложные трансдисциплинарные проблемы, не развивая новую более глубокую онтологию, а постоянно ограничиваясь конвенциональным подходом, т.е. результатами некоторого соглашения, компромисса между представителями разных дисциплин и слоёв общества. Такую линию можно называть *конвенциализацией онтологии*.

В итоге важная и правильная тенденция движения к онто-аксиологическому синтезу начинает всё более соединяться с конвенциализацией онтологии и приводит в конечном итоге к атрофии в биоэтических исследованиях вопросов онтологии, гносеологии и логики. На первый план выходит некая технология

социокультурной коммуникации, средствами которой надеются решить все метафизические вопросы феномена жизни. Но так не бывает. Если не будет Канта, никаким сообществом учителей философии и их коммуникацией не решить проблем критики чистого разума. Иными словами, нужно самостоятельное развитие онто-гносеологических проблем философии биологии и медицины в рамках полноценных научных исследований, и такие исследования не заменить никакими коммуникациями тех субъектов, кто прямо этими проблемами не занимается.

На фоне того, что биоэтика существенно потесняет сферу философии биологии и медицины, такого рода ситуация оказывается не вполне адекватной. Происходит существенное снижение уровня научных исследований в этой области. Да, биоэтика теперь занимает своё достойное место в корпусе наук о жизни, но сегодня мы должны понять, что она не покрывает полностью это место и должна начать делить его с другими подходами в составе более полного учения о философских основаниях феномена жизни – биофилософии.

*Под биофилософией можно понимать не просто философию биологии, но такое направление философии, которое ставит феномен жизни в центр своего внимания, рассматривая жизнь как универсальное онтологическое состояние, с необходимостью возникающее в бытии.*

При таком понимании биология расширяет свои границы до универсального знания о живом<sup>1</sup>, в отношении к которому философия в определённой степени становится его частью - биофилософией. Биоэтика в этом случае оказывается органической частью биофилософии, не покрывающей, однако, всей её проблематики. В феномене биофилософии должно начаться возрождение вопросов онтологии, гносеологии, логики в исследовании феномена жизни, причём, в рамках настоящего теоретического исследования, а не только средствами конвенционально-коммуникативной методологии. Термин «биофилософия» был предложен в начале 1990-х гг. Р.С.Карпинской. Она же впервые в нашей стране стала активно развивать понимание философии биологии как биофилософии [1].

Приведу ниже один пример, иллюстрирующий смену исследовательской установки в переходе от доминирования биоэтики к биофилософии.

Хорошо известно, что биоэтика сегодня строится как разновидность *принципиализма*, т.е. такого направления в этике, которое в качестве максимально интегративных регулятивов рассматривает

---

<sup>1</sup> В своих ранних работах я предлагал называть такое универсальное учение о живом *витологией*.

некоторый набор принципов. Например, это известные 4 принципа биоэтики – не навреди, делай благо, справедливости, автономии, выдвинутые американскими исследователями Томом Бичампом и Джеймсом Чилдресом. В этом случае стратегия решения биоэтических проблем строится как некоторая композиция утилитаризма и деонтологизма. Когда возникает конфликт нравственных норм, часть этого конфликта разрешается в рамках калькуляции пользы в утилитаристском стиле, а часть получает более деонтологическую процедуру разрешения. Какая именно установится пропорция, в конечном итоге определяется конвенционально – на основе тех или иных соглашений в рамках определенного сообщества и с применением указанных принципов.

Также следует заметить, что обращение к конвенции вызвано отсутствием адекватной онтологии для решения биоэтических проблем. В этом случае релевантного ответа нет ни у кого, в итоге решают собраться вместе и выработать некоторый компромисс между набором неадекватных решений. Но если один считает, что дважды два – шесть, а второй, что десять, из этого не следует, что дважды два – это восемь. Конвенция – не столько гносеологическая, сколько социокультурная процедура, которая опирается на свои критерии. Мы же не решаем по соглашению вопросы математики или физики, но пытаемся строить теории и проверять их. Почему же голосованием нужно решать гносеологические вопросы в области биоэтики?

Иными словами, у биоэтики до сих пор нет своей теории. Этот вопрос даже не ставится, например, не говорится о некоторой «теоретической биоэтике». Это и невозможно, поскольку биоэтика изначально несёт в себе существенно прикладной характер, и говорить о теоретической биоэтике – всё равно что делать основой биологии, например, зоологию. Следовательно, теория биоэтики лежит вне неё, и в качестве таковой можно рассматривать биофилософию.

Движение к теории биоэтики – это одновременно выход за рамки только принципизма. Такой выход в своё время попытался сделать Кант, развивая идеи формальной этики взамен этики эмпирической. Он сформулировал универсальный этический закон – категорический императив, который был призван интегрировать бесконечное многообразие этических проблем в одном принципе. Однако Канту не удалось интегрировать утилитаристский подход, где проводилась калькуляция ценностей, и его попытка универсального закона в этике повисла в воздухе, не доставая до земли конкретной жизни. Деонтологизм Канта, как известно, слишком жёсткий – он утверждает или отрицает нравственное качество состояния, независимо от обстоятельств.

Утилитаризм, с другой стороны, излишне гибкий – он вообще отвергает нравственные качества, и всё сводит к калькуляции в сиюминутных обстоятельствах, причём, расчёты производятся в рамках достаточно эгоистичной системы ценностей – разница лишь в масштабах этого эгоизма, затрагивает ли он отдельного индивида или некоторое сообщество.

В итоге решили остановиться на принципизме как некотором компромиссе между деонтологизмом и утилитаризмом: принципы выражают частные этические нормы, а их применение в конкретных условиях может калькулироваться, чтобы определить вес каждого из конкурирующих принципов и выбрать в его пользу.

Это правильное движение, которое нужно лишь продолжить и довести до логического конца. Нужно интегрировать принципы в универсальный этический закон, как это делал Кант, но природа этого закона должна быть достаточно гибкой, чтобы реализовать и возможность ценностной калькуляции на его основе.

В качестве такой новой, более гибкой, версии категорического императива автор в ряде своих работ предложил закон *развития* [2,3]. В конечном итоге наши ценностные интуиции определяются *мерой развития*, т.е. тем, насколько реализация тех или иных деяний будет развивать или разрушать социум. Мы боремся с воровством и ложью не потому, что это принято по соглашению некоторыми авторитетами, а потому, что универсализация этих действий приведёт к разрушению общества. Аналогично, мы поддерживаем охрану частной собственности и доверие, поскольку без этих форм социальной жизни невозможно существование и развитие социума. И так в каждом конкретном случае – та или иная норма принимается людьми в качестве нравственной или нет, в зависимости от того, ведёт ли она или препятствует развитию индивида, общества и бытия.

Конечно, полагание закона развития в качестве высшей нравственной нормы предполагает и разработку глубоких онтогносеологических вопросов. В первую очередь необходимо дать определение развитию, а сделать это можно только в рамках достаточно глубокой теории, и конвенциями здесь не обойдётся. Автор строит подобную теорию в своих исследованиях в лице нового философского направления – *философии неовсе-единства*, где разрабатываются разного рода новые математические структуры и модели – проективно модальная онтология, субъектные онтологии, теория антиномий, полярный и R-анализ (релятивистский анализ количества) и т.д. [3-5]. В любом случае необходим возврат к онтогносеологической проблематике и разработка на новом уровне проблем философии биологии и медицины в рамках новой парадигмы органического знания,

которую можно называть по-разному, в том числе и термином «биофилософия».

Дело в конце концов не в названии, а в сути – пора избавляться от иллюзий, что все вопросы мы решим в диалоге и компромиссом разных точек зрения. Без создания глубокой работающей теории жизни никакие компромиссы и конвенции не помогут. А построение такой теории – это усиление проблематики онтологии, гносеологии и логики в современных направлениях философии биологии и медицины. И биоэтика, к сожалению, после своего творческого вдохновляющего импульса, оказывается сегодня в некоторой степени тормозом на подобном пути. Кажется, что она решит все проблемы биомедицины, но это далеко не так. Пора сказать откровенно: биоэтика – это по преимуществу прикладная область исследований, которая не имеет глубокой теоретической основы и пытается заменить её социокультурными практиками коммуникации и конвенции. Подобное имеет место быть, но не может выступить подлинным вариантом решения чисто теоретических проблем, которых огромное число в той же биоэтической проблематике. Пора осознать этот факт и постепенно формировать новую парадигму философии биологии и медицины на принципах биофилософии.

#### *Литература*

1. *Карпинская Р.С.* Биофилософия – новое направление исследований // Биофилософия, М. 1997, с. 90-94.
2. *Моисеев В.И.* От био- к транс-этике: проект этики как аксиоматической системы // Биоэтика и биотехнологии: пределы улучшения человека / сб. научн. статей. К 70-летию П.Д.Тищенко / Под ред. Е.Г. Гребенщиковой, Б.Г. Юдина. М., 2017, с.141-156.
3. *Моисеев В.И.* Очерки по философии неовсеединства: Опыт математического прочтения философии. Аксиология. Логика. Феноменология. М., 2018.
4. *Моисеев В.И.* Человек и общество: образы синтеза. В 2-х тт. М., 2012.
5. *Моисеев В.И.* Логика открытого синтеза: в 2-х тт. т.1., Кн.1-2. СПб., 2010.

# Существует ли философия медицины?

**Седова Н.Н.**

Вопрос о том, существует ли философия медицины, кажется, на первый взгляд, бессмысленным, поскольку данный понятийный конструкт используется часто и стал привычен. Однако, ни в одном перечне научных специальностей такой формулировки нет. Более того, даже в медицинских вузах, согласно действующим ГОСТам, не изучают философию медицины. Возможно, это следствие принципиального подхода, наиболее отчетливо выраженного в свое время О.Г. Дробницким, который писал: «Философия... в силу предельной общности решаемых ею вопросов не может претендовать на то, чтобы быть повседневным наставником человека в частных житейских ситуациях. Рассмотрение проблем бытия в масштабах человечества, истории, входящее в задачи философии, не следует редуцировать на конкретные обстоятельства, выводя решения на все случаи жизни»<sup>1</sup>.

На представляется, что О.Г. Дробницкий прав, но тогда возникает вопрос – почему термин «философия медицины» является столь употребимым? Ответ на него строится на доказательстве 2-х взаимосвязанных положений.

1. Философия медицины является прикладной философией, но возможность выделения самой прикладной философии не доказана, следовательно, не доказано существование философии медицины.

Действительно, когда в какой-либо науке достигнут предел понимания конкретной исследовательской ситуации, необходимо выйти за рамки предметного поля и осмыслить данную ситуацию в более общих терминах. Обращение к философии в данном случае естественно и даже привычно. Но естествоиспытатель, а медик особенно, испытывает неудобства, применяя непривычный обобщающий способ мышления. Психологически необходимо некое переходное звено, которое, с одной стороны, было связано с практикой, а с другой – с философской теорией. Так появляется то, что называется прикладной философией. Но философия ли это? Возвращаясь к комплексу знаний и оценок, именуемому философией медицины, можно отметить следующее. Во-первых, эта область философских размышлений не систематизирована, здесь нет какой-то концепции, которая определяла бы научный

---

<sup>1</sup> Дробницкий О.Г. Научная истина и моральное добро // Наука и нравственность. М., 1971, с. 290-291.

портрет данного комплекса знаний и оценок. Следовательно, ее объяснительный потенциал невелик.

Примером может служить попытка сформировать философскую концепцию такого нового и, безусловно, остро нуждающегося в объяснении явления как персонализированная медицина. Не говоря уже о том, что понятийный аппарат данной области медицины пока не сформирован (она имеет сразу несколько названий – персонализированная, предуктивная, стратифицированная, прецизионная, индивидуализированная), сама идея персонализации понимается медиками на фармакогенетическом уровне, а философами – на личностном. Это значит, что простое упоминание о влиянии фенотипа на соматические характеристики всех уровней, явно не достаточно, а дальше этого медики пока не идут. Теории личности, субъективности, телесности представляются им оторванными от конкретных задач. Нужна конкретная модель связи фенотипа и генотипа, разработанная философией медицины. Но как решить эту задачу без концепции био-пространства, био-времени? В свою очередь, онтологические темы биофилософии являются результатом исследований в философской онтологии как таковой. Получается, что прикладная философия существует только как общеполитические размышления по поводу единичной области знания и деятельности. Это хорошо описал еще в прошлом веке Б.А. Навроцкий в своей монографии «Проблема объяснения в современной биологии»<sup>1</sup>.

В отношении той же персонализированной медицины недавно Минздравом России была разработана «Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»<sup>2</sup>. В ней несомненна попытка методологического осмысления данного феномена, но обобщения носят частный характер, а системообразующим фактором всей концепции выступают знания о биомаркерах: «В основе персонализированной медицины лежат биомаркеры, выявление которых и связь с практически значимыми факторами, такими как риск наступления заболевания, эффективность действия лекарственного препарата и иное, являются результатами научных исследований в области молекулярной и клеточной биологии, молекулярной генетики, биологии развития, физиологии и иных смежных отраслей науки. Второй составляющей, определяющей развитие персонализированной медицины, является технологическое развитие, уровень которого должен обеспечивать возможность определения значимых биомаркеров

---

<sup>1</sup> Навроцкий Б.А. Проблема объяснения в современной биологии. М., 1985. – 120 с.

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №186 от 24 апреля 2018 г. «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»// <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/>. Доступ 18.05.2018.

в практическом здравоохранении»<sup>1</sup>. Все это сводит попытку концептуализации к реальности конкретизации и закрывает доступ в каком-либо философском обобщениям. Перейти к ним можно было бы, если допустить в качестве предикторов индивидуализации не только биомаркеры, но и психомаркеры, социомаркеры. Но данные понятия чужды медицине, равно как и философии, для которой их категориальный статус сомнителен в силу ограниченности применения.

Нам представляется, что между философией и медициной существует своеобразное минное поле, которое должно было бы быть (и называется!) философией медицины, но на самом деле является произвольным набором проблем, метод решения которых предотвратит интеллектуальные взрывы, но пока он не разработан, и может ли быть разработан – не понятно. И здесь не вина медиков, которые искренне хотят получить философское объяснение интересующих их вопросов, но не могут ни на минуту «отвернуться» от практики. Философ может позволить себе отвлечься от реальности и предаться размышлениям об абстрактных предметах, более того – он иначе не может! И жизнь, и смерть для философа – предельные абстракции. Врачебное мышление структурировано по другому принципу – все, что осмысливается, должно иметь практический смысл, потому что жизнь и смерть для врача – это всякий раз жизнь и смерть конкретного человека. Все сказанное достаточно банально, но именно эта банальность мешает сформировать прикладную философию, предметом которой была бы медицина.

2. Цифровая цивилизация не предоставляет целостного предмета для философской рефлексии, поэтому существуют прикладные философии в отсутствии обобщающей концепции.

Существует философия техники – тоже как прикладная философия, в возможности которой мы сомневаемся. Но основные работы по философии техники относятся к периоду классической науки, а не к эпохе цифровой цивилизации (См. работы В.Г. Горохова). Переход «на цифру» открыл несомненные новые возможности для человека, но обесценил науку. Недаром появился даже новый термин – «технонаука» Обозначаемое этим термином явление представляется его апологетам прогрессивным, но, на наш взгляд, отражает современную ситуацию смены парадигм в самой науке, когда, как отмечал Т. Кун, она развивается в виде спекулятивных теорий<sup>2</sup>. Возможно, конгломерат таких спекулятивных теорий и есть то, что называют сейчас технонаукой. Хотя

---

<sup>1</sup> Там же, с. 2-3.

<sup>2</sup> Кун Т. Структура научных революций / Пер. с англ. И.З. Налетова. Общая ред. и послесловие С.Р. Миклулинского и Л.А. Марковой. М., 1975, 2 изд., с. 61.

данное явление может иметь и другой смысл – оно может трактоваться как рефлексия в массовом сознании социального процесса вытеснения научного знания технологическими находками и изобретениями. Почему социального? Да потому что общество всегда «заказывает» новое знание, а ученые его производят. А сейчас общество ориентировано на «заказ» новых технологий и довольно равнодушно относится к лежащим в их основе знаниям.

В любом случае, правомерен вопрос: рефлексией чего является современная философия? И здесь обнаруживается, что дискретность эпистемологических проблем в эпоху технонауки порождает дискретность философского знания, которая и ведет к признанию истинными (и полезными!) прикладных философий. Но в таком случае философия как таковая становится лишь общим фоном для философствований по частным проблемам. И тогда та же философия медицины представляется более значимой и более целостной, чем философия как таковая. Ситуация, когда частное становится больше, чем общее, породила и соответствующее отношение к философии в обществе. Это проявилось в изменении подходов к высшему образованию, бюрократизация которого на основе «подсчета стоимости» образовательных дисциплин привела к сокращению учебных часов на изучение философии и попыткам вообще отказаться от знакомства студентов с проблемами биоэтики. Новое поколение ФГОСов тому подтверждение.

Да, философы отчасти виноваты в дефрагментации своей науки под давлением техногенных штормов XXI в.. Возможно, сейчас реализуется попытка сохранить философию в форме прикладного знания перед будущим интегративным скачком. Но возможен и первый вариант – никакой прикладной философии нет, есть философские размышления на разные темы. А собственно философия «стоит на паузе», постепенно готовясь к появлению новой парадигмы. И уже видны очертания того, что станет новой философской революцией – концепции Ното Perfectum, которого готовятся выпустить в мир авторы и исполнители технологий «human enhancement». Кем будет этот новый человек? И будет ли он человеком?

И здесь все те наработки, которые объединяются сейчас термином «философия медицины» сыграют главную роль, потому что только через медицину можно изменить человека как вид *специально*. Но если раньше существовала связь «философия – наука – медицина», то теперь существует связь «философия – наука – технологии – медицина», в которой, к тому же, присутствует один проблемный компонент – наука. Технологии «human enhancement» создают, практически, нового человека, который, предположительно, будет жить столько, сколько захочет, быстро думать, легко противостоять болезням, произ-

водить идеальное в соматическом, психологическом и интеллектуальном отношении потомство и т.п. Но будет ли этот пост-человек человеком? Не разделится ли мир на сверхлюдей и людей обыкновенных, согласие между которыми будет недостижимо? Разве не философия должна решить этот вопрос? Да, конечно. Кроме того, благодаря новым технологиям происходит соединение живого и неживого, которое ранее не представлялось возможным. Как это согласуется с принципами естественного отбора и не означает ли изменения представлений о жизни вообще? И это тоже философский вопрос. Получается, что первоначально относившиеся к философии медицины вопросы становятся общепризнанными. Но это недостаточное основание для признания ее какой-то отдельной философией. Более того, это достаточное основание для утверждения, что существует только одна философия, просто проявляет она себя по-разному в разные времена.

## **Формы существования биофилософии сегодня<sup>1</sup>**

*Киященко Л.П.*

Вопрос о существовании биофилософии сегодня актуален по многим причинам и прежде всего потому, что биологию называют одной из лидирующих дисциплин XXI века, которая, находясь на авансцене современности, нуждается в философском обосновании сохранности целостности и единства биологического натурализма живого (Серль). Мы исходим из того общепринятого обстоятельства, что «философские проблемы и представления генерируются на всех уровнях методологических исследований, во всех отраслях науки, достигших некоторого критического порога сложности, а с высоты философско-методологического уровня рефлексии осуществляется своеобразное «просвечивание» концептуального содержания всех других уровней и оценка вклада естествознания в культуру в ценностно-нормативном и социальном аспектах. Современное научное познание предполагает не только «переливы» одной формы рефлексии в другую, охватывающую большую предметную область, но и обогащение самого типа рефлексии. Так, если внутритеоретический тип рефлексивности фактически совпадает с процедурой внутренней

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РФФИ №18-011-01082.

теоретизации, то на метатеоретической ступени происходит своеобразное «удвоение» знания, расщепление его на объектное и метатеоретическое, а на уровне философско-методологической рефлексии познавательная деятельность «запускает» механизм самообращения и анализа собственных оснований в контексте отличном, и (или) более широком, нежели тот, который задан самой деятельностью, и тем самым отчуждает себя до той степени, когда путем самоотнесения осмысливается ракурс «слияния», взаимопроникновения субъективного в объективное, пределы их совпадения, то есть мера объективности истины»<sup>1</sup>. Роль рефлексии как интегратора познавательной деятельности, совмещающей ее теоретические и практические аспекты, трудно переоценить при том, что она «честно» указывает на пределы ее возможности до конца и однозначно указать сполна все известное на данный момент в его целостности и единстве.

Замечено, что искомое единство биофилософии всякий раз приобретает конкретную конфигурацию на карте значений философских проблем биологии в аспекте практического применения, скажем в медицине во всем множественных ее современных ответвлений (трансплантологии, репродуктивных технологий, бионики, крионики и т.д.). Ярким примером этого обстоятельства являются 11 конференций, организованные и проведенные Московским государственным медико-стоматологическим университетом, кафедрой философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук, при поддержке Института философии РАН. Если мы ретроспективно взглянем на историю наших конференций, начиная с 2007 г., то в их названиях увидим, что решение современных философских проблем биологии и медицины связывалось с принципиальной амбивалентностью, неоднозначностью, разнообразностью составляющих биомедицинской сферы, начиная с того, что оно напрямую связано одновременно с теорией и практикой, случающиеся конфликты между которыми не единичны. Первая конференция в 2007 г. была названа «Философские проблемы биологии и медицины. В поисках новой парадигмы биомедицины». И далее направляющими подзаголовками конференций были лидирующие проблемы в деле построения искомой парадигмы: Междисциплинарные аспекты биомедицины (2008 г.), Традиции и новации (2009 г.), Фундаментальное и прикладное (2010 г.), Нормативное и дескриптивное (2011 г.), Свобода и ответственность (2012 г.), Естественнонаучный и гуманитарный полилог (2013 г.), Технологии и трансформации (2014), Стандартизация и персонализация (2015), Многообразие биомедицинс-

---

<sup>1</sup> Бажанов В.А. Рефлексия в современном науковедении // Рефлексивные процессы и управление, № 2, т. 2, 2002, с. 87.

кого опыта и знания (2016), Образы социального и витального в биомедицине (2017). Инициатором повышенного интереса к философским проблемам биологии и медицины не только на этих конференциях и иных в нашей стране, но и за рубежом в большой степени явилась биоэтика, возникшая в 70-е гг. прошлого столетия. Биоэтика по мере своего становления, обретения институальной (создание академических курсов в учебных заведениях, создание общественных организаций – биоэтических комитетов), парадигмальной конституции (установление правил и принципов, положенных в основу биоэтической деятельности) приобретала статус интегратора, объединяющего разрозненные и множественные практики оказания помощи здоровью не только человека, но и сохранности нормального существования живого в окружающей среде. Философское обоснование такого сложноорганизованного образования в жизни современного общества как единства отнюдь не может претендовать на единственность. Формы его воспроизводства имеют причудливые, не прогнозируемое априори сочетания вступающих во взаимодействие позиций и оппозиций этого сложноорганизованного процесса. Оно, с одной стороны, вырастает из практической деятельности, с другой – навстречу идет процесс примеривания, конструирования и реконструирования биофилософии из традиционно накопленных средств философского обеспечения как состоявшееся, так и становящееся в той или иной форме философское направление мысли и деятельности. Множественность форм существования биофилософии связана с ее ключевой особенностью. Она постоянно воспроизводилась и воспроизводится, но не всегда в явном отрефлексированном виде и под ее современным названием на протяжении длительной истории становления и трансформации отношений человека с природой и жизненным миром, в прилагаемых обстоятельствах времени и места.

Не вдаваясь сейчас в подробный анализ отношений, различаемых сегодня некоторыми исследователями, биофилософии и философии биологии, отметим, что биофилософия сегодня находится между натурфилософией, исстари тяготеющей к метафизической трактовке природы, руководствуясь трансцендентальными, регулятивными принципами отождествления и различения человека и природы, и философией витального, ориентированной на культурфилософское толкование основных типов человеческого бытия, исходящее из индивидуальных ценностных установок, на осознание психофизического единства личности, витомерного преобразования живого существа и среды его обитания. Как натуралистический компонент, так и витальный в биофилософии, нетрудно заметить, не только раздваиваются, но множатся. Биофилософия в ее современном виде предъявляет убе-

дительный пример нового типа философствования, соответствующего осознанию, что сама природа реальности, с имманентно присущими ей сложностью и многообразием, но в то же время и с ее глубоким единством, требует выхода за пределы отдельных научных дисциплин<sup>1</sup>. Выхода в среду жизненного мира, где совместно действуют личностные установки, габитуальные привычки, когнитивные практики, социальные нормы, культурные ценности, где находит свое место проявление трансдисциплинарности. Развитие трансдисциплинарных стратегий научного исследования, изучение трансдисциплинарных комплексов научного знания и соответствующего им институтов образования инициирует поиск целостного философского видения – философии трансдисциплинарности<sup>2</sup>. В этом аспекте биофилософия представляет собой сложное произведение открытого (и дисциплинарному естественнонаучному, и социокультурному знанию) типа, в котором знание как таковое оказывается встроенным в социальный механизм, контролирующий интерпретацию его значения (измерение всеобщего) и условия его практического использования (предъявляя меру общезначимого). «Контроль» осуществляется по принципу гештальт-переключения, раскрывающегося в интервале между всеобщим и общезначимым. В основании трансдисциплинарности лежит можно сказать постоянный воспроизводящийся повтор в игре настроений надежды и страха, их парадоксальное схождение в едином человеческом переживании, вызывающем экзистенциальную апорию. Человек надеется на научно обоснованное технологическое решение собственных проблем и боится техники, в которой видит и спасителя, и предельную угрозу. Устойчивая для классического сознания граница между своим и чужим оказывается под вопросом. Жизнь схватывается парадоксом экзистенциального настроения в специфическую целостность. «Подобное настроение, когда “все” становится каким-то особенным, дает нам – в свете этого настроения – ощущать себя посреди сущего в целом. Наше настроение не только приоткрывает нам, всякий раз по-своему, сущее в целом, но такое приоткрытие – в принципиальном отличии от того, что просто случается с нами, – есть в то же время и фундаментальное событие нашего бытия»<sup>3</sup>. В основании трансдисциплинарного настроения личности лежит опыт оппозиционной союзности полюсов всеобщности и особенности, «сущего в целом» и

---

<sup>1</sup> Князева Е.Н. Эдгар Морен в поисках метода познания сложного. Предисловие к книге: Эдгар Морен Метод. Природа Природы, М., «Канон+»; «Реабилитация», 2013, с. 5-6.

<sup>2</sup> Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. М., 2009.

<sup>3</sup> Хайдеггер М. Что такое метафизика? // Хайдеггер М. Время и бытие. Ст. и выступления / Пер. В.В. Бибихина. М., 1993, с. 20.

«событий жизне-бытия». Здесь возникает новый категориальный опыт своего рода «особенного всеобщего» и «чаще-целостного», когда всеобщее открыто на частные случаи личностного бытия, а последние «светятся» кодом всеобщего и целостного.

В предисловии к «Критике чистого разума» Кант вспоминает Френсиса Бэкона: «О себе самом мы молчим, но в отношении предмета, о котором идет речь, мы хотим, чтобы люди считали его не мнением, а делом и были уверены в том, что здесь закладываются основания не для какой-либо секты или теории, а пользы и достоинства человеческого...». Так и здесь любая попытка решить трансдисциплинарную проблему, объяснить или ее истолковать включает в себя неполноту знания, возможность недопонимания и неудачи аргументации. Лишь в споре-диалоге, полилоге в дополнении беседы людей, обладающих различными знаниями, может сохраниться след присутствия ускользающей реальности, удержать который призвана философия трансдисциплинарности. Связующая нить «полилога» в разборе философских проблем биологии и медицины, вырастающих из биоэтической практики предполагает идею полицентрической среды «разговора многих» дисциплинарных традиций и методологических направлений исследований, среди которых, как известно, выделяются два полюса преимущественно естественнонаучной и гуманитарной культуры. Они же традиционно формируют два главных образа понимания биомедицинского знания и его философских оснований, закрепленных институционально в учебных заведениях, исследовательских учреждениях, научных сообществах и клубах по интересам. Ключевая проблема такого феномена, как гуманитарная медицина, как представляется разворачивается не просто в констатации названных оппозиции и не названных, сколько их в диа(поли)логичности, наведения мостов между ними. Условием ведения такого полилога является амбивалентный характер биомедицины, да и собственно сам полилог в известной мере образует его амбивалентность, отмеченной «кодом полярности» (М. Элиаде). В этой ситуации важна внутренняя установка, вступающих в полилог, готовность сообщать до конца следовать такому рассмотрению биомедицины, имея в виду, что результатом его может быть очередная выявленная амбивалентность. Этот подход имеет своим следствием, как особую оптику исследования, так и способ решения возникающих проблем, а именно выделение различий (противоположностей), отслеживание знаков «кодов полярностей». «Код полярности» обладал структурой интервала. А именно, условием выделенными границами-оппозициями, между которыми возникает напряжение порождения нового смысла, не сводящегося полностью ни к одному из выделенных пределов, а порождая их условную (относительно

друг друга) величину согласования в зоне обмена мнениями. Величина согласования, в том числе, зависит и от строгих дисциплинарных, технологических ограничений, принятых на себя участниками полилога и от трансформационных условий свободного их волеизъявления.

В ситуациях, когда во внимание берутся различающиеся явления, отношения между которыми не выстраиваются в однозначную линейную зависимость, в их решении представляется продуктивным исходить из интервального подхода<sup>1</sup>. Когда «мы не можем говорить об «интервальной реальности» как упорядоченной структуре в математическом смысле термина «порядок». Если же мы хотим сохранить термин «структура», то с большой вероятностью следует ожидать структуру с «испорченным порядком». Пользоваться для ее характеристики такими понятиями, как «иерархичность», симметрия» и пр. следует с большой осторожностью. Интервальная структура, вообще говоря, не моделируется кристаллической решеткой, хотя в локальной области порядок, конечно, возможен. Таким образом, отправляясь от чисто логической (а не физической) точки зрения, интервальный подход *mutatis mutandis* оказывается в общем круге идей, провозглашенных синергетикой»<sup>2</sup>. И здесь вступаем в ту фазу исследования философских проблем биологии и медицины, когда мы неизбежно должны учитывать социокультурный контекст существования человека и его влияния на выбор соответствующей методологии. Ярким примером этой неизбежности может послужить наблюдаемая сегодня социально-культурная революция в нейронауке, её значения для современной эпистемологии. Эта революция в некотором смысле происходит в контексте реализации кантианской исследовательской программы и подводит к мысли о своевременности уточнения содержания ряда ключевых понятий эпистемологии, осознанию еще большей важности для анализа когнитивного процесса деятельностного подхода, который позволяет говорить о становлении деятельностного трансцендентализма. Революция в современной нейронауке, особенно в той ее части, которую принято называть «культурной нейронаукой», заставляет не только существенно пересмотреть и переосмыслить принятые ранее представления о формировании и функционировании мозга, но и ставит нетривиальные вопросы о

---

<sup>1</sup> Этот подход возник в отечественной философии и методологии науки в 60-е годы и связан с именами М.М. Новоселова, Ф. В. Лазарева, В. А. Кураева.

<sup>2</sup> Новоселов М.М. Абстракция в лабиринтах познания (логический анализ). М., 2005, с. 15.

связи особенностей нейробиологических структур и социума, который является носителем той или иной культуры<sup>1</sup>.

Фундаментальной чертой бытия человека, как известно, является то, что он – по своей природе – нигде не закреплен намертво ни с одним из конкретных контекстов, интервалов. У него существует принципиальная возможность перехода от одного измерения к другому. Все зависит от того, который из них в данный момент ценностно или сенсорно актуализирован. Человек с точки зрения интервального подхода образует сложно иерархизированную «голографическую модель», в которой каждый интервал рассмотрения претендует на свою, хотя и ограниченную, но «законченную в себе истину о человеке. Отдельные «образы человека» не исключают, а дополняют друг друга, если мы научились фиксировать границы их адекватной применимости, а также концептуальные способы перехода от одного образа к другому»<sup>2</sup>. Целью последних является отработка трансдисциплинарных стратегий, действий в пограничной зоне, когда возникает парадоксальное утопическое место для опосредующего взаимодействия «включённого третьего» (Б. Николеску), которое в другом варианте он называет «скрытое третье». В несколько иной перспективе эту среду «между» можно представить в качестве концепта интертекстуальности (Ю. Кристева). Тексты, участвующие в трансинституциональных коммуникативных взаимоотношениях, функционируют не в «голом» виде, а в контекстуально нагруженном. Они самыми разными способами иногда явно (в форме явного знания) иногда в неявной форме (неявного знания по М. Поляни) ссылаются друг на друга и как бы «прошивают» среду интерактивного взаимодействия, следуя, говоря словами Якобсона, динамической синхронии. Последняя является универсальным явлением, указывающим на постоянный обмен внутри кода полярностей, так или иначе, выраженного в языке. Своего рода регулятивный принцип амбивалентных ситуаций – *вариативный инвариант*, действующий в ситуации неопределенности. Динамическая синхрония языкового кода делает ее ответственной за появление неожиданных казусов, обусловленных также контекстом обстоятельств, изначально не предполагаемых, что постоянно встречается в практиках медицинского обслуживания, сопровождаемых дискуссиями, спорами, конфликтами, поисками компромисса. В толковании языкового

---

<sup>1</sup> Бажанов В.А. Социум и мозг: биокультурный со-конструктивизм // Вопросы философии, 2018, № 2, с 77-87.

<sup>2</sup> Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. М, ИФРАН, 2009; Киященко Л.П., Моисеев В.И. Интервальный подход в трансдисциплинарном измерении (онто-гносеологический аспект) // Академия знаний. Симферополь, 2010, № 3, с. 27-36.

кода не должно быть противоречий, но если два фрагмента истолковываемого текста (ситуации) противоречат друг другу, то следует искать третий фрагмент, который примирил бы оба. Если подобный фрагмент не находится, то следует перейти к логике дискуссии С. Яськовского и допустить возможность принятия противоречащих тезисов, предваряя каждый тезис оговоркой «для некоторого допустимого значения используемого утверждения»<sup>1</sup>. Дальнейшие рассуждения следует вести, используя вместо «если ..., то...» исключительно «если возможно, что..., то...» или «если это понимается как (установлено) ..., то...» (дискурсивная импликация), а вместо «... И ...» исключительно «возможно, что ... И ...» или «это понимается как (установлено)... И ...» (дискурсивная конъюнкция)<sup>2</sup>. Что собственно и происходит в зоне обмена несовместимыми на первый взгляд суждениями участников актуальной дискуссии. Речь в этом случае идет о применимости неклассических логик, паранепротиворечивых логик, обеспечивающих естественные рамки для толерантных к противоречию рассуждений. На эту роль пригодна воображаемая логика Н. Васильева<sup>3</sup>, в которой автор видел логику опыта, логику эмпирического, в которой просматривалось осуществленное в мире противоречие. «В связи с этим и другое важное различие – продолжает он – металогики относится к эмпирической логике как абстрактное к конкретному, как бедное к богатому, как минимальное к максимальному. Металогики – это то, что общее всем логикам, и поэтому она беднее их содержанием. В нее входит только форма, а не содержание, и поэтому она бедна содержанием. Различные же логические системы, наши и воображаемые, прибавляют к этим формальным принципам, к этому минимальному объему различные материальные принципы, и этим обогащают, конкретизируют логику. Конкретизируя логику, они сводят ее с неба на землю, из идеального к реальному, приспособляют ее к реальному и делают ее пригодным орудием познания той или иной реальности»<sup>4</sup>. Полюса оппозиции, двувекторности, двойственности и другие подобные квалификации мысле- и жизнедеятельности человека образуют, как мы видели, в таких ситуациях интервал, который одновременно различает и их

---

<sup>1</sup> Jaskowski S. Английский перевод: *Studia Logica*, XXIV (1969). Pp. 143-157. Rachunek zdan dla systemow dedukcyjnych sprzecznych // *Studia Soc. Sci. Torunensis*, Sectio A. Vol. I. No 5, 1948.

<sup>2</sup> Шульга Е.Н. Рациональная герменевтика и паранепротиворечивость. *Философия науки*. Вып. 9. М., 2003, с. 13.

<sup>3</sup> Бажанов В.А. Н.А. Васильев как мыслитель. К 100-летию открытия воображаемой логики // [staff.ulsu.ru/bazhanov/pubs/nav\\_bazhanov.pdf](http://staff.ulsu.ru/bazhanov/pubs/nav_bazhanov.pdf) (Дата обращения 08.08.2018).

<sup>4</sup> Васильев Н.А. Логика и металогики. [www.kph.npu.edu.ua!/e-book/clasik/data/logic/vas/meta.html](http://www.kph.npu.edu.ua!/e-book/clasik/data/logic/vas/meta.html) (Дата обращения 05.08.2018).

соединяет, образуя то, что в ситуации трансдисциплинарного рассмотрения можно назвать трансинтервалом, который аккумулирует в себе энергию разрешения извечного парадокса.

«История философской мысли показывает: как бы мы ни понимали смысл слов «обоснование» и «бытие», всегда имела место та или иная форма парадокса, связанного с радикальной не-тождественностью «бытия» и «обоснованного мышления» об этом «бытии», всякий раз возникающая в эпицентре тождества мышления и бытия. Идея истины, напрямую связанная с идеей основания, всегда тем самым оказывалась втянутой в эту парадоксальную воронку взаимного определения и взаимного отрицания (расталкивания) «бытия» и «мышления»<sup>1</sup>. Обозначая, указывая на актуальную в режиме реального времени проблему, привязанную к гетеротопии (Фуко) пространства случившегося казуса. Если исходить из словарного толкования слова казус, то таковым является событие, которое может служить основанием уточнения имеющихся или вывода новых, недостающих общих принципов в принятии решений. Другими словами, инцидент может стать прецедентом изменения существующих норм. Например, считать продуктивным допускать в рассуждения неопределенность, двойственность, как порождение казуса, причем, случившегося не предвиденным, спонтанным образом. Об этом идет речь, когда мы говорим о философии трансдисциплинарности в форме биофилософии, о неклассических паранепротиворечивых логических способах решения парадоксальных ситуаций, которые в изобилии предоставляет биоэтическая практика.

Зона обмена, существующая для совершения, разрешения двойственного, одновременного проявления противоположных качеств и значений к обсуждаемому вопросу (предмету, проблеме, связанными с медицинскими практиками и теоретическими обоснованиями) играет значительную и вызывающую роль для всех участников этого процесса. Прилагаемые обстоятельства инициируют рождение нового персонажа в указанной мысли- и жизнедеятельности. «Теоретики и экспериментаторы – это не мгновенные переводчики-чудотворцы и не “просто” инструменталисты, не интересующиеся интерпретацией. Они вовлечены в процесс обмена, координируя элементы одних интерпретируемых систем с элементами других»<sup>2</sup>. Речь идет о правомерности

---

<sup>1</sup> Методология науки: исследовательские программы [Текст] / Рос. акад. наук, Ин-т философии; Отв. ред. С.С. Неретина, М., 2007, с. 75-76.

<sup>2</sup> Галисон П. Зона обмена: координация убеждения и действий. Английский вариант данной статьи опубликован в сборнике “The Science Studies Reader” / Ed. by Mario Biagioli. New York: Routledge, 1999, p. 137-160.

создания субъектных онтологий<sup>1</sup>, которые дают возможность «проанализировать не столько то, какие формы дискурса признаются истинной, но в какой форме в своем высказывании правды индивид конституирует себя сам и конституируется другими в качестве субъекта, держащего речь об истине, в какой форме предстает в собственных глазах и в глазах других тот, кто говорит правду, [какова] форма субъекта, говорящего правду<sup>2</sup>.

Рассмотренные аспекты плодотворного взаимодействия биофилософии и биоэтики в различных его формах, свидетельствуют по нашему мнению, что оно находится в зоне фронта – разворачивания движения всякий раз заново на путь начал философствования – всякий раз неповторимый, но по приметам узнаваемый и желанный для самопознания маршрут. Можно присоединиться к бытующему мнению. Философствование – это личностная жизненная основа философии. Оно растет из фундаментального философского настроения. Каждый человек испытывает потребность в философствования настолько, насколько он охвачен философским настроением удивления, тоски, ужаса, любви, восхищения, благоговения, сомнения, отчаяния.

## **О биоэтике и началах человеческого в человеке**

**Тищенко П.Д.**

1. Человек – существо, обращенное к себе с вопросом о смысле собственного существования. «Узнай себя!» Ответ на этот вопрос имеет практический смысл, который первичен в отношении гносеологического и онтологического аспектов вопрошания. Для эпохи античности требование «Узнать себя!» означало обеспечить *счастье*, культивируя созерцательный образ жизни (Аристотель). В эпоху средних веков доминанта практического смысла требования «Узнай себя!» выкристаллизовалась в идее *спасения*. В Новое время регулятивные идеи счастья и спасения заменила идея *власти*, которая сразу же расслоилась, различив инструментальный и моральный смысл практики, идею власти

---

<sup>1</sup> *Моисеев В.И.* К эволюции феномена субъектности в истории философии (взгляд с позиции интегрального подхода) // Проблемы субъектов в постнеклассической науке. Препринт под ред. В. И. Аршинова и В. Е. Лепского. М.: Когито-Центр, 2007, с. 35-47.

<sup>2</sup> *Фуко М.* Мужество истины. Управление собой и другими II. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1983-1984 учебном году / Пер. с фр. А.В. Дьяков. СПб.: Наука, 2014, с. 13.

над *природой* (внутренней и внешней) и и власти над *собой* – автономии и свободы (моральный аспект).

2. Обсуждая вопрос о начале жизни, мы должны отдавать отчет о его исходно различном смысле для морали и науки. Как если бы в спор вступили два разных типа разума – моральный и научный.

3. Конечно, предположение о различности разумов – это упрощение, но оно, несмотря на существенный риск, необходимо. Понимая сложный, комплексный характер человеческого мышления, мы должны вслед за Кантом не терять парадокс третьей антиномии: все в мире определено причинно (необходимо) – в мире возможна свободная причинность. Ученый, предъявляя в качестве доказательства причинное объяснение, не *должен* использовать в нем моральные суждения, хотя, как *обычный человек* он их не лишен. Его позиция как ученого *по ту сторону* морали. Моральный философ, рассуждая об ответственности человека, не *должен* ссылаться на естественные (биологические или психологические) причины, хотя, как *обычному человеку* они к нему непосредственно отнесены. Мораль *потустороння* миру природной или социальной необходимости. Быть «по ту сторону» не означает отказ от научной истины или морального долга. Не означает иррационализма и аморализма.

4. Каждый из разумов действует, *как если бы* (als ob) он один был ответственен за ответ о смысле начала человеческого существования. Для меня эта *условность* (как если бы) имеет онтологический, гносеологический и практический смысл. В онтологическом смысле она присутствует в понимании человека как *тайны*, которая лишь *условно* может быть представлена в исторически особых языках науки или морали. В гносеологическом – как *мудрость ученого незнания* (в смысле Николая Кузанского), ограничивающего всеобщность утверждений человеческого разума. В практическом – как предостережение от искушения, которое называется *хубрисом* или *гордыней* – попыткой частного несовершенного человека «играть в Бога». Безусловно стремление человека к единству, но оно должно понимать и принимать условность философских и научных представлений о нем.

5. Указав на *тайну* начал человеческого в человеке как *безусловное* (абсолютное в смысле В.С. Соловьева) основание и скрепу наших условных предположений о его смысле, можно спокойно отнестись к тому естественному для любой человеческой эпохи обстоятельству, что разумы, о которых шла речь выше, множественны. Нет ни единой науки, ни единой моральной философии. Нас связывает в единство то, что дает нам существование и бытие, но само как бытийствующее, как то, что может быть представлено научно, морально или политически

остаётся непредставимым – остаётся проблемой, в частности проблемой начала человеческого существования.

6. Наука, в силу особенностей своей познавательной оптики и экзистенциальной установки, видит в человеке машинообразное *пред-ставление*. Представить жизнь или человека в качестве объекта (системы, элементы которой связаны необходимостью причинных и/или логических отношений) означает преобразовать их в вид приспособленный к контролю (управлению). Причем подобное представление научно лишь в той степени, в которой из него исключены все субъективные (вторичные, в том числе и моральные) качества, а реальность сведена к взаимоотношениям качеств первичных (к тому, что можно измерить или объективно зарегистрировать). Именно поэтому, научная биология и медицина, в принципе, не способны различить личность человека. Реальность человеческого существования в этой перспективе представляется как, в широком смысле, физическая.

7. Поэтому, когда мы сокрушаемся, что плод не рассматривается в качестве человека, обладающего моральным правом на жизнь, то данное обстоятельство следует считать естественным и необходимым. Для молотка любая проблема – гвоздь. Для ученого как ученого – машина. Как человек ученый может верить в Бога и отстаивать идею святости жизни, выступать против абортов, считать природу одушевленной. Но это его субъективные идеи, которые ни один научный журнал не опубликует. *Система научных журналов – это фильтр*, который не пропускает в корпус достоверных знаний ничего субъективного, в том числе и морального.

8. *Ни до, ни после* рождения человек как личность не наблюдаем в оптике научной методологии. Поэтому, интереснейшие открытия последних лет, которые касаются биологии, физиологии и психологии плода, не могут дать решающих аргументов противникам или сторонникам абортов. Научные данные могут играть лишь вспомогательную роль, аргументируя ту или иную философскую, натурфилософскую или богословскую позицию, но *не определяя* ее. Эти позиции строятся на иных основаниях. Ученые, работающие в пренатальной области, столь же различны в своем отношении к абортam, как и ученые, работающие в других областях.

9. Обращая свой взгляд на себя медицина (как и наука) так же в самой себе ничего кроме социальной машины различить не может. Отсюда непреодолимое стремление государственной машины к бюрократической рационализации врачевания, для которого главными критериями оказываются объективные стандарты и показатели (прежде всего, экономические). Врачевание предстает в глазах государственной машины как медицинская услуга,

которая должна быть стандартизирована с тем, чтобы стать предметом администрирующего управления. Как только мораль становится «заботой» государственных структур, управляющих наукой и здравоохранением, то и она машинизируется, превращаясь в инструкции получения добровольного информированного согласия на лечение или привлечение пациентов в качестве испытуемых для научных исследований, а также реализации других принципов и правил.

10. Данное обстоятельство должно предостерегать против передоверения заботы о нерожденных детях государству. Неосторожно предлагать меры государственной политики государству, которое и во враче, и в пациенте видит не личность, а одномерного человека-экономическо. Запреты и поощрения как формы политического действия предполагают весьма упрощенную идею человека, которая не богаче идеи павловской собачки, строящей свое поведение в машиноподобной системе стимул-реакция. Если мы требуем отношения к плоду как нерожденной личности, то в той же степени мы обязаны по-человечески, как к личностям обратиться к женщинам, идущим на аборт. Как это сделать – сложный вопрос, который на много порядков сложнее ублажающего моральное самолюбие запрета.

11. Распад иллюзии возможности существования единой научной картины мира и превращение научного и метафизического знания в ресурс различных технологических и социальных конструкторов, создают исторические основания для нового интер-и трансдисциплинарного центрированного проблемой (тайной) человеческого в человеке пути раскрытия сущности человеческого существования – биоэтики.

12. Мое понимание человека как тайны для самого себя предопределяет негативное отношение к абортам. Но эту свою личную позицию я должен отстаивать лично и публично, из уважения к личности другого человека и к себе как личности.

# «Гаражная биология» и новые тенденции самомедикализации<sup>1</sup>

*Гребенщикова Е.Г.*

Движение DIY-bio (do-it-yourself-bio – "делай-это-сам-биология") объединяет преимущественно неспециалистов, интересующихся биологией и стремящихся преобразовать биотехнологические разработки на основе принципов открытости, социальной справедливости и всеобщего доступа. По данным сайта diybio.org, в настоящее время в мире насчитывается 106 групп "биохаkers"<sup>2</sup>, но наряду с небольшими группами энтузиастов есть одиночки, которые стремятся решить те или иные задачи. Так, Кей Олл (Kay Aull) самостоятельно сделала лабораторию в спальне, чтобы выявить у себя мутацию, приводящую к гемохроматозу. Для работы она использовала списанное лабораторное оборудование, купленное по очень низкой цене, и некоторые бытовые приборы. Безусловно, опыт К. Олл не является научным прорывом, но представляет интерес с точки зрения возможностей сокращения затрат на биотехнологическое оборудование, а также влияния на будущее образования и инноваций. В другой теоретической перспективе этот случай демонстрирует некоторые аспекты DIY-bio движения в контексте проблематики самомедикализации. В широком смысле самомедикализация подразумевает самодиагностику и лечение без получения каких-либо медицинских консультаций, а в узком – приобретение лекарства без рецепта<sup>3</sup>. Использование данного термина, а не термина "самолечение" позволяет раскрыть эти процессы в контексте более широких тенденций техномедикализации. В таком ракурсе возможности, открываемые "гаражной биологией", – одна из сторон многогранного процесса техномедикализации и результат активного внедрения технологических инноваций в сферу "заботы о себе". Можно с уверенностью предположить, что в ближайшее время эти тенденции только усилятся, а в перспективе могут привести к формированию новых моделей взаимоотношений в медицине и в конечном итоге новому формату медицины.

Другой аспект проблемы не так давно обсуждался в СМИ в связи со случаем программиста Тристана Робертса, который в надежде на излечение от ВИЧ ввел себе в экспериментальную инъекцию генной терапии, подготовленную компанией "Ascen-

---

<sup>1</sup> Тезисы подготовлены при поддержке гранта РФФИ, проект № 17-03-00710-ОГН.

<sup>2</sup> <https://diybio.org/local/>

<sup>3</sup> Fainzang S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication // Culture, Medicine, and Psychiatry. 2013, Vol. 37, № 3, с. 493.

dance Biomedical". Процедура транслировалась в социальной сети Фейсбук. Основной мотив Т. Робертса – вылечиться, а не лечиться всю жизнь. На протяжении двух лет он не получал анти-вирусную терапию, поскольку тяжело переносил побочные эффекты, а также боялся, что пропуск приема лекарств будет повышать устойчивость вируса.

По заявлению Т. Робертса, его лечение было посвящено тем, кто умер, не получив доступа к лечению. Он не первый, кто рискует собственной жизнью таким образом, но первый, кто делает это публично, при этом критикуя бюрократические и формальные преграды на пути современных исследований и разработок средств терапии. Было бы неправильно понимать вызов биохакеров "большой биологии" как самонадеянную претензию на роль последней в решении множества сложных проблем. Основная часть "гаражных биологов" нацелена на сокращение расходов на лабораторное оборудование для решения несложных задач. Например, мобильное устройство для тестирования малярии "Amplino" было собрано несколькими энтузиастами из нидерландского сообщества "Waag" из нагревательного элемента фена и деталей, купленных в магазине товаров для дома за 40 евро<sup>1</sup>. С его помощью по капле крови можно обнаружить малярию менее чем за 40 мин. Открытый исходный код, простота в использовании и невысокая стоимость дают ему определенные преимущества по сравнению имеющимися на рынке системами тестирования и в то же время демонстрируют перспективы подобных инициатив для развивающихся стран.

Вместе с тем растет число групп биологов-энтузиастов, которые стремятся сами и предлагают другим использовать новые и ненадежные методы вмешательства в организм человека, в том числе методы генетической терапии. В ответ на эту ситуацию Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США) опубликовало заявление, в котором выразило обеспокоенность возможными рисками и предупредило потребителей о том, что любая генная терапия должна быть либо одобрена регулятором, либо изучаться в соответствии с существующими нормативами<sup>2</sup>. Вряд ли рискованное поведение биохакеров дополнит сюжеты "драматической медицины", описанной в середине прошлого века Г. Глязером<sup>3</sup>, но без сомнения оно иницирует еще одну волну дискуссий в биоэтике.

---

<sup>1</sup> DIY biotech: how to build yourself a low-cost malaria detector // <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2014/apr/25/diy-detector-malaria-eradication-amplino>

<sup>2</sup> Information About Self-Administration of Gene Therapy // <https://www.fda.gov/BioLogics/BloodVaccines/CellularGeneTherapyProducts/ucm586343.htm>

<sup>3</sup> Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе. М., 2013.

В развитии биохакерства Т. Робертс видит новую тенденцию медицины, в которой пациенты играют большую роль, что явным образом просматривается и в усилении медикалистских установок. Э. Паувелс, эксперт по генетике и научной политике Международного центра В. Вильсона также убеждена, что данный случай – свидетельство роста нового "биогражданства"<sup>1</sup>, однако оно требует понимания ответственности и надежной системы оценки рисков<sup>2</sup>.

## **Биосемиотика как инструмент интегративного трансдисциплинарного исследования<sup>3</sup>**

**Князева Е.Н.**

Современная биосемиотика – это трансдисциплинарное направление исследований, родившееся в результате встречи и сотрудничества целого ряда дисциплин от биологии и антропологии до философии и лингвистики и изучающее обработку знаков и сигналов живыми системами. Биосемиотическая теория опирается на натуралистическое понимание эволюции процессов в живой природе, зависящих от способности обрабатывать знаки, и предлагает новые важные концептуальные средства для научного исследования ума и смысла, систем искусственного интеллекта, изучения всего разнообразия форм невербальной коммуникации в мире человека, животных и растений. С точки зрения этой теории и растения, и животные, и даже отдельные клетки – все вовлечено в *семиозис* – процесс превращения физических сигналов в условные знаки. Биосемиотика изучает мириады форм коммуникации и обозначения (придания смысла) внутри и между живыми системами<sup>4</sup>.

Биосемиотика интегративна. В ней используются холистические стратегии исследований. Она ориентирована на соединение науки о знаках (семиотики) и наук о жизни (life sciences). Казалось бы, знаковая реальность – это прерогатива человека. Человек есть существо символическое (*homo symbolicus*). Но, как показал

---

<sup>1</sup> Rose N., Novas C. Biological citizenship // *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems*. 2005, с. 439-463.

<sup>2</sup> Lussenhop J. Why I injected myself with an untested gene therapy // *BBC News*. 2017. 21 November. <http://www.bbc.com/news/world-us-canada-41990981>.

<sup>3</sup> Исследование выполнено при поддержке РФФИ по проекту № 16-06-00522а «Биосемиотика: рождение и развитие парадигмы».

<sup>4</sup> Favareau D. *Essential Readings in Biosemiotics: Anthology and Commentary*. Heidelberg, etc.: Springer, 2010. P. V.

основатель биосемиотики Якоб фон Иксюль, и живой организм воспринимает окружающий его мир избирательно, выбирает из него только значимое для своей жизни и действия, т.е. живет и действует, ориентируясь на некоторые существенные для него знаки. Иксюль стал известен философскому сообществу, благодаря работам философов-постмодернистов XX в., в первую очередь Жюль Делёза и Феликса Гваттари, которые начали цитировать Иксюля в своих сочинениях. Идеи, которые были выдвинуты Иксюлем, и новые понятия, которые он разработал, несут немалый методологический заряд и эвристическую силу для развития передовых областей современной науки – биомедицины, а также биокибернетики, построения систем искусственной жизни и искусственного интеллекта, робототехники.

Центральным понятием теоретических построений Иксюля, является, безусловно, понятие *Umwelt*. Как термин, оно вошло в биологическую экологию и этологию, но для философии в нем есть определенная свежесть. Понятие *Umwelt* Иксюля наводит нас на некоторые значимые и перспективные для понимания когнитивной деятельности представления, идущие в русле современных трендов развития знания. Для того чтобы разобраться, на какие и почему, было бы вполне разумным исходить из того оригинального смысла понятия *Umwelt*, который вкладывал в него сам Иксюль.

Иксюль положил начало семиотическому подходу в биологии. Он преследовал цель построить *теоретическую биологию* таким образом, чтобы она перестала быть слепой к проблеме *смысла* в живой природе. Животные, как показал Иксюль, воспринимают окружающий их мир избирательно, причем каждый вид и отчасти и каждая особь в нем по-своему, так что разные живые организмы живут в разных, порой непересекающихся мирах восприятия и действия. Тот срез мира, который имеет значимость для живого организма, который он способен воспринять и на который распространяются возможности его движения и действия, – это и есть *Umwelt* этого организма. Будучи специалистом по зоологии и этологии, Иксюль продолжал линию исследований физиолога и исследователя морской фауны И.П. Мюллера и блистательного естествоиспытателя и зоолога К.Э. фон Бэра. Сам Иксюль называет этих биологов своими предшественниками. Поскольку Иксюль показал, что реальность как знаковая и смысловая предстает не только человеку, но и животному, его исследования как семиотика попадают в традицию, основы которой заложил американский философ, логик и математик Ч.С. Пирс. Иксюль не ссылается на Пирса, но, по сути, продолжает его линию. Как пытливый естествоиспытатель, Иксюль демонстрирует нам, что представляют собой знаковые и смысловые миры разных живых существ, тем самым он обосновывает биологическую укоренен-

ность смысла во Вселенной. Учение Икскулья о смыслах (*Bedeutungslehre*) сопряжено с учением о *Umwelt* (*Umweltslehre*) и является, по сути, иной стороной последнего.

Известно, что Икскуль, который работал в 1920-1930-х гг. в университете Гамбурга, лично знал и поддерживал научные связи с философом Э. Кассирером, автором «Философии символических форм». С точки зрения Кассирера, человек представляет собой символическое животное, *Homo symbolicus*. Мир человека – это мир символов языковой, мифологической, религиозной, художественной, научной реальности. Социальная среда наполнена разнообразными символами, обозначающими положение в обществе, социальные роли, отношения власти и подчинения и т. п. Символы свертывают в себе разнообразные смыслы, доступные для понимания и часто неоднозначного толкования. Процесс толкования смыслов становится процессом рождения новых смыслов, особенно если человек относится к жизни как игре, стремится проявить креативность в социальной или культурной деятельности, погрузиться в чтение художественного произведения и т. д. Люди оперируют *символами*, а животные подают друг другу *знаки* и *сигналы*. Разделены ли символическая реальность человека и знаковая реальность животного непроходимой пропастью? Есть ли, вообще говоря, основание утверждать, что и для животного реальность обладает смыслом? Для Икскулья ответ на этот вопрос безусловно положительный. Икскуль стремился собрать максимум доказательств, что *Umwelt* живого существа является миром его смыслов и что активность, связанная с извлечением смыслов, не прерогатива человека, а глубоко укоренена в живой природе.

В развитие этой области знания наряду с Икскулем существенный вклад внес американский семиотик и лингвист венгерского происхождения Томас Себеок. Величайшая заслуга Себеока состояла в том, что он вырвал из исторического забвения имя Я. фон Икскулья. Решающим событием в этом отношении считается III Венский конгресс по биосемиотике 1977 г., на котором Себеок публично привлек внимание к имени Икскулья. На этом конгрессе, кстати, присутствовал и сын Икскулья Туре фон Икскуль, который продолжал развитие биосемиотики по стопам своего отца. Т. фон Икскуль отстаивал статус биосемиотики как самостоятельной области научных исследований. Внеся вклад в развитие психосоматической медицины, он развивал *эндосемиотику*, нацеленную на изучение того, как используются знаки внутри клетки человеческого организма и между его клетками.

Вклад Себеока в развитие биосемиотики состоял в следующем. Во-первых, Себеок соединил семиотику как логику знаковых отношений Ч.С. Пирса с натуралистической исследовательской программой Я. фон Икскулья, в центре которой стояло понятие

Umwelt и направление Umweltforschung. Он сомкнул собственно *Bio-* (жизнь) и *Semiotics* (от греч.: *σημειωτικός* – **изучение знаков, извлечение смыслов**), **из чего и возникла биосемиотика**. Во-вторых, будучи лингвистом и изучая язык как знаковую систему, он показал, что язык не является исключительной привилегией человека. Люди, кстати, могут общаться не только с помощью слов, они используют различные формы невербальной коммуникации. Он предложил изучать *коммуникацию как универсальный феномен* и подчеркивал, что исходной и всеобъемлющей формой коммуникации была невербальная. Будучи рассмотренной в такой обобщенной форме, коммуникация становится формой взаимного приспособления, постоянной подгонки различных формообразований жизни друг к другу. В-третьих, велики заслуги Себеока в пропаганде и распространении биосемиотики. Будучи не только исследователем, но и организатором науки, он стремился сплотить «*кросс-дисциплинарное сообщество ученых*, которое бы объединило усилия в разгадывании загадок обработки сигналов организмами». Иными словами, он внес вклад в «*создание институализированного подхода к изучению биосемиотики*»<sup>1</sup>.

Биофизик Х. Патти изучал эволюцию способов контроля в сложных системах, начиная с физических объектов до живых организмов и человека, а именно усложнение инструментария кодифицирования. Как код, как свертывающий определенную информацию сигнал, инициирует сложные процессы самоорганизации в физических системах, в живых организмах, в теле и сознании человека. Знак, по своему определению, это что-то, что стоит за ним. Он называл «эпистемическим разрывом» (epistemic cut) проблему того, как природное вещество стоит за чем-то отличным от него самого, как оно порождает знак (символ) и запускает процессы, которые само не содержит. Можно выделить четыре наиболее замечательных уровня, где сигналы или символы выстраивают свой контроль над материальными, физическими или телесными процессами: 1) измерение и проблема контроля в физике микромира, 2) генетический код в биологических системах, 3) распознавание паттернов и сенсомоторный контроль нервной системы над поведением организма, 4) проблема сознания и тела в когнитивной науке и философии сознания.

*Медицинская семиотика* – одна из разработанных областей в рамках биосемиотики, которая занимается изучением знаков и симптомов болезней<sup>2</sup>. Симптомы болезни, складывающиеся в синдромы, – это знаки, которые только указывают или намекают на

---

<sup>1</sup> Favareau D. Essential Readings in Biosemiotics: Anthology and Commentary. P. 210.

<sup>2</sup> Kalevi K. Introduction to Biosemiotics // International Handbook of Semiotics / Ed. by P.P. Trifonas. Dordrecht: Springer, 2015, p. 524.

то, какое заболевание может стоять за ними. Врачи, обладающие большим опытом и сильно развитой интуицией, могут даже по едва заметным симптомам точно определить заболевание человека. Врач может интерпретировать симптом, развернуть, что за ним стоит. Один из симптомов многих болезней – это боль, которая может быть разной интенсивности и разного характера. Боль – это, по сути, знак или сигнал человеческому организму. Если бы не было этих сигналов, то человек бы не стал беспокоиться и мог бы умереть даже от легко излечимых современной медициной болезней. Боль – это не просто физическое или духовное страдание. Это великий эволюционный подарок человеку, способ адаптации человека к природе, к окружающему миру – способ его выживания. Это сигнал, извещающий о том, что что-то не так в человеческом теле, что нужно начать лечиться или/и что-то изменить в своем образе жизни. Гегель, исследуя в «Феноменологии духа» гештальты, образы, формы сознания, отметил, что боль – это «внутренняя разорванность ощущающего субъекта». Боль проистекает из нарушения соматической и/или душевной целостности и вызывает к необходимости ее восстановления.

Биосемиотика стала ныне исследованием, поистине перешагнувшим дисциплинарные разграничения. Сам термин «*семиотика*», как покрывающий многие области исследований, предложила антрополог М. Мид, обозначив тем самым изучение паттернов коммуникации в самых различных формах. Т. Себеок ввел в 1963 г. термин «*зоосемиотика*», подразумевая под этим область изучения коммуникации в мире животных. Немецкий ученый М. Крампен выделил еще одну область, в которой изучается коммуникация растений, и назвал ее «*фитосемиотика*» (1981). Итальянский врач-онколог Дж. Проди предложил термин «*эндосемиотика*», в которую включал изучение сигналов, передаваемых клетками организма человека, поддерживающими самоорганизацию его иммунной системы, как наиболее тонко и точно настраиваемой системы (*finetuning*). Советский литературовед и культуролог Ю.М. Лотман, который изучал литературу и культуру как знаковые реальности и ввел термин «семиосфера», можно причислить к исследователям сферы семиотики культуры или *антропосемиотики*. Таким образом, биосемиотика, сформировавшись внутри теоретической биологии и почерпнув там основные понятия и представления, вырвалась в наполненный символами мир человека. Она не потеряла своего исходного биологического импульса, но служит сегодня мощным методологическим инструментом трансдисциплинарных исследований.

# **Посмертная судьба тела как вытесненная проблема и перспективы развития органного донорства в россии в начале XXI века<sup>1</sup>**

*Михель Д.В.*

Трансплантация органов справедливо считается одной из самых революционных медицинских технологий, способных необратимо улучшать состояние здоровья пациентов с тяжелыми формами хронических заболеваний. Но не смотря на заложенный в ней терапевтический потенциал, ее распространение в большинстве стран мира сталкивается с проблемой постоянного дефицита донорских органов. Принятая стратегия решения этой проблемы состоит в создании в каждой стране системы органного донорства, которая складывается в зависимости от уникальных особенностей национальной культуры, территориальной специфики и модели социально-экономического развития. В настоящее время единственная в мире страна, где действует платная система донорства органов – Иран. Во всех остальных действуют альтруистические системы, обеспечивающие практику бесплатного, «дарственного» получения органов, как от живых, так и от посмертных доноров. При этом страны с альтруистическими донорскими системами характеризуются не только разнообразием применяемых принципов получения органов («презумпция согласия», «презумпция испрошенного согласия», «презумпция несогласия»), но и конкретными различиями в плане реальной донорской активности. Так, по итогам 2016 г. абсолютными лидерами здесь выступали такие страны, как Испания (43,8 реальных посмертных доноров на каждый миллион человек населения), Хорватия (39,5), Бельгия (30,8), США (30,8), Исландия (30,0), тогда как Россия (3,4) занимала одно из последних мест в Европе (меньше только Молдавия (3,2)), а также уступала по этому параметру большинству стран Латинской Америки и не сильно отличалась от стран Ближнего Востока (Саудовская Аравия (2,9), Кувейт (4,5))<sup>2</sup>.

Столь низкое место по уровню реальной донорской активности, которое в начале XXI в. занимает Россия, бесспорно, является серьезным фактором, препятствующим развитию трансп-

---

<sup>1</sup> Публикация подготовлена в рамках поддержанного РНФ научного проекта № 17-18-01444, 2018 год.

<sup>2</sup> Newsletter Transplant: International Figures on Donation and Transplantation 2016. Strasbourg: EDQM, 2017, Vol. 22, p. 4, 15-16.

лантационной медицины в стране и практике оказания трансплантологической помощи населению. Причины этого хорошо известны. В стране отсутствует единая государственная концепция развития донорства и пересадки органов, а также имеется целый ряд серьезных институциональных ограничений, препятствующих развитию донорства: например, нет централизованной системы координации органного донорства, не созданы или совсем не работают механизмы, мотивирующие и контролирующие процессы, связанные с получением донорских органов, отсутствует эффективная финансовая политика поддержки потенциальных доноров и реципиентов, плохо осуществляются информационные кампании в СМИ, призванные обеспечить поддержку донорства и трансплантационной практики, не сформированы конкретные механизмы информированного волеизъявления для граждан, потенциально готовых стать донорами, и т.д.<sup>1</sup> Кроме того, в общественном сознании россиян вопросы донорства и пересадки органов выступают как слабо отрефлексированные, что имеет своим результатом крайне низкую степень одобрения практики донорства. Как показывают недавние исследования, на фоне общей достаточно высокой оценки роли трансплантационной медицины у россиян имеет место несформированность культурных представлений в отношении донорства органов, что, в свою очередь, порождает предубежденность относительно возможных злоупотреблений врачей и распространенности «черных рынков» органов, а также заблуждений относительно последствий пересадки органов, как для донора, так и для реципиента. У населения не сформированы позитивные установки в этой сфере. При этом как у подавляющей части населения, так и у самого медицинского сообщества сформирован негативный образ трансплантологии<sup>2</sup>. В рамках проекта «Даруя жизнь», поддержанного Федеральным научным центром трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова, в 2015-2016 гг. было проведено всероссийское социологическое исследование,

---

<sup>1</sup> *Кареева О.* Донорство органов: проблемы и перспективы развития в России. М.: Аналитический центр Юрия Левады, 2013; *Салеров В.Н.* Трансплантология в России: достижения и нерешенные проблемы // *Здравоохранение Чувашии*, 2013, № 4, с. 73-78; *Готье С.В., Хомяков С.М.* Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в части развития донорства и трансплантации органов // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*, 2017, Приложение, с. 6-7 и др.

<sup>2</sup> *Кареева О.* Донорство и пересадка органов в общественном мнении россиян // *Трансплантология*, 2014, № 1, с. 8-19; *Она же.* «Между даром и товаром»: проблематика развития донорства органов в общественном мнении россиян // *Вестник общественного мнения*, 2013, № 2, с. 56-66; *Лепина М.* Ты как часть другого: готовы ли россияне быть донорами органов? URL: <https://www.miloserdie.ru/article/ty-kak-chast-drugogo-gotovy-li-rossiyane-byt-donorami-organov/> (дата обращения: 20.05.2018).

которое показало, что многим людям просто не хочется или даже страшно говорить на темы, касающиеся трансплантологии и донорства органов. «Большинство россиян – почти 70% – не обсуждают и никогда не обсуждали со своей семьей проблему донорства и трансплантологию органов. Люди, столкнувшиеся с опросом на данную тему, часто оказываются обескураженными, поставленными в тупик, они никогда ни с кем не обсуждали поднятые проблемы»<sup>1</sup>.

В ряду причин, характеризующих неготовность и нежелание современных россиян размышлять над проблемой донорства и пересадки органов, представляется важным выделить причину, которая касается неготовности значительной части современного российского общества размышлять о посмертной судьбе тела. На это справедливо указывают и некоторые российские трансплантологи, когда пишут, что: «Вопросы донорства и трансплантации органов затрагивают самую сущность человека, так как при обсуждении приемлемости этого вида помощи эти вопросы немедленно отсылают нас к необходимости размышлять о собственной кончине и посмертной судьбе нашего тела»<sup>2</sup>. По какой причине современный россиянин избегает размышлять о посмертной судьбе тела? Прежде всего, по той же самой, по какой подавляющее большинство людей нашего времени вообще отказывается думать о смерти. В целом ряде ставших уже классическими исследований последней четверти XX в. дано четкое объяснение этому феномену: в современных секулярных обществах действует заговор молчания против смерти; она считается неприемлемой темой для общественных разговоров, а все, что с ней связано – погребальные ритуалы, поминовения усопших, публичная скорбь, публичные казни, публичные анатомические уроки, – вытеснено на периферию нашей культуры и воспринимается как социально табуированная проблема<sup>3</sup>.

Одно из наиболее приемлемых объяснений того, почему это происходит, отсылает нас к аргументу о том, как меняется человеческое мышление в условиях современного общества потребления. Согласно одному из главных теоретиков этой проблемы – Ж. Бодрийяру, в условиях общества потребления наступает «конец трансцендентного», и люди больше не способны думать не только о потустороннем, но и вообще утрачивают всякую связь с реаль-

---

<sup>1</sup> Лепина М. Указ. соч.

<sup>2</sup> Багненко С.Ф., Резник О.Н. Ключевые проблемы развития трансплантологии и задачи высшего медицинского образования // Трансплантология, 2017, № 3, с. 201.

<sup>3</sup> Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М., 1992; Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М., 2000; Янкевич В. Смерть. М., 1999. См. также: Михель Д.В. Воплощенный человек: западная культура, медицинский контроль и тело. Саратов, 2000.

ным временем и пространством, соскальзывая в мир соблазняющих их прекрасных иллюзий. При этом наиболее соблазнительной иллюзией выступает человеческое тело, которое благодаря индустрии рекламы, спорту и медицине превращается в «самый прекрасный объект потребления»<sup>1</sup>. Оценивая возможность применения теоретической модели общества потребления к социально-экономической реальности России начала 2000-х гг., В.И. Ильин указывал, что в нашей стране общество потребления формируется в виде оазисов в кризисном социальном пространстве; большинство россиян находится в виртуальном обществе потребления, которое наблюдает с помощью телевидения и рекламы<sup>2</sup>. Думается, что этот вывод в целом остается в силе и в настоящее время, хотя уровень потребления и вовлеченность в мир потребления для российского общества все же стал выше, чем это было пятнадцать лет назад. Тем самым для общества, разделяющего ценности потребления, не только не существует смерти как социально значимой проблемы, но и не существует вопроса о посмертной судьбе тела, поскольку конкретная судьба конкретного тела после физической кончины человека становится предметом исключительной заботы специализированных служб, в то время как в пространстве социального воображаемого доминирует единственный телесный канон – бессмертное, молодое, эротичное тело, лишенное каких-либо признаков тлена и разрушения.

Однако существует еще одно объяснение, которое, очевидно, менее знакомо читающей аудитории. Оно было предложено протоиереем Александром Шмеманом в рамках его лекционного курса «Литургия смерти и современная культура», который он в 1979 г. прочитал студентам Свято-Владимирской духовной семинарии в г. Крестовде (штат Нью-Йорк, США). По его наблюдениям, тот образ смерти, которого чуждается современная светская культура, но который она при этом беззастенчиво всем навязывает, полностью совпадает с той моделью смерти, которая может быть названа «дохристианской»: это смерть «прирученная, дезинфицированная, вульгаризованная», доставляемая «вместе с медицинской справкой, гарантирующей «посмертное существование»». Но все же это не та смерть, которая известна (или должна быть известна) христианам. Совершившаяся «христианская революция», говорит протоиерей Александр, состоит в том, что такую вот смерть Христос отринул, разрушил ее царство, открыв для истинно верующих жизнь вечную во Христе. «Когда человек, предпочтя себя Богу, отвернулся от Бога и умер (ибо без Бога

---

<sup>1</sup> Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. М., 2006.

<sup>2</sup> Ильин В.И. Общество потребления: теоретическая модель и российская реальность // Мир России, 2005, № 2, с.3-40.

жизни нет)», ... «он превратил всю свою жизнь в разлуку, тление и одиночество»<sup>1</sup>. Иначе говоря, современные представления о смерти и посмертном существовании обусловлены также и первобытным наследием в структуре нашей религиозности, проблемами в нашем религиозном образовании.

Действительно, как показывают современные социологические опросы, далеко не все российские христиане знают о том, что в своих «Основах социальной концепции» Русская Православная Церковь поддерживает практики донорства органов и трансплантации (при условии, что они осуществляются с учетом всех правовых, этических и медико-диагностических норм). В тексте этого документа четко указано: «Пересадка органа от живого донора может совершаться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на эксплантацию (изъятие органа) становится проявлением любви и сострадания.... Наиболее распространенной является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти»<sup>2</sup>. Незнание церковной позиции по вопросу о донорстве органов и трансплантации является составной частью современной религиозности россиян, в которой новые знания драматически переплетаются с незнанием и суевериями, унаследованными из прошлого, в том числе из советской эпохи, стремившейся упразднить всякую религиозность вообще. Тем не менее справедливости ради необходимо сказать, что неосведомленность современных россиян-христиан об официальной позиции церкви по вопросам донорства определяется еще и тем, что в своей повседневной жизни священнослужители тоже обходят этот вопрос стороной и тем самым мало участвуют в деле изменения общественного отношения к органному донорству.

Таким образом, можно предположить, что более активная работа православных священнослужителей в распространении информации о подходе Церкви к проблеме донорства могла бы отчасти изменить ситуацию и избавить отечественную трансплантологию от того, негативного образа, который сформировался вокруг нее в начале 1990-х гг. в условиях глубокого социально-экономического и духовно-нравственного кризиса, охватившего все стороны российской общественной жизни. Разумеется, это далеко не единственное условие, которое смогло бы переломить ситуацию с дефицитом органов. Как показывает опыт все той же Испании, успехи в создании эффективно работающей националь-

---

<sup>1</sup> Прот. Александр Шмеман. Смерть как «практическая проблема» // Отечественные записки, 2013, № 5, с. 33-45.

<sup>2</sup> Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XII, 7. М., 2000, с. 43-44.

ной донорской системы требуют согласованных усилий всех участников социального процесса – правительства, медицинского сообщества, системы образования, СМИ и церкви. Эта стратегия верна и для современной России, где на пути развития одного из самых эффективных средств оказания медицинской помощи умирающим пациентам стоят недавно усвоенные культурные заблуждения, недоверие граждан к медицинским специалистам и дефицит религиозного образования.

## **Традиционная медицина в России: насушная необходимость или коммерческий проект?<sup>1</sup>**

**Харитонов В.И.**

*Традиционная медицина* (ТМ) в академической трактовке<sup>2</sup> – это медицинские практики, возникшие, с появлением письменности, на основе письменных трактатов; она базируется на книжной традиции обучения, использования, передачи. ТМ, в отличие от *народной медицины* (НМ), сформировалась не у каждого народа. Она отличалась тем, что могла использоваться в практиках иных этносов, часто не проникая глубоко в новую для себя культуру. Большинство традиционных медий сформировались в азиатских странах, их принято именовать восточными медицинскими или *традиционными медицинскими Востока* (ТМВ).

Поскольку медицинские практики довольно плотно были сращены с религиозными системами, ТМ часто передвигались по миру вместе с распространением религий. Так, например, параллельно буддизму на бурятскую и тувинскую территории попала *тибетская медицина*. К настоящему времени у тувинцев можно обнаружить остатки такой практики, восстанавливаемой в последние годы; у бурят она сохранилась лучше. Основными храните-

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено в рамках проекта «Проблемы интеграции медицинских систем, практик и методов в контексте медицинской антропологии» при поддержке гранта РФФИ № 17-01-00434-а.

<sup>2</sup> Осмысление терминов «народная медицина» и «традиционная медицина» см. в статье: *Бромлей Ю.В., Воронов А.А.* Народная медицина как предмет этнографических исследований // Советская этнография, 1976, № 5, с. 3-18. Эта работа написана по итогам Всесоюзной научной конференции «Этнографические аспекты изучения народной медицины», прошедшей в Ленинграде в 1975 г.. См.: *Пестряков А.П.* Всесоюзная конференция по этнографическим аспектам изучения народной медицины // Советская этнография, 1975, № 6, с. 156-160.

лями тибетской медицины были эмчи-ламы, которые получали свои знания в т.ч. из Тибета.

Распространению ТМ в России мы во многом обязаны П.А. Бадмаеву – востоковеду, дипломату и врачу тибетской медицины, лечившего, кстати семью Николая II и, по некоторым данным, Григория Распутина. Бадмаев сделал перевод тибетского трактата «Чжуд Ши» (или «Жуд-Ши»). Однако научное наследие «царского крестника»<sup>1</sup> с непростой судьбой (после революции побывал в тюрьме и лагере), несмотря на то, что он был выходцем из семьи кочевых агинских бурят (монголов?), в СССР долго не издавалось и замалчивалось<sup>2</sup>. Тибетская линия традиционной медицины развивалась в Петербурге, благодаря Бадмаеву и его последователям (в т.ч. ближайшим родственникам), в виде лекарского дела и производства растительных лекарственных препаратов, внедрения в восстановительную медицину (деятельность племянника Бадмаева в Кисловодске и Ленинграде и др.), а в Бурятии в итоге сформировалась тибето-бурятская медицина, перешедшая на местные аналоги фитопрепаратов.

В период перестроечного национально-культурного возрождения в РФ, как известно, вспыхнул большой интерес к НМ и ТМ; в 1993 г. было узаконено *народное целительство*<sup>3</sup>. Поскольку в законодательном отношении многое не было четко определено, а в терминологии до сих пор существует изрядная путаница, то в становлении *неконвенциональной медицины* в целом оказалось много сложностей, порождаемых, в том числе терминологией<sup>4</sup>.

Возникли и естественные противоречия между теми, кто, стремясь сохранить традиции, «возрождал» что-то на свой лад. Это отразилось на возрождении тибето-бурятской ветви традиционной медицины в самой Бурятии, где в 1989 г. сформировалась клиника «Наран» (силами врачей Светланы и Баира Чойжини-маевых), превратившаяся позже в крупную сеть клиник, обособившуюся с 1997 г. в Москве, а потом и других городах РФ; при этом в информации о клинике «тибетской медицины» указы-

---

<sup>1</sup> Жамсаран Бадмаев был крещен в православии Александром III, получив имя Петр и отчество по своему крестному отцу – Александрович.

<sup>2</sup> См. об этом свидетельства внука П.А. Бадмаева, Б.С. Гусева: <http://ricolor.org/history/eng/medicina/badmaev/>

<sup>3</sup> См.: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1); подробно о ситуации с целительством см. в моих работах, напр.: Харитонова В.И. Традиционная магиико-медицинская практика и современное народное целительство // М., ИЗА РАН, 1995, 204 с. (серия: Российский этнограф. Вып. 23.); Харитонова В.И. Современные магиико-медицинские и магиико-мистические практики: к проблеме функционирования и адаптации // Этнографическое обозрение. 2011, № 3, с. 61-75 и др.

<sup>4</sup> Харитонова В.И. Неконвенциональная медицина в современной России // Медицинская антропология и биоэтика. 2014, № 1(7). <http://www.medanthro.ru/?p=2017%C2%A0>

вается, что ее врачи опираются также на китайскую и восточную медицину<sup>1</sup>. В самой Бурятии сформировался в те же годы крупнейший Центр восточной медицины, включивший поликлинику (Улан-Удэ), профилакторий (Верхняя Березовка) и санаторий (Горячинск); этот республиканский центр был долгое время на бюджетном финансировании<sup>2</sup>. Таким образом, в России стала активно распространяться уже адаптированная в некоторой степени тибетская медицина (в т.ч. в Петербурге последователями П.А. Бадмаева).

Напомню, что у народов России развитых ТМ не сформировалось, а в азиатских странах они претерпели к моменту нашей перестройки значимые трансформации. В первую очередь, в Китае (во времена Мао) исконная ТМ была освобождена от «магии и мистики», а ее прикладная составляющая превращена в *традиционную медицинскую систему* (ТМС), известную теперь во всем мире как *традиционная китайская медицина* (ТКМ). Её особенностью стала определенная степень интеграции в систему здравоохранения (как одной из составляющих систему здравоохранения Китая) и бриколажа<sup>3</sup> на уровне взаимодействия с европейской научной медициной. Путь от ТМ к ТМС довольно быстро прошла и индийская аюрведа, а затем другие традиционные медицины Востока. Этому способствовала ситуация мировой глобализации, с одной стороны, с другой – попытки создать варианты доступного медицинского обслуживания в странах третьего мира.

Для ТМС характерно включение в государственные системы здравоохранения (в разных вариантах); наличие официальной системы подготовки профессиональных и научных кадров; модифицирование обслуживания специалистами: использование или демонстрация наличия современных медицинских приборов (стетоскоп, тонометр и др.), требование анализов у пациентов, методика приема доктором; современная оснащенность клиник и санаториев; обновление технологий производства и оформления лекарственных средств и т.д.

---

<sup>1</sup> «Первая в России клиника тибетской медицины «Наран» берет свои истоки с китайской и восточной медицины» (сохранен оригинал-текст) См.: <http://moscow.cataloxy.ru/firms/www.naran.ru.htm>

<sup>2</sup> Подробно: Харитонова В.И. Интеграция медицинских систем: идея, практика, человеческий фактор // Проблемы сохранения здоровья в условиях Севера и Сибири: Труды по медицинской антропологии / Отв. ред. В.И. Харитонова; Ин-т этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН; НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН. М., ОАО «Типография «Новости»», 2009, с. 275-286.

<sup>3</sup> Термин, широко используемый в философии постмодернизма (и не только), удачно применялся К. Леви-Строссом к характеристике мифологического мышления. В общем плане означает «создание новых смыслов» либо «создание предмета или объекта из подручных материалов».

Формирование ТМС в азиатских странах было важно для продвижения экзотических медицинских практик на западный рынок услуг и развития медицинского туризма. За 2–3 последних десятилетия в этом отношении был достигнут очень серьезный прогресс. Кстати, задолго до этого на Западе (и в СССР) была внедрена в восстановительную медицину иглорефлексотерапия, созданная на базе китайского иглоукалывания. Но это было только начало.

В России ситуация с традиционными медицинами в постсоветский период (особенно после 1993 г.) изменилась кардинально. У нас наряду со специалистами магики-мистических и магики-медицинских практик, имевших наибольший успех в те годы<sup>1</sup>, стали появляться специалисты из различных азиатских стран, предлагавшие китайскую, корейскую, вьетнамскую, индийские (преимущественно аюрведу) медицины в варианте массажей, иглоукалывания, траволечения, прижиганий и пр. Это вызвало различные сложности, в первую очередь в вопросе их легализации в стране: все специалисты приезжали со своими аутентичными документами, часто не имея образования в области европейской медицины и или имея начальную подготовку, полученную в системе местного медицинского образования врачей традиционной медицины.

Ситуация с работой таких практиков в европейских странах несколько разнится, но в целом везде происходит одно и то же: нигде они не имеют возможности легально работать как представители медицинской профессии. Например, в Австрии аюрведа вообще воспринимается как оккультная практика, а китайскую иглорефлексотерапию имеют право предложить на законном основании только местные врачи, получившие дополнительное образование в Китае, но это исключительно дополнительные услуги, а не формы собственно медицинской помощи. Однако специалисты из Азии благополучно вписываются в контекст неконвенциональной медицины многих стран Запада и, не имея официальных разрешений (по крайней мере на предложение услуг ТМС на основе документов своих стран), они довольно широко практикуют, разными способами обходя закон.

Предлагают восточные услуги не только сами выходцы из азиатских стран, имеющие на то какие-то основания, часто даже серьезные документальные подтверждения. Активно работают и их последователи, скороспелые ученики, занимающиеся на пляжах Болгарии, например, массажами всех известных и неизвестных видов. Естественно, рядом с пляжами в курортных зонах существ-

---

<sup>1</sup> Подробно: Харитонов В.И. «Весна Средневековья» накануне III тысячелетия (Магики-мистическая практика и „народное целительство“ в Московском регионе) // Московский регион: этноконфессиональная ситуация. М., 2000, с. 262-282.

вуют многочисленные кабинеты с экзотическими оздоравливающими, омолаживающими, восстанавливающими и расслабляющими процедурами...

В РФ на данном этапе, особенно в крупных городах, работает множество специализированных центров, часть из которых приравнивает себя к медицинским, другая часть относится к фирмам косметологических и спа-услуг. Что касается деятельности специалистов, приехавших из Китая, Индии, Вьетнама, Кореи (речь идет о тех, кто имеет профессиональную подготовку в области традиционной медицины на базе общемедицинской), то обычно их легализуют, оформляя как консультантов при российских врачах (естественно, это не означает, что они реально работают именно как консультанты). Иногда российские (или совместные) фирмы приглашают, действительно, специалистов очень высокого уровня. Обычно это делают те организации, которые настроены на продвижение ТМС на российском рынке медицинских услуг (точнее медико-профилактических).

У нас есть организации, которые имеют договора о сотрудничестве с российскими медицинскими университетами и университетами в различных азиатских странах (преимущественно Китай и Индия). Создавая «тройственный союз» – фирма/медицинский университет/университет традиционной медицины, они пытаются не только легализовать деятельность приезжающих специалистов, но и подготовить своих. Сейчас есть различные инициативы по получению дополнительного образования в сфере ТМС российскими врачами. Это согласуется, например, с политикой здравоохранения Австрии, о которой упоминалось выше. Иное дело – каким путем, в каком объеме, где и у кого будет получено это образование. Возникают сомнения в качестве подготовки тех новоявленных «профессионалов», которые могут в скором времени наводнить российский медицинский рынок.

В целом ситуация видится гораздо более сложной. У нас (и не только) давно стало традицией торговать различными дипломами, сертификатами и иными «удостоверениями», в которых можно прочесть что угодно. К сожалению, это распространяется не только на подтверждения о принадлежности к графскому или княжескому роду, но и на наличие некоего образования в области целительства, психологии, медицины (я не имею в виду «дипломы врачей», которые просто покупались в переходах метро, – речь идет о выдаче удостоверений различными официально зарегистрированными организациями). Например, у нас есть крупные ассоциации народных целителей, которые часто меняют свои названия, переставляя значимые термины в них, периодически в их документах и выступлениях их руководителей появляется термин «традиционная медицина». Что за этим стоит:

некорректное использование термина или идея внедрения чужих ТМС в практику профилактической медицины? В настоящее время продвижение идеи развития «традиционной медицины» активно лоббируется на высоком уровне различными заинтересованными лицами. Узаконивание и развитие в стране ТМ, которая уже объединяется у некоторых лоббистов с НМ и *народным целительством*, подается как насущная необходимость. Но в целом это видится как коммерческий проект. Во что это может вылиться – серьезная проблема, требующая научного обсуждения.

## **О трансформации взаимоотношений врача и пациента**

***Введенская Е.В.***

В настоящее время медицина находится в стадии постоянного развития и усовершенствования (разрабатываются новые методы лечения заболеваний и лекарственные средства, совершенствуется медицинская техника). На наших глазах происходит радикальная трансформация взаимоотношений врача и пациента, которая приводит к доминированию модели технического типа, базирующейся на механистическом понимании человека. При реализации данной модели врач превращается в техника, прочищающего засорившиеся системы организма, он отчуждается от пациента, воспринимая его в качестве поломанной машины. Диагноз в настоящее время представляет собой сумму объективных исследований (анализа крови, мочи, ЭКГ, УЗИ, МРТ, КТ и т.д.). «Если еще в XIX в. точность диагноза зависела от искусства врача-клинициста, то в XX в. постановка диагноза предельно формализуется результатами конкретных исследований и автоматизируется. На основе этой тенденции формируется стремление к строгой стандартизации лечения, клиническое мышление врача вытесняется четкими инструкциями, стандартами диагностики и лечения»<sup>1</sup>. Господство модели технического типа приведет в дальнейшем к элиминации контакта между врачом и пациентом и в итоге к замене большинства врачей роботизированными системами.

Процедура визита к врачу кардинально изменится. Как прогнозирует американский физик японского происхождения, Мичио Каку, для рутинной медицинской проверки пациенту достаточно будет поговорить с «доктором» – роботизированной программой, которая будет появляться по запросу на настенном экране и сможет диагностировать 95% заболеваний. В распоряжении «рободоктора» будет полная карта генов пациента и поэтому он сможет порекомендовать курс лечения с учетом всех генетических факторов риска. «Доктор», виртуальное изображение которого по запросу появится на экране, задаст пациенту ряд простых воп-

---

<sup>1</sup> Силуянова И.В. «Врач-пациент»: система взаимоотношений: Учеб. пособие для студентов. / И.В. Силуянова, Л.А. Воропаева, К.А. Силуянов. М.— Чебоксары, 2014, с. 8. 44

росов («Как вы себя чувствуете?», «Где болит?», «Когда начались боли?», «Как часто они возникают?»). После вопросов и ответов «рободоктор», опираясь на систематизированный в компьютерной программе опыт лучших врачей мира, сможет поставить диагноз. Помимо ответов, «доктор» будет анализировать данные из ванной, с одежды и мебели, которые непрерывно контролируют здоровье пациента через чипы – ДНК-анализаторы. Чтобы диагностировать проблему, «доктор» попросит пациента провести по телу датчиком, используя который можно будет увидеть внутренние органы. Затем компьютер обработает полученное трехмерное изображение и выдаст диагноз. Такой датчик сможет распознать огромное количество болезней, включая рак, задолго до их проявления. Стратегия лечения тоже претерпит изменения. Например, при появлении первых признаков рака будет сделана инъекция специальных наночастиц, которые попадут в кровь и доставят противораковые лекарства непосредственно к месту расположения раковых клеток (таргетная терапия). Если «врач» на настенном экране не сможет вылечить болезнь или травму какого-то органа, пациент сможет вырастить для себя новый орган или напечатать его на биопринтере. «Ученые уже умеют выращивать в лаборатории кожу, кровь, кровеносные сосуды, сердечные клапаны, хрящи, кости, носы и уши из собственных клеток человека, мочевой пузырь, трахею»<sup>1</sup>.

Проблемы оказания хирургической помощи, связанные с недостаточной ловкостью и точностью человеческой руки, удастся решить при помощи роботов. Роботы-хирурги смогут выполнять малотравматичные операции (и уже выполняют). Например, при традиционной хирургической операции коронарного шунтирования делается разрез длиной около 30 см в середине груди, что, естественно, можно делать только под общим наркозом. Вскрытие грудной клетки увеличивает вероятность инфекции и продолжительность послеоперационного периода, порождает сильные боли и дискомфорт в процессе заживления и оставляет уродливый шрам. Но все эти негативные явления можно сильно уменьшить при помощи роботизированной хирургической системы, известной как да Винчи. Этой системой пока управляют врачи, они нажимают на кнопки и готовы оказать пациенту помощь, если произойдет какой-то сбой в механизме робота. Страшно даже представить, что может произойти при автономном использовании роботов-хирургов!

---

<sup>1</sup> Мичио Каку. Физика будущего. Издательство «Альпина нон-фикшн», 2012. Серия: Библиотека фонда «Династия». – 584 с. / Интернет-источник: [https://www.elementy.ru/book/357/fizika\\_budushego](https://www.elementy.ru/book/357/fizika_budushego) (дата обращения: 18.05.2018).

При дальнейшем прогрессе медицины в скором будущем можно будет исключить большую часть визитов к врачу и значительно ослабить общую нагрузку на систему здравоохранения. Подавляющее количество заболеваний будет лечиться в амбулаторных условиях. Соответственно резко сократится количество врачей и их востребованность на рынке труда, а также уйдет в небытие живое человеческое общение между врачом и пациентом. Последний момент вызывает крайнюю настороженность. Не стоит забывать о психосоматических заболеваниях, при которых симптом может появляться на фоне невроза. Как робот сможет диагностировать и лечить такие заболевания? «Человек не гриб и не лягушка... Нельзя лечить тело, не считаясь с душой и духом»<sup>1</sup>. Пациентам с психосоматическими заболеваниями необходимо живое взаимодействие с врачом, который лечит не только делом, но и словом.

## **Биоэтика и биофилософия: о единстве философии и этики жизни**

**Захаров Д.В.**

Биоэтика, быстро став у нас обязательной дисциплиной учебной программы всякого медицинского ВУЗа, как кажется, скоро оторвалась от глубокого переживания жизни. Именно того феномена, понятие которого положено в начало термина. На Западе различные проекты возвращения к исконной «этической онтологии и гносеологии жизни» предпринимались в рамках осмысления биофилософии (Б. Ренш, Р. Саттлер). Вообще, и биофилософия, и биоэтика как направления исследований, окончательно оформляются здесь одновременно – в конце 60-х гг. XX в. И были связаны генетически. В России сразу же после утверждения американской биоэтики на почве русской действительности, в начале 90-х, А.П. Огурцов выступил с программной статьей, в которой противопоставил эту самую американскую биоэтику русской этике жизни, представив их как аксиологические альтернативы.

Не углубляя излишне дилемму «родного или/и вселенского», хотелось бы сдвинуть точку рассмотрения к другой идее Александра Павловича, которую он находит в русской традиции – к идее построения некоей «этической гносеологии» (по выражению Д.И. Менделеева), или «онтологической гносеологии» (у Н.О. Лосского и С.Л. Франка). Этика жизни сама собой начинается как

---

<sup>1</sup> Ильин И.А. О призвании врача. Собр. соч.: в 10 т. Т. 3 Путь к очевидности. М., 1994, с. 481.

онтология и гносеология жизни – из понимания жизни как эволюционного процесса одухотворения материально-косного ее начала, победы над временем и смертью; из философских проблем биологии – редукционизма, телеологизма, эволюционизма. И в России и на Западе. Остается временами возвращать био-этику к своим корням. Именно в таком срезе на первый план выступает другая – онто-гносеологическая – дилемма механицизма (редукционизма) и холизма в понимании жизни.

Одним словом, если оказаться в самом центре споров вокруг биомедицинских проблем (генных и репродуктивных технологий, трансплантологии, эвтаназии и др.), то позиции спорящих поляризуются вокруг двух основных «онтологических гносеологий». Первая на поверхности выглядит как либеральная или либерально-гуманистическая позиция. В глубине же это онто-гносео-аксиология механицизма. Она свойственна онтологическому механистическому материализму и элементаризму, гносеологическому эмпиризму и редукционизму, позитивизму и сциентизму, этическому эмпиризму (натурализму и утилитаризму). Это модель мира, утверждающаяся в новоевропейском мировоззрении начиная с XVII века. Согласно ей, в основе мироздания лежат устойчивые механические закономерные отношения масс, сил и энергий, возникающие в результате взаимодействия непроницаемых вещественных элементов. Природа представляется онтологически как естественное, бесчувственное и неживое вещество. Она есть обыкновенное «так называемое зло». Существующая на разных уровнях организации – физическом, химическом, биологическом, социально-психологическом, она представляет собой естественный механизм отбора наиболее жизнестойких элементов и элиминации нестойких, слабых и нежизнеспособных. Гносеологически природа выступает как бездумный экспериментатор с великим запасом времени, на протяжении которого, путем проб и ошибок, создающий все многообразие видов вещества – неживого, живого, социально-психологического.

Поэтому человеческая этика есть такой же продукт эволюции, естественный договор элементарных эго-элементов, общественных индивидов, эволюционирующий по ходу развития. Эгоизм человека есть неустранимое естественное зло, из которого образуется «так называемое добро», свойственное человеческому обществу в результате разумного, опытного ограничения эгоизма. В этом плане новоевропейский гуманизм является продолжением этического эмпиризма. В основе гуманизма положено право. Свобода и заключается в праве, а право в собственности. Мысль, слово, тело, жизнь провозглашаются личной собственностью и правом самостоятельно ими распоряжаться. Но что такое жизнь в этическом эмпиризме? Жизнь состоит в счастье, а счастье в по-

лучении удовольствия. Это животное в человеке не может быть преодолено. Поэтому гуманизм, положивший в самое фундаментальное свое основание право на жизнь, закономерно доходит до идеи гуманности убийства в отдельных прецедентах. Потому что счастье возможно только для большинства. Всегда будет несчастное страдающее меньшинство – это закон жизни. Помочь избежать им страдания – тоже моральный выбор гуманиста. Страдающему можно помочь умереть легкой безболезненной смертью (эвтаназия), а обреченному на страдания от рождения можно помочь не родиться. Рационализированные методики научного эмпиризма (например, генетический скрининг) позволяют измерить шанс на будущее счастье «на ранних стадиях». Есть обреченные страдать от болезней (в том числе, душевных), есть обреченные страдать от нищеты и жизненной нереализации. Им можно помочь не родиться. Следуя этой логике, этический эмпиризм допускает аборт, контрацепцию, стерилизацию, генетическую манипуляцию с эмбрионом. Это и есть искусственный отбор, осуществляемый посредством новых биомедицинских технологий, который, по идее, лучше естественного социального отбора (войн, голода и эпидемий). А юридическое право является гарантией от злоупотреблений. Право, основываясь на рационализированных методиках, пытается определить, когда начинается жизнь (до каких пор возможен аборт и генетическая манипуляция с эмбрионом), когда начинается смерть (с какого момента можно изымать органы или принимать решение о прекращении поддержания жизнедеятельности). Жизнь, смерть, тело, возможность развития и счастья жизни становится юридическим определением, руководствуясь которым, можно, наконец, избежать тяжелой свободы выбора.

Вторая онто-гносео-аксиология на поверхности по отношению к биоэтическим вопросам представляющаяся традиционной, скорее даже, традиционно-религиозной, в противовес механизму ее можно назвать органицизмом или холизмом. Она вырастает из религиозного мистицизма, онтологического идеализма, рационалистического и мистического интуитивизма и символизма, натурфилософии и философии жизни. Ее корни углублены в тело древней натурфилософии Востока и Запада, а ее периодическое возрождение на почве западноевропейской рациональности связано с неоплатонизмом, картезианством, шеллингианством, философией жизни. Известное возвращение натурфилософии происходит в XX в. в неклассический период развития научного знания, в том числе в форме биофилософии.

Согласно холистическому элементаризму, каждый элемент мира не имеет четких границ и существует во взаимосвязи со всеми другими элементами, на каком бы расстоянии в пространстве и времени они не находились (принцип «все во всем»).

Эти связи не поддаются логическому обоснованию – для их познания нужен язык иной, символической логики. Они устанавливаются путем интуитивного мистического переживания жизни. Природа при этом мыслится как живой организм, представленный слоями бытия. Нижние, материальные слои, более могущественные. Они представлены во всем живом инстинктами и страстями, жестко детерминирующими свободный выбор. Однако верхние слои более свободны. Это сфера разума и духа. Освободившийся дух может управлять материей и страстями как всадник (менее сильный) может управлять лошадью (более сильной). Это схема Аристотеля. Она перепевается, между прочим, Гегелем, Марксом, Фрейдом, Маслоу, Вернадским. Многими другими. Эволюция представляется здесь как эмерджентный процесс восхождения от более обусловленного к менее обусловленному, Царству Свободы. Суть механистического редукционизма заключается в придании самостоятельного (и даже определяющего) значения низшим, натуральным слоям. Так, Ч. Дарвин нашел, что движущие силы эволюции заключены в борьбе за существование, а Р. Докинз постулирует эгоизм на генетическом уровне. В холистическом мировоззрении верхние слои уже изначально присутствуют в нижних, их значение возрастает по мере эволюционного развития. Материя изначально витальна – жива, одухотворена, наделена языком и телеологически активна. За поверхностным естественным отбором (жизнь как «вековая давилка») стоит глубинный направленный (пусть даже само-направленный) отбор Благое и Красивое. Поэтому жизнь в глубине есть Благо, Добро, Справедливость, Красота (первое свойство жизни). Это свойство не каждому дано увидеть и познать, но за физически-, химически-, биологически-, социально-обусловленным стоит все возрастающее необусловленное Живое – Благо и Красота. В XX веке это мировоззрение выражается в антропном принципе космологии, идее тонкой подгонки. Такой взгляд не противоречит редукционистским натуралистическим доктринам социобиологии, этологии, геннокультурной коэволюции и др. Что касается русской мысли с ее тягой к холистическому миропониманию, так она традиционно перерабатывает натуралистические идеи в его духе (русская физиологическая школа, русская эволюционная школа, русская системная теория, русская теория коэволюции и т.п.)

Второе свойство жизни, следующее из холистического мировоззрения – ее спонтанность и неустойчивость. Ключевое определение жизни, данное В.Г. Борзенковым (из нового (или вечно нового) понимания материи как живого) состоит в том, что жизнь не поддается определению. Всякое научное и юридическое определение тотально-устойчивое – жизнь спонтанна и неустойчива. Поэтому холистическая модель этики основывается на

глубинном нерациональном и неморальном практическом переживании самой спонтанной и неисповедимой жизни. В этом ее простота и трудность в постижении.

Парадоксально, но именно традиционная холистическая этика оставляет место тайне и свободе выбора. Выбирая рационально, мы лишаем жизнь спонтанности. Мы выбираем у кого больше шансов на жизнь, исходя из опыта прошлого и ошибаемся, потому что жизнь сильнее времени – только у нее есть опыт будущего и вечного. Мы полагаем, к примеру, что 0,00...01 не победит 99, 99...99, это невозможно, потому что у последнего больше могущества, массы, если хотите. Но опыт всей истории (религии, искусства, науки, техники) показывает, что сегодня возможно и живет именно то, что вчера считалось невозможным и слабым, а умерло то, что вчера считалось могущественным и сильным. Потому что слабое было живым, а сильное отвердевавшим и косным. Об этом говорил ещё Лао-цзы. Интеллект выбирает возможное – жизнь выбирает невозможное. Не зря в Евангелие сказано: «Камень, отвергнутый строителями, станет во главу угла».

Да, традиционная холистическая этика иррациональна. Этим она иногда отстоит от традиционной религиозной этики, выступающей генеральным оппонентом эмпирического прогрессизма и гуманизма, в том числе в области этических вопросов применения биомедицинских технологий. Религиозная этика часто просто отсылает к запрету, типа «моя религия это запрещает», не позволяя погрузиться в его природу. Но это интеллект представляет закон постоянным, потому и выбирает законное и моральное – жизнь же постоянно становящийся Закон. Поэтому традиционная холистическая этика immoralна (в чем тоже иногда отстоит от традиционной религиозной этики). В том смысле, что мораль (как религиозная, так и юридически-правовая) представляет выбор как предписанный, книжный (отчего зачастую лицемерный) – жизнь же реальна. Выбор жизни не в выборе между добром и злом – в реальной жизни мы выбираем между добром и добром, злом и злом. Мы выбираем не доброе – мы выбираем лучшее из возможного. И мораль тут не помогает. Из этики имморализма следует, что выбор жизни не в той точке, где мы выбираем между добром и злом, а в череде ежесекундных микровыборов лучшего. В точке решающего выбора мы только реализуем накопленную энергию – положительную или отрицательную. Поэтому моральная философия традиционно не теория, а практика живого глубокого переживания жизни, доступная для всякого, кто встал на путь самопознания и самосовершенствования.

В заключении хотелось бы вернуться к оставленной до поры аксиологической дилемме А.П. Огурцова – американской биоэтики и русской этики жизни. Думается, что проблема биоэтики не в том,

что она американская (на американской почве это очень хороший проект реально самоорганизующихся этических комитетов при клиниках), а в том, что именно на русской почве и, особенно, в эпоху «после смерти морали», она обрастает сверху организованным лицемерием, скрывающимся за «морально-правовыми аспектами биомедицинской этики». Для русского ума аксиология не может быть абстрактной, она должна вырастать из фундаментальной онто-гносеологии жизни. В этом плане возвращение к натурфилософии в лице био-философии может стать достаточным основанием для ее естественного продолжения – био-этики.

## **Осмысление природы человека в истории философии и современные проблемы биоэтики**

***Моисеева О.Н.***

Решение большинства проблем биоэтики в настоящее время проводится по принципу консенсуса. Существование разных точек зрения по тому или иному вопросу и отсутствие достаточной концептуальной теоретической базы в биоэтике приводит к конфликту разных позиций, который разрешается чаще всего в рамках правового поля установлением условных границ демаркации. С течением времени эти границы могут меняться, т.к. изменяется господствующая парадигма, а более общих критериев оценки позиций пока не существует. Это приводит к ситуации «вечной дискуссии» и переводит ряд проблем, таких, как аборт, эвтаназия, биомедицинский эксперимент и др. в разряд принципиально неразрешимых проблем. Существующие сегодня биоэтические теории (утилитаристская, деонтологическая, теория *prima facie* моральных обязательств и др.) рассматривают проблемы исключительно с аксиологических позиций, отрывая их (за исключением деонтологической) от онтологических оснований. Единственная теория, привязанная к онтологии – деонтологическая – является слишком жёсткой, не учитывает нюансов и частных случаев, что делает её не всегда применимой к конкретным обстоятельствам.

Целью данной работы не является выработка универсальной системы осмысления биоэтических проблем – это достаточно сложная и трудоёмкая задача. Но, опираясь на теорию биоэтов, предложенную профессором Моисеевым В.И.<sup>1</sup>, мы можем рас-

---

<sup>1</sup> Моисеев В.И., Плюitto П.А. Биомедицинская этика. Спб., 2011.

смотреть некоторые проблемы с точки зрения понимания природы человека разными философскими школами и проследить эволюцию принятия решений, в зависимости от них. Рассмотрим с этой точки зрения проблему абортa. И в древние времена, и в настоящее время существовали и существуют две позиции по данному вопросу: аборт – нормальное, естественное явление, позволяющее контролировать благополучие индивидуума, государства и общества в целом; аборт – убийство, недопустимое явление, приводящее к деградации человеческой природы индивидуума и являющееся угрозой для существования государства и общества. Законодательства разных стран то допускают абортa (без ограничений или с ограничениями), то полностью запрещают их. В своих позициях они могут опираться на господствующий тип мировоззрения в данный период – светский или религиозный, историческую традицию, необходимость введения ограничения рождаемости в связи с нехваткой природных, экономических и территориальных ресурсов или, наоборот, – необходимость повышения рождаемости, в связи с угрозой исчезновения населения. То есть, решение данного вопроса зависит, в большей степени, от внешних факторов и продиктовано, скорее, насущной необходимостью, нежели пониманием универсального смысла данного явления. Отсюда – невозможность принципиального решения данного вопроса и поиск границ демаркации, окончательно не удовлетворяющих сторонников разных позиций и создающих почву для политических и нравственных конфликтов внутри общества, отдельной семьи и конкретного человека.

Если рассмотреть главный вопрос проблемы абортa – является ли аборт убийством или нет, то основным критерием будет являться определение природы человека и осмысление вопросов жизни и смерти человеческого существа. С историко-философской точки зрения, можно в разные исторические периоды выделить доминирующий тип мировоззрения. Если говорить о философском мировоззрении, считающемся на сегодняшний момент древнейшим – ведическом, представленном индийским ведизмом, то господствующим мировоззрением можно назвать панентеистическое. В античной Европе доминировало пантеистическое мировоззрение. В период европейского Средневековья – теистическое, затем – деистическое. В период Нового Времени на смену деистическому приходит атеистическое, занимающее господствующие позиции и по сей день. Эти типы мировоззрения предполагали определённый взгляд на природу бытия и человека. С точки зрения панентеистического мировоззрения, высшим началом бытия является его творец (например, в брахманизме – это Брахман) он создаёт бытие для определённой цели – познать самого себя. Себя он познаёт через свои части –

духовную и материальную. Человек возникает как часть творца – Брахмана. Духовная его часть – Атман выражает духовную природу творца, а материальная часть – материальную. Взаимодействие духа-Атмана с материей порождает возникновение материальных оболочек (тел) вокруг духовного ядра. В индийской традиции выделяют пять материальных оболочек (панчакоша): ананда-майя-коша – тело блаженства, виджняна-майя-коша – тело сознания, mano-майя-коша – тело желания, прана-майя-коша – тело энергии, анна-майя-коша – физическое тело. Цель жизни человека совпадает с целью творца – познать самого себя, а так как все люди в духовной части – Атмане – являются частями единого творца, – то и существ всего окружающего мира. Реализация данной цели возможна при целостности человеческой структуры, которая должна быть упорядочена, сгармонизирована и целостна. Данные условия возникают только при существовании человека в рамках закона развития – дхармы. При нарушении данного закона (адхарме) нарушается и структура и функционирование самой системы. Закон воздаяния – карма – стремится ввести систему в равновесие. При невозможности сгармонизировать систему она разрушается – происходит последовательное разрушение материальных оболочек, вплоть до тела блаженства. Далее, под влиянием главной цели – познания, и при воздействии закона развития, происходит достраивание разрушенной системы до целостного состояния с возможностью правильного прохождения этапов развития (перерождение, реинкарнация). Таким образом, главным для человека объявляется высшая цель – познание самого себя и мира в соответствии с законом развития. Данная цель сакрализуется, представляясь как цель самого творца бытия. Природа человека приобретает природу высшего начала бытия и подчиняется высшему закону. Отступление от высшего закона рассматривается как посягательство на природу самого творца бытия и карается уничтожением структур. Причём, в зависимости от степени нарушения закона, после «перегрузки» качество вновь приобретённых структур может быть более развитым или менее, при некоторых условиях человек вообще лишается возможности перерождения, вплоть до полного уничтожения материальной природы с отрывом её от духовной и невозможностью вообще существовать в бытии.

В античный период в Европе мы видим похожие представления о человеке в учениях Платона и Аристотеля о видах души. Они выделяют в человеке не только физическое материальное тело, но и растительную душу, определяющую рост, питание и размножение; животную душу, контролирующую волю, эмоции и желания; разумную душу, определяющую сознание и высшие психические функции. При этом Платон говорит об идее – эйдосе,

духовном начале, лежащем в основании всех материальных явлений, Аристотель же убирает понятие эйдоса, заменяя и духовную, и материальную природу единым сущим. Таким образом, в их учениях мы также видим сложное строение человека: эйдос – духовное ядро с тремя оболочками души и четвёртой телесной оболочкой у Платона и четыре оболочки (три души и тело) – у Аристотеля. Платон также учил о перерождении эйдоса-души в новых телах, Аристотель же, в силу непризнания чистой духовной природы, отказывал обычному человеку в бессмертии, делая исключение лишь для развитой разумной души философов, сохраняющейся после разрушения остальных оболочек. Таким образом, если в учении Платона ещё сохраняются отголоски ведической традиции о духе, цели человеческой жизни как совершенствовании на протяжении многих жизней, то в учении Аристотеля только избранные, развившие в должной мере разумную душу, получают возможность бессмертия, которое представляется им не как перерождение духовного начала в материальном, поскольку ядра-духа не существует, а как способ законсервированного существования сформировавшейся разумной души.

В средневековом религиозном христианском мировоззрении структура человека до конца не определена: выделяется дух, душа и тело, либо душа и тело, но однозначно прослеживается духовно-материальная природа человека. При этом обе природы являются тварными – духовная сотворяется богом-творцом бытия, а материальная с помощью человека (родителей). У человека есть цель – приблизиться к пониманию бога-творца (природу которого до конца понять невозможно), прийти к нему и слиться с ним. Для этого нужно жить по закону, установленному богом (аналог закона – дхармы). Нарушение закона ведёт к наказанию (аналог кармы) и смерти – разрушению материального тела. Духовная же составляющая, по аналогии с разумной душой Аристотеля, существует далее вечно – в месте вечного блаженства и счастья (рай) или в месте вечных страданий (ад). Закону бога также придаётся сакральное значение, и человека предостерегают от его нарушения. Но если в теистическом мировоззрении человек постоянно находится под неусыпной заботой бога-творца, то в деистическом мировоззрении создаётся возможность для некоторого ослабления этой заботы и предоставления большей свободы выбора.

С точки зрения атеистического мировоззрения, человек обладает лишь материальной природой – материальным телом, и все его высшие функции являются продуктом его материальности. Телесность возникает при посредстве других материальных телесностей (родителей), является исключительно продуктом их деятельности, а о полноценном человеческом существе можно

говорить, самое раннее, с момента рождения. Данная позиция не предусматривает чётких смысловых жизненных целей человека, и разрушение материальной оболочки означает и исчезновение самого существа из бытия.

Если посмотреть на доминирующие представления об аборте, коррелирующие с исторической точки зрения с разными типами мировоззрений, то мы увидим следующую картину. С точки зрения панентеистического мировоззрения, человек устроен сложно, многоуровнево, наделён сакральной целью существования, обязан идти к этой цели в рамках высшего закона, отклонение от которого приводит к разрушению его структуры, замедлению развития и возможности неисполнения сакральной цели. Но человеку даётся шанс на развитие чередой перевоплощений, с понижением или повышением его эволюционного статуса, в зависимости от его выборов. Аборт рассматривается как принудительное лишение возможности развития, исполнения сакральной цели одним человеческим существом другого человеческого существа, что является крайней формой нарушения закона-дхармы и ведёт к жёстким кармическим последствиям для совершивших данное действие и к мучительным страданиям с риском разрушения не только низших материальных оболочек, но и сохраняющей информацию ананда-майя-коши, что может привести к полной гибели существа. Поэтому в данной системе представлений аборт является немислимым, максимально жестоким убийством и карается законом кармы тяжёлыми болезнями и невозможностью в этой или/и последующих жизнях иметь детей. Соответственно, законы общества предусматривали строгое наказание за подобное деяние. Платон не высказывается однозначно по данному вопросу, определяя условия, при которых аборт допустим. Аристотель однозначно определяет, что абортирование плода – неотъемлемое право женщины в регулировании рождаемости. Не выделяя неуничтожимой части человеческого существа, отрицая явление перерождения души и отказывая, таким образом, в трансперсональности и универсальности главной жизненной цели, Аристотель опускает человека до уровня некоего механизма, в котором зарождающаяся жизнь является его частью, с коей женщина может делать всё, что ей угодно. Христианство предусматривает более строгое наказание за убийства одушевлённого плода – с того момента, когда бог вдвухает в тело его душу живую. Сроки соединения души с телом назывались разные: 40-й день – для мальчиков и 80-90 дни для девочек. Абортирование мальчиков также каралось более строго, нежели абортирование девочек. Таким образом, несмотря на негативное в целом отношение к абортам в христианстве, мы видим некоторую условность понимания данного явления на основании

того, что в Евангелиях об этом ничего не сказано, а мнения отцов церкви относительно одушевлённости тела и степени причинения вреда также условны. Атеистическое мировоззрение же занимает достаточно либеральную позицию в данном вопросе: эмбрион рассматривается как часть организма женщины, с которой она имеет право делать всё, что ей угодно, не рискуя получить за умерщвление плода наказание, а иногда даже – возводя данное явление в разряд добродетели (при разных условиях – многодетности, низком уровне жизни, болезнях родителя или плода и т.п.). Отсутствие чёткой определённой универсальной жизненной цели у человека (когда цель жизни у каждого – своя и может быть любой) облегчат данную задачу.

Таким образом, в вопросах решения проблемы аборт мы находим взаимосвязь этого явления со степенью насыщенности онтологической реальности понятиями и определениями: чем более сложным является понимание бытия в целом и структуры человека, его жизненных целей, определения жизни и смерти, тем больше аборт осмысливается как убийство с последующим наказанием – государственным или наказанием самой жизнью лишениями, болезнями и страданиями. Чем упрощённое онтологическая картина мира и понимание человека – тем легче делается выбор в сторону принятия решения об аборте. Данная тенденция просматривается и в принятии решения по вопросам эвтаназии, трансплантации, генетических манипуляций и др. Редукционистская, упрощённая картина мира формирует либеральную позицию с максимальным вмешательством в биологию живого существа при диктате экономических, политических, прагматических и др. мотивов; сложное холистическое видение мира и человека приводит к минимизации вмешательств в его материальность с принятием мер её охраны на законодательном уровне.

## **Онтологические и гносеологические основания биоэтических проблем**

***Рюмина М.Т.***

Все биоэтические проблемы имеют онтологическое, гносеологическое и аксиологическое измерения. Появление биоэтических проблем связано с глубинной трансформацией общественного сознания в направлении определенного стиля мышления, назовем его «радикально конструктивистским». Просто биоэтика за-

остряет эти проблемы до практического применения нравственных и правовых норм, и как бы лежит на «поверхности». Однако, это – единый философский комплекс проблем биомедицины: онтологических, гносеологических, аксиологических и биоэтических. Например, биоэтические проблемы, связанные с клонированием, такие как медицинская и техническая безопасность, разрушение института семьи, изменение понятия воспроизводства человека, неопределенность статуса родителя «клона», как и неопределенность этико-правового статуса самого «клона» и др. имеют в своей основе онтологические проблемы сущности человека и онтологического статуса эмбриона человека. Онтологические свойства эмбриона характеризуются следующим образом. Эмбрион не тождественен ни одному из органов женщины и является иным биологически целостным и уникальным человеческим существом, растущим в теле женщины. Научные исследования ясно показывают, что с момента зачатия, то есть с момента слияния женских и мужских половых клеток в ампуле фаллопиевых труб матери, человеческий эмбрион имеет в наличии все характеристики человеческого индивидуума. Эмбрион имеет новую специфическую биологическую сущность со своей программой жизни и развития. Он имеет внутренний динамизм, определяемый и управляемый геномом, и направленный на постепенное развитие вплоть до формирования взрослого человека. Эмбрион существует в виде независимого организма, то есть организованного биологического единства, который действует и размножается в строго определенном порядке. Он является независимым, то есть не нуждается во внешних силах для поддержания своей жизненной структуры. Гаметы, из которых он образуется, доказывают его принадлежность к человеческому роду, что ясно определяется также по особенностям принадлежащей ему генетической структуры (геномы).

Так по отношению к онтологическому статусу эмбриона человека высказываются разные позиции, выделим три. С либеральной точки зрения, до момента рождения плод является частью тела женщины, и, следовательно, ее собственностью. Она имеет поэтому право принять решение об аборте. Нерожденный плод не признается человеческой личностью, на него не распространяется право на жизнь, а потому аборт не является убийством. Статус нерожденного человеческого существа рассматривается с точки зрения интересов третьих лиц. Поскольку плод не признается человеком и не обладает никакими правами, то может быть использован в научных, медицинских и иных целях.

С точки зрения умеренной позиции, превращение зародыша в человеческую личность происходит постепенно в процессе развития от зачатия до рождения. Поэтому свои права зародыш на-

капливает постепенно. Впервые три месяца «объем» этих прав минимален, их могут «превысить» социальные и экономические интересы матери. В последний триместр беременности «объем» прав уже значителен, потому интересы матери могут их «превысить» только в случае прямой угрозы для ее жизни. С этой точки зрения важен не столько возраст плода, а и степень развития человеческих качеств. Поэтому плоды с грубыми аномалиями обладают незначительным объемом человечности. Поскольку плод все-таки обладает некоторым объемом человеческих прав, то аборт может быть квалифицирован как «убийство невинного». Статус абортированных плодов рассматривается как промежуточный между человеческим и животным. Это предполагает необходимость разработки особых этических и правовых норм, регламентирующих использование этих существ.

Консервативная позиция в вопросе об эмбрионе заключается в том, что аборт рассматривается как умышленное убийство, и не может иметь морального оправдания. Зародыш с момента зачатия рассматривается как личность, которая должна обладать основным объемом прав человека, прежде всего, правом на жизнь. Недочеловеческого состояния нет и быть не может.

Иными словами, от рассмотрения онтологического статуса человеческого эмбриона зависит и решение биоэтических проблем: признать ли за эмбрионом статус человека или не признать, или признать частично. Кроме того, выбор той или иной позиции зависит от гносеологической установки. Для либеральной позиции характерен радикальный конструктивизм, для умеренной – умеренный конструктивизм, для консервативной – традиционный стиль мышления, связанный с религиозными, православными в отношении России, принципами. Так от решения онтологических и гносеологических проблем зависит и решение биоэтических проблем. Биоэтика, в этом ключе, является частью биофилософии, а не наоборот.

А возьмем ныне возрождающуюся евгенику. Евгеника ставит своей задачей усовершенствование человека до постчеловеческого состояния, как, например, в трансгуманизме. Отсюда возникает много биоэтических проблем, которые призваны ответить на вопрос – какие нравственные и правовые нормы будут регулировать общественное отношение к постчеловеку. Решение биоэтических проблем тут опять же зависит от онтологической и гносеологической постановки вопроса о сущности человека.

Цель современных биомедицинских технологий – манипуляция и реконструкция сущности человека. Человек онтологически в «генной инженерии» понимается как некая конструкция, как то, что «можно конструировать, подобно техническим устройствам, состоящим из деталей, как человеческая индивидуальность – из

генетической информации»<sup>1</sup>. Евгеническая идея строится именно на таком инженерном видении человека. Ю.В. Хен полагает, что подобный инженерный (конструктивистский) подход выводит евгенику из разряда аморальных идей, каковой она была со времен Второй мировой войны. Но это спорный вопрос, ведь конструирование человека означает вмешательство в геном человека, последствия которого непредсказуемы.

Конструктивизм как гносеологическая установка, как стиль мышления, как методологический подход имеет своим следствием появление конструктивистской этики, допускающей манипулирование ценностями, в силу их созданности. Конструктивистская этика становится основанием для правовых актов, позволяющих осуществление эвтаназии, клонирования, манипулирования генетическим материалом, искусственной репродукции.

Биоэтические проблемы трансплантологии и эвтаназии тоже укореняются в вопросе об онтологической сущности человека. Прекратить страдания человека – это благо или зло? Ответ на этот вопрос зависит от решения вопроса об онтологическом статусе человека, о его сущности. Если человек – творение Бога, то не властен над своей жизнью и смертью, и приближать смерть – это самоубийство, самый тяжкий грех в христианстве. С точки зрения христиан, необходимо облегчать страдания умирающего человека, но приближать смерть нельзя, это расценивается как убийство. С точки зрения либеральной позиции, которой придерживаются в странах, где официально разрешена эвтаназия (Канада, Бельгия, Швейцария, Голландия, Люксембург и др.), человек есть природное существо, имеющее социобиологическую сущность. Поэтому он вправе распоряжаться своей жизнью и смертью, как ему заблагорассудится. Б.Г. Юдин писал, что «замысел *конструирования человека* вполне можно считать некоей сверхидеей, которой вдохновляются многие из тех, кто вовлечен в биотехнологическую революцию. Этот замысел действительно выступает как новое, современное выражение воззрений, которые акцентируют ведущую роль биологических, генетических начал в определении природы человека»<sup>2</sup>. Сущность человека раньше рассматривалась как социально-природная целостность, где переменной выступала социальная компонента, а природная компонента являлась инвариантной. Именно тело задавало определенные рамки для воздействия на человека и его генотип сохранял постоянство во всех трансформациях. Теперь же те-

---

<sup>1</sup> Хен Ю.В. Проблема природы человека в современных геномных исследованиях. В кн. "Философия природы сегодня". М., 2009, с. 431.

<sup>2</sup> Юдин Б.Г. Новые тенденции в науке о человеке: проблемы, поиски и решения. – В кн. «Многомерный образ человека. На пути к созданию единой науки о человеке». М., 2007, с. 25, 29.

лесная субстанция человека – предмет биогенетических манипуляций. Генная инженерия дает возможность создавать искусственно синтезированные участки генов, осуществлять новые репродуктивные технологии, генотерапию и клеточную терапию.

В идее конструирования человека с помощью клонирования, генной манипуляции, искусственной репродукции, технологий стволовых клеток и трансплантологии сплавлены воедино онтологическая идея конструирования сущности человека, гносеологический подход радикального конструктивизма, аксиология либерализма и как следствие возникшие биоэтические проблемы. В философском плане анализ биоэтических проблем, необходимо начинать с онтологического основания вопроса, далее переходить к гносеологическому аспекту проблемы, затем к аксиологическому аспекту, и только потом, собственно, к биоэтической проблеме. Такой должна быть философская методология рассмотрения биоэтических проблем. Таким образом, мы видим, что решение биоэтических проблем зависит от решения, прежде всего, онтологической проблемы о сущности человека, потом от гносеологической постановки вопроса о методологии решения биоэтических проблем, и далее от ценностной компоненты биоэтической проблемы. Биоэтика является частью не только биофилософии, но просто философии как таковой.

## **От семиотической аналогии в биофилософии до формализации естествознания**

***Болдин П.Н.***

В современной философии биологии широко распространена семиотическая аналогия, заключающаяся в интерпретации организации живого по аналогии с лингвистическими образованиями – буквами, словами, текстами. Причём семиотическую интерпретацию получают биологические механизмы, выражающие самую сущность живого – механизмы синтеза белка (генетический код). Но и на более высоких уровнях организации живого семиотические аналогии играют не менее фундаментальную роль. В тоже время известно, что исторически первична семиотическая аналогия при построении моделей в неживой природе – античный атомизм был индуцирован семиотической аналогией между реальностью и языком (Лосев А.Ф., 1963), в рамках которой греки представляли себе реальность как сложенную из элементов «так же, как рукопись (а значит, и речь) из букв». В докладе показано, что семиотическая аналогия может служить онтологической основой для построения моделей любой материальной организации, что позволяет наметить путь к формализации модельных представлений в рамках всего естествознания.

Клетка как элементарный живой организм функционирует на основе информации, заложенной в макромолекуле ДНК, представляющей из себя линейную молекулярную цепь из молекул-нуклеотидов четырёх типов (А, Т, Г, Ц). Механизм извлечения данной информации носит название генетического кода – сопоставление тройке нуклеотидов ДНК одной аминокислоты. Клетка это, по сути, организация пространственных отношений атомов и молекул. Генетический код также характеризуется пространственной Р-асимметричностью: нуклеотиды имеют исключительно «правую» пространственную ориентацию, а аминокислоты — исключительно «левую». В процессе реализации генетического кода формируется биологическая (пространственная) знаковость, а клетка с этих позиций представляет собой «рукопись из букв» – циклов реализации генетического кода.

Семиотическую аналогию можно распространить и на современный атомизм в неживой природе. С конструктивной точки зрения элементарным атомом-ячейкой является атом водорода, представляющий из себя систему протон-электрон. Более сложные атомы «составляются» из определённого числа этих ячеек, «соединяясь» с участием нейтронов. Но протон (как и нейтрон) не является элементарной частицей, а состоит из трёх валентных кварков. Таким образом, в рамках элементарного атома-ячейки мы получаем сопоставление трёх кварков (истинно эл. частицы!) одному электрону (истинно эл. частица!). Сравнение этих отношений с отношениями генетического кода выявляет их удивительную схожесть. Участвующие в этих отношениях (химическом коде) элементы также асимметричны, но уже зарядово C-асимметричны! На уровне атома-ячейки это выражается в том, что протон положительно заряжен, а электрон – отрицательно (это вещество), при этом в Метагалактике антивещество отсутствует. Этот факт эквивалентен тому, что в химическом коде участвуют исключительно кварки и электроны, а не антикварки и позитроны (антиэлектроны). Элементарный атом-ячейка является элементарным химическим (зарядовым) знаком, а неживой объект является «рукописью из букв», в соответствии с интуициями древних греков.

Более детальное сравнение рассмотренных организаций позволяет прийти к большей формализации схемы материальной организации, а также к более детальной характеристике в рамках семиотической аналогии. Как мы уже заметили, в атоме кварки не сопоставляются напрямую электронам, а через формирование ядра. Ядро же формируется тоже не напрямую кварками, а через формирование нуклонов – протонов и нейтронов. То есть обнаруживается ряд ступеней при формировании зарядовой знаковости в рамках атома, которые составляют определённую схему организации: кварки → нуклоны → ядро → атом. На первой ступени мы имеем разнообразие используемых типов кварков – это u- и d-кварки, которые могут превращаться друг в друга за счёт слабого взаимодействия. На второй ступени из трёх кварков формируются нуклоны за счёт цветового взаимодействия кварков. На следующем этапе происходит соединение нуклонов за счёт обменного взаимодействия посредством пи-мезонов, которые представляют собой кварк-антикварковые пары. Окончательно атом, то есть химическая (зарядовая) знаковость формируется за счёт электромагнитного взаимодействия ядра и электронов, причём электрический заряд ядра формируется за счёт электрического заряда участвующих в организации (валентных) кварков. Можно сделать вывод, что на всех этапах химической организации её формируют кварки посредством различного рода взаимодействий (зарядовая! организация).

Анализ биологической организации показывает, что в её рам-

ках пространственная знаковость формируется также поэтапно, по подобной же схеме. При этом, начинаются они с триплетов (нуклеотидов) – то есть в отличии от химической организации первый этап в виде индивидуальных составляющих (в данном случае нуклеотидов) как самостоятельный отсутствует, но включён в процессы второго этапа. Основным для этой организации является второй этап схемы и первичным образованием этого этапа является наследственная молекула ДНК. Все этапы схемы формирования знаковости организуются через триплеты нуклеотидов: триплеты ДНК → триплеты ДНК-иРНК → триплет тРНК-аминокислота. Результат – реализация генетического кода. ДНК является своеобразной клеточной системой координат (живое – пространственная организация!), относительно которой задаются биологические «кривые и поверхности» – различные конфигурации полипептидных цепей, а «координатами» как раз и являются триплеты. Аналогия этапов химической организации в рамках атома и биологической организации в рамках клетки очевидна. Триплет ДНК аналогичен нуклону (тройке кварков). Комплементарные отношения ДНК-иРНК осуществляются попарно нуклеотидами и аналогичны отношениям посредством пи-мезонов (двоек кварк-антикварк). И, наконец, отношения ядро-электроны (три кварка – электрон), аналогичны отношениям триплет тРНК-аминокислота.

Таким образом, мы выяснили, что и химическая, и биологическая организации характеризуются аналогичными параметрами и строятся по одинаковой схеме. Эти закономерности позволяют конкретизировать семиотическую аналогию и предположить, что они являются основой для формального представления предмета естествознания. При этом роль полученной нами схемы материальной организации в формальном языке естествознания, аналогична роли субъект-предикатной структуры в формализованном языке математики и аналогична роли системы физических величин в языке физических теорий. Будучи применённой к конкретной предметной области математики, субъект-предикатная структура получает конкретную интерпретацию. Аналогично, система физических величин в каждой конкретной физической теории имеет свою специфику. Также и схема материальной организации, при формализации конкретной предметной области, получает свою интерпретацию – мы рассмотрели область химической и биологической предметности. Развёртывание такой аналогии между различными формальными языками науки, позволяет конкретизировать строение формального языка естествознания и решить проблему физического редукционизма в естествознании. Так формализованный язык математических теорий дедуктивен, то есть строится на основе логических теорий, а субъект-предикатная структура логического высказывания как раз

и позволяет перейти к математической предметности и представить её в соответствующей математической теории. Формализованный язык физических теорий строится уже на основе математических теорий, а система физических величин позволяет перейти к физической предметности, которая представляется соответствующими математическими конструкциями. Аналогично можно представить себе и формализованный язык естествознания. Только для его построения уже необходимы физические теории, а выявленная схема материальной организации позволяет представить соответствующую материальную предметность (в нашем случае – косное вещество и живые организмы) через отношения, описываемые физическими теориями.

Мы рассмотрели две материальные организации. Но в природе мы обнаруживаем и дальнейшее усложнение материи – усложнение клеточного строения, появление многоклеточности, появление разумных существ. Этот факт отражён в концепции уровней организации материи. Предлагаемый подход можно распространить и на эти феномены. Из проведённого сравнения схем формирования организаций (знаковости) видно, что не хватает ещё двух организаций для исчерпания её возможностей – зарядовая знаковость реализуется через первый этап, а пространственная знаковость живых организмов формируется через второй этап схемы из четырёх возможных. Также известно, что в физических теориях для описания материи на её фундаментальном уровне совместно с пространственной Р- и зарядовой С-симметриями используются ещё две – временная Т- и СРТ-симметрии. Исходя из определяющей роли первых двух симметрий в описанных организациях, можно предположить, что и другие две симметрии также должны служить существенными характеристиками ещё двух (также!) постбиологических организаций материи. Рассмотрим возможную интерпретацию, исходя из имеющихся фактов.

Можно представить многоклеточный организм как аналог текста, а его клетки как аналоги букв. Такой «текст-рукопись» не стационарен, как в химической и биологической организациях, а возникает во времени – путём деления из одной клетки. Это позволяет связать эту первую постбиологическую организацию с временным Т-процессом. Временной Т-процесс становится асимметричным в рамках онтогенеза нервной ткани у многоклеточных животных: клетки, дифференцировавшись в нейроны, утрачивают способность к делению – появляется асимметричность во времени, при которой прекращение деления соответствует модусу «прошлого». Предполагается что эукариотичность нейронов является маркером кодовых отношений (психологический код), формирующих знаковость и заключающихся в отношениях генома ядра и полуавтономных геномов органелл – митохондрий. И

именно ядру нейрона соответствует временной Т-асимметричный модус «прошлое» (ядро не делится), а митохондриям – «будущее» (поскольку они делятся). Таким образом, у многоклеточных животных происходит формирование новой организации материи, материальным субстратом которой служат процессы онтогенеза организма. В результате формируется новый тип «рукописи из букв» – нервная система, в которой в качестве «букв» выступают нейроны. В схеме формирования знаковости в этой организации специфическим является третий этап организации, связанный с делением и дифференцировкой в нейроны (аналог комплементарных отношений, в случае биологической организации). А сами нейроны заключают в архитектонике внутриклеточных процессов четвёртый этап данной организации – код, формирующий временную знаковость (отношения ядро-митохондрии в нейроне в процессе онтогенеза). Неспецифические первый и второй этапы заключаются соответственно в существовании генных кластеров, определяющих развитие и программах пространственного развития на их основе в процессе пролиферации.

Последней материальной организацией является вершина эволюционного усложнения нервной системы – человек или антропологическая организация материи. Связанный с ней СРТ-процесс интерпретируется как процесс электрогенеза в нервной системе. Определяющим организацию является четвёртый этап схемы материальной организации, который основан на отношениях эволюционно новых отделов нервной системы, специфичных для человека – коры больших полушарий и эволюционно старых её отделов. Эти отношения СРТ-асимметричны и порождают антропный код. Они опираются на неспецифические этапы, которые задаются следующими процессами: первый этап – это распределение нейрональных групп по типам используемых медиаторов и способов электрогенеза, второй этап – это пространственная организация нейрональных групп в рамках коры больших полушарий, третий этап – это процессы временной организации нейрональных процессов, формирующих память. Все эти процессы становятся в рамках онтогенеза человека (связь с предыдущей организацией!). Результаты антропной организации феноменально нами описывается как ментальные образования (до процессов осознания – то есть то, как мы видим мир!) и являются проявлением СРТ-знаковости.

Таким образом, схему материальной организации можно применить для представления любой предметности в естествознании. Это открывает путь к полной формализации естествознания в будущем через детальное построение формального естественнонаучного языка на основе применения этой схемы и на принципах, обозначенных выше.

# Язык экзистенциально-феноменологической традиции: метаонтика и ее понятийный ряд\*

Власова О.А.

Направления, сформированные на пересечении медицины и философии, не ограничиваются эклектичными теориями. В основании их методологии, теории и практики – междисциплинарный или даже трансдисциплинарный синкретизм, поскольку медицинская теория/практика и философская теория столь различны, что не могут каждая по отдельности дать подобным направлениям язык описания и коммуникативное пространство практики. Чтобы междисциплинарная теория смогла описать исследуемые феномены и выработать в своем прикладном поле практику, необходима новая онтология и новый терминологический ряд. Для экзистенциально-феноменологической психиатрии, психологии и психотерапии – это терминологический ряд метаонтики.

Само понятие «метаонтика», которым мы здесь характеризуем основную особенность прикладной экзистенциально-феноменологической традиции, редко используется как в отношении самой этой традиции, так и в целом. Его использует Дж. Нидлман во введении к работам Л. Бинсвангера, где отмечает: «... любая дисциплина, которая занимается трансцендентально априорными неотъемлемыми структурами и возможностями конкретного человеческого существования, не является, строго говоря, ни онтологической, ни онтической, а скорее лежит где-то между ними»<sup>1</sup>. Здесь акцентируется промежуточное положение предмета исследования между онтологической и антропологической сферами. Так, Ж. Роле характеризует проект М. Шелера как мета-антропологию<sup>2</sup>, Б.В. Марков называет проект М. Хайдеггера антропологической онтологией или онтологической антропологией<sup>3</sup>, В.Д. Губин и Е.Н. Нек-

---

\* Работа подготовлена в рамках проекта РФФИ 17-33-01064-ОГН «Сравнительный концептуальный анализ развития экзистенциально-феноменологической традиции в психиатрии и психологии».

<sup>1</sup> Нидлман Дж. Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Л. Бинсвангера / Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М. – СПб., 1999, с. 32.

<sup>2</sup> Raulet G. Meta-Anthropologie und Erkenntnistheorie / Max Scheler: l'anthropologie philosophique en Allemagne dans l'entre-deux-guerres. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Philia, 2002, p. 96-125.

<sup>3</sup> Марков Б.В. Философская антропология. СПб, 2008, с. 22.

расова описывают философско-антропологические идеи М. Шелера, Х. Плеснера и А. Гелена как метафизическую антропологию<sup>1</sup>.

Метаонтика носит антропологическую направленность и формируется на основании схождения предметных полей рефлексии о человеке и рефлексии оснований. Противопоставляя собственную теорию естественнонаучному подходу, экзистенциально-феноменологическая традиция пересматривает традиционную медицинскую этиологию и дополняет ее онтологическим учением об априорных основаниях психического заболевания. Оно мыслится не как физиологическая поломка, но как сбой во взаимосвязи с миром и другими людьми, как трансформация онтологического фундамента существования. Основания бытия становятся шаткими, человек больше не может прочно стоять на ногах, он дезадаптируется и не может поддерживать баланс со средой. Обращение к онтологическим основаниям и их проработка кладется в основу практической работы в психологии и психотерапии. Укрепление собственного онтологического фундамента, выстраивание траектории экзистенции, осознание основности или безосновности, одним словом, онтологическая практика, приводит к коррекции антропологического пространства.

При этом метаонтическая направленность сохраняется и в психиатрии, и в психотерапии, и в психологии. В какой-то мере, экзистенциально-феноменологическая традиция является своеобразным возвращением психологии в лоно философии и попыткой выработать метафизическую теорию души психически больного, поэтому физика души сопряжена в ней с метафизикой оснований ее бытия. Сама традиция словно бы пытается отойти от медицины и, как раньше, замкнуться на себе самой. Несмотря на то, что исходные посылы ее формирования идут от психиатров, она развивается так, будто бы инициатива принадлежит философам, ее теория и практика заставляет нас вспомнить метафизические теории немецкого идеализма.

В сформированной в рамках метаонтики паре «онтология – антропология» в прикладных пространствах психиатрии, психотерапии и психологии первенство принадлежит антропологии. Теория здесь носит антропологическую направленность, развивается антропологическая практика. По этой причине закономерно, что язык прикладной экзистенциально-феноменологической традиции – это язык антропологии. Он описывает ситуацию человека, его проблемы.

Если обратиться к конкретным понятиям и проанализировать, каким образом в них проявляется метаонтическая направленность, как уравниваются антропология и онтология, то мож-

---

<sup>1</sup> Губин В.Д., Некрасова Е.Н. Философская антропология. М. – СПб., 2000, с. 109.

но выделить интересные закономерности, которые не видны при обычном содержательном анализе теории.

Во-первых, онтологические понятия прикладной экзистенциально-феноменологической традиции являются либо полностью заимствованными экзистенциальными категориями, перешедшими из философии, либо авторскими производными таковых. Самостоятельные концепты встречаются крайне редко и чаще всего также включают заимствованный онтологический элемент.

Наиболее часто заимствуемыми онтологическими понятиями являются понятия «тревога», «заброшенность», «трансценденция», «экзистенция» и «экзистенциал» (включая понятийный ряд экзистенциалов), «становление», «телесность» и проч. В качестве примеров авторских производных философских категорий можно назвать понятия «самотрансценденция»<sup>1</sup>, «личный порыв»<sup>2</sup> и проч. Самостоятельные концепты единичны и характерны для формообразующих фигур, т.е. для учения тех психиатров, психологов, психотерапевтов, которые вводили традицию в конкретные прикладные пространства. Они могут как склоняться к полюсу авторских производных, либо быть практически абсолютно авторскими. Примером являются два понятия основателя экзистенциального анализа Людвиг Бинсвангера: «экзистенциально-априорные структуры» и «экстравагантность»<sup>3</sup>. Первое при этом образовано путем совмещения словаря Канта и Хайдеггера и одновременно путем антропологизации онтологической категории «априори» (в случае Бинсвангера она онтологическая, а не гносеологическая). Второе авторское, однако является, скорее, не научным понятием, а метафорической категорией (о чем Бинсвангер сам и говорит), не точно характеризующей, но приблизительно описывающей причину расстройства.

В психиатрии, психологии, психотерапии на место биологически ориентированной теории возникновения расстройств помещается онтологическая теория трансформации бытия. В итоге, заимствуется вся экзистенциальная онтология, и даже если в разработанном виде она и не всегда представлена непосредственно в работах, она может быть интуитивно достроена логически. Концептуальные, методологические, содержательные бреши прикладных экзистенциально-феноменологических теорий могут быть совершенно органично залатаны с привлечением философской онтологии. Именно по такому пути развиваются современные критические исследования.

---

<sup>1</sup> Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.

<sup>2</sup> Minkowski E. Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques. Paris: d'Artrey, 1933.

<sup>3</sup> Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М. – СПб., 1999.

Во-вторых, характер авторского переосмысления и трансформации концептуального аппарата указывает на то, что для прикладной экзистенциально-феноменологической традиции характерны промежуточные концепты. Именно они являются коренными, и на них завязывается теория. Наиболее показательным является здесь концептуальный ряд Эжена Минковски, который заимствует понятия А. Бергсона, переосмысляя их в антропологическом ключе. «Жизненный порыв» Бергсона становится «личным порывом», а «длительность» «проживаемым временем». Минковски осознает, что достраивает теорию Бергсона на уровне антропологии психиатрии и, что закономерно, использует онтологические понятия для характеристики онтических феноменов.

В-третьих, большая часть коренных понятий являются двусложными, включающими существительное и прилагательное. Существительное при этом является онтологическим понятием, прилагательное указывает на антропологическую направленность. В этой особенности самое примечательное то, что, как правило, в контексте психиатрических, психотерапевтических, психологических теорий онтологические категории не нуждаются в антропологизации. Они столь же успешно могли бы использоваться и без этого, просто-напросто с содержательной конкретизацией, без концептуальной трансформации. К антропологизации ведет не трансформация направленности теории с онтологической на антропологическую, но необходимость конкретизации и упрощения. Очень показательны в этом отношении являются понятия В. Франкла «самотрансценденция» или «экзистенциальный вакуум», а также категория Р. Мэя «трансцендирование ситуации»<sup>1</sup>

Метаонтика носит характер теории кризиса. Она вдохновляется «кризисными» настроениями экзистенциальной философии, заимствует ее теорию кризиса, значительно антропологизируя ее. Кризис становится причиной психического расстройства, только он превращается из кризиса биологического в кризис экзистенциальный. Это заимствование теории кризиса и акцентирование ее антропологического контекста позволяет прикладным пространствам разработать практическую составляющую и развивать консультирование и терапию. Благодаря этому укрепляются гуманистические тенденции: человек расценивается не как больной, но как переживающий временные трудности, которые ему нужно помочь пережить. Основной целью практики становится активизация собственных сил человека в ситуации разрушения смысла или трансформации фундамента бытия.

---

<sup>1</sup> Мэй Р. Открытие бытия: очерки экзистенциальной психологии. М., 2004.

Можно, конечно, сказать, что прикладная экзистенциально-феноменологическая традиция развивает экзистенциальную антропологию или психологию. В целом, это утверждение правомерно, если не вдаваться в нюансы. При пристальном анализе оказывается, что экзистенциальная психология всегда говорит более чем о личности в контексте окружающего мира и окружения, а антропология не только ставит проблему человека, но и обращается к фундаментальным основаниям его существования. Для прикладных пространств экзистенциально-феноменологической традиции характерна именно метаонтика с ее обращенностью к онтологии и ее концептуальный аппарат тому основное подтверждение.

## **Структурные элементы живой реальности**

***Денискин С.А.***

Исторический и концептуальный анализ достижений в области познания живой реальности позволил выделить основные философско-теоретические проблемы, первоочередные из которых сводятся к следующим:

- концептуализация живого объекта как идеального объекта теоретического познания, что предполагает указание сущностного признака живого;
- разработка методологии модельного (например, структурно-функционального, математического и пр.) представления живого объекта, описывающего его состояние; для этого, во-первых, необходим некий принцип выделения частей целостности (методология декомпозиции), во-вторых, учение о связи живых объектов как особом виде взаимодействия (методология композиции);
- определение единого принципа классификации живых целостностей во всём диапазоне проявления феномена жизни (одноклеточных, многоклеточных, социальных), что предполагает построение системы типовых планов строения живых целостностей;
- следующая проблема тесно связана с предыдущей и обусловлена тем, что живые объекты принципиально изменчивы как в онтогенезе, так и в филогенезе, поэтому типовые планы строения должны отображать не только наличное состояние, но и эволюционный процесс.

Ранее в наших публикациях уже рассмотрена часть из обозначенных проблем и отмечены достигнутые рубежи.

Онтологические принципы концептуализации объекта теоретического познания и их конкретизация для объектов живой реальности представлена в наших тезисах<sup>1</sup>. Идея живого объекта сформулирована и обоснована И. Кантом в работе «Критика способности суждения» в виде *органического целого* на основе разграничения *конечных* и *действующих* причин. Однако, термин «органическое» имплицитно исключает из живой реальности социальные целостности, что существенно снижает эвристическую значимость предлагаемой идеи. Чтобы отстроиться от «биологизаторства» и расширить общность до всей сферы проявления феномена живого, нами предложен термин «органичное целое» в качестве родового понятия всех типов живой единицы.

Качественная определенность *органичного целого* «состоит во внутренней активности, проявляющейся в самоорганизации. Эта самоорганизация возможна лишь посредством взаимо-само-согласования характера и интенсивности активности взаимодействующих частей при системообразующем факторе целостности. Взаимо-само-согласование понимается нами как многокомпонентные взаимосбалансированные отношения «части-части» и «части-целое», в результате которых и возникает *органичное целое*»<sup>2</sup>.

Проблема декомпозиции органичной целостности имеется в работах английского философа А. Кестлера. «Двуликость» любой системы состоит в том, что по отношению к системе более низкого уровня она выступает как самодостаточная целостность, в то время как в систему более высокого уровня она входит как составная часть. Иначе говоря, каждая живая целостность состоит из других живых целостностей, образующих её структуру, что приводит к модели иерархической организации. Нерешённой проблемой при этом остаётся учение об органичной связи. Вполне очевидно, что причинно-следственные отношения между живыми объектами не сводятся к масс-энергетическому взаимодействию физической реальности по механистическому принципу «действие-противодействие». Наше мнение по этому поводу имеется в сообщении<sup>3</sup>.

Основанием связи органичных целых является их способность к восприятию и реагированию, которая опосредована знаковой системой. Линией связи, т.е. её «переносчиком», выступает *текст* как сообщение любой природы (Ф.Э.Д. Шлейермахер), созданное по правилам грамматики и синтаксиса на соответст-

---

<sup>1</sup> Денискин С.А. Концептуализация теоретического объекта в познании живого. / Философские проблемы биологии и медицины: Сборник. М., 2011, с. 103-105.

<sup>2</sup> Денискин С.А. Познание живого: теоретико-методологические основы : монография / [Текст]. Челябинск, 2010, с. 69.

<sup>3</sup> Денискин С.А., Крупнов И.А. Понятие связи в теоретическом познании живого. / Философские проблемы биологии и медицины: Сборник. М., 2011, с. 115-117.

вующем материальном носителе. В современном дискурсе это фиксируется в понятии «информация». Наше понимание этого феномена изложено в работах<sup>1</sup>. Это основание связи как способность к восприятию и реагированию (чувствительность и раздражимость) фиксируется в понятии «сознание», которое в данном контексте определяется как способность органичных целых соотносить себя с действительностью.

На этом достижения в теоретическом осмыслении феномена живой реальности заканчиваются. Далее необходимо предложить подход к созданию модели живых объектов и на этой основе их классификацию (типов элементов и видов их связей), например, в виде различения типовых планов строения. Возникает очередная теоретическая проблема – определение основания классификации.

На уровне самого общего представления, как уже сказано, все элементы – живые, а связи (как внутренние, так и внешние) реализуются посредством знаковых посланий. Для последующих уровней детализации биологическое и социогуманитарное знание дают первоначальную подсказку, выделяя уровень одноклеточных, уровень многоклеточных и уровень социальных целостностей.

Далее на каждом уровне различаются структуры разной сложности, образующиеся (по концепции эволюционизма) в ходе исторического развития. Непреодолимая сложность эмпиричности состоит в том, что различные представители как биоты, так и социальности образуются в результате четырёх процессов: усложнения-упрощения, дивергенции-конвергенции. Поэтому путь индукции эмпирики в данном случае совершенно безнадёжен.

Основанием дедуктивного подхода, на наш взгляд, могут служить работы И.И. Шмальгаузена, в частности, его работа «Организм как целое», где он выявляет этапы формирования организма. Полагая, что живое во всех его проявлениях на планете Земля построено по единому принципу (об этом же пишет Э.М. Галимов в работе «Феномен жизни»), его данные можно принять за основу при формировании начальных аксиом.

Исходный тезис И.И. Шмальгаузена состоит в том, что организм на всех этапах своего существования представляет собой целостность, начиная с единственной клетки. В ходе своего становления он проходит следующие этапы: дифференциация (клеточное деление), специализация, интеграция (специализированных) с автономизацией (в виде функциональной единицы

---

<sup>1</sup> *Денискин С.А.* Соотношение понятий «отражение», «отображение», «информация» в осмыслении живой реальности / *Философские проблемы биологии и медицины: Сб. М., 2012, с. 123-125; Рыбин В.А., Денискин С.А.* Феномен и понятие информации: опыт интерпретации на примере систем природы и культуры // *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология.* 2017. Вып. 1, с. 5-13. DOI: 10.17072/2078-7898/2017-1-5-13.

в составе целостности). На этом основании можно построить эволюционный ряд типовых элементов и соответствующих структурных уровней. Не вводя новых понятий, обозначим их так.

1. Однотипные элементы, порождаемые в процессе простого деления исходной целостности. Такая структура представляет собой *мембрану* (например, в многоклеточности это эпителий) на основе взаимодействия однотипных элементов по принципу «свой – такой же»).

2. Специализированные функционально. Новая структура – *ткань* как совокупность функционально различных мембран.

3. Интеграция различных тканей в автономный *орган*, который представляет собой самостоятельную живую единицу в составе организма, которая организует все внутренние процессы для своего существования и выполнения внешних функций во взаимодействии с другими автономными единицами.

Далее эмпирическое познание, базирующееся на препарировании имеющегося организма естественнонаучными методами, сталкивается с принципиальными трудностями: следующие уровни организации не даны в виде физических тел. Они достраиваются интуитивно: *системы органов* и *комплексы систем*.

В итоге получается таблица структурных элементов органических целых, различающихся набором качественно различных структурных уровней, что принципиально решает проблему определения сложности объектов. Таблица образована тремя строками (одноклеточные, многоклеточные и социальные целостности) и пятью столбцами (однотипные, специализированные, автономные, системные и комплексные структурные элементы). Достоинство её в том, что обнаруживаются единые принципы построения живой реальности в диапазоне одноклеточные-многоклеточные-социальные. Т.е. социальные структуры одноклеточных должны быть построены на основе той же логики. Иначе говоря, колонии одноклеточных должны быть различены по уровню сложности структурной организации. Поэтому, чтобы вписать в эту классификацию все наличные био-социальные единицы, необходимо на следующем шаге разделить социальность одноклеточных и многоклеточных. Итого получается  $4 \times 5 = 20$  типов живых единиц.

Попытка соотнесения предлагаемой классификации с наличной действительностью обнаруживает ещё одну проблему. В биологии эта проблема состоит в обнаружении механизма перехода от одноклеточности к многоклеточности, а в социогуманитарном познании как переход от обезьяны к человеку. Пока что в представленной таблице эта проблема не отражена.

Суть её в том, что наивысшая форма одноклеточности представлена эукариотической клеткой, реализующей все

структурные уровни (соответствует пятой колонке таблицы). Как известно, многоклеточный организм тоже строится из эукариотических клеток, но их качественное отличие состоит в их универсальности. Это свойство проявляется в том, что из исходной клетки образуются все другие клетки организма путём их специализации. Аналогично обстоит дело и с человеком, что фиксируется в принципе его социальности: человеком не рождаются, а становятся в процессе социального взаимодействия (посредством просвещения, обучения и воспитания, которые в сумме обеспечивают процесс создания человеческих способностей). На этой основе некоторые исследователи называют человека универсальным существом.

Таким образом, в наблюдаемой нами живой реальности имеются два универсальных существа: клетка многоклеточного организма и человек. Следовательно, в нашу таблицу следует ввести ещё одну колонку, в которой показаны органичные целостности универсального типа. Эвристическая продуктивность излагаемого подхода состоит в том, что, анализируя таблицу, возникает вопрос: каково положение в ней современных социогуманитарных органичных целостностей? Биологическая эволюция человека закончена (если следовать логике таблицы) как закончена эволюция эукариотических клеток и их социальность в виде многоклеточности. Но закончена ли социальная эволюция человечества?

Вполне очевидно, что изложенные соображения во многом дискуссионные, поэтому буду весьма признателен за критические замечания и пожелания по адресу [argon01@mail.ru](mailto:argon01@mail.ru).

## **Феминизм и научная объективность: проект И.В. Келлер**

**Кузин И.А.**

Биомедицинская этика не исчерпывает философские проблемы биологии и медицины и, более того, онтологическая и гносеологическая проблематика может вырастать из этической. Феминистская критика, в том числе феминистская критика науки, поначалу возникла и развивалась в области политики, а значит, и в области этики (в той степени, в какой политическая теория основана на этике), однако в 1960-е гг. начала выходить за пределы политического. В 1982 г. вышла статья Ивлин Фокс

Келлер «Феминизм и наука»<sup>1</sup>, с тех пор входящая во многие антологии по философии науки или феминистским исследованиям. Одна из причин популярности этой статьи в том, что ее выводы проиллюстрированы историей генетика Барбары Макклинток, получившей нобелевскую премию по физиологии и медицине в следующем, 1983 г.<sup>2</sup> Келлер попыталась понять, как далеко может зайти радикальная феминистская критика науки, оставаясь при этом рациональной, и что эта критика может дать самой науке. В результате ею был предложен проект переосмысления понятия объективности, в том числе научной объективности. Критика и развитие этого заброшенного проекта являются предметом настоящих тезисов.

В начале статьи Келлер описывает спектр феминистской критики науки от умеренных позиций к радикальным.

1) Наиболее умеренная позиция связана с критикой дискриминации женщин в их научной карьере. Келлер указывает, что это критика еще не затрагивает сущности науки и может быть сопоставлена с либеральным феминизмом в политической теории.

2) Более принципиальной является феминистская критика выбора научных проблем и их формулировок. Например, при разработке гормональных средств контрацепции они предназначаются, как правило, для женщин, а не для мужчин. Тем самым на женщин перекладываются риски побочных эффектов.

3) Еще более жесткой является критика постановки и интерпретации экспериментов. Например, критика использования в экспериментах по обучению самцов мышей и экстраполяция результатов этих исследования на самок или использование связанного с мужским доминированием понятия «гарем» в приматологии (в то время как соответствующая форма социальной организации может быть оптимальной как раз для самок).

4) Наиболее радикальная феминистская критика науки направлена против самой научной объективности, эта критика связывает объективность с маскулинностью, властью и доминированием. Келлер замечает соединение риторики доминирования над природой и образа природы как женщины уже в работах Фр. Бэкона. По Бэкону знание и власть едины, а наука обещает «привести к вам Природу со всеми ее детьми, заставить ее

---

<sup>1</sup> Keller E.F. Feminism and science // Signs: Journal of Women in Culture and Society. 1982, Vol. 7, № 3, p. 589-602.

<sup>2</sup> За несколько месяцев до присуждения нобелевской премии вышла наиболее известная биография Макклинток, также написанная Келлер с феминистских позиций: Keller E.F. A Feeling for the Organism: The life and work of Barbara McClintock. N. Y., 1983. С тех пор слава Макклинток и влияние феминистской критики науки усиливают друг друга.

служить и сделать ее вашей рабыней», используя средства, которые «не просто деликатно направляют природу, но обладают властью завоевать и подчинить ее, сотрясти ее до оснований»<sup>1</sup>. Келлер называет такую форму критики **феминистским релятивизмом** и не принимает ее по двум причинам. Первая причина связана с трудностями, общими для релятивизма в целом<sup>2</sup>. Вторая причина связана с тем, что феминистский релятивизм лишь ухудшит положение женщин в обществе, в котором такую важное значение имеет наука. Тем самым крайняя левая форма феминистской критики науки на поверку оказывается крайне правой, антифеминистской<sup>3</sup>.

Келлер приходит к выводу, что приемлемой может быть лишь такая радикальная феминистская критика науки, которая не отказывается от концепции объективности, а переосмысляет ее. В отличие от многих авторов, критикующих концепцию научной объективности посредством исторического исследования, Келлер реконцептуализирует объективность, обращаясь к её, если так можно выразиться, «онтогенезу», используя средства психологии и психоанализа. Келлер отталкивается от определения Жана Пиаже из ранней работы «Представление ребёнка о мире» (1926): объективность как сколь возможно более полное осознание внедрений своей самости в собственные мысли и как попытка исключения этих внедрений перед любой попыткой суждения. Пиаже противопоставляет объективность реализму – игнорированию вмешательства самости и рассмотрение своей точки зрения как *непосредственно* объективной и абсолютной. Реализм по Пиаже Келлер интерпретирует как стандартную концепцию объективности, на смену которой должна прийти пиаже-тианская концепция объективности как «осознания себя», различения себя и не-себя. Таким образом, Келлер ставит задачу «реконцептуализировать объективность как диалектический процесс»<sup>4</sup>, описать «**динамическую объективность**»<sup>5</sup> как опосредствование между стандартно понимаемой (мужской) объективностью и стандартно понимаемой (женской) субъективностью. Со стороны науки задачей радикальной феминистской критики науки оказывается придание науке большей объективности.

---

<sup>1</sup> Цит. по: Keller E.F. *Feminism and science*, p. 589.

<sup>2</sup> По-видимому, Келлер подразумевает аргумент «релятивизм сам себя опровергает».

<sup>3</sup> Подобные диалектические рассуждения и сам термин «диалектика» не раз встречаются в статье.

<sup>4</sup> Keller E.F. *Feminism and science*, p. 594.

<sup>5</sup> Keller E.F. *Reflections on Gender and Science / Tenth Anniversary Paperback Edition*. New Haven and London: Yale University Press, 1996.

Келлер ставит вопрос: является ли доминирование над природой необходимой компонентой автономии, которую нам предоставляет научное познание? Этот вопрос тесно связан с проблемой объективности: по Пиаже умение различать себя от не-себя (объективность) развивается у ребенка одновременно с психической автономией. Для исследования связи объективности и автономии с властью и доминированием Келлер привлекает разновидность психоанализа – теорию объектных отношений. Это может быть, самое уязвимое звено в ее рассуждениях. Привлечение психоанализа для улучшения концепции объективности выглядит спорным, так как внутри самого психоанализа существует множество конкурирующих течений и, главное, представителей психоанализа неоднократно критиковали за интерпретацию личного психологического опыта как универсального (то есть за реализм в смысле Пиаже). Согласно теории объектных отношений, из-за особой близости матери и ребенка (во многом обусловленной культурой, а не биологией), женское оказывается связано с удовольствиями и опасностями слияния, а мужское – с комфортом и одиночеством отделенности. Таким образом, развитие автономии и объективности онтогенетически сопряжено с развитием маскулинности. Доминирование же можно интерпретировать как попытку избежать одиночества, сохранив автономию (сохранить себя и одновременно не разрушить свой объект). Развитие доминирования Келлер рассматривает как разрешение прездипального конфликта за счет идентификации мальчика с отцом и трансформации вины и страха в агрессию. Сексуальность служит двум богам – доминированию и экстатическому слиянию, то есть агрессии и эросу, но им же служит познание, в том числе научное познание<sup>1</sup>. Келлер во многом солидарна с Гербертом Маркузе, рассматривавшим науку как нездоровый, эдипальный проект и предсказавшим появление науки, в которой будет преобладать Эрос<sup>2</sup>. Однако Келлер утверждает, что ростки такой науки уже присутствуют в научной традиции. «Ни эдипальный ребёнок, ни современная наука на самом деле не могут избавиться от своих прездипальных и по существу бисексуальных желаний»<sup>3</sup>.

Диалектика эротических и агрессивных импульсов может проявляться в работе одного и того же ученого, но наиболее интересным оказывается поиск ученого, в работе которого преобладают эротические импульсы, то есть антипода Бэкона.

---

<sup>1</sup> Неявная отсылка к позднему Фрейду, рассматривавшему жизнь человека и человечества сквозь призму борьбы Эроса и Танатоса. См.: *Фрейд З.* Неудовлетворенность культурой // Собр. соч. в 10 томах, т. 9. М., 2008, с. 191-270.

<sup>2</sup> *Маркузе Г.* Одномерный человек. М., 2003.

<sup>3</sup> *Keller E.F.* Feminism and science, p. 599.

Таким исследователем по Келлер оказывается Б. Макклинток. В конце 1940-х гг. Макклинток обнаружила методами цитогенетики транспозицию генов кукурузы. Однако ее открытие получило широкое признание только после обнаружения подобных «прыгающих генов» в 1970-е гг. методами молекулярной генетики исследователями-мужчинами, работавшими с бактериями. После получения Нобелевской премии и выхода биографии за авторством Келлер в 1983 г. Б. Макклинток превратилась в икону феминизма и образец «женской науки». Как мы уже говорили, позиция Келлер была более сложной: **«эротическая» наука** не является непосредственно женской (ею могут заниматься и мужчины<sup>1</sup>), а целью радикальной феминистской критики является не эротическая наука сама по себе, а осознание диалектики эротических и агрессивных импульсов, позволяющее освободить скрытые возможности науки. Для нас наибольший интерес представляет утверждение Келлер, что Макклинток обладала «чувством организма», её научный стиль был холистическим, интуитивным, подчеркивающим взаимодействие в противоположность распространённому в генетике доминирующему, контролирующему, редукционистскому стилю, и что именно благодаря этой разнице Макклинток смогла совершить открытие, опередившее свое время. Н. Комфорт, автор более поздней биографии Макклинток, основанной на большом количестве новых архивных материалов, утверждает, что и для либеральной, и для радикальной феминистской критики науки случай Макклинток оказывается неудачным примером. В частности, ее научный стиль не подходит под определение эротической науки, так как главной темой ее исследований был **контроль** генотипа над фенотипом<sup>2</sup>.

Предложенный Келлер проект освобождения науки, придания ей более объективного характера за счет радикальной феминистской критики поначалу вызвал интерес<sup>3</sup>, но в итоге не получил развития. Книга Комфорта показывает, что случай Макклинток неудачен в качестве иллюстрации полезности радикальной феминистской критики для науки, но само себе это обстоятельство не опровергает рассуждения Келлер. По-видимому, проект Келлер оказался жертвой критики культурного эссенциализма в феминистских исследованиях второй половины

---

<sup>1</sup> Например, экспериментаторы, которые часто ощущают, что «руки умнее головы», по признанию нобелевского лауреата Джорджа Уолда. См.: *Keller E.F. Feminism and science*, p. 599.

<sup>2</sup> *Comfort N. The Tangled Field: Barbara McClintock's Search for the Patterns of Genetic Control / Second Edition. Harvard University Press, Cambridge, MA, 2003.*

<sup>3</sup> См. также: *Keller E.F. Feminism and science*, 1996.

1980-х гг.<sup>1</sup> – критики, во многом определившей облик современного феминизма. Хотя Келлер, в отличие от ряда других феминисток, дистанцируется от эссенциалистских понятий «женской» или «мужской» науки, эссенциализм все же характерен, на наш взгляд, для психоанализа, который является теоретической основой ее концепции науки. Интересно было бы попытаться спасти проект Келлер, переориентировав его с психоанализа (недостатками которого являются эссенциализм и иллюзорная объективность) на диалектику (которую Келлер тоже использует). В частности, интересно сопоставить феминистскую критику характерного для науки доминирования со знаменитой диалектикой раба и господина в «Феноменологии духа» Гегеля: господин доминирует над рабом, но при этом раб как трудящийся оказывается ближе к действительности (господин же просто уничтожает, поглощает предметы действительности) и именно из рабского сознания возникает наука. Разумеется, понятия Раба, Господина и им подобные тоже можно обвинить в эссенциализме, но, во-первых, такому обвинению может быть подвергнуто любое обобщение и, таким образом, абсолютизация недостатков эссенциализма означает отказ от теории и, во-вторых, в диалектику «встроен» механизм преодоления границ между понятиями и конкретизации этих понятий.

## Эпистемологические проблемы биоэтики

*Летов О.В.*

Под биоэтикой в настоящее время понимают биомедицинскую этику как прикладную дисциплину, как, например, этика бизнеса, этика окружающей среды и т.п. Иными словами, биоэтика – это не моральная философия как базовая этика в том смысле, что существуют базовая наука и прикладная наука. Таким образом, стандартная биоэтика суть медицинский и клинический подход к этике. Если предметом биоэтики выступает индивидум, то методом биоэтики является принципализм. А поскольку в основе принципализма лежит индивидум, то представители биоэтики порой не в силах решить проблемы в масштабах общества или коллектива. Нелегко определить «объект» исследования биоэтики.

---

<sup>1</sup> Согласно критике эссенциализма, универсализация понятия «женщина» игнорирует различия между женщинами и тем самым делает «невидимыми» женщин, угнетаемых по расовым, социальным, возрастным и другим признакам.

Современная биоэтика представляет собой «нормальную» науку в куновском смысле этого слова. Под «нормальной» наукой Т. Кун понимал дисциплину, в рамках которой оказывается упорное сопротивление по отношению к любому виду изменениям (новым парадигмам, революциям). «Нормальная наука», согласно Куну, сводится к одному предложению: она «работает». «Нормальная» биоэтика как прикладная дисциплина также закрыта по отношению к критике, ограничена в рамках классических текстов. Своим происхождением она обязана случаям или фактам из практики биологических исследований или медицины. В определенном смысле биоэтику можно сравнить с библиографической наукой, неспособной справиться с реальными внешними проблемами, вести диалог с представителями других наук. Последователи биоэтики дистанцируются от «нормальной» науки, которая имеет объект исследования, принадлежит к определенной традиции, обладает собственным языком и методом.

В начале XXI в. в кризисе находится не только биоэтика, но и медицина как система социального здравоохранения. Причинами этого кризиса могут быть разнообразные факторы, такие, как рост влияния финансового капитала по отношению к целям социальной политики, увеличение средней продолжительности жизни населения развитых стран, «перевертывание» социальных пирамид в «информационном» обществе, успехи биологии и медицины, дающие надежду богатым людям выиграть еще одну жизнь. Указанный кризис является многомерным, поэтому не вызывает удивление обращение представителей биоэтики к междисциплинарным исследованиям. Возникает необходимость рассматривать биомедицинскую этику сквозь призму более широкого контекста системы здравоохранения. Таким образом, проблема биоэтики становится политической проблемой. С одной стороны, встает вопрос, что является предметом биоэтики, а с другой стороны, проблемы биоэтики являются не дисциплинарными, а междисциплинарными. Эпистемологические изменения в области биоэтики влекут за собой изменения во взглядах на происхождение этой дисциплины, трансформируют основные понятия и методы.

Вопрос сводится к тому, может ли биоэтика стать новой дисциплиной с собственными методами, нормами, признанными текстами, программой. Как показывает история науки, дисциплина превращается в «иную», когда новая теория формируется как ответ на новые возникшие проблемы, что приводит к необходимости формирования новых языков и новых подходов. Иными словами, новая наука формируется вовсе не потому, что некоторые ученые стремятся к определенным переменам. Однако до настоящего времени биоэтика остается дисциплиной, «закрытой изнутри». Биоэтику можно назвать дисциплиной «второго

порядка» так же, как в рамках логики существует логика «первого порядка» и логика «второго и выше порядка». Источниками биоэтики выступают такие дисциплины, как медицина, теология, философия и право. Некоторые философы относят биоэтику к социальной или политической этике. Представители биоэтики разрабатывают такие проблемы, как эвтаназия, права пациентов с ограниченными возможностями, права участников биомедицинских исследований в качестве испытуемых, информированное согласие, аборты, самоубийство с медицинской помощью, распределение медицинских ресурсов, этика окружающей среды и др.

Биоэтику можно рассматривать в качестве этического контроля по отношению к биомедицинской практике и научным исследованиям. Не случайно представители фармацевтических компаний оказывают посильное сопротивление по отношению к биоэтическим исследованиям. Вместе с тем, уделяя пристальное внимание нормам поведения ученого в рамках научного исследования, последователи биоэтики немного места отводят изучению норм биоэтического исследования. Если принять во внимание биоэтические исследования на других континентах, как, например, в Африке, то встает необходимость расширения антропологического базиса принципализма. Последователи биоэтики должны принимать во внимание разнообразие и плюрализм культурных сообществ того или иного региона земного шара. Предмет биоэтики следует обогатить достижениями социальной, академической и научной культуры. Он может быть расширен за счет обращения представителей биоэтики к таким областям знания, как социология, антропология, политика, этнография, демография и др. Особое место в этом ряду занимает искусство. Поскольку представление о прекрасном составляет базис человеческого опыта, этот опыт способен внести существенный вклад как в развитие медицины, так и биоэтики.

## **Об объективной субъектности и целесообразности в определениях биофилософии**

***Моисеев В.И.***

В принципе, всё основное устройство живого организма вполне понятно и целесообразно. Например, нужно макротело (если рассматриваем многоклеточных), которое бы позволяло перемещаться и трансформировать объекты в пространстве.

Если нужно макротело, а живые организмы состоят из клеток, которые являются микротелами, то, следовательно, нужно многоклеточное тело. Клеток нужно много, и каждой нужно питание и защита. Питание должно доставляться быстро, что можно обеспечить, например, циркуляцией жидкости, которая переносит питательные вещества. Но чтобы получить такие питательные вещества, нужна система пищеварения. Чтобы получить пищу для этой системы, нужно поведение по добыче пищи из окружающей среды. Питание складывается из нескольких источников, например, кислород и биовещество. Для получения кислорода нужна система дыхания. Для получения биовещества нужны органы перемещения, хватания, отрывания, пережёвывания, глотания и т.д. Чтобы защищать клетки, нужны внешние покровы, защитное поведение, иммунная система. Процессы питания сопровождаются накоплением отходов, которые нужно выводить, т.е. нужна выделительная система. И нужно координировать все активности, т.е. необходима, например, нервная система. Так, постепенно всё можно понять.

Какая здесь главная форма понимания? Это *телеологическое объяснение* (*практический силлогизм*): есть цель Ц, для неё существует средство С, и потому реализуется С.

Если средств несколько, выбирается наиболее оптимальное. Если несколько целей, также выбирается наиболее оптимальная.

Попытка применять такие объяснения и стоящие за ними законы в науке привела к идее субъекта, стоящего за ними: если есть цель и целесообразность, то есть субъект, который ставит цель и стремится к целесообразности. Тогда это Бог. А если так, то это не наука, а религия. Так было изгнано телеологическое объяснение из науки, потому что *телеология оказывалась всегда теологией*.

Более точно имеем здесь следующую последовательность выводов (их можно называть *телеовыводы*):

- 1) Некоторое событие X целесообразно (*телеофеномен*),
- 2) Значит, есть цель Ц, средством которой является X (*телеология*),
- 3) Если есть цель Ц, то есть субъект S, который ставит Ц (*телеосубъектность*),
- 4) Если есть субъект S, то этот субъект – Бог (*субъектаабсолютность*),
- 5) Тогда это не наука, а религия (*теология*) – см. рис.1.

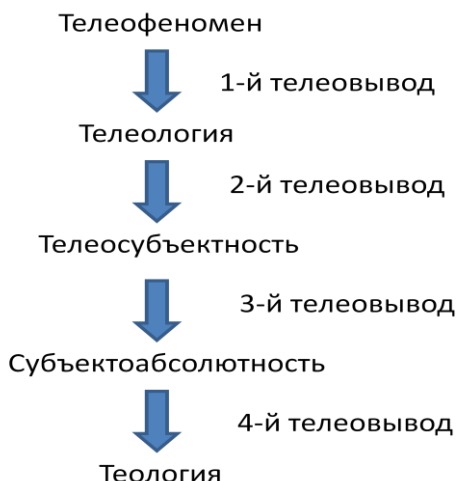


Рис.1. Последовательность выводов от телео- к теологии.

Наиболее слабые места здесь - это 2-й и 3-й телеовыводы:

Если касаться критики 2-го телеовывода, то следует различать понятия *цель* и *оптимум* – как два вида финала процесса. Цель – это субъектная структура, и здесь работает 2-й телеовывод: если есть цель Ц, то есть субъект S. Что же касается оптимума, то он может быть и у бессубъектных систем (таковы, например, принципы оптимальности в физике). Система стремится к оптимуму, не будучи субъектной, согласно природным законам оптимальности (оптимум *целесообразен*, но не *целенаправлен*). Поэтому и *финальную причину можно разделить на целевую и оптимальную*.

Что касается критики 3-го телеовывода, то здесь можно заметить, что могут существовать разного рода *относительные субъекты*, которые ставят и достигают целей, в то время как Высшее Начало (Абсолютное) больше, чем субъект. Оно – объекто-субъект-..., синтез всего, и в конечном итоге невыразимое (апофатическая традиция). Понимать Абсолютное как только субъектное начало – это субъектоцентризм (антропоморфизм).

Стоит также заметить, что действие законов целесообразности в реальной онтологии не означает автоматически их необходимости, невозможность невыполнения. Эти законы могут быть как необходимыми, так и вероятностными, предполагающими возможность отклонения от себя (таковы, например, патологии развития, уродства, болезни и т.д.).

Логика целесообразности также тесно переплетается с логикой законов (*номологией*). Например, обычно рассуждают так:

- Есть законы субъектов (*номосубъектность*),
- Тогда эти законы являются проявлениями воли некоторых субъектов (*номоволением*) – см. рис.2.

Номосубъектность



вывод номоволения

Номоволение

Рис.2. Структура вывода номоволения.

Но этот вывод также можно подвергнуть критике. И здесь главная тема – что такое законы? Законы реализуются на объектах (сущих) как их свойства или отношения (предикаты). Деление на сущие и предикаты восходит, как известно, к философии Аристотеля. Предикаты данного сущего слабее этого сущего. Но предикаты-законы обладают большой онтологической силой (инвариантностью), и поэтому их можно называть *сильными предикатами*<sup>1</sup>.

Сильные предикаты так же сильно существуют в бытии, как и сущие (часто даже сильнее). Но, будучи предикатами, они не являются сущими, т.е. носителями предикатов в данной онтологии. Они могут только выражать (экспрессировать) себя на сущих в виде своих частных проявлений, но сами предикатами не обладают. Сильные предикаты существуют в той же онтологии, что и сущие, но как бы в ином её плане – плане сильных предикатов (законов).

Поэтому законы как сильные предикаты – это особый вид бытия, который не является бытием сущих. Но субъекты и объекты – это виды сущих, поэтому законы не являются ни объектами, ни субъектами, это особое бытие. Гераклит называл такое бытие Логосом.

---

<sup>1</sup> О сильных предикатах см. также: *Моисеев В.И.* Философия сильнопредикатизма: к разрешению спора номинализма и реализма // *Credo New.* № 2(94), 2018, с. 111-125.

В то же время субъекты могут быть проводниками тех или иных законов, когда их воля начинает выражать законы. Таких субъектов можно называть *номологическими субъектами*. Но опять-таки, и в этом случае воля должна соединиться с законом, чтобы стать *номоволей* – волей, проводящей и реализующей закон. Сама по себе воля пуста, и её направленность может быть самой разной. Поэтому высшим состоянием является не воля сама по себе (произвол), но законы (Логос): «законы выше богов».

Возвращаясь теперь к выводу номоволения, можно подвергнуть его сомнению в том смысле, что если есть законы субъектов, то это ещё не значит, что

1) они выражаются через волю какого-то субъекта (как номоволю), а может быть дан субъектный закон, который сам не является субъектом (сущим), но сильным предикатом,

2) даже если закон проявляется через волю некоторого субъекта, то и в этом случае воля лишь проводит его, а он сам опять-таки не является этим субъектом или его волей, но самостоятельным бессубъектным бытием.

Все законоактивности (законы и номоволю) можно подразделить на 4 категории – см. табл.1.

| <b>Законоактивности</b> | Бессубъектные                                                              | Субъектные (номоволя)                                               |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Для объектов            | Бессубъектные законы для объектов (напр., физические законы)               | Субъектные законы для объектов (напр., уборка комнаты)              |
| Для субъектов           | Бессубъектные законы для субъектов (напр., законы возникновения субъектов) | Субъектные законы для субъектов (напр., законы родителей для детей) |

Табл.1. Основные виды законоактивностей

Возвращаясь теперь к философии биологии (биофилософии), можно набросать следующую картину мира:

- Полнота бытия включает в себя сущие и сильные предикаты (законы), которые даны в одной онтологии, но в разных её планах,

- Законы выражают финальную и формальную причины, но финальная причина делится на оптимальную и целевую,

- Законы не являются сущими (объектами или субъектами), но особым видом бытия,

- Законы могут проводиться через волю некоторых субъектов, но и в этом случае не сводятся к воле,
- Могут быть законы для объектов и для субъектов, но от этого эти законы не становятся сущими,
- Жизнь есть единство *материи среды (прямой материи, в которой первично многое) и материи жизни (обратной материи, в которой первично единое)*<sup>1</sup>,
- Первично во времени возникает прямая материя, поскольку прямой ход времени – это движение от небытия к бытию, что в максимальной мере выражает развитие прямой материи (от многого к многоединому),
- Обратная материя возникает, когда прямая материя достигает своего относительного предела, и развитие поворачивает в обратном направлении – от конца к началу прямой материи (от единого к многоединому)<sup>2</sup>,
- Но и когда прямая материя достигает своего финала, и начинается развитие живой материи, прямая материя продолжает развиваться – теперь уже в связи с феноменом жизни,
- Это заставляет выделить 1-й и 2-й финал прямой материи: 1-й финал, когда прямая материя достигает максимума развития до возникновения жизни, 2-й финал – когда прямая материя достигает максимума своего развития вместе с максимумом развития жизни (обратной материей),
- Жизнь возникает как поворот на некоторой онтологической шкале «многого-единого», когда развитие прямой материи до 1-го финала сменяется возникновением обратной материи (материи жизни)<sup>3</sup>,
- Жизнь возникает как единство двух материй – прямой и обратной,
- Возникновение жизни определяется бессубъектными законами для субъектов, которые могут быть и законами оптимальности, и законами цели (которые опять-таки не являются субъектами),
- Дальнейшее развитие жизни (эволюция) определяется по-прежнему бессубъектными законами для субъектов (оптимальности и цели),
- Если развитие жизни приводит на высоком этапе к возникновению номосубъектов, то их воля может также влиять на ход

---

<sup>1</sup> См. также: *Моисеев В.И.* Трансматериализм как основание интеграции социального и витального // *Философские проблемы биологии и медицины*: Вып. 11: *Образы социального и витального в биомедицине*: Сб. Тверь, 2017, с. 4-10.

<sup>2</sup> См. также: *Левашов Н.В.* Неоднородная вселенная. СПб., 2011.

<sup>3</sup> См. также: *Моисеев В.И.* Очерки по философии неовсеединства: Опыт математического прочтения философии. Аксиология. Логика. Феноменология. М., 2018, с. 279-295.

эволюции тех или иных субъектов, наряду с бессубъектными законами для субъектов,

- Но и в случае возникновения номосубъектов они не являются Абсолютным, а лишь достаточно развитыми, но относительными субъектами,

- Медицина – проявление деятельности номосубъектов, когда несовершенства биологической организации субъектов начинают исправляться и улучшаться субъектами достаточно высокого уровня развития (обладающими разумом),

- Медицина – проявление развития (транс)материи на этапе стремления прямой материи ко 2-му финалу, когда развитие прямой и обратной материи идут вместе.

Поэтому нужно вернуться к построению теоретической биологии на основе законов для субъектов, но которые сами могут быть как бессубъектными, так и субъектными. Но даже если даны последние, и есть некоторые субъекты эволюции, то это опять-таки не Бог, а некие особые относительные субъекты. В конечном итоге, если ставить вопрос, что выше – Логос или Ноос (Разум<sup>1</sup>), то следует отдать предпочтение Логосу, поскольку, если высшим будет Ноос, то высшим будет воля, способная отклоняться от законов, т.е. произвол. Поэтому если даже есть высокий Ноос, то основа его воли – Логос, и тогда и воля его оправдана.

И если живое тело законосообразно, то оно является объективным целесообразным образованием, которое с необходимостью воспроизводится эволюцией в данных условиях. Следовательно, его структура и функции могут быть не столь произвольными, но необходимо выражающими законы живой телесности. Тогда подобные тела будут воспроизводиться эволюцией и в других мирах со сходными условиями, так же, как там воспроизводятся те же молекулы, вещества и химические реакции. Следовательно, в живом теле может быть заключена гораздо большая необходимость, чем нам кажется сегодня. Исследование живой телесности должно выделить в её организации общие принципы и их реализацию в системе конкретных ресурсов.

---

<sup>1</sup> Как способность мышления того или иного субъекта.

# Биофилософская модель условного рефлекса в исследовании проблемы знака и времени

*Мочалов К.С.*

Ведущими философскими и научно-теоретическими проблемами онтологии и гносеологии являются категории времени и знака. Важный вклад в развитие взглядов о знаках внесен не только гуманитарными науками, но естественными науками – биологией и науками о поведении животных. Так в исследованиях по семиотике выделяется отдельная область знания – биосемиотика, основные идеи которой берут начало в работах Я.И. Иксюля<sup>1</sup>. Одно из ключевых достижений зоо- и биосемиотики состоит в признании наличия «значения» не только в человеческом языке и мышлении, но и в животном мире.

Одной из важнейших характеристик знака является его замещающая способность когда одни предметы или явления становятся заменителями других предметов. Условные раздражители в высокой мере обнаруживают способность замещать безусловные раздражители. В экспериментах на условных рефлексах показано, что собаки даже начинают лизать лампочку или захватывать ртом воздух при пищевых звуковых сигналах. В биофилософской модели условного рефлекса, таким образом, сигнал выступает в качестве знака, а безусловный раздражитель в качестве «означаемого».

Анализ условного раздражителя в качестве знака обсуждался как в зарубежных (Э. Кассирер, К. Халл, Г.Л. Холигворс, К.А. Уильямс, Э. Толмен и др.), так и отечественных работах (Т. Павлов, В.В. Мантатов, Л.А. Абрамян, А.М. Коршунов, А.А. Ветров, Г.Х. Шингаров, А.Е. Черезов и др.). Важно отметить, что один из основоположников семиотики Ч. Моррис также рассматривал сигналы условных рефлексов в качестве знаков. В целом семиотические исследования Ч. Морриса во многом увязывались с поведенческими схемами и испытывали влияние бихевиоризма<sup>2</sup>. Термин знак использовался и самим И.П. Павловым при анализе опытов К. Лешли по изучению поведения крыс в лабиринте<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Uexkull J. Umwelt und Innenwelt der Tiere. - Berlin: Verlag von Julius, 1909.

<sup>2</sup> Morris Ch. Language and Behavior. N.Y., 1964.

<sup>3</sup> Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., 1973.

Применение биофилософской модели условного рефлекса позволяет исследовать фундаментальные уровни знаковой деятельности, свойственные как человеку, так и животным. В качестве эвристической естественнонаучной модели исследования знаковых систем условный рефлекс рассматривается в работах Г.Х. Шингарова<sup>1</sup>. В его концепции показано, что одна и та же пища в безусловном пищевом рефлексе выступает в двойственной форме: как причина и как цель деятельности. Например, слюноотделение не только вызвано раздражителем, но и направлено на него (одновременно причина и цель). В процессе же усвоения безусловного раздражителя происходит «идеализация» его причиняющей способности. Эта идеализированная способность становится основным содержанием условного раздражителя – знака. Поэтому он получает способность мотивировать деятельность. В ходе становления знаковой системы условного рефлекса происходит изменения причинно-целевых отношений организма со средой, они оборачиваются: в условном рефлексе «идеализированная» причина с «конца» деятельности перебрасывается на «начало». А реальная прошлая причина в безусловном рефлексе переносится с начала деятельности в конец, и из причины превращается в цель и следствие деятельности животного<sup>2</sup>.

Становление знаковой системы условного рефлекса, напрямую связано с трансформациями отношений во времени: причина, которая была реально действующей осталась в прошлом, теперь в условном рефлексе она выступает как будущая цель. Поведение, регулируемое условным раздражителем, определяет отношение животного к тому, чего еще, по сути, нет – к будущему. Как полагает П.К. Анохин, И.П. Павлов, выявив в условном рефлексе «предупредительную» (превентивную) функцию сигнала ввел в физиологию категорию будущего, которая ранее рассматривалась только по отношению к целесообразному поведению человека. В опытах по условным рефлексам, в которых сигналом является звонок, животное «ожидает» появление пищи в «будущем времени».

Общим планом временных трансформаций в биофилософской модели условного рефлекса является оборачивание опыта прошлого в события будущего. Знак – условный раздражитель выступает тем инструментом, который преобразует прошлый опыт для достижения событий будущего (подкрепления). Вместе с тем, данное преобразование происходит в формате настоящего времени. Например, действие пищевого сигнала – это акт

---

<sup>1</sup> Шингаров Г.Х. Павловский условный рефлекс – естественнонаучная модель изучения знаковых систем // Эпистемология и философия науки. 2008, т. XVIII, № 4, с. 145-163.

<sup>2</sup> Шингаров Г.Х. Условный рефлекс и проблема знака и значения. М., 1978.

восприятия, но того, чего, по сути, уже нет или еще нет. Поскольку взаимодействие с самой реальной пищей происходило в прошлом, то обуславливать рефлексогенную активность знака-сигнала может только «прошлая» пища. Поэтому «идеальному» раздражителю, поскольку это акт восприятия, должен быть вновь придан формат субъективного настоящего времени. Согласно А. Бергсону, прошлое само по себе бессильно, не может действовать. Для того, чтобы прошлое могло вызывать деятельность, оно проецируется в настоящее, переходит в формат восприятия, заимствуя у него свою жизненность<sup>1</sup>.

Посредством знака «оборачивание» опыта прошлого происходит в выгодное для живых организмов будущее. Например, в опытах Т.М. Козенко, электрическое раздражение как безусловный раздражитель блуждающего нерва у животных вызывало остановку сердца. В условном же рефлексе наблюдается противоположная реакция: кровяное давление повышается и учащается сердечный ритм<sup>2</sup>. Здесь неблагоприятное по последствиям «прошлое» организм отрицает противоположной физиологической реакцией в виде усиления сердечной активности. Временные преобразования можно сравнить с зеркалом, которое проецирует элементы прошлого в будущее, а «отражательной» поверхностью, на которой происходит отрицание прошлого в будущее, является настоящее время.

Таким образом, в знаковой деятельности трансформируются временные отношения. Вместе с тем само время выступает необходимым условием для формирования знаков. В модели условного рефлекса это наиболее ярко демонстрируется в экспериментах по выработке условных рефлексов на время. Например, если подкармливать животное через равные промежутки времени (к примеру, 3 минуты), то около 3 минуты начнут появляться слюноотделение и двигательные реакции (возникнет условный рефлекс). Здесь в первую очередь обнаруживается наиболее существенная характеристика времени – характеристика длительности. Характеристики одновременности и последовательности относятся и к пространству, длительность же отличительная характеристика именно времени. Установлено, что кормление животных через равные промежутки времени приводит к формированию условного рефлекса, а через разные не приводит. Последовательность моментов кормления является тождественной и в том, и в другом случае, но в случае разных промежутков исключается характеристика длительности. Таким

---

<sup>1</sup> Бергсон А. Творческая эволюция. Материя и память. - Мн.: Харвест, 1999. - 1408 с.

<sup>2</sup> Воронин, Л.Г. Курс лекций по физиологии высшей нервной деятельности. - М.: Высшая школа, 1965.

образом, знак – условный раздражитель содержит в себе не чистую абстрактную последовательность событий, а именно оценку длительности событий.

Таким образом, в биофилософской модели условного рефлекса наличествуют все три временные измерения: настоящее, прошлое и будущее. Знак – условный раздражитель объединяет в себе все три измерения. Естественнаучный подход, опирающийся, прежде всего на психофизиологию, физиологию высшей нервной деятельности с использованием биофилософской модели условного рефлекса может явиться эффективным способом исследования онто-гносеологических проблем, в частности проблемы знака и времени.

## Человек-бессмертный: *pro et contra*

*Навроцкий Б.А.*

Теоретические размышления о смерти появились и оформились в самых ранних философских системах и верованиях. Почти все они были связаны с человеком, с тайной его бытия, с чувством страха, порождаемого смертью и попытками нравственного преодоления этого страха. Таинство и трагедия, переживаемые человеком перед лицом смерти, породили и закрепили в сознании большинства уверенность в том, что смертным является не только человек, но и любая живая единица. Однако такое представление не находит абсолютного подтверждения в биологической науке. Простейшие организмы не имеют ничего похожего на смерть. Смерти всегда предшествует старение, которое сопровождается дегенерацией органов и тканей. Но одноклеточные не знают старения и естественной физиологической смерти – они бессмертны. Конечно, при неблагоприятных внешних условиях они гибнут, но гибель и смерть – это разные вещи.

Факт этот зафиксирован в биологии, и его обсуждали известные, хотя и немногочисленные исследователи. Первым, кто обратился к этой теме, был, по-видимому, А. Вейсман<sup>1</sup>, а из отечественных биологов – И.И. Шмальгаузен<sup>2</sup>. С их точки зрения, смерть не является изначальным свойством живого, она возникает в процессе биологической эволюции и закрепляется на уровне многоклеточных организмов.

---

<sup>1</sup> *Weismann A. Das Keimplasma. Eine Theorie der Vererbung, Jena, 1892.*

<sup>2</sup> *Шмальгаузен И.И. Факторы эволюции (теория стабилизирующего отбора). М.-Л., 1946.*

Дает ли потеря бессмертия эволюционные преимущества многоклеточным? Результат эволюционного процесса – выживание наиболее приспособленных – позволяет положительно ответить на этот вопрос. Однако совершенно не ясно, произошла ли потеря бессмертия навсегда или на каком-то этапе эволюции возможно восстановление утраченного? Проблема эта не решена, а поскольку она напрямую связана с существованием человека, представляет непосредственный интерес, как для представителей позитивных наук, так и для философии.

Методологическое значение философского решения данной проблемы в настоящее время становится актуальной потребностью в связи с развитием так называемых технологий «human enhancement», которые, в частности, обещают бесконечное продление жизни человеку. Этический парадокс состоит в том, что параллельно развиваются два направления в отношении к смерти. Первое – эвтаназия. Это направление основано исключительно на моральных интенциях обыденного сознания, которые можно отразить краткой формулировкой «Легкая смерть лучше, чем тяжелая жизнь». И как бы не облекали рассуждения о праве человека выбрать избавление от страданий в виде безболезненного ухода из жизни в сложные формы философических размышлений, суть остается простой и понятной – сострадание к человеку. Как пишет Н.Н. Седова, «Основные принципы биомедицинской этики, используемые в современных дискуссиях об эвтаназии – это принцип уважения автономии личности и принцип «не навреди». Первый из них предполагает, что решение об эвтаназии принимается пациентом (либо его близкими) добровольно и осознанно. Вопросы, встающие в этой связи, таковы: насколько далеко может простирается автономия пациента и насколько осознанным можно считать выбор, который делает человек в таком тяжелом состоянии. Принцип «не навреди» привлекается постольку, поскольку выбор «за» или «против» эвтаназии оценивается с точки зрения минимизации вреда для пациента»<sup>1</sup>.

В теоретическом отношении здесь нет проблем для естествознания, разве что поиски новых способов эвтаназии, но это уже уже фармакологическая проблема.

Зато противоположное направление в отношении к смерти основано исключительно на развитии биотехнологий и равнодушно к философским сентенциям на этот счет. Действительно, регенеративная медицина позволяет «менять» устаревшие или пришедшие в негодность органы и ткани, экзокортекс обеспечивает управление организмом на цифровом уровне и так далее. Так почему не считать идею бессмертия вполне реали-

---

<sup>1</sup> Седова Н.Н. Биозтика: учебник. М., 2016, с. 183.

зуемой? Вопрос о том, зачем это нужно и нужно ли вообще объявляется предметом личного выбора человека.

Но напомним, что именно потеря бессмертия дала преимущества в эволюционном развитии многоклеточных. В сегодняшней ситуации конкуренция на биологическом уровне заменяется конкуренцией на уровне технологическом. Но заменяется ли? Не будем говорить здесь о традиционных возражениях алармистов, согласно которым искусственный отбор противоречит сущности человека, элиминирует природные факторы его развития и продвигает «навязанную эволюцию», цели которой ставит уже не природа, а компьютерная программа. Мы не знаем, хорошо это или плохо. Информации по данному вопросу явно не хватает. Но очевидно, что завораживающая идея бессмертия находит достаточное число сторонников. Они не подозревают, что мечтают о счастливой судьбе бессмертных одноклеточных.

В свое время, К. Маркс писал: «более высокое развитие индивидуальности покупается только ценой такого исторического процесса, в ходе которого индивиды приносятся в жертву»<sup>1</sup>. Это относилось к социальной истории, но, возможно, биоэволюция подчиняется тому же закону? Действительно, за все в жизни надо платить: «За деньги мы расплачиваемся работой, за власть – одиночеством, за рождение – смертью»<sup>2</sup>. Если выражаться более строго, индивидуальная смерть поддерживает сохранение вида. Впрочем, как и индивидуальная жизнь. Но у жизни и смерти разные функции в поддержании сохранения вида – в данном случае вида Человека-разумного. Индивидуальная жизнь имеет сугубо созидательный смысл, она может рассматриваться как приращение бытия вида. Индивидуальная смерть в контексте видовой значимости сравнима с апоптозом (ἀπόπτωσης) – регулируемым процессом запрограммированной смерти клеток, в результате которого они распадаются на отдельные апоптотические тельца, ограниченные плазматической мембраной. Они умирают, потому что больше не нужны организму, но не оставляют после себя каких-то воспалительных процессов. Они вообще ничего после себя не оставляют. Их гибель нужна организму для выживания. Возможно, индивидуальная смерть человека также нужна виду для выживания. По сугубо этическим мотивам мы не можем говорить о «ненужности» людей так, как мы говорим о ненужности клеток. Но в том же этическом поле размышлений о жизни и смерти, правомерен вопрос – что важнее для сохранения вида? Очевидно, жизнь и смерть равноценны в

---

<sup>1</sup> Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. Изд. 2-е. М., 1955-1974, т. 26, ч. II, с. 123.

<sup>2</sup> Седова Н.Н. Философия: учебник для медицинских специальностей. М., 2018, с. 78.

процессе сохранения вида Человека-разумного. Хотя можно предположить, что отменяющие смерть новые технологии создадут и новый вид...

Возвращаясь к вопросу о судьбе смерти в ситуации цифровой цивилизации, отметим, что пока совершенно не изучен вопрос о соотношении естественного и искусственного отбора. Конфликт этих двух ветвей эволюции может дать самые неожиданные результаты. Возможно, технологии бессмертия окажутся настолько эффективными, что естественный отбор станет лишь воспоминанием о тяжелом прошлом человечества. Но возможно, что он станет препятствием на пути внедрения новых технологий. Так, например, можно предположить негативное развитие баланса σώμα и η ψυχή (тела и психики), когда внешний мозг обеспечивает ускоренный темп работы последней, а организм «отстает» и, естественно, разрушается.

Таким образом, чтобы понять перспективы индивидуального бессмертия, необходимо осмыслить достижения теоретической биологии в категориальном поле философии. Беда в том, что «технологическая» биология в последнее время успешно вытесняет биологию теоретическую, а адекватная философская модель пока не сформировалась.

## **Чем занимается "доказательная медицина" и как её называть?**

**Чебанов С.В.**

В 1990 г. группа канадских медиков из Университета Мак-Мастера нарисовала желаемое будущее лечебной деятельности как замену приёмов диагностики и терапии, сложившихся на базе клинической практики, на таковые, имеющие научное обоснование. Это направление получило на английском языке наименование "evidence based medicine", переведённое на русский язык как "доказательная медицина"<sup>1</sup>. Сама идея такой трансформации (что предполагает обсуждении сути как клинической практики, так и научности) может быть предметом особой дискуссии. Данная статья посвящена тому,

---

<sup>1</sup> Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't // BMJ 1996; 312:71-2.

в какой мере такая деятельность может быть названа "доказательной" (что, конечно, является одним из компонентом научности<sup>1</sup>).

Начиная с Сократовских школ различались доказательства (*ἀπόδειξις*, *probationem*, *proof of a theorem*, a lemma, a proposition, a thesis, a provision) и показательства (*δείξις*, *demonstratio ad oculos*, *evidence*; иногда математики приводя доказательства говорят о *evidence* в случае доказательства теорем, что может быть связано с наглядностью или конструктивностью таких доказательств). Хотя и существует дискуссия по поводу того, есть ли в русском языке слово показательство или нет, но в любом случае суть вопроса заключается в том, что то, что квалифицируется как доказательство, строится как вывод в рамках некоторой аксиоматической системы. Напротив, показательство – это демонстрация, предъявление, показывание примеров, предъявление какого-то эмпирического материала. Это различие было с одной стороны очень важно для логиков, а с другой стороны – не менее значимо для богословов. Так, Климентом Александрийским (около 150-215 гг.) оно привлекается для обсуждения именно богословских вопросов<sup>2</sup>. Впоследствии богословие хотя бы в какой-то мере сохранило это логическое разделение, которое логиками и в особенности учёными-предметниками было утрачено.

В результате оказывается, что вопрос о том, что такое доказательство в современном русском языке недостаточно прояснён, поскольку существуют такие термины как относительно новый *evidential linguistics* или устоявшийся в криминалистике *material evidence* – вещдок, столь важный для следователей (хотя ясности того, что это такое, тоже нет<sup>3</sup>). При этом следует отметить, что в настоящее время в методологии существует представление о множестве способов обоснования, только двумя из которых являются доказательство и показательство<sup>4</sup>.

Другой стороной в известной мере того же вопроса является противопоставление Аристотелем логики и риторики на основании того, что логика занималась в его понимании доказательств-

---

<sup>1</sup> Чебанов С.В. Многообразие и единство теоретизирования о способах упорядочивающе-систематизирующей деятельности // Личность и культура, 2009, № 1, с. 34-41, №5, с. 43-47.

<sup>2</sup> Аверинцев С.С. Поэтика ранневизантийской литературы. М., 1997, с. 34.

<sup>3</sup> Боруленков Ю.П. К вопросу о понятии «вещественные доказательства» // Уголовное судопроизводство, 2012, № 4, с. 17-21.

<sup>4</sup> Никитин Е.П. Природа обоснования. Субстратный анализ. М., 1981; Яскевич Я.С., Гусев С.С., Новосёлов М.М., Ивин А.А. Обоснование. Гуманитарная энциклопедия // Центр гуманитарных технологий. 2002-2018 (последняя редакция: 03.01.2018). [Электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/concepts/7097> (дата обращения: 15.03.2018)

вом, а риторика – убеждением<sup>1</sup>. При этом с точки зрения риторики убедительными (или неубедительными) могут быть как логические доводы, так и внешний вид оратора, его воодушевление, манера говорить, тембр голоса, совершенство построения речи, красота языка и т.д., т.е. всё, что формируется на этапах *изобретения (inventio)*, *расположения (dispositio)*, словесного выражения, украшения (*elocutio*) и *произнесения (actio)* речи ритором в понимании Цицерона и Квинтилиана<sup>2</sup>.

При том, что с развиваемой точки зрения *убеждение* является одним из способов обоснования, оппозиция доказательства и убеждения "продержалась" вплоть до XX-го в. Но, когда возникает множество разных неклассических логик с одной стороны<sup>3</sup>, а с другой стороны, доказываются теоремы Гёделя<sup>4</sup>, становится понятно, что вообще говоря всякое изложение, которое претендует быть доказательством, является не доказательством в вышеуказанном строгом смысле, а просто некоторым риторическим инструментом, с которым согласится оппонент. В таком случае оказывается, что логика это только некоторый маркированный приём в рамках риторики.

Эту идею замечательно фиксирует математик-логик В.А. Успенский: «Доказательство (в общепринятом употреблении этого слова) – это всего лишь рассуждение, которое должно убедить нас настолько, что мы сами готовы убеждать с его помощью других»<sup>5</sup>. В этом смысле никакого отличия доказательства от других средств риторического воздействия нет. При этом если обратиться к семантике корня "каз(ж)", то выясняется, что значения "*говорить*" и "*выглядеть*" объединены тем, что это некое предъявление, обнаружение. Очевидно, что этот смысл полнее сохраняется в показательстве (предъявлении глазам, зрению), чем в доказательстве (предъявлении уму, умозрению).

С другой стороны, размывается и предмет риторики, что связано с распространением средств психологического манипулирования человеком<sup>6</sup>. При этом критерием отличия риторики от такого манипулирования (иногда называемого чёрной риторикой) является апелляция риторики к сознанию (а не подсознанию) человека и свойственные ей этические ограничения.

---

<sup>1</sup> Мигунов А.И. Логика, аргументация, диалектика, риторика: коннотации и корреляции // Логико-философские штудии, 2016, Вып. 14, с. 184-201.

<sup>2</sup> Гаспаров М.Л. Античная риторика как система // Античная поэтика: Риторическая теория и литературная практика. М., 1991, с. 27-59.

<sup>3</sup> Купаравашили М.Д. Неклассическая логика. Омск, 2006.

<sup>4</sup> Успенский В.А. Теорема Гёделя о неполноте. М., 1982.

<sup>5</sup> Успенский В.А. Предисловие // Математика в современном мире. М., 1967, с. 5-11.

<sup>6</sup> Шейнов В.П. Скрытое управление человеком: психология манипулирования. М. – Мн., 2002.

В связи с вопросом о соотношении показательства и доказательства весьма поучительна история формирования ново-европейской физики.

Так, тысячи лет миллионы людей наблюдают как Солнце движется вокруг Земли. Это необозримо большая база индукции для в высшей степени авторитетного показательства. Однако, после формулирования Коперником гелиоцентрической системы мира и её утверждения по крайней мере в сознании учёных-астрономов у приверженцев доказательств возник сильный аргумент в пользу того, что эмпирическая обоснованность, опирающаяся на доказательства, не является свидетельством истинности. Получается, что если нечто наблюдаемо, то это не является основанием доверять видимому – очень может быть, что это какой-то подвох и видимость не совпадает с сутью дела, так что видимость оборачивается кажимостью, иллюзией.

В этой ситуации Галилей формулирует очень важную идею оппозиции опыта (*experience*) и эксперимента (*experiment; experientia* и *experimentum* в рукописи Галилея "*De Motu*"<sup>1</sup>). Опыт – это то, что базируется на показательствах, которые в конечном счёте производны от случайных обстоятельств, а эксперимент – это логическое рассуждение, которое приводит к несомненному выводу.

Так, со времен Аристотеля было убедительно *показано*, что ускорение свободного падения зависит от массы тела, то есть чем больше масса тела, тем больше ускорение. На это Галилей приводит *доказательство*: «Представьте себе два предмета, один из которых тяжелее другого, соединённых верёвкой друг с другом, и сбросьте эту связку с башни. Если мы предположим, что тяжёлые предметы действительно падают быстрее, чем лёгкие и наоборот, то лёгкий предмет должен будет замедлять падение тяжёлого. Но поскольку рассматриваемая система в целом тяжелее, чем один тяжёлый предмет, то она должна падать быстрее него. Таким образом мы приходим к противоречию, из которого следует, что изначальное предположение (тяжёлые предметы падают быстрее лёгких) – неверно»<sup>2</sup>.

Это пример того как строится аподиктическое доказательство и почему оно более ценно, чем эмпирическое показательство. Примечательно, что ныне оказывается, что рассказы про то, как Галилей бросал с Пизанской башни камешки, ядра и пули и

---

<sup>1</sup> Schmitt Ch.B. Experience and Experiment: A Comparison of Zabarella's View with Galileo's in *De Motu* // *Studies in the Renaissance*, 1969, p. 80-138.

<sup>2</sup> Цит. по: Settle Th.B. On Motion. 1995 – [http://galileo.rice.edu/sci/theories/on\\_motion.html](http://galileo.rice.edu/sci/theories/on_motion.html) (дата обращения 15.03.2018).

измерял, что при этом получается, являются байками, исходящими, скорее всего, от Винченцо Вивиани<sup>1</sup>.

В связи с этим примечательно то, что буквально через два года после смерти Галилея Э.Торричелли, занявший его кафедру в университете Флоренции, получает всем известную «торричеллиевую пустоту», в которой действительно все тела падают с одинаковым ускорением, что разрушает убежденность сторонников Аристотеля. Это исключительно интересное обстоятельство в том отношении, что таким образом происходит переход от аподиктических, необходимых доказательств к возможным ассерторическим показательствам, т.е. понижается степень обоснованности суждения, но это убеждает публику больше, чем доводы умозрения.

Это столкновение двух дискурсов прекрасно описано А.С.Пушкиным<sup>2</sup>:

Движенья нет, сказал мудрец брадатый<sup>3</sup>.  
Другой<sup>4</sup> смолчал и стал пред ним ходить.  
Сильнее бы не мог он возразить;  
Хвалили все ответ замысловатый.  
Но, господа, забавный случай сей  
Другой пример на память мне приводит:  
Ведь каждый день пред нами Солнце ходит,  
Однако ж прав упрямый Галилей.

Таким образом, совершенно понятно, что "доказательная медицина" имеет совсем другое отношение к доказательству, чем доказательство теоремы, сходное с отношением к нему "вещественных доказательств". Как это лучше обозначить терминологически?

С точки зрения внутренней формы и вхождения в терминосистему лучшим будет странноватый для непосвященного термин "показательство", от которого, правда производными будут определение "показательная", оказывающееся омонимичным производным от "показателя", или совершенно неудобоваримое "показательственная". Можно это назвать "обочевидленной медициной" или чем-то подобным.

Но можно пойти и совершенно иным путём и оставить термин "доказательство" тем, кто имеет дело с показательствами, но хочет повысить авторитетность своей деятельности связав её с доказательствами (тем самым усилив семантику зрения в корне "каз(ж)"), а придумать какое-то другое обозначение для дока-

---

<sup>1</sup> Drake S. Galileo at work: his scientific biography. Chicago: University of Chicago Press, 1978, XXIII+ 536 p.

<sup>2</sup> Пушкин А.С. Движенья. Собр. соч. в 10 тт. Т. 2. М., с. 134.

<sup>3</sup> Зенон Элейский

<sup>4</sup> Антисфен

зательств теорем посредством логического вывода, например, называя их исчислением.

Так или иначе термин "доказательная медицина" (как и "вещественные доказательства" или "доказательная лингвистика") требует радикального пересмотра.

## **Нравственно ориентированная психотерапия: альтернативные варианты практик**

**Алехина Е.В.**

Поддержание здоровья, методы лечения, отношение к болезни и умиранию имеют не только медицинский аспект, но и религиозный, антропологический, культурологический, являясь частью философско-религиозных учений и практик. Таковы древневосточные традиции врачевания (китайская, тибетская, индийская, исламская), русская православная медицина, западная. Сопоставим практики нравственно ориентированной психотерапии в деятельности отечественных врачей Д.В. Шаменкова и В.В. Боровских и сравним их теоретические основы, каковыми являются буддизм и православное христианство. *Исходная ситуация*, в которую неизбежно попадает человек, в этих направлениях понимается примерно одинаково: человек призван к счастью и радости от жизни, но он страдает от несоответствия надежд и ожиданий реальности. Не желая признаться себе в этом из-за малодушия и гордости, становится не искренними, не живет своей жизнью, чувствует себя опустошенными. Пытаясь заполнить пустоту, прибегает к алкоголю, наркотикам, сексу, агрессии, в общем, приобретает зависимость. Отношения с близкими еще больше ухудшаются, теряется контакт, оказывается в глубоком одиночестве». *Что делать?* Критически оценивая тенденцию к коммерциализации современной медицины и превращение её в сферу услуг, указанные авторы предлагают вернуться к нравственно ориентированной психотерапии, но при этом духовные основы этих позиций принципиально отличаются. Если Д.В. Шаменков в буддизме ищет единства науки и религии, то В.В. Боровских ...

1. Врач *Д.В. Шаменков*,<sup>1</sup> чтобы решить эту проблему, предложил Систему управления здоровьем (Шаменков Д.А., Ульянин А.Ю., Судаков К.В.), Фонд Сколково, Школа «Система управления здоровьем», НИИ Нормальной физиологии им. Анохина П.К. РАМН, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)<sup>2</sup>. Девиз: «Расскажите миру о своих чувствах». Существенно важно, что человек рассматривается

---

<sup>1</sup> dmitry@shamenkov.com

<sup>2</sup> SUZ.com; [https://youtu.be/8u\\_3Z-CloeQ](https://youtu.be/8u_3Z-CloeQ)  
100

здесь как социо-психо-соматический объект. Более того, в социальное одиночество рассматривается как главная причина тяжелых болезней. В то время, как в современной медицине, организованной как индустрия услуг, социальные факторы практически не учитываются, СУЗ делает упор на методы саморегуляции и самоуправления в «живой группе» – пространстве для самооздоровления и саморазвития, основанной на принципах «искренности, честности, осознанности, внутренней тишине», благодаря чему человек становится целостным и исцеляется. Дело в том, что болезнь начинается гораздо раньше, чем человек попадает в клинику, с неудовлетворенности жизнью. Обретается смысл жизни, который заключается в открытом диалоге и коммуникации с людьми в различных социальных группах.

Д.В. Шаменков создал социально-образовательную сеть управления здоровьем, возглавил Центр биомедицинских исследований в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова. Его базовые представления определяются буддизмом, в который он обратился, «чтобы подключиться к информационному полю – сознанию будды в надежде освободиться от страданий». Исходный тезис: «На базовом уровне наш мир – это взаимосвязанное информационное пространство, сознание – первичная суть человека». В связи с последним утверждением представляется необходимым отметить особенность метафизики буддизма как религии без Бога. Будда отрицает монотеистические представления браминов. В знаменитой притче о слепцах, изучающих слона, он уравнивал все религии и «вечные вопросы» о Боге, душе, происхождении мира, которые лежат в основе любой философской системы, как различные виды заблуждения. Будда исходит из атеистической предпосылки: божественный мир и вся вселенная есть порождение человеческого сознания, объективированная психическая энергия, сознание – основа реальности. Поэтому сознание с его целеполаганием нужно погасить в медитации, тем самым угасив и уничтожив бытие.

Приняв буддизм в его неклассической форме, Д.В. Шаменков нашел его созвучным с такими научными идеями, как: принципы биоцентризма (Роберт Ланца, Центр регенеративной медицины в США), пантеистизм и биофилософия, эволюционная биология сотрудничества (Мартин Новак, Гарвард, США), зеркальные нейроны (Дж. Риззолатти),<sup>1</sup> физиология восприятия (Дж. Хайнц, А.Эллис,

---

<sup>1</sup> Заметим, что, не отрицая самого факта существования зеркальных нейронов, американский нейрофизиолог Р. Бёртон в своей книге «Разум vs мозг» (2016) указывает на некорректность прямого связывания имитирующих действий зеркальных нейронов с «чтением мыслей» и эмпатией. См.: *Мурейко Л.В.* Коммуникативная функция зеркальных нейронов: к теории масс-медиа / Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Философские науки, 2017, № 4, с.105.

США), социальный буфер (Дж.Качиопа, США), модель дислокации (Брюс Александер, США), психиатрические исследования (Дж. Вэйлант, Анита Келли), базовые принципы теории функциональных систем академика П.К. Анохина (1975), голографическое единство мироздания в физиологической школе К.В. Судакова.

Чтобы выйти из состояния неудовлетворенности и одиночества, порождающих болезнь, необходимо, полагает Д.В. Шаменков, подключиться к информационному пространству на уровне физиологии («биомедицинской духовности») в «открытом диалоге» групповых занятий. Выглядит это так: настроиться на здоровую цель – улучшить свое здоровье, качество жизни; отказаться от насилия (долженствований, ожиданий, критики, советов, суждений, навязывания своей правоты); максимальная честность во всех отношениях, искреннее выражение чувств; практика молчания, осознанности (медитация). Включается механизм социальной трансформации: обычная группа (коммуникация Я-Ты), превращается в «живую группу» (единство Мы), в которой все связаны общей целью. Результат – повышение качества жизни (высчитывается по опроснику WHOQOL-100). Здоровье – это состояние оптимальной жизнедеятельности с положительным эмоциональным тоном и творческой самореализацией (К.В. Судаков).

2. Врач *В.В. Боровских* возглавляет православный центр медико-социальной реабилитации «Подвижник» в Екатеринбурге. За двадцать лет успешной работы этот центр добивается лучших в России результатов по освобождению от алкоголизма, наркомании и других зависимостей (70% пациентов после лечения не употребляют наркотики в течение 3 лет) благодаря получению в течение года квалифицированной врачебной помощи, организации здоровой духовной жизни, крепкой православной общины, приобретению пациентами полезных знаний и навыков, сочетанию труда и отдыха, трудоустройству<sup>1</sup>. Помимо этого В.В. Боровских проводит вебинар по нравственно ориентированной психотерапии, цикл бесед «первая натура» на канале «Союз», консультирует в онлайн режиме до тысячи человек в год. Наибольшую озабоченность у него вызывает состояние душевного и телесного здоровья наших детей. Он убежден, что отсутствие здоровых духовно-нравственных ориентиров приводит к кризису семьи, массовым абортам, невиданному росту наркомании и алкоголизма, тяжелым психическим расстройствам у детей и подростков. Зависимость, неврозы и семейные нестроения – самые главные проблемы нашего общества. Разделяя принципы русской медицины, он считает духовность и нравственность основой здоровья человека. Сострадание людям и забота о будущих поколениях составляет внутренний кодекс врача. Из

---

<sup>1</sup> WWW.center.podvizhnik.ru; WWW.podvizhnik.ru; WWW.borovskih.ru.  
102

всех средств воздействия на людей слово врача является главным, оно несет мощный заряд добра и надежды, вызывает наибольшее доверие у людей. Главная цель для него – наладить союз между медициной и Православием, что особенно необходимо в психиатрии. «Медицина – Богом установленный порядок спасения как страждущего, так и врача, помогающего больному, она основана на сострадании и доверии». Поэтому «духовно-нравственные принципы жизни человека должны быть важной компетенцией в медицинском образовании». Однако в современной медицине, отмечает В.В. Боровских, господствует догмат человека как биологического объекта, и даже психиатрия не хочет знать, что у него есть душа. Так, в учебниках пишется, что психиатры знают, *что* и *как*, но не отвечают на вопрос *почему*, «свобода», «дух», «личность» не рассматриваются как медицинские термины. Однако, желая исцелять, наука с необходимостью заходит на территорию духовности и все чаще прибегает к оккультным практикам.

Становится ясной необходимость изучения православной антропологии, ибо именно Православие сохранило богооткровенное знание о человеке – устройстве души, её болезнях и способах лечения. Констатируя кризис наркологии, В.В. Боровских обращается к раскрытию главной причины «бессилия медицины» в этой области – игнорирование духовных основ психической зависимости.

Об остроте проблемы говорят печальные цифры статистики. В России 170 тысяч людей трудоспособного возраста умирают от алкоголя (алкоголизм – «болезнь одиноких»), 60 тысяч человек кончают жизнь самоубийством, 70 тысяч погибают от наркотиков. Причина видится в духовном кризисе, который переживает наше общество. Храмы есть, но для узкой прослойки верующих: православных в России около 80%, а регулярно причащаются 1-3%. По сути, мы живем в не православной стране. Как следствие, в семьях нет должного духовного воспитания детей, которые не получают удовлетворительного ответа на вопрос о смысле жизни и смерти, источнике радости и причине страданий, о том, что есть нравственная норма и грех. Однако уже в 5 лет ребенок созревает как религиозная личность, у него начинается самопознание – он ищет источник своего происхождения, но не получает ответа на вопрос «Кто я?».

Православие – религия пасхальной радости. Только Дух Святой *Утешитель* может дать радость общения с Богом Отцом и ответ на самый страшный вопрос о смысле смерти. Именно для этого Бог воплотился и послал Духа Утешителя, чтоб люди могли спастись от тоски и печали. Поскольку радость и счастье составляют смысл жизни, то в случае, если ребенок переживает какой-то душевный стресс и будучи воспитан в отчуждении от Бога, он обращается к наркотикам (алкоголь, табак и т.п.). Так формируется наркоманическая – сластолюбивая – психология личности. Согласно В.В. Бо-

ровских, причины наркотизации: 1) отсутствие Бога в жизни человека; 2) удовлетворение потребности переживать радость жизни в разнообразных удовольствиях (чаще всего чувственных). В принципе, для человека все, что ему нравится, может стать предметом зависимости, наркотиком. Зависимость – утрата самообладания. Утрата самообладания – основная причина преждевременной смерти.

Несовершенство человека обнаруживается в том, что он не может реализовать свою потребность в радости так, чтобы потом не страдать. Дело в том, что душе, которая может вместить Бога, всего мало, она ничем не может удовлетвориться, поэтому человек постоянно чем-то злоупотребляет. Искаженность природы человека не дает возможности называть его здоровым, нормальным существом. Общечеловеческая ненормальность называется грехом. Грехопадение – тяжелая антропологическая катастрофа, настоящая трагедия для человека, отчуждение от жизни с Богом. Греховность становится главным определением человека, не случайно говорится, что «человеку свойственно заблуждаться». Христианство стоит на том, что человек должен увидеть, что грех - жизнь без Бога как Источника жизни – это смерть уже при жизни, что Христос – идеал, норма человеческой жизни, Архичиность, и с точки зрения этой Нормы человек погибает. Христианство наиболее радикально в борьбе с грехом, его можно рассматривать как духовную медицину: Церковь – это больница, где получаем возможность поставить себе диагноз и лечиться от самой тяжелой врожденной патологии; Врач идеальный, Он никогда не ошибается, применяет метод ПППП. Если человек пришел в Церковь лечиться от греха, а не как на экскурсию, он получает терапию и выздоравливает. «Православие – вершина медицины, потому что лечит вершину регуляции - дух» (В.В. Боровских).

Итак, человек – существо больное, патологичное. *Страсти* – буквально «патология», т.е. болезнь, страдание. Грех испортил человеческую природу, она стала смертной, тленной и страстной. Не отвергая мир в принципе, как буддизм, христианство утверждает, что не следует «прилепляться» к миру: «...ничто не должно обладать мной», «Жизнь человека не зависит от его имения» и «Царствие Божие внутрь вас есть».

Принципы православной психотерапии: медицина не может избавить от зависимости, она только облегчает страдания, замедляет течение болезни. Врач не лечит, лечит только Бог. Врач должен «подогреть» интерес человека к Богу, чтобы он критически пересмотрел себя, захотел изменить свою жизнь, подвести к Богу и Церкви, предложить ему начать делать то, что делают верующие и становиться верующим. Врач молится вместе с пациентом на сеансе; не спорит с пациентом; при душевном волнении для восстановления спокойствия и самообладания практикует «молитвен-

ное воздержание» (молчание); в качестве школы православной психотерапии рассматривается переписка святых отцов со своими духовными детьми. Если человек живет полноценной церковной жизнью, он к психотерапевтам не обращается.

Итак, сопоставим практики нравственно ориентированной психотерапии, мы пришли к выводу, что они радикально отличаются в понимании природы человека, цели и средств духовного пути. Рецепция неклассического буддизма в Европе проникает в психотерапию, медицину и спорт в виде различных «развивающих» тренингов в многочисленных «центрах саморазвития». В отличие от восточных учений, православная психотерапия рассматривает искаженное состояние человека не как «естественное», но исходит из необходимости духовного исцеления человека.

## **Термодинамическая теория канцерогенеза: медицинский и мировоззренческий аспекты**

***Антипенко Л.Г.***

Созданная мною лет двадцать тому назад термодинамическая теория канцерогенеза имеет, с одной стороны, чисто медицинское значение, с другой, – мировоззренческое значение в плане постижения сущности жизни. Для медицины важен рекомендованный данной теорией криогенный способ лечения всевозможных разновидностей раковых заболеваний. Он уже нашёл применение в лечебной практике. Суть же мировоззренческого содержания теории можно кратко выразить словами, которыми озаглавлен один из романов И.А. Ефремова: «Лезвие бритвы».

Итак, как возникает рак? Спросите любого студента-медика – и он скажет вам, что иногда в организме возникают клетки, выходящие, по каким-то причинам, из-под организменного контроля. Под контролем понимаются генетические механизмы, ограничивающие клеточный рост. Считается, что имеется некоторый ансамбль генов, занятых кодированием белков и содержащих в себе гены, препятствующие развитию рака. Эти гены называются супрессорами (подавителями) опухолевого роста. Но защитные механизмы подвержены износу: под воздействием естественной радиации и реагирующих с ДНК химических веществ или просто с

течением времени в генах-супрессорах возникают мутации, нарушающие их нормальную работу<sup>1</sup>.

Недостаточность описанного подхода состоит в том, что структура клеточного генома определяется в данном случае исключительно в параметрах пространства, в то время как геном реально существует в пространственно-временном многообразии и его организация, следовательно, должна описываться в параметрах четырёхмерного пространства-времени.

Если абстрагировать трёхмерное пространство от четырёхмерного пространства-времени, то существование, например, гена-супрессора можно уподобить существованию минерала кварца, а поломку такого гена – разрушению кварцевого кристалла. Но на самом деле всё обстоит гораздо сложнее. В своё время Э. Шредингер, желая подчеркнуть различие структур живой материи на фоне их внешнего сходства с минеральными структурами, назвал живые организмы аperiодическими кристаллами. Функционирование этих кристаллов невозможно постичь без учёта законов физической термодинамики.

Предложенная термодинамическая теория канцерогенеза базируется на принципах новейшей, неклассической термодинамики, изучающей материальные структуры, образование которых связано с областью отрицательных в абсолютном смысле температур, располагающихся на шкале Кельвина ниже абсолютного нуля. Наличие этого поля мы не замечаем до тех пор, пока наш функционирующий организм находится в определённом термодинамическом равновесии. Нарушение такого равновесия сопровождается ускоренным темпом размножения клеток. Суть нарушения равновесия заключается в том, что стволовые клетки не успевают специализироваться, т.е. изменение временного параметра (темпа) в пространственно-временной структуре клетки превращает её в клетку аномальную. Такова первоначальная, простейшая схема, позволяющая приобщиться к новым методам изучения жизни на примере термодинамической теории канцерогенеза. Из приведенного описания видно, что вокруг чисто медицинской проблемы канцерогенеза концентрируются такие далёкие, казалось бы, от медицины понятия, как понятие термодинамических свойств пространства и времени, понятия энтропии и эктропии и т.п.

Использование неклассического термодинамического подхода к выявлению сущности жизни позволил сформулировать альтернативу генетической концепции канцерогенеза. В жизненных процессах преодолевается ряд запретов, налагаемых на природу законами классической термодинамики. Неклассический её вариант делает возможным уточнение границ применимости вто-

---

<sup>1</sup> Грани творчества на грани веков. М., 2000, с. 301.  
106

рого начала термодинамики и вытекающего из него закона возрастания энтропии.

В соответствии со вторым законом термодинамики теплота не может накапливаться с помощью теплопроводности или излучения в более тёплом теле за счёт более холодного без некоторых процессов компенсации<sup>1</sup>. Примером является функционирование холодильника, в котором тепло отнимается от более холодного тела и передаётся более нагретой среде при компенсирующем факторе, состоящем в механической работе. Указание на внешние процессы компенсации выделяет область их применимости.

Однако область действия этого закона заканчивается там, где имеют дело не с внешними, а с внутренними процессами компенсации. Так, лист зелёного растения накапливает энергию солнечного излучения, препятствуя её бесполезному рассеянию в пространстве, не нуждаясь при этом ни в какой внешней компенсации. В процессе фотосинтеза расходуется энергия, за счёт которой производится внутренняя работа по построению тканей растения, получаемая благодаря взаимодействию растения со средой, характеризующейся отрицательными в абсолютном смысле температурами. Такой средой является физический вакуум, изучаемый в квантовой теории физики.

Человеческий организм (как и организмы высших животных), функционируя в условиях двух температурных режимов, балансирует на «лезвии бритвы». С одной стороны, жизнь может прекратиться вследствие лихорадки, когда температура тела достигает 41–42° (по Цельсию) и клетки тела прекращают свою деятельность. С другой стороны, организм может свалиться, с летальным исходом, на противоположную сторону «лезвия бритвы» вследствие буйства клеток. Не бывает так, чтобы буйство клеток охватило сразу всё тело. Как правило, аномальный режим клеточного размножения происходит в одном каком-то месте организма под воздействием одной или нескольких неспецифичных причин. Медики насчитывают несколько десятков неспецифичных причин, но все они сводятся к одной *специфичной* – к нарушению равномерного распределения сверхтеплого поля вокруг организма. Там, где его интенсивность увеличивается на фоне среднего значения, там увеличивается темп размножения клеток с возникновением злокачественной опухоли.

Воздействие на аномалию теплового поля с целью её устранения можно свести к специфичному действию на участок тела, подверженный поражению. Фактором такого специфичного воздействия служит хладагент, в качестве которого в медицинской практике чаще всего используется жидкий азот. Его действие на

---

<sup>1</sup> Развитие современной физики. М., 1964, с. 260.

поражённую ткань организма имеет двойственный эффект: деструктивный и восстановительный. Клетки, находящиеся в центре очага поражения, уничтожаются (вымораживаются), в то время как соседние же клетки, не прошедшие порог необратимости, возвращаются на уровень нормального функционирования. Эта вторая сторона криогенного эффекта гарантирует отсутствие повторного появления опухоли и возникновения общего метастаза. Оказывается, что состояние раковой клетки не является неизбежно необратимым.

Разработка термодинамической теории канцерогенеза началась в конце 80-х гг. XX в., когда были опубликованы первые данные о нестандартном подходе к данной медицинской проблеме, названной *тканевым* подходом. Подробное его изложение приведено в книге А.Е. Черезова<sup>1</sup>. Термодинамическая теория канцерогенеза в значительной мере опирается на тканевый подход, суть которого заключается в следующем. Как оказалось, источник возникновения описываемого явления находится не в клетке, как предполагалось в концепции онкогенов, а связан с тканевым гомеостазом, с его неспецифической реакцией в виде компенсаторной пролиферации (разрастания ткани за счёт деления клеток).

Важным следствием из теории, основанной на нарушении тканевой регуляции, является вывод о том, что трансформация клеток должна носить обратимый характер, т.е. опухолевые клетки при определённых условиях должны нормализоваться, теряя злокачественные признаки, что подтверждается фактами.

Концепции тканевого гомеостаза для полной завершённости не хватало термодинамической интерпретации с позиции неклассической термодинамики, утверждающей, что тканевый гомеостаз организма есть гомеостаз по отношению к сверхтепловому полю. Множество причин, нарушающих этот гомеостаз, приводит к одному следствию: локальному дисбалансу сверхтеплового поля, окружающего организм. Усиление его действия сопровождается реакцией клеточной ткани в виде ускоренного размножения клеток. Этот дисбаланс выступает как специфическая причина канцерогенеза.

Данная теория была в своё время опубликована автором в Интернете в двух вариантах: в общедоступном и в варианте с более строгим изложением. Специалисты-медики её запатентовали. В Москве был создан Скандинавский центр здоровья. В Интернете читатель может найти оба варианта. Один из адресов: <http://titanage.ru/Science/Sciphilosophy/>.

---

<sup>1</sup> Черезов А.Е. Общая теория рака. Тканевый подход. М., 1997.  
108

# **Иммунная система как соматическая проекция категории «самости»**

*Головизнин М.В., Моисеев В.И., Пронин М.А.,  
Тимофеев В.Т., Лахонина Н.С., Булдакова Ю.Р.*

Иммунология на протяжении полувека является наукой, с развитием которой прочно связывается прогресс всей современной биомедицины. Хотя «по возрасту» она считается сравнительно молодой наукой, родившейся чуть более 100 лет назад, представления об иммунитете как защите организма от болезней зародились гораздо раньше, чем современные взгляды об анатомии, физиологии и патологии. Само понятие иммунитет, заимствованное из средневековой юриспруденции, стало синонимом виталистических концептов «жизненной силы», которые были отвергнуты наукой в конце XVIII – начале XIX веков.

Вместе с тем, виталистические представления об иммунитете и средневековые «теории истощения» позволили в 1717-1720-х гг. внедрить в Европе заимствованную с Востока вариоляцию (втирание здоровым людям детрита из пустулы больных натуральной оспой) как метод борьбы с этой болезнью. В 1796 г. Эд. Дженнер на основе существовавшего опыта вариоляции разработал метод более безопасной вакцинации. До начала XX в., когда были открыты антитела, единственным объяснением иммунитета оставались средневековые теории «истощения», или еще более архаичные магико-мистические воззрения. Открытие антител, фагоцитоза, лимфоцитов, и, в более широком смысле – объединение понятия «иммунитет» с клеточной теорией Вирхова позволило ученым говорить об объективно существующей системе иммунной защиты организма, которая имеет «своих солдат, оружие и командование» [4].

Таким образом, если до начала XX в. концепт иммунитета относился исключительно к области метафизики, то с начала 1900 гг. до настоящего времени иммунология существует как бы в двух мирах: в «мире объектов», который представляет собой все увеличивающийся пул иммунных клеток, их мембранных рецепторов (иммуноглобулинов, интегринов, селектинов и пр.), цитокинов, хемокинов, и в «мире идей», таких как «свое»–«чужое», «иммунная защита», «иммунное распознавание», «иммунологическая память», которые не выводятся из результатов экспериментальных исследований, но хорошо объясняются как проекции категории «самости», которая, в свою очередь, давно стало объектом

изучения психологов. К этим же категориям следует отнести и такое ключевое понятие иммунологии, как «антиген», представляющее собой, безусловно, нечто большее, чем только физическая или химическая структура вещества.

В силу господствующих в современном научном сознании редукционистских парадигм, в центре внимания ученых медиков и биологов находится именно мир иммунологических объектов, тогда как «мир идей» вытесняется в область метафор, популярной литературы и, в конечном счете – в область «научного бессознательного». Вместе с тем, изучение мира «иммунологических объектов», несмотря на высокие, постоянно усложняющиеся технологии, похоже, достигает дна эволюционного спуска: в частности, за последние полвека методы исследования иммунного статуса несколько раз полностью обновлялись (морфология лимфоцитов, формирование Т- и В-розеток, иммунофлуоресцентное типирование рецепторов, проточная цитометрия), а накопленные ранее знания последовательно отвергались как «недостаточно научные». Некоторые ученые считают, что принципы геномики и протеомики могут привести к очередному пересмотру подходов к изучению иммунного статуса человека. Таким образом, спуск на молекулярно-генетический уровень в иммунологии породил очень противоречивую ситуацию: чем больше мы знаем фактов, тем более сложными кажутся закономерности, тем меньше мы способны их объяснить.

В то же время, иммунологический «мир идей» попал в поле зрения медицинских антропологов и философов[1,3], которые показали, что «иммунные метафоры» («свое-чужое», «защита», «иммуноагрессия», иммунологическая толерантность и др.) следует рассматривать не как «метафоры» а как основу субъектных онтологических моделей иммунитета. Так, «милитаристская модель» наиболее адекватно объясняет противомикробный и противовирусный иммунитет, тогда как феномен иммунологической толерантности требует других подходов[5]. По мнению медицинских антропологов, сетевая теория иммунологической регуляции Нильса Эрне имеет аналогии с гуманитарными моделями «социальных сетей». Отечественным «вариантом» этой сетевой теории явилась «теория иммунологических мобилей» Р.В. Петрова, описанная автором в научно-популярной литературе в середине 80-х гг. XX в.[2]. Возвращаясь к проблеме аутоиммунитета, необходимо подчеркнуть, что «милитаристская модель» иммунитета позволяет объяснить патогенез «органоспецифических» аутоиммунных заболеваний (АИЗ), тогда как патогенез системных АИЗ, таких как ревматоидный артрит, где специфические аутоантигены до сих пор не обнаружены, более адекватно моделируется с помощью «сетевых» концепций иммунитета.

Таким образом «объектная онтология» иммунной системы является только одной стороной медали. Выведение указанных выше иммунных метафор из области научного бессознательного в область моделирования субъектных онтологий позволит на наш взгляд вывести иммунологию из состояния эволюционного спуска на более холистический уровень.

#### *Литература*

1. *Моисеев В.И.* Человек и общество: Образы синтеза М., 2010, т.1.
2. *Петров Р.В.* Я или не я. М., 1983.
3. *Martin E.* Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture From the Days of Polio to the Age of AIDS. Beacon Press;1994.
4. *Tauber A.* Metchnikoff's Radicalism Clin Pathophysiol; 2016;23(3);28-37.
5. *Turney J.* Beyond cell wars; 2016. Internet resource; URL: <https://aeon.co/essays/why-we-should-guard-against-military-notions-of-immunity> (accessed: 13 July 2017).

## **Неокогнитивизм**

***Копаладзе Р.А.***

В начале XX в. под влиянием работ И.П. Павлова в США возникло направление бихевиоризм – наука о поведении, лидером которого стал Дж. Уотсон. В качестве основной единицы поведения животного и человека им рассматривалась жесткая схема: «стимул→реакция». Уотсон был убежден в бесплодности понятия «сознание». Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул→реакция» за счет введения промежуточных переменных знаменует переход от классического бихевиоризма к неклассическому бихевиоризму (синонимы: необихевиоризм, когнитивный бихевиоризм). Так, Э. Толмен в специальных опытах на крысах, ищущих выход из лабиринта, установил, что поведением животных управляют не те стимулы, которые действуют на них в данный момент, а особые внутренние психические регуляторы (когнитивная карта), недоступные прямому наблюдению, но, тем не менее, они могут быть исследованы строго объективно по их функциональному проявлению в поведении. Толмен заявлял, что для него не имеет значения, обладает организм сознанием или нет. Как и подобает бихевиористу, он сосредоточил внимание на внешних, наблюдаемых реакциях. Здесь следует отметить и неоспоримый приоритет И.С. Бериташвили (СССР) и его школы в развитии представлений о когнитивной памяти и понятия о пси-

хонервном поведении животных, регулируемом не внешними материальными стимулами, а идеальными образами о них.

**Проблема.** Указанные подходы (включая и теорию функциональных систем академика П.К. Анохина) недостаточны для описания нравственного поведения человека в условиях вероятностного выбора. Эти подходы исключают из своей структуры категорию «сознание» и такие морально-этические регуляторы человеческого поведения как справедливость, совесть, чувство вины и стыда за содеянное. В этой связи вводится понятие «неокогнитивизм» (синоним – «постнеклассический бихевиоризм») как науки, изучающей поведение человека в условиях вероятностного выбора и включающей в свою структуру «сознание» и когнитивные механизмы реализации нравственных потребностей.

**Принцип неполноты.** Исходным положением нашего подхода является тезис о том, что в основе поведения человека лежит принцип неполноты, и что поведение человека в условиях вероятностного выбора есть лишь часть некоторого целого. Об этом свидетельствует наличие у человека зависимых от сознательного выбора, субъективных переживаний: «Я могло бы выбрать и другие действия». Анализ полной картины поведения человека требует учитывать не единственное значение выбора, а целый спектр невыбранных возможностей. Это достигается использованием метода возможных миров.

**Метод «возможные миры».** Идея «возможные миры» давно находит применение в логике и математике. Использование этой идеи в качестве метода для описания нравственного поведения человека в условиях вероятностного выбора представляется неизбежным. Метод позволяет представить сознательные акты поведения во множественных мирах, оживить невыбранные возможности, сделать их объективно наблюдаемыми и количественно измеряемыми. Элементом множества является пара – «индивид в мире». В каждом отдельном мире имеется ряд возможных выборов. Метод позволяет моделировать разнообразное поведение, одного и того же человека, представленного во множественном числе в виде множества возможных индивидов и миров.

**Вероятностный выбор.** Обычно принято считать, что, когда реальный субъект осуществляет «выбор» среди множества возможных, то он исключает все другие возможности. Разумеется, в этом случае идея о возможных мирах не нужна, ибо то, что субъект выбирает в одном реальном мире, точно то же выбирает во всех возможных мирах и образует по отношению к данному «выбору» гомогенное множество миров. Метод возможных миров становится неизбежным, когда выбор понимается, как способность различных действий одного и того же субъекта в одной и той же ситуации, способность выбора одного из действий, но не

исключая невыбранные возможности. Ибо именно невыбранные возможности лежат в основе морального страдания субъекта и оказывают влияние на его поведение. Система гетерогенного множества миров отражает одновременную реализацию мыслимыми индивидами всех возможностей, т.е. ни одна из возможностей не исключается, нет однозначной победы сильного мотива над слабым, выбор возможностей носит компромиссный, взаимодополняющий характер. Все это значит, что вероятностный выбор в реальной жизни не всегда определяется сильным мотивом, иногда победу может одержать и слабый мотив, как бы маловероятным это не казалось.

**Первый акт вероятностного выбора.** Изначально субъект представляется в виде множества мыслимых тождественных индивидов, распределенных каждый в отдельности в мыслимом мире – «стартовое гомогенное множество». В каждом мыслимом мире «стартового множества» имеется ряд возможных выборов. В результате вероятностного выбора исходно тождественные индивиды, являющиеся одним и тем же субъектом, становятся разными индивидами, а миры – разными мирами. Иначе, «стартовое» *гомогенное* множество преобразуется в *гетерогенное* множество миров, состоящее из множества *гомогенных* (но отличающихся друг от друга по типу выбора) подмножеств. Количество *гомогенных* подмножеств в *гетерогенном* множестве точно соответствует количеству возможных выборов в каждом отдельном мире, а количество индивидов в каждом подмножестве находится в обратной связи с силой субъективного переживания, которое субъект испытывает из-за совершенного действия. Вероятностный выбор отдельного индивида можно назвать индивидуальной свободой, каждое гомогенное подмножество – локальной свободой, целостную картину гетерогенного множества миров – интегральной свободой.

**Вероятностный детерминизм.** После первого акта вероятностного выбора производится «очистка памяти» индивидов от прежнего опыта, и индивиды (их можно индексировать) возвращаются в исходное «стартовое» состояние. Процедуру вероятностного выбора осуществляем вновь. В результате мы получим второе гетерогенное множество, тождественное предыдущему гетерогенному множеству миров, несмотря на то, что каждый отдельный индивид – член «стартового» множества ведёт себя «по собственному усмотрению». Процедуру вращения во времени можно осуществлять многократно, в результате чего мы получим супер-гомогенное множество, состоящее из множества тождественных, но независимых друг от друга, гетерогенных множеств. Судьба отдельного индивида, члена гетерогенного множества, носит вероятностный характер, но плотность распреде-

ления этих вероятностей в виде разнообразных гомогенных подмножеств образует систему гетерогенного множества, которая носит воспроизводимый характер и соответствует принципу вероятностного детерминизма. Характеристики гетерогенного множества зависят от биологических особенностей головного мозга человека и состояния среды.

**Мысленный эксперимент с реальным человеком.** Перед испытуемым ставится задача осуществить выбор, например, среди трех возможных выборов. После осуществления вероятностного выбора реализуется один из них. Это лишь первый результат для пополнения пустого неоднородного множества возможных результатов. Очищаем память испытуемого от прежнего опыта, возвращаем его в исходное «стартовое» состояние и процедуру выбора повторяем вновь и вновь (вращение во времени). Пустое гетерогенное множество начинает пополняться и формироваться в виде гетерогенного множества результатов, состоящего из трех гомогенных подмножеств. Существует строго определенное число вращений, после чего гетерогенное множество пополняется и приобретает полный «самодостаточный характер». Это значит, что, если продолжить процедуру «вращения», то это приведёт к формированию второго, точно такого же, как первое гетерогенного множества результатов и т.д. В итоге многократных повторных экспериментов в рамках первого акта вероятностного выбора получим множество тождественных и независимых друг от друга гетерогенных множеств. Можно сказать, что система гетерогенного множества результатов удовлетворяет принципы детерминизма, который мы именуем вероятностным детерминизмом.

**Принцип неопределенности.** Вернемся к возможным мирам. Одним из важных положений вероятностного выбора как частного проявления вероятностного детерминизма является «принцип неопределенности». Это значит, что, если даже можно было бы заранее точно вычислить частоты вероятностей всех возможных действий и соответствующих им результатов, то всё равно невозможно однозначно предсказать, какой именно выбор субъект на самом деле осуществит. Разумеется, человек может повлиять на неоднозначное будущее, путем изменения самого себя, но он не может его сделать однозначным. Можно повлиять на поведение человека, например, путем введения фармакологических средств или гипноза, и сделать его поведение однозначно предсказуемым, но это неизбежно приведет к снижению его моральных качеств и индивидуальности.

**Ветвление миров и индивидов.** После каждого акта вероятностного выбора ситуация в мирах меняется, появляются новые возможные выборы, количественно и качественно отличающиеся

от предыдущих. Индивиды становятся разными индивидами, а миры – разными мирами, как бы происходит дивергенция индивидов и соответствующих им миров. В целом, последующие акты вероятностного выбора представляются в виде ветвления миров и индивидов. Этот процесс можно сравнивать с распространением волн, когда каждая точка волнового фронта является источником последующих волн.

**Система «Я и Они».** Каждый реальный человек представляет собой внутримозговую систему, «Я» и Они» - где «Я», как нечто осуществляющее рефлекссию, существует в единственном числе и не может быть членом множества «Они». Поэтому количество элементов во множестве «Они» на единицу меньше. Именно эта единица как интенция и выступает в качестве системообразующего фактора. Множество «Они» – это «объективное» проявление интенции в субъективном мире и рассматривается нами как некоторая установка в форме моральных ограничений, совести, порождаемых культурой, обществом. Деятельность субъекта как бы находится под нравственным контролем со стороны множества «Они». Сама же интенция остается недоступной для разума. Каждый мыслимый индивид, член гетерогенного множества, в то же время является потенциальным носителем этого множества. В этой связи можно даже сказать, что каждый реальный человек является как бы носителем всего человечества. В вышеуказанных подразделах рассматривали систему гетерогенного множества миров в отрыве от экспериментатора (Я). Система «Я и Они» как бы включает внутри себя и экспериментатора, осуществляющего рефлекссию.

**Мышление у животных и человека.** Мышление, если оно у животных даже имеется, служит реализации биологических потребностей, гедонизму и не выходит за рамки биологического детерминизма. В отличие от этого мышление у человека обеспечивает и реализацию нравственных потребностей. Человек может пожертвовать своим благополучием и даже расстаться с жизнью ради добра и правды.

**Социология.** В классической физике вероятности вводятся для описания огромного числа элементарных процессов, при этом считается, что элементарные процессы подчиняются строгим законам. В квантовой физике и социологии наоборот, как поведение элементарных частиц, так и поведение людей само по себе носит вероятностный характер. В этом случае поведение людей имеет больше общего с поведением элементарных частиц, чем с поведением животных. Моделирование поведения человека во множественных мирах, а затем перенос полученных результатов на реального человека позволяет лучше понять поведение людей, общества.

# Между медициной-априори и -апостериори или «изобретение холистического велосипеда»

Моисеев В.И.

## 1. Медицина-априори и -апостериори

Как известно, термин «априори» означает «до опыта» и «апостериори» – после опыта. Это широко распространённые философские категории, особенно получившие популярность после философии Канта.

Введём следующие понятия:

*Медицина-априори* – условное название некоторой минимальной смысловой системы медицинского знания и практики, без которой сама идея медицины невозможна.

*Медицина-апостериори* – исторически-конкретное воплощение медицины-априори на том или ином этапе эволюции медицины.

## 2. Медицина-априори

Какие основные категории лежат в основании медицины-априори? С нашей точки зрения, это (см. рис.1):

- Предположение данности двух субъектов – врача и пациент (больного);
- Допущение, что пациент (больной) болен;
- Врач исследует больного и определяет вид болезни (диагноз);
- На основании диагноза врач лечит больного и хотя бы в некоторой степени возвращает ему здоровье (терапия).

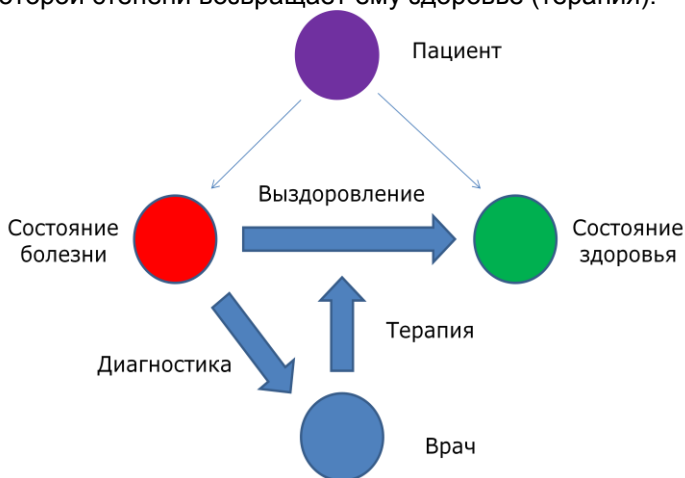


Рис.1. Схема основных концептов медицины-априори.

### 3. *Что такое здоровье и болезнь?*

Важнейшие категории медицины-априори – здоровье и болезнь. Что это такое в рамках медицины-априори, т.е. без конкретных деталей, на уровне минимальной системы смыслов? При попытке наиболее общего выражения идеи здоровья в истории медицины использовались такие категории, как: гармония, равновесие, согласованность, соответствие, оптимальность, адекватность ...

### 4. *«Изобретаем велосипед»*

За всеми этими признаками стоит некоторая одна схема, которую лучше начать понимать на примере какого-нибудь простого технического устройства, например, велосипеда. Здесь каждый элемент должен быть на своём месте, должен правильно взаимодействовать с другими элементами для обеспечения какой-то общей функции.

### 5. *От частей к целому*

Нахождение на определённом месте и возможность только определённых изменений некоторой части общей системы – это выражение наложения связей (ограничений) на эту часть. В то же время каждое ограничение части, будучи скоординированным с определёнными ограничениями других частей, позволяет собрать определённое на этих частях целое со своей интегральной функцией. Скоординированное ограничение частей рождает целое со своими степенями свободы, которых бы не было без ограничений частей.

### 6. *Ограничение как свобода*

Организованное ограничение частей оказывается условием возникновения целого и проявления его свободы. Если же части выйдут из организации ограничений, то данное целое (или вообще целое) окажется уже невозможным на этих частях. В итоге получаем диалектическую формулу:

Организованное ограничение частей = Бытие-Свобода целого,

Неорганизованная свобода частей = Ограничение-Небытие целого.

### 7. *Велосипед как целое*

Например, на уровне целого велосипед может быть охарактеризован двумя главными параметрами – направлением движения (руль) и скоростью (колёса). Части, из которых состоит велосипед: колёса, рама, руль, седло, 2 звёздочки, цепь, педали. Центры колёс закреплены жёстко, но сами колёса могут вращаться вокруг центров – это пример организованного ограничения. То же со звёздочками, кроме того, цепь должна быть точно подогнана, чтобы обеспечивать оптимальную связь между звёздочками, – это также пример организованного ограничения частей.

### 8. *Куда доедет колесо?*

Посмотрим на колесо как на систему со своими степенями свободы. Свободное колесо (снятое с велосипеда) может как угодно двигаться в пространстве. Чтобы определить его положение в пространстве, достаточно знать положение центра колеса, вектор направления из этого центра в какую-то сторону и угол поворота относительно некоторой оси в плоскости колеса – всего имеем  $3 + 2 + 1 = 6$  степеней свободы.

То же число степеней свободы будет характерно для остальных частей – второго колеса, двух звёздочек (вместе с педалями), рамы, седла и руля. Всего 7 независимых (несобранных в велосипед) деталей дадут  $6 \cdot 7 = 42$  степени свободы.

#### *9. Приехали...*

Когда же колесо жёстко закрепляется в раме велосипеда, то относительно рамы у колеса остаётся только одна степень свободы – угол поворота. В итоге с переходом к целому число степеней свободы отдельной части падает.

#### *10. Велосипедная свобода*

Но когда все части того же велосипеда закреплены (организованно ограничены) в составе готового велосипеда, то возникает велосипед как целое, т.е. как отдельная система  $N$  со своими степенями свободы.

Например, у велосипеда как целого можно выделить следующие основные степени свободы: позиция центра заднего колеса, направление вектора, перпендикулярного плоскости заднего колеса (рамы), угол поворота заднего колеса (звёздочки и педалей), угол поворота руля и угол поворота переднего колеса, величина мгновенной скорости движения – всего  $3 + 2 + 1 + 1 + 1 + 1 = 9$  степеней свободы.

Когда же велосипед едет (находится вертикально), и углы колёс и звёздочек связаны жёстко, то остаётся только  $3 + 1 + 1 + 1 + 1 = 7$  степеней свободы. Но это не 42 степени свободы, которые были у изолированных частей.

#### *11. Спуски и подъёмы*

Таким образом, с переходом к целому происходит падение числа степеней свободы частей, в нашем примере - от 42 до 9!

Однако, в какое сравнение могут идти разобранный велосипед с 42 степенями свободы и собранный работающий велосипед, хотя и с 9 степенями свободы?!

С точки зрения целого велосипеда, мы перешли от нулевой свободы целого к определённом функционирующему целому с 9 степенями свободы своей холистической функции!

Таким образом, благодаря организованному ограничению частей, вообще возникает целое со своей функцией и своими степенями свободы.

Теперь обобщим этот пример

## 12. Сухая математика

Если часть  $\mathcal{C}_k$  вне целого  $\mathcal{H}$  характеризовалась  $n_k$  степенями свободы  $x_{k1}, x_{k2}, \dots, x_{kn}$ , где каждая переменная  $x_{ki}$  характеризовалась своей областью определения  $D_{ki}$ , то переход в состав целого может выражаться для переменной  $x_{ki}$  превращением её в параметр  $x_{ki}^*$  со следующими возможностями:

- 1) переменная  $x_{ki}$  не меняется («идентификация»),
- 2) происходит ограничение области определения от  $D_{ki}$  до  $D_{ki}^*$  («рестрикция»),
- 3) возникает (функциональная) связь вида  $x_{ki}^* = f(x_{kj}^*)$ , где  $x_{kj}^*$  – другие параметры (в том числе других частей) («зависимость»),
- 4) переменная  $x_{ki}$  ограничивается до константы  $c_{ki}$  («константизация»).

Систему  $\mathcal{C}_k$ , в которой переменные  $x_{ki}$  трансформировались в параметры  $x_{ki}^*$ , будем обозначать в виде  $\mathcal{C}_k^*$ .

## 13. Целое и части

Целое  $\mathcal{H}$  также представляет собой систему со степенями свободы  $y_1, \dots, y_m$ . Такая система возникает в результате превращения частей  $\mathcal{C}_k$  в организованно-ограниченные части  $\mathcal{C}_k^*$ . Если  $\mathcal{C}_k$  – это *часть-вне-целого*, то  $\mathcal{C}_k^*$  – это *часть-целого*.

Возникновение целого  $\mathcal{H}$  – это одновременно трансформации частей-вне-целого в части-целого. И те ограничения, которые накладываются на часть-вне-целого, чтобы сделать её частью-целого, это необходимые условия для возникновения и функционирования целого. Части не только ограничиваются, входя в состав целого, но и координируются между собой через связи своих параметров – см. рис.2.

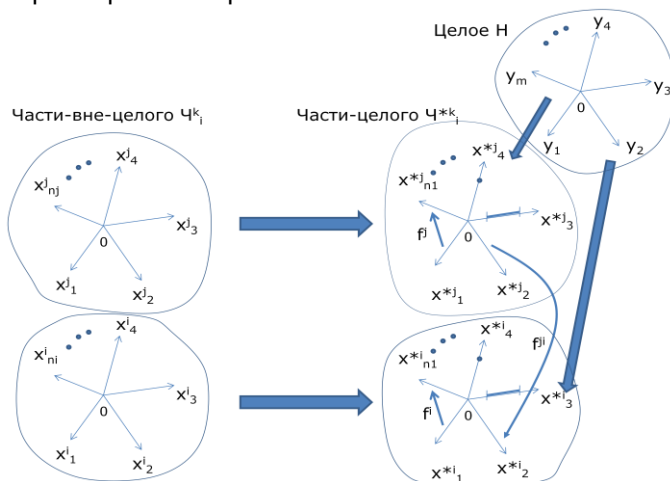


Рис.2. Переход от частей-вне-целого к частям-целого и их координации с возникающим целым (на примере их пространств степеней свободы).

#### 14. Здоровье как оптимальное целое

Если теперь вернуться к идее здоровья, то, во-первых, можно отметить, что описанная выше логика является универсальной как для искусственных, так и для природных целых, в том числе биологических систем. Во-вторых, мы теперь более строго можем выразить идею здоровья как такое состояние биологического целого  $H$ , при котором все реальные части  $Ч'_k$  системы реализуются как части-целого, при которых достигается наиболее оптимальное функционирование целого.

#### 15. Норма и патология велосипеда

Возвращаясь к примеру с велосипедом, мы можем выразить состояния его нормы и патологии (отклонения от нормы).

Например, натяжение цепи может быть оптимальным и неоптимальным, и здесь можно ввести критерии оптимальности, выражающие этот факт (вид связи между параметрами будет соотноситься с некоторым наиболее оптимальным вариантом). Или, например, колесо окажется не столь прочно закреплённым и начнёт болтаться (его степени свободы начнут увеличиваться относительно своего состояния как части-целого, что ослабит целое).

#### 16. Степень оптимальности частей-целого

В более общем случае можно говорить не просто о возникновении частей-целого  $Ч^*_k$ , но и о разных их вариантах, которые могут более или менее отличаться от некоторого наиболее оптимального варианта.

В связи с этим, можно ввести представление об *оптимальных* частях-целого  $Ч_{ок}$  и их координациях, относительно которых все иные части-целого  $Ч^*_k$  будут менее оптимальными, так что степень оптимальности окажется в этом случае мерой сходства реальных частей (координаций) с оптимальными – см. рис.3.

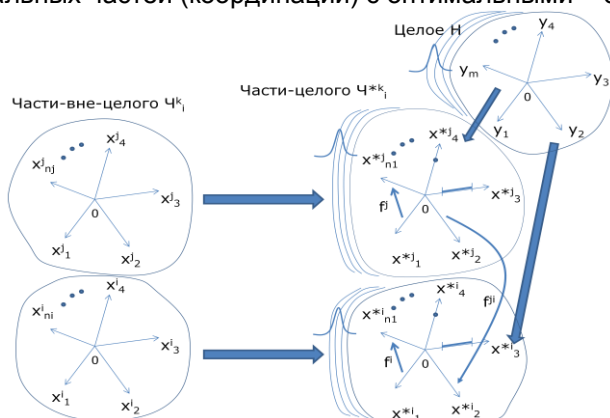


Рис.3. Меры оптимальности на частях-целых и состояниях целого.

### 17. Поверим алгеброй гармонию

В этом случае норма целого  $H$  – это такое его состояние, при котором все его реальные части-целого  $\mathcal{C}_k^*$  и их координации совпадают с оптимальными частями-целого  $\mathcal{C}_{ок}$  и их координациями, что даёт наиболее полное выражение целого и его степеней свободы. Это же состояние можно характеризовать как гармонию целого и частей, частей с их идеалами, равновесие всех частей между собой, соответствие с их идеалами и т.д. На этой основе можно определить и отклонение от нормы.

### 18. Мы едем, едем, едем ...

Когда велосипед едет, то это можно выразить в виде траектории в пространстве степеней свободы велосипеда как целого. Езда велосипеда в целом – это соответствующее изменение и каждой его части, что также можно выразить как траекторию в пространстве степеней свободы каждой части.

В итоге траектория изменения целого раскладывается на множество траекторий изменения частей этого целого – см. рис.4.

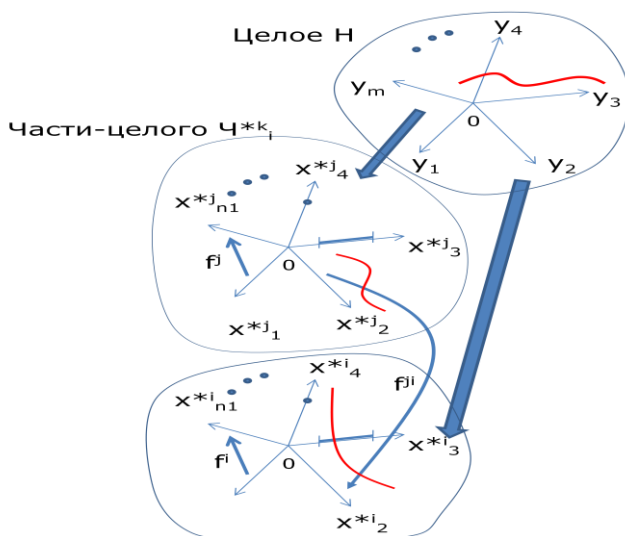


Рис.4. Изменение целого и частей как скоординированные траектории в соответствующих пространствах степеней свободы

### 19. Тектологический логос целого

Так мы получаем первые определения главных категорий медицины-априори – здоровья и болезни. Мы видим, что в основе медицины-априори лежит своеобразный «организационный (тектологический) логос» целого, его частей, их организованного ограничения и степеней оптимальности такового для целого. На

этой основе можно развивать дальнейшие конструкции медицины-априори и интерпретировать реальные медицинские системы – медицины-апостериори.

#### *20. Велосипеды в дикой природе*

Например, современная биомедицина (как медицина-апостериори) является высокоредукционистской, т.е. пытается свести целое к отдельным частям, как бы убедить нас, что велосипеда нет, а есть только его отдельные части. Но в этом случае число степеней свободы, как мы видели ранее, резко возрастает, и система оказывается практически неуправляемой.

Если же образы целых в современной биомедицине и используются, то чисто физические, т.е. как бы пытаются вывести велосипед из законов физики и химии: словно наряду с камнями время от времени в природе могут встречаться и велосипеды.

#### *21. Прикладная оптимология*

Но есть и положительный опыт – это использование разного рода критериев оптимальности и развитие на этой основе биомедицинского знания как прикладной оптимологии (целевые функции, исследование операций, принцип оптимальной конструкции Н. Рашевского и т.д.).

Необходимо идти по этому пути и далее, усиливая координацию медицины-априори и -апостериори.

## **Роль сетевых структур в гуманитарной медицине (на примере задач восстановительной медицины)**

**Олескин А.В.**

*Гуманитарную медицину* мы ранее определили в духе недавних работ В.И. Моисеева как «двустороннее взаимообогащающее взаимодействие медицинской теории и практики с социальными и гуманитарными науками»<sup>1</sup>. В рамках этого инновативного понимания медицины особый потенциал имеют «*распределенные неиерархические сетевые структуры* современного социума»<sup>2</sup>. Их возможное – и благотворное для контингента пациентов – применение мы рассмотрим в этом кратком сообщении на материале

---

<sup>1</sup> Олескин А.В. Гуманитарная медицина и гуманитарная биология // Философские науки, 2014, № 12, с. 111.

<sup>2</sup> Там же, с. 115.

восстановительной медицины. Ее можно «в первом приближении» определить как систему знаний и практической деятельности, нацеленную на восстановление функциональных резервов человека, подъем степени его здоровья и жизненного стандарта, которые пострадали вследствие воздействия вредоносных факторов или болезни/травмы (на этапе реконвалесценции или ремиссии).

Связь восстановительной и гуманитарной медицины явствует из того, что восстановительная медицина «лечит людей, а не симптомы или болезни»<sup>1</sup>. Она отвечает основной цели медицины вообще (которая заострена именно в рамках гуманитарной медицины) – «диагностика причин страданий и их облегчение, а также улучшение здоровья <людей>» и придает особое значение духовным, психологическим аспектам врачебной помощи и, в частности, реабилитационной деятельности. Необходима духовная работа, которая «предполагает заботу на базе личностного взаимодействия». «Клиницист вкладывает всего себя в контакт <с пациентом> и уделяет всё внимание ему... Составная часть этого – способность слушать и быть внимательным ко всем аспектам жизни пациентов и их семей»<sup>2</sup>.

Децентрализованные сетевые структуры могут формироваться на разных уровнях системы восстановительной медицины, в том числе: 1) на уровне отдельной команды реабилитологов, которая в этом случае не имеет единого начальника – приобретает децентрализованную организацию с несколькими частичными специализированными лидерами (см. ниже про хирамы); 2) на уровне сетевого альянса между несколькими командами, а в мире медицинского бизнеса – между несколькими предприятиями. Оба уровня формирования сетей представлены в нашей стране. Реальным примером сетевых команд врачей являются сети в составе Ассоциации АнтЭра, объединившей врачей, больных и членов их семей. Сетевая распределенная организация этой Ассоциации способствует интегральному охвату ее многоаспектной целевой задачи исцеления людей. Основатель Ассоциации А.А. Крель<sup>3</sup> подчеркивал: ««Размышляя много лет о том, как в современных условиях сделать, чтобы лечебная практика была качественной и эффективной, я постепенно приходил к пониманию того, что это может быть достигнуто через формирование **Сообщества** лиц, страдающих хроническими расстройствами здоровья, их родственников и различных специалистов,

---

<sup>1</sup> Smith J. Just exactly what is restorative medicine? // DZ Logic Blog. 2015. <http://dzlogic.com/prevention/restorative-medicine>.

<sup>2</sup> Cobb M.R., Puchalski C.M., Rumbold B. Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012.

<sup>3</sup> Ассоциация АнтЭра. Институт клинической медицины и социальной работы им. М.П. Кончаловского. 2015. <http://celenie.ru>

заинтересованных в оказании помощи нуждающимся в ней. Такая помощь не должна быть только медицинской. Она должна касаться всех сфер жизни: социальной, экономической, культурной, психологической и, наконец, духовной».

К успешно действующим медицинским сетям-альянсам принадлежат АО «Медицина», Европейский медицинский центр, «Медси», «Скандинавия». Сети могут формироваться из близких по размерам компаний или вокруг одной крупной компании.

Значительное число разнообразных биологических систем имеет децентрализованный характер и в то же время характеризуется преобладанием кооперации элементов над конкуренцией между ними. Децентрализованные сетевые структуры в биосистемах допускают разные организационные варианты. Многие из них интересны не только для самих биологов, но и для тех, кто хотел бы видеть перестройку человеческого общества по сетевым сценариям. Ряд вариантов сетевой организации, реализуемых в живой природе, в то же время могут послужить концептуальной основой и для сетевых структур в человеческом социуме. Особенно многообещающими в этом плане представляются семь вариантов сетевых структур в биосистемах (семь сетевых парадигм)<sup>1</sup>. Речь идет о нейронной, клеточной, модульной («кишечнополостной»), ризомной, («грибной»), эквипотенциальной («рыбной»), зусоциальной («муравьиной»), нейронной и эгалитарной («обезьяньей») парадигмах сетевой организации. Мы не будем останавливаться на характеристике каждой из них (см. подстраничные ссылки), однако очертим применимость некоторых сетевых парадигм в рамках задач восстановительной и – более концептуально – гуманитарной медицины.

*Эгалитарная* («обезьянья») парадигма оказывается применимой к организации сетевых творческих лабораторий энтузиастов, разрабатывающих новые «прорывные» технологии для восстановительной медицины. Такие сети энтузиастов сходны со структурами человекообразных обезьян в следующих отношениях: 1) Уважение индивидуальности и свободы индивида; эту свободу сетевая структура ограничивает лишь временными, частными обязательствами, обусловленными совместными проектами, публикациями, конференциями; 2) Известная степень иерархичности с признанием заслуг отдельных членов сетевой структуры (наподобие высокоранговых «сереброспинных самцов» горилл); однако, это не дает никому права на доминирование; 3) Рыхлые связи между узлами сети, право индивидов или групп свободно вступать в сеть или покидать ее. Аналогичные принципы можно

---

<sup>1</sup> Олескин А.В. Сетевое общество: его необходимость и возможные стратегии построения. М., 2016.

реализовать в «штучных» сетевых структурах, состоящих (как и группа, скажем, шимпанзе) из немногих индивидов – крупных ученых, маститых «светил» медицины, которые в ходе консилиумов решают вопросы диагностики и терапии в наиболее сложных и проблемных клинических случаях.

*Эусоциальная* парадигма: у ее прототипа муравейника иерархические временные рабочие команды муравьев имеют лидеров, которые горизонтально взаимодействуют между собой в рамках децентрализованной сетевой структуры более высокого порядка. Представима эффективная организация восстановительных медицинских мероприятий малыми иерархически организованными (имеющими рабочих лидеров) группами реабилитологов. Однако эти малые группы погружены в контекст горизонтального сетевого взаимодействия в рамках совместного решения масштабированных задач восстановительной медицины, требующих, например, совместного использования очень дорогого оборудования.

Многие социально-технологические проекты, имеющие в виду создание сетевых структур, фактически руководствуются принципами *нейронного* организационного варианта, где организация по слоям отражает логический ход решения задачи: от получения информации на многих элементах входа через ее коллективную обработку к концентрации решения на элементах выхода. Это способствует параллельной обработке информации творческими подгруппами в рамках сети, составленной из тренирующихся реабилитологов. Сеть в целом в этом случае ассоциативно строит образ целого решения поставленной задачи на базе фрагментов, предложенных каждой из творческих подгрупп («слоев» коллективной «нейронной сети»). Доминантой в ходе самостоятельных работ по «нейронному» сетевому сценарию должно быть самообучение как каждого индивида, так и на групповом уровне – уровне сети как коллективного «мозга».

*Эквипотенциальная* парадигма, функционирующая в стаях многих рыб, отличается отсутствием даже частичных лидеров и в то же время сильной тенденцией к сходству характеристик всех входящих в стаю индивидов. Работа сети характеризуется параллельным функционированием многих совершенно однородных элементов сети, что повышает ее надежность и помехоустойчивость в силу многократного дублирования всех этапов работы. Подобная организация может быть успешно применена к восстановительной медицине, когда проигрывается особенно рискованный этап какой-либо разработки или методики, так что почти 100%-ный удачный исход может быть достигнут лишь ее многократным осуществлением параллельными однородными малыми группами медицинских работников.

Говоря о вариантах сетевой децентрализованной организации, мы не можем не упомянуть описанную в более ранних выпусках сборников **Научно-практических конференций «Философские проблемы биологии и медицины»** *хираму*, которая имеет важные для гуманитарной и восстановительной медицины воплощения. Речь идет о креативной команде, создаваемой для решения междисциплинарной задачи, например, *Лечение и реабилитация ВИЧ-инфицированных пациентов*. Задача дробится на несколько субпроблем, однако членение проблемы на субпроблемы не означает деление коллектива участников на части. Они параллельно работают по нескольким субпроблемам сразу – выступают не как узкие специалисты, а как генералисты (люди с гибкими функциями, переменной специализацией). За каждой из субпроблем закреплён только специализированный частичный творческий лидер, координирующий работу всех участников хирамы по соответствующей теме и протоколирующий их идеи.

**Работу хирамы можно проиллюстрировать на примере сети, которую, по убеждению автора, следовало бы создать ради объединения усилий ученых и медиков по востребованной ныне междисциплинарной проблематике – по *Микробной коммуникации, нейромедиаторам и пробиотикам*.** Эта гипотетическая структура имела бы прямое и очевидное отношение к восстановительной медицине. Ее важность вытекает из того факта, что микроорганизмы (в том числе полезные **пробиотики**) действуют на мозг человека, вырабатывая те или иные нейрохимические соединения, и учет такого влияния важен в медицинском и психологическом планах. Данная междисциплинарная проблематика в целом пока не исследуется никаким академическим институтом, которые лишь порознь изучают разные грани темы. Пилотная сетевая структура для реализации указанной выше цели подразделяет свою достаточно широкую тематику на три подтемы, которым соответствуют три специализированных частичных лидера: 1) *Социальная организация и коммуникация микроорганизмов*; 2) *Воздействие микробных продуктов на мозг*; 3) *Пробиотики*. Эти лидеры – в соответствии с принципами хирамы – получают данные от всех участников сети, формирующих единый пул. Как и во многих других хирамах, в данной сетевой структуре, кроме частичных творческих лидеров, имеются также неспециализированные лидеры: 1) психологический лидер (модератор) и 2) лидер по внешним связям. Именно лидер по внешним связям составляет единое коммуникативное пространство по результатам, протоколируемым всеми тремя творческими лидерами. Несколько хирам с взаимоперекрывающимися темами смогут переплестись с созданием сетей более высоких порядков (хирамиад – хирам из хирам), которые способны творчески обработать

спектр междисциплинарных проблем, присущих современной гуманитарной медицине и ее неотъемлемой составной части – восстановительной медицины.

Таким образом, в настоящей работе кратко проиллюстрировано приложение децентрализованных сетевых структур, которые успешно функционируют в живой природе, к спектру задач восстановительной медицины, практически реализующей многие гуманитарно-медицинские принципы.

## **Философские проблемы биологии и медицины: «сумеречные» зоны**

**Онищук С.А.**

Диагноз в медицине является по сути своей вероятностным, так как ни один врач не может со стопроцентной уверенностью поставить диагноз. Данный вариант анализа можно рассмотреть на примере гематологии, например, при установлении анемии. Затруднительно провести определяющую границу по составу гемоглобина, так как данные по здоровью и патологии перекрываются, и одному и тому же значению показателя иногда сложно определить наличие патологии.

Это соответствует философскому понятию скачка при переходе одного качества в другое. Скачек может быть довольно протяженным, образуя так называемую «сумеречную» зону, в которой при одном значении количества могут существовать оба качества. И тогда любому значению количества в этой зоне можно придать вероятность того или иного качества.

В подходах, используемых для дискриминации пограничных состояний в медико-биологических исследованиях распознавание отклонений от физиологической нормы осуществляется детерминистскими и вероятностными методами. При детерминистских (логических) вычислительных методах учитываются лишь признаки, всегда имеющиеся или всегда отсутствующие. Детерминистская логика – это наиболее простой диагностический приём, основанный на прямых связях между наличием у больного определенных симптомов и диагнозом заболевания. Есть симптом – 1, нет – 0. И затем количество “единичек” у больного сравнивается с количеством их у эталона диагноза.

М.Л. Быховским был предложен метод информационно-вероятностной логики. В основе метода лежит диагностическая таблица, составленная для определённого класса заболеваний.

Изучается и обрабатывается большое количество историй болезней с проверенными диагнозами, что стало возможным только благодаря применению для этих целей компьютера. А именно, на компьютере вычисляются условные вероятности наличия симптомов.

Если у больного установлено заболевание с определенным диагнозом, то симптомы, относящиеся к данному заболеванию, имеют определенную вероятность. Из историй болезней выписываются все симптомы, встретившиеся при этом заболевании. Их вероятности сводятся в таблицу, которая является основой метода. В диагностическую таблицу, входит: набор симптомов для различных заболеваний. Диагноз ставится не по одному, а по нескольким симптомам, обнаруженным у больного.

Если рассматривать физиологию эритропоэза, то принципы оценки лабораторных показателей, базирующиеся на их выходе за пределы нормальных величин, не всегда приемлемы, поскольку, используя их, мы можем регистрировать только «грубые» нарушения, укладывающиеся в понятия «патологическое состояние» или «заболевание». Прогресс же в дифференциальной диагностике ранних нарушений эритропоэза связан с выявлением негативных изменений, которые могут быть классифицированы как предпограничные состояния.

Существенную помощь здесь может оказать вероятностный подход, который измеряет частоту встречаемости значения параметра, т.е. оценивает его информативность. Поскольку в результате автоматизированного анализа крови стало реальным получать большое число показателей крови, несущих колоссальное количество информации о состоянии кроветворной системы, вероятностный подход оказывается значительно эффективней других методов диагностики.

Целью данной работы является анализ функционального состояния эритропоэза при пограничных состояниях, связанных с дефицитом железа, и создание физиолого-математических моделей, отражающих качественные взаимопереходы биологической системы от физиологической нормы к ранним нарушениям эритропоэза. То есть по сути это сводится к выявлению «сумеречных» зон гематограмм, и приданию вероятностного статуса диагнозу.

Поскольку ни по одному из значений показателя в отдельности нельзя судить о функциональном состоянии эритропоэза, использовалось несколько показателей.

Технически задача получения диагноза решалась следующим способом. Производилась построение гистограмм плотности вероятности значений показателей гемограммы и аппроксимация их четырехпараметрической функцией; вычисление уравнений аппроксимирующих функций для каждого анализируемого показателя.

теля; расчет вероятностного графика функций путем суммирования плотности вероятности значений показателя при всех анализируемых функциональных состояниях с последующим нормированием до 100%; вычисление по графикам (или аппроксимационным формулам) для каждого значения показателя вероятность принадлежности к каждому из анализируемых функциональных состояний; расчет вероятностного диагноза путем перемножения вероятностей каждого состояния для каждого анализируемого значения гемограммы и нормирования до 100%.

Таким образом производилась разработка алгоритма вероятностного распознавания функционального состояния эритропоза пациентов. В частности, для анемий [1] были установлены: латентный дефицит железа (ЛДЖ), железодефицитная анемия (ЖДА), анемия хронических заболеваний (АХЗ),  $B_{12}$ -дефицитная анемия (ВДА), миелодиспластический синдром (МДС), смешанная группа гемобластозов (ГБ).

Для вышеуказанной цели были использованы следующие показатели гемограммы: *RBC* (содержание эритроцитов), *PLT* (содержание тромбоцитов), *WBC* (содержание лейкоцитов), *HGB* (концентрация гемоглобина), *HCT* (гематокрит), *MCH* (среднее содержание гемоглобина в эритроцитах), *Ret-He* (содержание гемоглобина в ретикулоцитах), *MCV* (средний объем эритроцитов), *MPV* (средний объем тромбоцитов).

Помимо вышеперечисленных патологий была успешно проведена диагностика онкозаболеваний крови [2]. Были построены гистограммы плотности вероятности значений показателей гемограмм таких болезней как острого лейкоза, сублейкемического миелоза, эритремии и т.д.

Также успешно была применена диагностика в отношении вирусных гепатитов В и С [3]. Вирусный гепатит В – антропонозная инфекция с перкутаным механизмом заражения; характеризуется преимущественным поражением печени. Носители – лица с субклинической формой инфекционного процесса, общее число которых (по данным ВОЗ) превышает 350 млн человек. Лабораторная диагностика основывается на выявлении биохимических маркеров цитолиза, мезенхимального воспаления, холестаза. Для диагностики гепатита С используют специфическую диагностику, основанную на обнаружении вирусной РНК (методом полимеразной цепной реакции) и/или антител класса IgM (методами ИФА или иммуноблока). Выявление конкретного вида гепатита – занятие дорогое и трудоемкое. При вероятностной диагностике из-за образования «сумеречных» зон дифференцировка производится даже по общему анализу крови.

### *Список литературы:*

1. Салтанович И.М., Барановская И.Б., Онищук С.А. Использование гемокрита для вероятностной диагностики анемий различного генеза. Труды VI Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов «Современное состояние и приоритеты развития фундаментальных наук в регионах». Краснодар, 2009, с. 68-70.

2. Ворушилина В.Н., Напсо Л.И., Онищук С.А, Салтанович И.М. Вероятностная диагностика онкозаболеваний крови. Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции “Перспективы инновации в науке, образовании, производстве и транспорте 2009”.Том 17. Биология, сельское хозяйство, медицина, ветеринария и фармацевтика, химия, физическое воспитание и спорт. Одесса, Черноморье, 2009, с. 51-53.

3. Финин Т.Ф., Онищук С.А. Альтернативное решение диагностических задач при скрининге вирусных гепатитов В и С. Материалы VIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов юга России «Медицинская наука и здравоохранение». Анапа, 2010, с.183-186.

## **Искусственная нейронная сеть как пример интегральной взаимопомощи научных областей: биомедицины и техники**

***Подзолков П.Н.***

Искусственная нейронная сеть (ИНС) — математическая и компьютерная модель, создаваемая для анализа данных на основе обработанных ею прежде. Работу с ИНС можно условно разбить на несколько стадий: сбор данных для обучения, выбор топологии сети и подбор параметров узлов, обучение и, наконец, использование. Однако допускается, чтобы две последние стадии работали одновременно для новых неизвестных видов данных.

ИНС – это попытка воссоздать биологическую нейронную сеть (БНС). Как и в биологической, в искусственной сети есть тела нейронов (узлы), дендриты (входы данных) и аксон (выход данных). Однако, в отличие от биологических, в искусственных сетях у одного узла может быть несколько выходов. Узлы располагаются слоями, последовательно обрабатывают информацию и де-

лают о ней какой-либо вывод, например, распознавание образа, классификация или прогнозирование<sup>1</sup>.

БНС устроены гораздо сложнее. В каждом волокне нерва располагается своя нейронная сеть. Эти волокна сплетаются в нервы, которые, в свою очередь, образуют собственную сеть. Можно предположить, что нервная система человека – это многограновая сеть, высшие ранги которой имеют в качестве узлов нейронные сети младшего ранга. Если реализовать эту схему в ИНС, это даст возможность создавать многофункциональные нейронные сети. Тогда внешняя сеть будет использоваться для определения поставленной задачи, после чего задача передаётся для решения младшей нейронной сети.

В биологических системах нейронные сети никогда не работают изолированно. Они всегда находятся во взаимодействии с другим методом регуляции организма – гуморальным (гормональным). Взаимосвязь между этими методами двусторонняя. Органы гормональной регуляции могут быть как исполнительными, то есть реагирующими на команды нервной системы, так и самостоятельно регулирующими деятельность нервной системы. Так, например, вещества нейромедиаторы могут регулировать работу конкретных синапсов, то есть контролировать работу какой-то определённой ветки нейронной сети: ускорять или подавлять движения сигнала в ней.

Попытка реализовать аналог нейромедиаторов в ИНС в виде программной надстройки тоже может иметь смысл. Алгоритм работы данной надстройки будет следующим: если входные данные имеют какие-то конкретные параметры, то определённые пути в нейронной сети должны стать более вероятными. Данная надстройка будет увеличивать вероятность правильного вывода нейронной сети при появлении известных системе параметров входных данных.

Конечно, с точки зрения программирования такой метод может быть назван «костылезаацией», так как создаётся фрагмент программы, выполняемый только в частных условиях (не несущий пользы для общей ситуации, но при этом занимающий отдельную часть кода и памяти). Тем не менее, такая схема может иметь успех как пример бионики, поскольку, в целом, соответствует структуре биологических систем.

Также в биологических системах существуют нейромедиаторы, задействование которых обусловлено состоянием организма. Например, в состоянии страха выделяется нейромедиатор адреналин. Подобные нейромедиаторы изменяют схему работы

---

<sup>1</sup> См.: Нейронные сети для начинающих. Часть I // «Habrahabr» – URL: <https://habr.com/post/312450> (дата обращения 23.05.2018).

нервной системы и организма в целом в соответствии с конкретным состоянием. Так адреналин ускоряет все синаптические процессы, а также задаёт конкретные параметры в работе других систем органов. В одних системах органов эти параметры «настраивает» сам адреналин, в других же это делает нервная система, изменившая своё поведение под его воздействием. Например, под действием адреналина нервная система «настраивает» учащение сердцебиения и дыхания.

Реализация аналога таких «нейромедиаторов состояний» в ИНС должна при наличии определённых факторов запускать специализированный режим, контролирующий работу нейронной сети. В этом режиме по-другому настраиваются узлы, поэтому вывод нейронной сети может оказаться иным или может быть достигнут быстрее. То есть в разных режимах нейронная сеть может на одинаковые исходные данные выдавать разные результаты. Это может иметь смысл при смене постановки задачи для одних и тех же данных. Для переключения на новый режим не нужно будет увеличивать объём данных в узлах нейронной сети, поскольку информация будет храниться в искусственном нейромедиаторе, в котором не содержатся все данные для полной настройки нейронной сети на новую задачу, а хранится лишь разница между двумя состояниями – те изменения, которые нужно внести для перехода с текущего режима на новый. Это означает, что те же данные можно использовать при возвращении в исходное состояние.

Центром нервной системы человека является головной мозг. Медицинские исследования активности головного мозга основываются на его электромагнитных излучениях. Разные частоты этих излучений соответствуют разным состояниям (степеням активности) мозга.

Выделяют пять основных типов волн во всём диапазоне частот электромагнитного излучения мозга. «На нижней границе диапазона находятся дельта-волны, излучаемые мозгом в период глубокого сна. Тета-волны соответствуют состоянию на грани сна и бодрствования, альфа-волны доминируют при погружении в творческую активность, а бета-волны фиксируются при повседневном состоянии сознания. Самой же высокой частотой обладают гамма-волны, наблюдаемые в возвышенных, «просветленных» состояниях ума. <...> У младенцев доминирующим излучением является дельта. По мере взросления частота излучения повышается: сначала доминирующими становятся тета-волны, затем альфа и, наконец, бета»<sup>1</sup>. Под «просветленным» состоянием ума из данной цитаты мы можем

---

<sup>1</sup> Диспенза Дж. Сила подсознания, или как изменить жизнь за 4 недели. М., 2017, с. 278-279.

понимать периоды активности мозга во время решения задач, требующих максимального сосредоточения.

Попытаемся создать аналогию этих волн в нейронных сетях. Допустим, у нас есть крупная нейронная сеть, занимающаяся анализом постоянно появляющихся данных, например, прогнозированием погоды по данным на текущий момент времени. В таком случае важным показателем работы этой нейронной сети будет частота замеров погодных данных. Чем они чаще, тем больше вычислительной мощности требуется для их хранения и анализа, и тем точнее будет прогнозирование. Если же замеры будут редкие, то нагрузки на сеть снизятся, но вместе с тем снизится и качество прогнозирования. Частоту замеров и будем считать аналогом частоты электромагнитного излучения мозга. От этой частоты зависит активность ИНС. Соответственно, настраивая параметр частоты, можно оптимизировать затраты вычислительных мощностей и качество работы сети, как это происходит у человека: низкие частоты для сна, когда нет сложных задач, и высокие для бодрствования и постоянного анализа данных из внешнего мира.

Вернёмся к тому, что рассматриваемая ИНС – крупная. То есть память данной сети велика, и сделать резервное копирование данных с неё – ресурсозатратная задача. Появляется потребность в постоянной поддержке работы данной сети. Как поступить, если нам необходимо что-то изменить в такой сети, настроить по-другому? Если мы будем вносить изменения во время активности сети, то неизбежны ошибки в данных, которые будут в этот момент обрабатываться сетью.

Теперь снова присмотримся к биологической системе, к человеку. Возьмём почти самое низкочастотное тета-излучение. «У взрослых тета-излучение фиксируется в сумеречном состоянии на грани сна и бодрствования или в гипнотическом трансе. Мы и спим, и не спим одновременно (сознание бодрствует, но тело практически спит). Именно в такое состояние приводят своих пациентов гипнотерапевты, чтобы получить доступ к их подсознанию. В этом состоянии мы наиболее подвержены программированию, поскольку завеса между сознанием и подсознанием снимается»<sup>1</sup>.

Это значит, что если мы по аналогии с биосистемой на момент перепрограммирования ИНС снизим её частоту, то количество ошибок, допущенных сетью, существенно снизится, так как будут производиться редкие замеры, и количество данных, обрабатываемых сетью на момент технических работ, будет невелико. Так наличие настраиваемого параметра частоты снова даст положительные эффект.

---

<sup>1</sup> Там же, с. 283.

Таким образом, мы предположили три возможных расширения ИНС, отталкиваясь от биологических систем. Многограновые нейронные сети, искусственные нейромедиаторы и различные частоты работы ИНС. Возможность разработки этих моделей, как и само существование ИНС, является хорошим примером бионики. А их использование возможно в любой научной сфере, в том числе и биологической (медицинской).

Например, существуют ИНС, применяемые для ранней диагностики сахарного диабета или для кардиодиагностики. Если же говорить о теоретической биологии, то можно попробовать применять ИНС для предсказания функций белков на основе их аминокислотной последовательности или нуклеотидной последовательности кодирующего их гена. Усовершенствовав такую ИНС, её можно использовать также для предсказания последствий генных мутаций.

Здесь мы наблюдаем проявление «правила бумеранга» в науке: берётся биологическая структура, на её подобии строится техническая модель, которая, в свою очередь, может применяться, в том числе, для решения биологических проблем. Наблюдается возврат «подаренной» одной наукой пользы ей же самой. Данное явление можно считать проявлением интегральности развития науки, при которой научный прогресс одной области усиливается ей же самой через помощь в прогрессе другим областям.

## Редактирование генома

**Хмелевская С.А.**

С каждым годом новые технологии в биологии и медицине все более влияют на естественную биологическую природу человека. Одной из таких технологий является редактирование генома. Следует отметить, что само понятие «редактирование генома» нуждается в уточнении. Редактирование генома можно рассматривать, с одной стороны, как ненаправленный (естественный) процесс (например, изменение структуры генома под влиянием ретровирусов, попавших внутрь клетки человека<sup>1</sup>; при этом «изменение геномов живых организмов происходит постоянно, определяя ход их эволюции»<sup>2</sup>), а, с другой стороны, как целенаправленное воздействие на ДНК (технология введения

---

<sup>1</sup> Медведев Д.О. Редактирование генома - направленный процесс лечения наследственных заболеваний // Социально-политические науки, 2017, № 5, с. 12-13.

<sup>2</sup> Ребриков Д.В. Редактирование генома человека // Вестник РГМУ, 2016, № 3, с. 4.

или удаления отдельных генов<sup>1</sup>). Именно в последнем значении, как правило, в научной и философской литературе употребляется данный термин, хотя было бы корректнее назвать анализируемую технологию технологией направленного редактирования генома.

Значимость направленного редактирования генома своими последствиями для человека и общества, новизна и оригинальность этой технологии столь велики, что предполагают ее философское осмысление.

*Во-первых*, такое осмысление касается современных тенденций развития биологических и медицинских наук, что выражается, например, в появлении новых форм их междисциплинарности, ярким примером которой выступает биомедицина, занимающаяся теоретическим осмыслением строения и функций человека. Редактирование генома относится к одному из видов генной инженерии, активно применяемой в биомедицине, и, соответственно, к сформировавшему в ней направлению – генной терапии заболеваний. В настоящее время разработаны эффективные подходы к лечению более 50 генетически детерминированных заболеваний человека<sup>2</sup>.

В развитии редактирования генома просматриваются новые формы получения и распространения знаний в науке. Прежде всего, в связи с разработкой и внедрением цифровых информационно-коммуникационных технологий значительно увеличилась скорость распространения новых знаний. Так, анализ публикационной активности ученых по исследуемой теме показал, что новые технологии в редактировании генома (например, CRISPR/Cas9) весьма быстро становятся достоянием научного сообщества. «Обмен результатами до публикации, создание веб-сайтов для предоставления протоколов и алгоритмов проектирования, а также создание некоммерческих хранилищ для распространения ключевых исследовательских реагентов – все это относительно новые концепции науки, которые развивались вместе с технологиями редактирования генома»<sup>3</sup>. Более того, редактирование генома стало одним из направлений так называемого биохакерства, являющегося реализацией технологии краудсорсинга в биомедицине<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Волотовский И., Полешко А. CRISPR/Cas9 – система редактирования геномов. Прорыв в медицинской биологии и генной терапии? // Наука и инновации, 2017, № 12, с. 59.

<sup>2</sup> Ребриков Д.В. Редактирование генома человека, с.4.

<sup>3</sup> Doudna J.A., Gersbach C.A. Genome editing: the end of the beginning // Genome Biology, 2015, Dec., p. 3.

<sup>4</sup> BioCoder [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.oreilly.com/biocoder/>. Дата обращения 01.04.2018.

*Во-вторых*, технология редактирования генома затронула и методологические проблемы биомедицины. В частности, в новом ракурсе обрел трактовку принцип простоты в изучении биологических объектов. Так, в настоящее время существует ряд методов редактирования генома<sup>1</sup>. Вместе с тем наиболее перспективным, по мнению специалистов, является CRISPR/Cas9<sup>2</sup>. Интересно отметить, что эта технология была «подсмотрена» у бактерий, имеющих свою, гораздо более простую «систему молекулярного иммунитета, обеспечивающую защиту бактериальной клетки от внешних врагов, фагов и других патогенов»<sup>3</sup>. Это пример того, когда самые сложные технологии нередко появляются из простых открытий<sup>4</sup>.

В связи с данным обстоятельством весьма важными являются вопросы о критериях прогресса в биологическом развитии и о возможности редукции друг к другу механизмов функционирования биологических систем на разных уровнях их развития.

*В-третьих*, новые биомедицинские технологии, и, в частности, редактирование генома все более утверждают инженерный подход к человеку, делая его неким проектом, что меняет наши представления о телесности человека, превращая последнюю в объект манипуляций. Интересно отметить, что, по мнению ряда ученых, именно такой подход позволит существенно увеличить продолжительность жизни человека<sup>5</sup>. Однако при этом нередко забываются такие проблемы, как сохранение индивидуальности человека, его личностной самоидентификации, психологические переживания по поводу измененной телесности.

Кроме того, технология редактирования генома дает возможность ученым установить практически полный контроль над геномом человека, его структурами и функциями<sup>6</sup>. Все это таит в себе определенные риски, так как многое будет зависеть от того, в чьих руках находятся механизмы такого контроля.

Уже сегодня технология редактирования генома предполагает еще более существенное вмешательство в телесность человека. Так, в ряде стран (например, в Китае, Великобритании) стали выдавать разрешения на редактирование генома эмбрионов человека в исследовательских целях (до этого редактирование касалось генома соматических клеток, сейчас же редактирование

---

<sup>1</sup> Ребриков Д.В. Редактирование генома человека, с. 5.

<sup>2</sup> Медведев Д.О. Редактирование генома – направленный процесс лечения наследственных заболеваний // Социально-политические науки, 2017, № 5, с. 12.

<sup>3</sup> Волотовский И., Полешко А. Указ. соч., с. 61.

<sup>4</sup> Doudna J.A., Gersbach C.A. Genome editing: the end of the beginning, p. 2.

<sup>5</sup> Хмелевская С.А. Регенеративная медицина и проблема бессмертия // Социально-политические науки, 2018, № 3, с. 192-193.

<sup>6</sup> Doudna J.A., Gersbach C.A. Genome editing: the end of the beginning, p. 1.

генома эмбриона будет включать линии половых клеток, а значит, отредактированный геном может передаваться последующим поколениям)<sup>1</sup>. Речь идет об эмбрионах, полученных, но неиспользованных в ходе процедуры ЭКО. Причем они могут быть использованы только в рамках проведения фундаментальных исследований и только в течение 14 дней (эти ограничения, в частности, установлены в Великобритании). Редактирование генома эмбрионов человека показывает, что границы вмешательства в телесность человека все более расширяются. В связи с этим возникает вопрос о границах дозволенного.

В настоящее время технология редактирования генома эмбрионов направлена на лечение генетических заболеваний. Однако грань, разделяющая применение этой технологии для лечения или для формирования человека с определенными свойствами (например, свойствами терпеливости и выносливости, необходимых идеальному солдату), весьма условна. Между тем, в новых технологиях, в частности, в технологии редактирования генома, безусловно, преувеличивается роль генетического начала в поведении и личностных характеристиках человека, нередко забывается о том, что огромную роль в человеке играет социальная детерминированность.

*В-четвертых*, при применении технологии редактирования генома, как и при применении, например, методов регенеративной медицины – еще одном направлении биомедицины, весьма часто возникает дилемма между целесообразностью использования данных биотехнологий и их неоднозначностью с точки зрения моральных оценок. Здесь можно сослаться на примеры разрешения подобных дилемм, например, в теории и практике права на основе принципа «меньшего из двух зол». В частности, в Уголовном кодексе Российской Федерации существует ст. 126 «Похищение человека»<sup>2</sup>. В ней имеет место примечание, согласно которому, лицо, добровольно освободившее похищенного, освобождается от уголовной ответственности, если в его действиях не содержится иного состава преступления. С одной стороны, совершено преступление и лицо, его совершившее, должно нести уголовную ответственность. Но, с другой стороны, данное примечание дает шанс похитителю одуматься и отпустить похищенного, тем более, если он будет знать, что сможет избежать уголовной ответственности.

---

<sup>1</sup> Великобритания разрешила редактировать геном человеческих эмбрионов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://nplus1.ru/news/2016/02/01/britaincrispr>. Дата обращения 01.04.2018.

<sup>2</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации (действующая редакция) // Консультант Плюс. 01.04.2018.

*В случае применения редактирования генома человека важно, прежде всего, выявить и минимизировать (свести на «нет», вряд ли получится; минимальный риск остается всегда) риски и проанализировать возможный положительный эффект. Соотношение риск/результат и должно лежать, на наш взгляд, в основе принимаемых решений по поводу той или иной биомедицинской технологии. В связи с этим следует поддерживать позицию Дж. Харриса, высказанную им на Международном саммите по редактированию генов человека в декабре 2015 г.<sup>1</sup>, а именно: «Редактирование генов станет приемлемым, когда польза от него как для индивидов, так и для общества будет превосходить риски».*

И, наконец, *в-пятых*, еще одна проблема философского характера в связи с развитием технологии редактирования генома, а именно, сохранится ли *Homo sapiens* как биологический вид, как повлияет эта технология на темпы и направленность эволюции человека? Например, упоминавшейся ранее Дж. Харрис полагает, что эволюция ускорится, сам процесс, по сути, будет направленным, а улучшенная природа человека позволит выйти ему за рамки нашей Планеты и позволит жить на иных планетах.

*Технология редактирования генома человека в настоящее время активно развивается. Например, уже сейчас разработан вариант SpCas9-HF1<sup>2</sup>, который делает количество ошибок при редактировании минимальным. Однако риски до сих пор остаются. Хотя, безусловно, редактирование генома – это прорыв в лечении не только наследственных, но и онкологических, нейродегенеративных и прочих заболеваний, вирусных инфекций, а геномная терапия – один из вариантов персонализированной медицины<sup>3</sup>. Вместе с тем высказывание: «Скоро мы научимся редактировать ДНК абсолютно точно, с первой попытки и с высокой эффективностью и тогда станет возможным практическое применение генной инженерии для создания генетически модифицированных (дизайнерских) детей» вызывает если не страх, то серьезные опасения.*

---

<sup>1</sup> Юдин Б.Г. Редактирование генома: социально-этические проблемы (Сводный реферат) // Актуальные проблемы биоэтики: Сб. обзоров и реф. / РАН. ИНИОН. Центр науч.-информ. исслед. по науке, образованию и технологиям; Отв. ред. Юдин Б.Г. М., 2016.

<sup>2</sup> Kleinstiver B.R., Pattanayak V., Prew M.S., Tsai S.Q., Nguyen N.T., Zheng Z., Joung J.K. High-fidelity CRISPR-Cas9 nucleases with no detectable genome-wide off-target effects // Nature, 28.01.2016, Vol. 529, p. 490-495.

<sup>3</sup> Ребриков Д.В. Редактирование генома человека, с. 5.

## **Философские следствия информационной медицины**

*Акаева Т.В., Василковская О.В., Мхитарян К.Н.*

Можно выделить два подхода к философии. В первом из них – во многом, восходящем к идеям Сократа, – в основу философских конструкций положен внутренний мир человека. Человек является своеобразной универсальной мерой окружающего его мира, и мир, по сути, изучается через изучение этой меры.

Во втором подходе, который «школьные учебники» обычно выводят из Демокрита, в основу философских конструкций положены, по сути, наиболее общие закономерности и задачи естествознания, известные философу на сегодняшний день. В этом случае внутренний мир человека «отодвигается» на задний план, и в поле зрения попадают явления и процессы преимущественно внешнего мира.

Оба подхода, как это не удивительно, на протяжении всего развития человечества, по крайней мере, европейской цивилизации, имели практический выход и приложения в самых разнообразных областях науки, культуры и практики.

Примером философского достижения в рамках первого подхода, полученного в двадцатом веке, можно считать экзистенциальную философию и ее приложения к психологии: эмпириентальный митод и гуманистическую психологию Роджерса-Маслоу.

В качестве примера философского достижения в рамках второго подхода можно рассмотреть создание теории систем, кибернетики и компьютерной (на самом деле кибернетической) парадигмы мышления с многочисленными приложениями к технике, математике и опять-таки психологии (бихевиоризм и необихевиоризм).

Своеобразный «акт» или «квант» развития в рамках первого подхода обычно связан с возникновением новой художественной или по крайней мере гуманитарной идеи, позволяющей по новому осветить внутренний мир человека. Образно говоря, развитие в этом случае идет от теории к практике.

«Квант» развития в рамках второго подхода обычно связан с возникновением принципиально нового объективного метода исследования – позволяющего осветить, с новой стороны мир

внешний. В этом случае развитие идет, опять же в некотором семантическом приближении, от практики к теории.

Информационная медицина – метод диагностики и терапии человека, основанный на передаче ему слабых э/м сигналов и анализе ответных реакций на них, является принципиально новым методом исследований, и, следовательно, может рассматриваться как сущностная предпосылка к развитию новых направлений, *как минимум*, в рамках второго подхода.

Здесь, прежде всего, необходимо выделить возможность исследования – в том числе экспериментального – новых форм пространства, времени и вещественности, возникающих при рассмотрении биологической системы методами информационной медицины, точнее, информационной физиологии. Однако этому направлению посвящен отдельный доклад.

Не менее, а может быть и более важным является возможность объективизации *состояний человека*, например, его *переживаний*, отделение их от индивида, хранение, видоизменение (скажем, усиление или ослабление) и воспроизведение, в том числе, передача одному индивиду состояния другого. Более того, в рамках современной информационной медицины существуют целые «атласы здоровья», то есть эталонных состояний, которые, будучи введены в организм человека, приводят к его саморегуляции, и, как следствие, к его выздоровлению. Как пример такого атласа, отметим «Цветы Баха».

Другой пример – возможность объективизации эволюционной памяти организма человека, и ее использование для усиления и оптимизации в нем процессов, которые хорошо умели делать наши эволюционные предшественники, но плохо умеем делать мы (регенерация). Интересно, что и в этом случае возникает переживание – совершенно невоспроизводимое «чисто психологическим» путем, – отражение в человеческом сознании эволюционной памяти предшествующих эпох.

К настоящему моменту уже можно говорить о развитии в России такого направления, как информационная психология – области психологии, и, в особенности, психокоррекции, изучающей внутренний мир человека и возможности оптимизации процессов в нем с использованием информационных технологий (Кудаев, Ходарева, 2012-2018).

Таким образом, развитие информационной медицины создает объективные предпосылки к проверке целого ряда психологических, и даже философских «истин», относившихся до настоящего момента к сугубо экзистенциальным аспектам внутреннего мира человека. А следовательно, это направление нуждается в самом серьезном философском осмыслении.

Человек – субъект, жизнедеятельность которого происходит не только в соответствии с уже открытыми законами классической и квантовой биофизики, биохимии, биологии. Теорию о дуализме волна-частица применительно к материальным объектам сформулировал в 1924 г. французский физик Луи де Бройль в работе «Исследования по квантовой теории». В переписке (1932-1958 гг.) швейцарского физика-теоретика Вольфганга Паули и Карла Густава Юнга содержится экзистенциальные размышления об архетипе «дух материи».

Человек в состоянии ощущать и воспринимать объективный мир благодаря особой деятельности мозга. Именно с мозгом связаны все органы чувств. Каждый из этих органов реагирует на стимулы определенного рода: органы зрения – на световое воздействие, органы слуха и осязания – на механическое воздействие, органы вкуса и обоняния – на химическое. Сам мозг не в состоянии воспринимать эти виды воздействий. Он «понимает» только электрические сигналы, нервные импульсы. Для того чтобы мозг отреагировал на раздражитель, в каждой сенсорной модальности сначала должно произойти преобразование соответствующей физической энергии в электрические сигналы, которые затем своими путями следуют в мозг.

Мозг воспринимает не только воздействие раздражителя, он также воспринимает и ряд его характеристик, например интенсивность воздействия. Следовательно, рецепторы обладают способностью кодировать интенсивность и качественные параметры раздражителя. Английскому физиологу и психофизиологу Чарльзу Скотту Шеррингтону (1857-1952) принадлежит классификация рецепторов на экстероцепторы, проприоцепторы и интероцепторы. Экстероцепторы – специализированные чувствительные образования, воспринимающие световые, звуковые, тепловые и другие раздражения из внешней среды; они расположены в органах зрения, слуха, в коже. Проприоцепторы – сенсорные приборы опорно-двигательного аппарата (мышцы, сухожилия, фасции, суставы). Интероцептивные рецепторы объединяют сигналы, доходящие до мозга из внутренней среды организма. Эти сигналы возникают благодаря внутренним рецепторам, находящимся на стенках желудка и кишечника, сердца и кровеносной системы и других внутренних органов. Наиболее древняя и элементарная группа ощущений; относится к числу наименее осознаваемых и наиболее диффузных форм ощущений и всегда сохраняет свою близость к эмоциональным состояниям.

Болевые ощущения сигнализируют сознанию о нарушении целостности организма, они вызывают эмоции отрицательной окраски и вегетативные сдвиги (учащение сердцебиения, расширение зрачков). По отношению к болевой чувствительности сенсорная адаптация практически отсутствует. Информация, получаемая организмом, «закодирована», «зашифрована» в кажущемся монотонным единообразии нервных импульсов? Достижения электрофизиологии, развитие техники связи и разработка теории информации приблизили ученых к пониманию этого теоретически важного и увлекательно интересного вопроса. Постановка диагноза по имеющемуся набору симптомов заболевания достаточно сложна и носит многокритериальный характер. Осматривая больного, выслушивая его жалобы и выявляя значимые симптомы, врач при каждом приеме принимает решение, основываясь на своих знаниях и опыте. Ограничение выбора решения в таком процессе конечного множества предполагаемых диагнозов позволяет снизить вероятность ошибки в постановке предварительного диагноза. Неопределенность в постановке диагноза болезни возникает из-за отсутствия достаточной информации о поведении больного в прошлом, из-за появления непредусмотренных факторов. Создание аппаратуры, способной записывать и расшифровывать сигналы, идущие от рецепторов в мозг, а также сигналы, идущие от мозга к рецепторам, поможет в установлении диагноза заболевания, благодаря их расшифровке.

Любые явления нашего сознания, так или иначе, проявляются на телесном уровне. Острая душевная боль приводит к возникновению в теле участков напряжения, или мышечных зажимов. Несмотря на то, что она очень неприятна, функция ее полезна. Ведь сильные боли – это сигнал организма, который направлен на то, чтобы привлечь внимание сознания человека к неполадкам в теле. Бывает и так, что боль после исчезновения травмирующего воздействия не исчезает, а приобретает статус хронического заболевания. Если сбой случился где-то на периферии нервной системы человека, то болевой синдром почти точно совпадает с поврежденной зоной. Сюда можно отнести боль после посещения стоматолога. Если же сбой случился в центральной нервной системе, то появляется проекционная форма. Сюда относятся фантомные, блуждающие боли.

Обиды от предательств, измен, несправедливостей порождают душевную боль, страдание, горе, тоску. Но душевные страдания подталкивают людей творческих на создание прекрасных стихов, написанных именно в состоянии душевной муки, ищущей выхода. Лечение острой боли до того, как будет выявлена ее причина - это не самый хороший вариант. Главный признак – это то, что

ощущение проходит раньше, чем заживает повреждение. Правильная диагностика имеет очень большое значение.

Нервная система человека выступает своеобразным координатором в нашем организме. Она передаёт команды от мозга к мускулатуре, органам, тканям и обрабатывает сигналы, идущие от них. В качестве своеобразного носителя данных используется нервный импульс. Так называют волну возбуждения, которая распространяется по волокнам как ответ на раздражение нейронов. Благодаря этому механизму обеспечивается передача информации от различных рецепторов к центральной нервной системе. А от неё, в свою очередь, к разным органам, мышцам и железам. Болезнь рассматривается как нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникающее под действием вредных для него факторов. Болезнь может быть обусловлена пороками развития или генетическими дефектами. В возникновении наследственных болезней ведущую роль играют изменения в генетической информации под влиянием внешних факторов.

Любой чрезвычайный раздражитель, с одной стороны, оказывает повреждающее действие на различные системы и органы, а с другой, вызывает в организме защитные или приспособительные реакции. Поэтому болезнь характеризуется сочетанием двух взаимосвязанных процессов – повреждения и защиты. Для нормального функционирования организма человека требуются вода, кислород и пища, содержащая необходимое количество разнообразных полезных веществ. Когда человек испытывает болевые ощущения, то это явный и устойчивый признак того, что организм ощущает нехватку одного из нужных ему элементов. Кроме заболеваний врожденного характера, большая роль принадлежит таким явлениям, как лень и трусость. Чувство боязни узнать про свое заболевание что-то страшное, чувство лени ознакомиться более подробно с профилактикой своей болезни, все это отрицательно сказывается на состоянии нашего здоровья.

Процессы регуляции охватывают все уровни организации систем организма человека: молекулярный, субклеточный, клеточный, системный, организменный, надорганизменный. Необходимо учитывать также популяционный, экосистемный, биосферный уровни.

Управляющая система включает сенсорные рецепторы (на входе), рецепторы исполнительных структур (на выходе), каналы связи (жидкие среды организма и нервные проводники), а также ЦНС как управляющее устройство, частью которого является память. Основные способы управления в живом организме включают инициацию, коррекцию и координацию физиологических процессов. Необходимо быть внимательным к своим мыслям,

поскольку они начало хороших и плохих поступков, порождающих болезни.

Здоровье зависит от физического и психического состояния, а также от социального самочувствия человека и общества в целом (а не только от отсутствия физиологических проблем и недостатков). Критерии здоровья человека включают: «Наличие или отсутствие недугов, болезней. Благополучие в социальной жизни, умственном труде, духовной деятельности, физические способности человека. Умение адаптироваться к постоянно меняющимся условиям окружающей среды, возможность качественно выполнять функции в социальной жизни». От постановки задачи - «Дух материи» до её решения дистанция большая! Тоже можно сказать и о проблеме «материи духа»!

## **Биополимеры как инструмент биофилософии**

***Бонарцев А.П.***

Открытие в середине прошлого века информационной природы таких биополимеров как ДНК, РНК и белки и последующее активное развитие молекулярной биологии и биоинформатики перевернуло представления человека о роли информации в живой природе. Оказалось, что управление жизнью любого организма осуществляется посредством информации, записанной явным образом в особых биополимерах в виде кодовой последовательности различных их мономеров: 4-х нуклеотидов в ДНК и РНК и 20-ти аминокислот в белках, т.е. почти что так, как мы записываем слова буквами. С тех пор именно развитие информационной парадигмы в биологии позволило сблизить ее с философией, что дало мощный импульс для развития идей холизма в биологии и появления таких новых интеграционных направлений, как биофилософия Р.С.Карпинской.

Но в природе множество биополимеров, выполняющих всего лишь «примитивные» запасную или структурную функции: полисахариды, полиоксиалканоаты, полипренолы, долихолы, каучук, цианофитин, полилизин, высокомолекулярные спирты, жирные кислоты, липиды и другие. Действительно ли эти биополимеры не несут никакой информации, если их структура не записана посредством генетического кода? Или информация в них записана каким-то другим образом, и мы пока не научились ее читать? Почему одни и те же биополимеры встречаются у самых

простейших существ (бактерий) и у самых высокоорганизованных (человека) и часто играют особую роль в симбиозе человека и его микробиоты, осуществляя тем самым интеграцию человека с биосферой? Какова их роль в эволюции? Скрывается ли что-то большее за энергетической или структурной функциями этих биополимеров?

Между тем, человек активно использует помимо самих биополимеров множество их синтетических аналогов – пластиков: от резины автомобильных шин и пластиковых стаканчиков до высокотехнологичных медицинских имплантатов, часто не подозревая о функциях их природных предшественников.

Таким образом, в настоящем докладе на показательных примерах будет рассмотрено формирование новой парадигмы целостного подхода для исследования и использования человеком природных биополимеров и их синтетических аналогов взамен прежней парадигмы редукционизма – замена редукционистской концепции «пластиков» информационной концепцией «полимеров», используя биомиметический подход исследования роли «неинформационных» биополимеров в природе.

## **Молекулярная биология всё дальше уходит от догмы, в то время как её прикладные ветви склоняются к детерминизму.**

*Калле Коссио Е.Г.*

Фундаментальная наука называется так, потому что она создает базу знаний, на питательной среде которой развиваются множество прикладных дисциплин. Для того чтобы прикладная ветвь росла здоровой, она должна вбирать из своего основания весь набор питательных веществ. Любой отказ питаться полноценно приводит к искривлениям, а то и полному отмиранию прикладной ветви науки. Подобный «отказ от пищи» с тревогой можно наблюдать у современной молекулярной медицины.

Молекулярная медицина – одна из прикладных ветвей молекулярной биологии. Название подразумевает, что молекулярная биология изучает жизнь и живые организмы на уровне молекул. Логично было бы предположить, что молекулярная медицина, тоже на молекулярном уровне, занимается изучением патологических процессов в организме человека. Однако, согласно определениям,

которые даются этому термину на многих ресурсах, молекулярная медицина ограничивается «диагностикой, лечением и профилактикой наследственных болезней на геномном уровне» (Арсланов, 2009), т.е. сразу сужает свой интерес до одной-единственной группой молекул – нуклеиновых кислот (ДНК и РНК).

Дальше происходит еще более противоестественный процесс отсечения знаний. Фундаментальная наука рисует сложнейшую картину того, как наследственная информация, проходя через множество фильтров и подвергаясь действию целого спектра разнообразных регуляторов, в конце концов, реализуется в фенотип. «Основная догма» молекулярной биологии (ДНК → РНК → белок) до неузнаваемости преобразилась со своих первоначальных времен. Сейчас неверной будет даже избитая фраза «наследственная информация, записанная в ДНК», потому что, оказывается, есть и другие формы «записи». Иными словами, молекулярная биология выстраивает всё более сложную картину живого организма, все крепче опираясь на холистический принцип. В то же самое время, молекулярная медицина идёт в прямо противоположном направлении и низводит сложнейшее понятие – «болезнь» к единственной причине – гены, загоняя себя, тем самым, в тупик детерминизма и редукционизма.

Этот тупик очень метко окрестили «геномизацией» (Lippman, 1998; ten Have, 2001). «Геномизированная» медицина всё разнообразие причин болезней человека сводит к «плохим» генам. А значит и диагностика, и лечение, и даже профилактика всех болезней неизбежно становятся «генетическими».

Подобное представление базируется на недоказанном предположении, что генетическая информация имеет самую высокую предикативность, по сравнению с другими диагностическими факторами. «Хранящаяся в ДНК информация, информация, передающаяся нам от родителей, является наиболее существенной частью организма. Разобраться в последовательности ДНК означает сделать исторический шаг в познании. Даже после того, как мы сделаем этот шаг, необходимо будет дальнейшее исследование этой последовательности. В нашем распоряжении не может существовать более базовой или более фундаментальной информации» (Gilbert, 1992).

Миф этот был сильно разогрет проектом «Геном человека» (Human Genome Project) и заявлениями, которые делались его лоббистами. Проект по секвенированию генома человека получил беспрецедентную финансовую и информационную поддержку, главным образом, потому что его организаторы не покупались на обещания найти способы диагностировать и лечить генетические болезни (Andrews, 1997). Редактор журнала Science настаивал на том, что цель проекта – «помочь бедным, немощ-

ным и неимущим» (Koshland, 1989). С тех пор все разговоры о будущем медицины ведутся лишь с точки зрения того, как можно будет победить ту или иную болезнь, идентифицировав и исправив «плохие» гены. Предсказывали, что после расшифровки генетического кода заметно возрастет количество болезней человека, в которых центральным будет генетический компонент: «мы уже понимаем, что генетические заболевания – это не какая-то редкость, обладающая небольшим социальным эффектом, а, напротив, они составляют широкий спектр как редких, так и самых обычных заболеваний, от доставляющих страдания огромной части человечества. Расшифровка генома человека приведет к идентификации факторов большого числа болезней. Даже тех, которые сегодня, для простоты понимания, называются мультифакторными или полигенными» (Friedman, 1990).

Развитие фундаментальной биологии опровергает постулаты сторонников редуccionного «генетического» подхода. Из огромного множества экспериментов, можно привести работы Эндрю Уилки, который, анализируя информацию о генетических заболеваниях монозиготных близнецов, определил самый высокий уровень предиктивности, с которой можно говорить о реализации генотипа в определенный фенотип (признак). Монозиготные близнецы – это естественные клоны, несущие абсолютно идентичную последовательность ДНК и, чаще всего, развивающиеся в сходных условиях. Сходство или различия между близнецами по какому-то определенному признаку может быть выражено количественно в показателе конкордантности. Когда один из близнецов имеет определенный признак, конкордантность есть доля случаев, когда этот признак проявляется у обоих близнецов. Конкордантность широкого набора признаков, изученных доктором Уилки у монозиготных близнецов, лежит в пределах 30-70% (Wilkie, 2001). Это цифры и являются верхним пределом средней достоверности прогноза проявления того или иного признака при наличии определенного гена. Точность предсказаний о реализации генотипа в определенный фенотип выше этого значения фактически невозможна.

Подобные выводы не способны удивить ни одного молекулярного биолога, потому что согласуются с современными представлениями о дистанции между генотипом и фенотипом, между ДНК и признаком. Однако сторонники и проводники «геномизации» не хотят принимать во внимание результаты подобных опытов. Они ссылаются на необходимость новых аналитических инструментов, которые, якобы, позволяют им делать надежные прогнозы на основе большого объема генетических данных. В качестве одного из подобных инструментов приводят полногеномный поиск ассоциаций (Genome Wide Association

Studies –GWAS), который сравнивает частоту встречаемости однонуклеотидных вариаций в последовательности ДНК (Single Nucleotide Polymorphism – SNP) (Johnson and Todd, 2000). Для того, чтобы опыты с использованием подобных аналитических инструментов были достоверными, необходимо создавать гигантские базы данных, которые должны содержать информацию о последовательности ДНК и данные о здоровье каждого человека (McInnis, 1999). Такие проекты требуют немалых инвестиций, однако есть высокий риск, что «информация, собранная в таком огромном количестве, не будет обладать практической ценностью» (Wilkie, 2001). Односторонний «генетический» подход с самого начала критиковался философами, которые предрекали, что «слепой редукционизм зайдет слишком далеко» (Tauber and Sarkar, 1992).

Недуг «геномизации», к сожалению, не обошел и нашу отечественную медицину. Так в проекте «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года» персонализированная медицина причислена к «высокотехнологичным методам лечения заболеваний». Из текста документа становится понятно, что под персонализированной медициной понимают, в первую очередь, «генетическое тестирование» и «внедрение современных методов молекулярно-генетической диагностики». Отдельной строкой указывается на необходимость «высокоскоростных технологий секвенирования генома». Основной упор делается на выявлении «предрасположенности к заболеваниям на основе генетического тестирования» (Указ Президента Российской Федерации о стратегии развития здравоохранения РФ на период до 2025 года). Словом, научное сообщество позволило стратегическим государственным проектам попасть под влияние «слепого редукционизма».

Последствия «геномизации» для медицинской науки будут плачевными. На практике это будет означать, прежде всего, потерю способности правильно диагностировать заболевание. Поиск лекарств, при таком подходе, заключается не в том, чтобы разрабатывать все более безопасные и эффективные средства, а в том, чтобы определить «таргетные» группы людей, на которые действует уже запатентованная фармацевтической компанией формула. В идеале панацеей от всех недугов «геномизированная» медицина видит в коррекции генома. Не будучи способной предложить иного лечения, кроме «ремонта генов», медицина теряет свою гуманистическую природу. И, наконец, признав за генами роль первопричины всех недугов, медицинская наука загоняет себя в тупик «конца своей истории» (Juengst, 2002).

Декларируя выход на новый, молекулярный уровень исследований, современная медицинская наука, отказывается брать

междисциплинарный барьер и осваивать всю полноту знаний накопленных фундаментальной биологией. Отрыв от реальности, поиск панацеи и «слепой редукционизм» будут иметь самые негативные последствия для молекулярной медицины как научной дисциплины. Кроме того, «геномизация» медицины с неизбежностью культивирует антинаучные представления в обществе и влечет за собой длинный список других негативных социальных последствий.

#### *Список литературы.*

Арсланов В.В. Толковый англо-русский словарь по нанотехнологии. М., 2009.

«Указ Президента Российской Федерации о стратегии развития здравоохранения РФ на период до 2025 года» <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii>

Andrews L.B. 1997 'Past as Prologue: Sobering Thoughts on Genetic Enthusiasm' Seton Hall Law Review 27: N898.

Friedman T. 1990 'The Human Genome Project – Some implications of extensive "reverse genetic" medicine' American Journal of Human Genetics 46, PP.407-414

Gilbert W. 1992 'A vision of the Grail,' in D. Kevles and L. Hood (eds.), The Code of Codes: Scientific and Social Issues in the Human Genome Project, Harvard University Press, Boston, P. 83-98

Johnson G.C.L. and J.A. Todd 2000 'Strategies in Complex Disease Mapping', Current Opinion in Genetics and Development 10, p. 330-334.

Juengst E.T. 2002 'Concepts of Diseases After Human Genome Project' ResearchGate Chapter, DOI: 10.1007/0-306-46879-4\_7

Koshland D. 1989 'Sequences and Consequences of the Human Genome' Science 146, p. 189.

Lippman A. 1998 'The Politics of Health: Geneticization Versus Health Promotion', in: Sherwin, (ed.), et al.: The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy. Temple University Press: Philadelphia, p. 64.

McInnis M.G. 1999 'The Assent of a Nation: Genetics and Iceland', Clinical Genetics 55, p. 234-239.

Tauber A.I. and Sarkar S. 1992 'The Human Genome Project: Has blind reductionism gone too far?' Perspectives in Biology and Medicine 35, pp. 220-235.

ten Have, H.A. 2001 'Genetics and Culture: the Geneticization Thesis', Medicine, Health Care and Philosophy, 4(3), PP.295–304.

Wilkie A.O. 2001 'Genetic Prediction: What Are the Limits', Studies in the History and Philosophy of Biology and the Biological Sciences 32(4), p. 619-633.

# **Комплементарная медицина. Холистический подход:**

## **План доклада**

***Кудрявцева М.В.***

- Стратегия ВОЗ в области комплементарной и традиционной медицины 2014-2023 гг.
- Комплементарная медицина – сертификация
- Поддержка ГОСДУМой инновационных технологий комплементарной медицины
- Классификация направлений комплементарной медицины
- Комплементарная медицина в мире, статистика.
- Биорезонансная терапия, как инновационный метод комплементарной медицины.
- Преимущества методов комплементарной медицины.
- Истоки появления Биорезонансной терапии
- Возможности метода биорезонансной терапии
- Функциональная диагностика органов и систем
- Цветотерапия
- Персонализированный подбор продуктов питания
- Проверка на употребление наркотических средств при приеме на работу.
- Индукционные программы
- Комплементарная медицина как эффективный метод от стресса.
- Эффективное лечение бессонницы с помощью индукционных программ
- Лечение сексуальных проблем, независимо от причин
- Увеличение ресурсов - уникальная возможность метода в отличии от официальной медицины
- Программы спорта - улучшение спортивных достижений без допинга
- Развитие личной эффективности
- Персональный подбор препаратов и доз.

# Проблемы имплицитной реальности и имплицитной материи в современной информационной медицине

*Мхитарян К.Н.*

На протяжении многих веков развития медицины и обслуживающей ее физиологии, изучение «внутренней реальности» человеческого организма, сводилось к проникновению, вначале под его кожные и мышечные покровы (анатомия), а затем сквозь «покровы» размеров (гистология, микробиология) а также химической, или даже физической неразличимости его субстратов (физиология, биохимия, биофизика, генетика, молекулярная биология). Этот путь, каким бы он не был трудным и тернистым, происходил в пределах физического пространства, причем изучалось *физическое вещество* организма, пусть даже и проявляющее себя в условиях биологической системы. На протяжении долгого времени не было ни малейшего намека на необходимость введения каких-либо новых форм пространства, времени, или новых видов материи, для описания происходящего в биологической системе. Более того, первоначально присутствующие в западной мысли идеи о наличии особой разновидности материи, ответственной за проявления жизни в биологических системах, были отброшены, как несостоятельные, неадекватные биологии, физиологии и медицине, где-то в конце XVIII в.

Вместе с тем, в середине XX в. появилась принципиально новая тенденция: описания организма как самоуправляющейся (кибернетической) системы, например, находящейся в поиске и удержании своего гомеостаз (эталонного состояние своей жизне-способности). Пионерами описания организма, как кибернетической системы, стали: в Советском Союзе – нейрофизиолог П.К. Анохин [1], на Западе – математик Н. Винер [2] и психиатр У. Эшби [3-4]. П.К. Анохиным, в частности, была введена «элементарная единица» («квант») самоуправления биологической системы, – функциональная система (ФС), – а также сформулировано понятие опережающего отражения действительности в форме построения *ею акцептора результата действия (АРД)*. Таким образом, уже в работах П.К. Анохина появляется прообраз временных структур, существующих *только* в биологической системе (позднее было показано, что подобные структуры могут быть реализованы, даже в технических устройствах), причем эти

структуры не могут быть ни *отнесены* к физическому времени, ни даже *вынесены* в физическое пространство-время.

Таковыми свойствами, обладает любая функциональная система: введенная с использованием определения, данного П.К. Анохиным, она не может быть представлена в физическом пространстве, и, как минимум одна из ее временных составляющих, – АРД – не может быть *вынесена* в физическое время.

Концепции П.К. Анохина вызвали, по-видимому, немалый переполох в медицинском (и физиологическом) мирах Советского Союза. Во всяком случае, любимыми учениками и ближайшими сподвижниками Анохина были предприняты попытки «закрыть» ересь существования объективных, но нефизических объектов в теории биологических систем, сведя их к материальным объектам и материальным управляющим связям между ними [5]. Для подобных «материальных» ФС канонические определения, данные П.К. Анохиным, разумеется, не выполнялись.

Концепция биологической системы, как системы с самоуправлением, казалось бы навсегда закрыла вопрос о существовании витальной материи, точнее, витальной субстанции, ответственной за жизненные проявления. Фактически, в современной биологической парадигме считается, что вместо витальной субстанции жизненные проявления в биологической системе обеспечивает *витальная реляция* – имеющаяся в ней система отношений между ее отдельными субстанциональными элементами.

Однако появилось *нефизическое имплицитное пространство*, характеризующее биологическую систему, – пространство ее ФС. Причем, это пространство естественно описывать как двухслойное:

- «верхний» его слой представляет собой своеобразный «вакуум ФС» (далее без кавычек) содержащий в себе всевозможные ФС, которые *могут быть реализованы* данным биологическим организмом;

- «средний» слой является совокупностью ФС, «выбитых из вакуума», то есть, активированных *потребностями*, которые в текущий момент, или при текущих обстоятельствах, испытывает организм.

Если к этому добавить еще и «нижний» слой, включающий в себя физическое тело организма, то получается описание организма, в виде трехслойной системы, удивительно напоминающее, с одной стороны, трехслойные конструкции *монад*, в оккультизме [6], с другой – пополненную (промежуточным «вторым» слоем) концепцию Платона [7]. Причем последняя, в данном случае, применяется не ко всей Вселенной сразу, а к ее отдельной, и по представлениям эзотериков, подобной ей, ее *целостной подсистеме*, в данном случае, биологической системе, организму.

Во времена, когда П.К. Анохин развивал свою теорию ФС, ни в медицине, ни в физиологии, не было средств доказательства их объективного существования, или способов практического использования. С работами Р.Фолля [8] и Сулье де Морана [9], посвященными электропунктуре и пульсодиагностике, соответственно, Анохин, по-видимому, знаком не был, или не связывал их со своими открытиями. Однако ситуация быстро менялась: к началу 90-х годов 20-го столетия развитие электропунктурных методов диагностики и терапии привело к фактическому доказательству объективного существования ФС, причем, именно формулировке данной П.К. Анохиным. А затем, само это направление стало основной областью приложения теории ФС в медицине. В конце 1990-х – начале 2000-х гг. в рамках электропунктуры появились новые направления теории ФС (например, концепции *самоосуществления организма* [10] и *существования в нем полного имплицитного времени* [11]) позволившие создать принципиально новые направления электропунктурной диагностики и терапии – хроносемантическую диагностику и терапию по мантическим БАТ [10-11]. В полном виде концепция двойственности диагностики и терапии организма с помощью слабых э/м сигналов, или с помощью активации или инактивации тех или иных его ФС была сформулирована, по-видимому, в работе [12]. Наконец в 2017 г. начато последовательное изложение новых разделов и направлений теории ФС по П.К. Анохину, с позиций диагностики и терапии организма с помощью слабых э/м сигналов (информационной медицины) [13].

Полноправное развитие концепции ФС в рамках информационной медицины *сделало необходимым* введение не только имплицитного пространства организма, в котором находятся все его ФС, но и его имплицитного времени (*распорядка его самоосуществления*) которые не могут быть помещены в физическое время. При этом они не являются субъективными, не наблюдаемыми *физически* объектами или абстрактными категориями мышления. Напротив, используя современную электронную аппаратуру легко организовать объективное, устойчивое и воспроизводимое взаимодействие между объектами, находящимися в имплицитном пространстве-времени организма – причем не обязательно в его имплицитном настоящем, возможно в имплицитном прошлом, или даже будущем – и обычными физическими объектами (находящимися в физическом настоящем).

Это позволяет поставить *первый философский вопрос* о существовании объективных, но нефизических форм пространства и времени, связанных с существованием биологических систем. Естественно, вопрос включает в себя изучение их свойств, их

классификацию, и их взаимоотношения с объективными физическими пространством и временем.

Если описывать биологическую систему *из ее имплицитного пространства*, то она оказывается неотносимой ни к классу материальных (в смысле – физических), ни к классу идеальных объектов. Используя терминологию Спинозы [14], можно сказать, что ее материальность и идеальность являются *атрибутами* ее структуры, и эти атрибуты, в естественном ее описании, принципиально не разделимы. Получающаяся конструкция, по-видимому, действительно ближе всего к понятию «монады». Но, в отличие от последней, она допускает экспериментальную проверку своего существования, а также строгие математические модели.

Это позволяет поставить *второй философский вопрос*: о возможности объективного существования *нефизических форм* соединения «сознания» и «материи», с *неизбежностью* проявляющихся в любой биологической системе. Таким образом, витальные формы материи (в широком смысле этого понятия) вновь получают свои права в биологии.

Наконец, обратимся к биологической системе, рассматривая ее как объект, находящийся, одновременно, и в физическом, и в имплицитном пространстве-времени, следовательно, наблюдаемый двумя принципиально различными способами: «внешними» и «внутренними» ее наблюдателями, образно говоря, «снаружи» и «изнутри». Такая структура биологической системы принципиально отлична от структуры физической системы, допускающей только один класс наблюдателей. Некое подобие биологическим системам можно усмотреть в квантовой механике, где, фактически, рассматриваются еликие два класса наблюдателей, то два уровня существования системы: микроуровень на котором существуют лишь ее состояния, описываемые ненаблюдаемыми  $\psi$ -функциями, и макроуровень на котором проявлены ее истинные наблюдаемые [15]. Но в квантовой механике как раз постулируется, что *непосредственное наблюдение  $\psi$ -функций* невозможно [16]. Для биологической системы, напротив, отслеживание ее состояния ее имплицитными наблюдателями является атрибутом ее имплицитного описания. Любопытно, что простейшая имплицитная модель биологической системы почти полностью повторяет модель конечномерного квантовомеханического объекта.

Все это позволяет поставить также *третий философский вопрос*: о существовании объективных (материальных в широком смысле слова) систем, принципиально отличных от физических: их примерах, свойствах, классификации и взаимодействии с более привычными нам физическими системами.

Вводя имплицитные пространство, время и ФС, как структурные объекты биологической системы, физиология и медицина в целом

идут по стопам физики и механики. Например, в механике широко рассматриваются многомерные пространства, в которых изменяется состояние механических систем [17]. Но эти пространства являются математической абстракцией, с объектами из которых нельзя установить объективной связи. В случае же биологической системы имплицитные объекты нефизичны, – нообъективны. Они не являются математической абстракцией, более того, реагируют на специфические, по отношению к ним, физические сигналы.

Таким образом, изучение биологических систем на определенном уровне существенно расширяет наше понимание общих (категориальных) свойств пространства, времени и материи, позволяя рассматривать как отдельные их формы, так и их сочетания – системы, не имеющие аналогов в физической реальности.

### *Литература*

1. Анохин П.К. Избранные труды. Кибернетика Функциональных систем. / Под ред. К.В. Судакова. Сост. В.А. Макаров. М., 1998, - 400 с.
2. Винер Н. Кибернетика, или Управление и связь в животном и машине. / Пер. с англ. И.В. Соловьева и Г.Н. Поварова; Под ред. Г.Н. Поварова. 2-е изд. М., 1983. – 344 с.
3. Эшби У.Р. Введение в кибернетику, М., 1959, - 432 с.
4. Эшби У.Р. Конструкция мозга. Происхождение адаптивного поведения. М., 1962. 397 с.
5. Судаков К.В. Нормальная физиология. М., 2006, - 920 с.
6. Шмаков В. Основы пневматологии. М., 1994, - 704с.
7. Платон. Тимей. В кн. Платон. Собр. соч. В 4 т. / Под общ. ред. А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи. (Серия «Философское наследие»). М., 1990-1994, т. 3.
8. Готовский Ю.В., Самохин А.В. Практическая электропунктура по методу Р. Фолля. 3-е изд., испр. и доп. М., 2001.- 896 с.
9. Жорж Сулье де Моран. Китайская акупунктура. В 2-х кн. М., 2013 – 1328 с.
10. Готовский Ю.В., Мхитарян К.Н. Хроносемантическая диагностика и терапия по мантическим точкам. Монография М., 2000.-272 с.
11. Готовский Ю.В., Мхитарян К.Н. Лекции по хроносемантике. М. 2004. - 276с.
12. Мхитарян К.Н. Лечение организма как проектирование и последующая инициализация функциональных систем // Тезисы и доклады 12-ой международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», Ч. 1, М. 2006, с.186-221.
13. Мхитарян К.Н., Акаева Т.В., Бобров И.А., Готовский М.Ю. К вопросу о постулатах информационной медицины // Традиционная медицина, №3(46), 2016, с. 48-57.

14. *Спиноза Бенедикт*. Этика. М., 2012, - 352 с.
15. *Шварц А.С.* Математические основы квантовой теории поля. М., 1975, гл. 1, - 368 с.
16. *Холеев А.С.* Вероятностные и статистические аспекты квантовой механики. Москва-Ижевск, 2003, - 410 с.
17. *В.В. Трофимов, А.Т. Фоменко.* Алгебра и геометрия интегрируемых гамильтоновых дифференциальных уравнений. М., 1995, -448с.

## Интегральный подход и этические проблемы радиологической защиты

*Подзолкова Н.А.*

В статье предпринята попытка взглянуть на этические проблемы радиологической защиты с точки зрения интегральной философии и биомедицинской этики. Этика – это лишь один аспект многофакторной системы радиологической защиты населения, в которой разные группы должны хотя бы выслушать друг друга.

Интегральная философия рассматривает материю и сознание как две формы одного процесса – эволюции Жизни в сторону Единства, в которой каждый человек принимает сознательное или бессознательное участие. Человеческое сознание понимается при этом как универсальный спектр *уровней*, где сознание меняется не только вширь, осваивая новые горизонты знания, но и вглубь, трансформируя на более высокие ступени всеобщей универсальной структуры. Наличие у разных людей разных уровней сознания является *онтологическим корнем общественного неравенства*, которое не может быть преодолено каким бы то ни было справедливым социальным устройством. Более того, подобное неравенство является необходимым условием развития сознания, так как оно вынуждает нас регулярно покидать собственную «зону комфорта» и активно искать причины взаимного непонимания. Разные уровни сознания предполагают в свою очередь разные потребности и разные ценностные установки. Отсюда и столь разные этические системы, которые мы обнаруживаем в человеческом сообществе.

Редуцирование уровней сознания превращает мир человека в плоскость неразрешимых противоречий. Назовём некоторые неконструктивные способы отношения к людям с более высоким уровнем сознания (для упрощения понимания будем называть их «людьми с большим Я»):

1. Считать образцы поведения людей с большим Я обязательными для всех (редуцирование малого Я). Последствия: умаление этических принципов, их вульгаризация, лицемерие, ошибочная логика. Насаждение поведения людей с большим Я как обязательной нормы может привести к фанатизму или псевдопатриотизму.

2. Считать поступки людей с большим Я не образцами для подражания, а божественным, не достижимым для обычного человека исключением. Превращение трудной этической практики в религию, предпочитающую поклонение самосовершенствованию. По этому принципу в религию превратились такие практики совершенствования сознания как буддизм, джайнизм, конфуцианство, даосизм.

3. Считать поведение людей с большим Я пустым геройством, ничем не подкреплённым самолюбованием или даже идиотизмом. Защитная реакция людей, которые не находят в своём опыте обоснования поступкам, продиктованным большим Я. На практике распространённая ситуация в обществе, лишённом подлинно демократических процедур.

В современной биомедицинской этике также существуют подходы, использующие концепцию уровней сознания<sup>1</sup>. Необходимо отметить, что биоэтика затрагивает самые разнообразные сферы человеческой деятельности: медицину, биологию, технические науки, юриспруденцию, политику, военную промышленность, гуманитарные науки (психологию, философию). С каждым годом количество проблем, входящих в её компетенцию, растёт. Вот почему МКРЗ (Международная комиссия по радиологической защите) для выработки собственных этических стратегий взяла за основу принципы биомедицинской этики Т. Бичампа и Дж. Чилдресса: принцип *уважения автономии пациента*; восходящий к Гиппократу принцип *«не навреди»*; принцип *«делай благо»*; принцип *справедливости*, указывающий на необходимость как справедливого и равного отношения к пациентам, так и справедливого распределения ресурсов в системе здравоохранения. Но если для медицинских работников все эти принципы лежат в сфере внешней деонтологии, то есть неукоснительны для исполнения, то в области радиологической защиты столь однозначная трактовка не всегда возможна.

В настоящее время идёт процесс адаптации принципов биомедицинской этики к реалиям радиологической защиты. Поэтому в «Анналах МКРЗ» 2017 г.<sup>2</sup> перечень принципов выглядит

---

<sup>1</sup> Мусеев В.И., Плютто П.А. Биомедицинская этика. СПб., 2011. – 88 с.

<sup>2</sup> Ethical Foundations of the System of Radiological Protection // Annals of the ICRP. ICRP PUBLICATION 1XX – ICRP ref 4825-7258-6046, 20 April 2017.

несколько иначе: объединённый принцип «делай благо/не навреди», принцип автономии, принцип справедливости и относительно новый – *принцип предусмотрительности (prudence)*.

*Принцип предусмотрительности (Prudence)* пришёл в этику из принципов обеспечения радиационной безопасности (обоснование, оптимизация, нормирование). Один из ведущих экспертов МКРЗ Абель Гонзалес полагает, что он охватывает всю систему регулирования радиационной безопасности, то есть является четвёртым и наиболее существенным практическим принципом<sup>1</sup>. По всей видимости, имеет место различное понимание понятия «предусмотрительность». Когда речь идёт о *практическом принципе*, то под «предусмотрительностью» понимается системное мышление, логическая способность экстраполировать последствия событий, здравый смысл, без которых невозможно строить систему безопасного функционирования предприятий ядерной энергетики. Когда же мы говорим о предусмотрительности как об *этическом принципе*, то подразумеваем, что человек, принимающий решение по вопросам радиационной безопасности, испытывает морально-этическую дилемму. Специфика отрасли заключается в том, что многие процессы ещё не ясны, а значит, не получается их экстраполировать, кроме того, невозможно взять под контроль некоторые факторы внешней среды (метеориты, цунами, землетрясения) и социальной психологии (человеческий фактор). А это значит, что возникает потребность в *новой этической ценности* — предусмотрительности (интуиции, мудрости, предвидении), не вытекающей из предшествующего опыта, но позволяющей принимать оптимальные решения в условиях дефицита информации и нести за них ответственность.

Шведский философ Свен Хэнсон предложил для понимания этики добродетели красивую аналогию: компас<sup>2</sup>. Очевидно, что для работы компаса нужен некоторый полюс, притягивающий стрелку. Только в этике этот полюс находится не где-то вовне, а в глубине самой личности и является *притяжением* нашего большого Я, открывающего человеку новые горизонты познавательных возможностей, в том числе, искомую предусмотрительность.

Таким образом, у нас уже наметилась корреляция между предусмотрительностью как этической ценностью в радиологической защите и этикой добродетели. Попробуем двигаться в этом направлении дальше и найти другие соотношения между базовыми этическими платформами, принципами биомедицинской этики и этическими проблемами радиологической защиты с учётом уров-

---

<sup>1</sup> Gonzalez A.J. The Argentine Approach to Radiation Safety: Its Ethical Basis. Science and Technology of Nuclear Installations. 2011, Article ID 910718, 15 p.

<sup>2</sup> Hansson S.O. Ethics and radiation protection // J.Radiol.Prot., 2007, 27. P. 147-156.  
158

невого подхода.

| Этические платформы (парадигмы)                                      | Консеквенциализм / телеологизм (этика результата)                   |                                                    | Деонтология (этика долга)                                       |                                                                      | Этика добродетели (этика поступка добродетельной личности)                                    |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      | Эвдемонизм, гедонизм, разумный эгоизм (этика личного счастья)       | Утилитаризм (этика Общественной пользы)            | Долг как внешнее правило                                        | Долг как внутреннее правило                                          |                                                                                               |
|                                                                      | 1                                                                   | 2                                                  | 3                                                               | 4                                                                    | 5                                                                                             |
| Базовый принцип этической платформы                                  | Устойчивое удовольствие, сведение к минимуму негативных последствий | Наибольшая польза для наибольшего количества людей | Внешнее принуждение следовать общепризнанному правилу или норме | Внутреннее побуждение со стороны совести следовать моральному закону | Превращение поступков в добродетельные за счёт изначально высокого этического уровня личности |
| Необходимый для этической платформы уровень Я                        | Малое Я                                                             | Малое Я                                            | Малое Я, осознающее свою ограниченность                         | Большое Я                                                            | Большое Я                                                                                     |
| Афористическое выражение этической платформы в пространстве культуры | Бери от жизни всё!                                                  | Цель оправдывает средства                          | Благими намерениями выстлана дорога в ад                        | Свобода есть осознанная необходимость (Б. Спиноза)                   | Сначала надо преобразить личность, потом только последуют дела (М. Лютер)                     |

|                                                              |  |                     |                                                                |                                                                                         |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------|--|---------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| «Классические» принципы биоэтики<br>(Т. Бичамп, Дж. Чилдрес) |  |                     | Принцип «не навреди»<br><br>Принцип справедливости             | Принцип «делай благо»                                                                   | Принцип уважения автономии                                                                       |
| Принципы биоэтики по МКРЗ                                    |  |                     | Принцип «Делай благо/Не навреди»<br><br>Принцип справедливости |                                                                                         | Принцип уважения автономии<br><br>Принцип/ценность предусмотрительности (в значении предвидения) |
| Принципы радиологической защиты                              |  | Принцип обоснования | Принцип нормирования                                           | Принцип оптимизации<br><br>Принцип предусмотрительности (в значении системного подхода) |                                                                                                  |

Коллективная мудрость («ноосфера» В.И. Вернадского и П. Тейяра де Шардена) – это не эклектичная сумма разных этических позиций и парадигм познания, а стройная *холархия*, то есть живая система вложенных уровней, каждый из которых есть одновременно и завершённое *целое*, и *часть* ещё большей целостности. Так все этические платформы, указанные в таблице, по-своему нужны, поскольку в каждой – своя правда и своя задача в общем деле развития сознания. Все они – условия роста друг для друга, в то время как глобальные угрозы человечеству можно рассматривать как развивающие задачи, решить которые можно только сообща. Для этого каждый на своём уровне должен приложить усилия для понимания другого. Глобализация – это не только процесс всеобщей унификации, глобализация – это *время общей работы*.

Соотношения, представленные в таблице, несколько отличаются от тех, что вошли в «Анналы МКРЗ» 2017 г. Однако в выводах МКРЗ отмечается, что «четыре основных этических

принципа пронизывают существующую систему радиологической защиты, но их связь с принципами обоснования, оптимизации и нормирования не является однозначной»<sup>1</sup>. Таким образом, работа по уточнению этой связи является актуальной. Сам по себе анализ различных этических платформ ещё не гарантирует практического улучшения ситуации, но теоретический разбор способствует более глубокому пониманию, а понимание – это уже первый шаг к установлению конструктивного диалога заинтересованных сторон.

## **Биология вчера и сегодня: от наблюдения к вивисекции и обратно**

***Тирас Х.П.***

Практика биологии всегда была зоной повышенного «этического риска»: основным методом получения научной информации в XIX-XX вв. был эксперимент. При этом, «за скобками» оставались вопросы адекватности условий, в которых ставились сами эксперименты. Помимо этических вопросов, которые задавались экспериментальным биологам еще со времен И.П. Павлова (Павлов, 1952), за рамками научного обсуждения оставались сугубо научные проблемы качества результатов, получаемых в ходе экспериментов (Tiras, 2018). Особенность биологического эксперимента состоит в том, что во время его проведения животное, как правило, гибнет. Это происходит в случае острого опыта, либо по мере переживания экспериментальной модели, либо в ходе фиксации живого материала для биохимических или морфологических исследований. Парадоксальным образом, работая с биологическим, то есть, по определению, живым, объектом, биология получала сведения о состоянии эвтаназированного объекта. Иными словами, биология за 200 лет своего развития относительно неплохо изучила состояния мертвых, а не живых объектов. Справедливости ради, следовало бы называть эту науку танатологией...

Причиной этому положению в биологии была объективная невозможность, вплоть до последнего времени, работы с живыми объектами, связанная с технологическим укладом науки в XIX-XX вв.. Действительно, в чем состоит «работа с объектом» для биолога? Для того, чтобы что-то изучать, его надо поставить в определенные условия, которые позволяют получить экспериментальные данные, пригодные для дальнейшего анализа. Это озна-

---

<sup>1</sup> Ethical Foundations of the System of Radiological Protection // Annals of the ICRP. ICRP PUBLICATION 1XX – ICRP ref 4825-7258-6046, 20 April 2017

чает, что необходимо максимально близко «подойти» к объекту, чтобы можно было получить определенные физико-химические и биологические показатели его структуры и функции. На практике это означало, что изучаемый объект обычно сразу надо было поймать-подстрелить-засушить, а потом проводить дальнейшие анализы. Фактически, получаемые данные были получены от эвтаназированных объектов, то есть их нельзя считать данными, характерными для живых объектов. В лучшем случае, если биоматериал берется в остром опыте, непосредственно после эвтаназии, его можно классифицировать как «свежевыделенный». Во всех остальных случаях, включая переживающие биологические модели (классический пример – «собака Павлова»), исследователь получает результаты от объектов, которые либо травмированы (как та же собака Павлова), либо погибают в ходе эксперимента. Отдельная проблема – характеристика данных, полученных от травмированных животных. От времени начала атомной физики в ней сформулирован принцип дополнительности, который характеризует существо эксперимента: изучается объект или результат нашего воздействия не него. При этом, если в классической физике, когда изучалось поведение макрообъектов, фактом воздействия на него можно было пренебречь, то в атомной физике, в которой инструментов воздействия на атомы были колоссальные силовые воздействия в условиях различных ускорителей, от факта прямого воздействия уйти невозможно. Очевидно, что столь серьезные воздействия на объект неизбежно приводят к его повреждению (распаду атома на частицы), так что эта ситуация подпадает под сферу принципа дополнительности. С этой точки зрения, экспериментальная биология – сфера, полностью находящаяся в области действия принципа дополнительности.

Однако в истории биологии был период, когда основным методом было наблюдение – это XVIII - начало XIX вв. Это время известно, как эпоха великих натуралистов, описывающих живые объекты без вмешательства в их структуру. Этика натуралистики непосредственно проистекает из религиозного мировоззрения тогдашних биологов. Известно, что большинство ученых, вплоть до XVIII в. включительно, были монахами или придерживались установок христианской религии. Тем самым, объективно действовал религиозно-мотивированный этический запрет на внедрение даже в организм животного, не говоря уже о человеке. Всяческие манипуляции, в том числе операции на больных людях были жестко ограничены, что вызывало большие проблемы по мере нарастания понимания необходимости лечения больных, в том числе, хирургическим путем. В конечном итоге, запрет на хирургические манипуляции был, как известно, снят, что привело к прогрессу медицины, но, парадоксальным образом, негативно сказалось на этической стороне биологической и медицинской

практики. Разрыв старых натуралистических подходов, подкрепленный мировоззренческим разрывом со схоластикой средних веков, по мере прогрессивного развития эволюционных представлений, привел к формированию этики экспериментаторов, которая пришла под знаком максимы Ф. Бэкона: знание – сила (Тирас, 2015). Повсеместное включение исследователей в экспериментальную работу, как прогрессивный метод получения нового знания, сняло все внутренние этические ограничения у биологов и медиков по применению разрушающих подходов к живому объекту. Таким образом, примерно с середины XVIII в. начался процесс секуляризации биомедицинской практики, что через 100 лет привело к появлению поколений исследователей, для которых основным методологическим подходом стал эксперимент. Он вытеснил натуралистический подход и его основной метод – наблюдение из практики биологического исследования, ввиду недостаточности получаемой информации, в первую очередь, о внутренней структурно-функциональной организации биологических объектов (Тирас, 2015, Тирас и др., 2017).

Ситуация в корне изменилась на рубеже XX-XXI вв. Согласно всем теориям науки в этот момент наступала очередная технологическая революция – пришло время цифровых технологий создания изображения (Тирас, 2000). Для биологии это означает полную смену технологической парадигмы – от практики «поймал-зафиксировал» к практике «зарегистрировал-проанализировал». Различные цифровые технологические решения, от сканеров и фото-, видеокамер до томографов – впервые за 200 лет развития биологии позволили работать с живыми объектами, не разрушая, и в оптимальных условиях, максимально приближенных к естественному поведению (Тирас, 2015, Tiras, 2018). Тем самым появились условия для возрождения этики наблюдения, появления цифровой натуралистики (Тирас и др., 2017). Однако, это уже не натурастика XVIII в., когда у Линнея в качестве измерительного прибора были только дюймовая линейка и градусник (Бобров, 1970). Сегодняшняя цифровая натурастика позволяет получить точные трехмерные показатели живых объектов, включая их внутреннее состояние, в том числе цветовые показатели поверхности и внутренних органов исследуемых объектов (Терпиловский и др., 2015, Тирас и др., 2017). Это привело к радикальному переходу биологии и медицины к цифровому описанию состояния и функции живого биологического объекта. Тем самым, впервые за более чем двести лет своего развития биология приходит к своему естественному состоянию, как наука о живой природе, начинается подлинная история биологии.

## *Литература*

- Бобров Е.Г. Карл Линней. 1707-1778. Л., 1970. 285 с.
- Тирас Х.П. Виртуальный биологический музей как зеркало компьютерной революции // Химия и жизнь, 2000, №11-12, с. 24-29.
- Павлов И.П. Полн. собр. соч. Т.6, Москва – Ленинград, 1952, с. 214-226.
- Тирас Х.П. Этика и практика биологического исследования: 200 лет эволюции // Философия науки, 2015, т. 20, №1, с. 144-168.
- Терпиловский А.А., Тирас Х.П., А.В. Хоперсков, Новочадов В.В. Возможности полноцветной реконструкции биологических объектов методом послойного наложения: коленный сустав крысы. Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 11, Естеств. науки, 2015, №4(14). с. 6-14.
- Тирас Х.П., Лесовиченко А. Кожевникова М. Этика цифровой биологии: ренессанс натуралистики. Биоэтика, (Bioethics). 2017, т. 20, № 2, с. 38-42.
- Tiras Kh. P. Principle "Ethical equals precise" as a basis for ethos of biomedicine. Биоэтика, (Bioethics). 2018, v. 21, № 1, p. 17-22.

# **Осознанность как востребованный метод современности повышения качества жизни**

## **План доклада**

***Тихомиров М.А.***

- Международные исследования практики осознанности
- Стресс и депрессия как неотъемлемая часть жизни
- Последствия и симптомы стресса
- 30 лет исследований, 7 трансформаций лидерства
- Практика осознанности как метод повышения умственных способностей
- Интегральный подход к человеку как ключ к пониманию болезни
- Международный 40-летний опыт лечения стресса на базе практик осознанности
- Программа снижения стресса на основе практик осознанности (MBSR) как эффективное вспомогательное средство при лечении психических расстройств
- Виды терапий на базе практик осознанности
- Интегральный путь развития личности на базе практик осознанности
- Нейропластичность - путь к переменам
- Человек – психология или механика, от теории к практике
- Режимы функционирования психики человека
- Сверхсознание - мифы и реальность.

## Феномены жизни и сознания в контексте интегрально-квантового принципа 2-3

*Бахтияров О.Г., Войцехович В.Э., Тарасюк Т.В.*

1. Наиболее интегральному теоретическому знанию, включающему в себя как частичное *любое* знание, отвечает представление о *полноте*, понимание которой принципиально отличается от традиционного.

Обычно полнота понимается как некоторый условный объем, некоторое ограниченное множество, включающее в себя *все* элементы, *о которых идет или может идти речь в поставленной частной задаче*.

Ближайшим аналогом концепта полноты является представление о тотальности, включающей в себя как актуальные, генерологические (проявленные, выделяемые при наблюдении), так и потенциальные, парсические (скрытые, непроявленные, игнорируемые как несущественные) составляющие<sup>1</sup>.

В нашем случае, однако, определение полноты должно быть еще более расширенным – полнота должна включать в себя *абсолютно все* знания, о которых может идти речь в *любой* задаче – как конкретно поставленной перед мыслящим субъектом, так и просто возможной в принципе. Более того, в определении полноты, принятом для настоящей работы, полагается, что *полнота включает в себя абсолютно всё без каких-либо изъятий и/или ограничений*<sup>2</sup>.

Такая полнота содержит в себе абсолютно всё, в том числе всякую другую полноту и саму себя как полноту. Она включает в себя не только всевозможные физические объекты, не только то, в чем эти объекты находятся (пространство и время), но и все идеальные сущности (законы природы, идеи, представления, модели, понятия и т.д.), и все мысли о физических объектах (и обо всём другом), и даже отсутствие этих мыслей и отсутствие самой полноты.

---

<sup>1</sup> Кизима В.В. Начала метафизики тотальности // Totallogy-XXI. Постнеклассичні дослідження. №17/18. Київ, 2007.

<sup>2</sup> Шапков И.И. Трансформационный скачок в представлениях о полноте. XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Дни науки – 2017». Материалы конференции. Озёрск, 2017.

2. В традиционной философии фундаментальные понятия отвечают однородному пониманию картины мира (когда «срединные», макроскопические представления механически переносятся на «край» – в квантовый микромир).

Однако в работах по КР-психологии<sup>1</sup>, показано, что при обращении к абсолютной полноте «край» принципиально отличается от «середины». Пояснение этого на примере с отрезком прямой линии, который предполагается репрезентирующим абсолютную полноту, приводится в работе<sup>2</sup>.

В этой работе показано, что **при абсолютной полноте картины мира следует пользоваться не одной однородной моделью, а двумя моделями (однородной, непротиворечивой срединной и неоднородной противоречивой краевой), единящимися в третьей, фин-инфинитной, конечно-бесконечной, дискретно-непрерывной модели.**

Это формулировка фундаментального **принципа 2-3** – принципа перехода от дуальной оппозиционной модели к троичной, логически замкнутой модели (в идеале это кольцо коммуникативного резонанса – кольцо КР)<sup>3</sup>.

В своем предельном самоосуществлении принцип 2-3 связывает два логически несводимых полюса – *конечного* и *бесконечного* – в *конечно-бесконечные* сущности. В этом случае он понимается как *R-принцип 2-3*<sup>4</sup>.

3. Всякое краевое, фундаментальное понятие является конечно-бесконечным и структурируется в соответствии с принципом 2-3. Его полнота осуществляется как единение краевой абсолютной полноты (бесконечности) и срединной множественной частичности (конечности). Ближайшим, хотя и ограниченным аналогом такого подхода являются квантово-механические

---

<sup>1</sup> Интегралика: от представления о полноте к интегрально-квантовой картине мира: Коллективная монография. // Под ред. И.И. Шашкова. Тверь, 2017, с.с 189-304. URL: [http://allunity.ru/files/Shashkov\\_Monograf\\_blok\\_v3.pdf](http://allunity.ru/files/Shashkov_Monograf_blok_v3.pdf) (дата обращения: 07.05.2018).

<sup>2</sup> Тарасюк Т.В., Шашков И.И.. Интегральный принцип 2-3 и структура сознания. XVIII Всероссийская научно-практическая конференция «Дни науки – 2018». Материалы конференции. Озёрск, 2018. URL: <http://oti.ru/wp-content/uploads/2018/04/Materialy-konferentsii.-Tom-2-RINTS.pdf> (дата обращения: 07.05.2018).

<sup>3</sup> Тарасюк Т.В., Шашков И.И. Интегральный интеллект: от теории к практике. Часть 1. Интегральное моделирование на основе принципа 2-3. // CredoNew. № 2 (94), 2018, с. 126-142. URL: <http://credo-new.ru/archives/1336> (дата обращения 07.05.2018).

<sup>4</sup> Приставка R- перед понятием означает некоторое отношение этого понятия к R-анализу (В.И. Моисеев); об R-анализе см., например, Моисеев В.И. К философии и математике R-анализа. Часть 1 // Credo New, № 3 (63), 2010, с. 73-85; Моисеев В.И. К философии и математике R-анализа. Часть 2 // Credo New, № 4 (64), 2010.

модели, воспроизводящие объекты, для которых в принципе отсутствуют чувственные репрезентации (элементарные частицы, парадоксальные связи и взаимодействия, например, явление спутанности), и потому вынужденные использовать дополнительные и несовместимые с позиций обычной логики характеристики таких объектов. При этом области полноты и частичности связываются *соотношением неопределенностей*, обобщающем принцип Гейзенберга в квантовой теории.

В соответствии с принципом 2-3 адекватность интегрально-квантовых моделей не может быть достигнута при использовании только одной внутренне непротиворечивой схемы; должны быть две схемы, единыящиеся в третьей, внутренне противоречивой схеме.

4. В работе<sup>1</sup> рассматривается геометрическая репрезентация принципа 2-3 на основе *краевой схемы* в виде *круга и луча*, которую можно понимать как некоторое приближение *модели круга*. В этой модели осуществляется единение двух моделей, отражающих представления об *открытости* и *закрытости*.

Движение вдоль окружности представляется бесконечным, неограниченным (это *открытость*). И при этом, при взгляде на круг в целом, обнаруживается замкнутость (*закрытость*) круга.

5. Рассмотрим эту тему, используя физические понятия и соответствующие им формализмы в качестве метафор, выявляющих концепты, лежащие в их основании. Введем параметры О (степень открытости) и З (степень закрытости).

Отметим, что степень открытости пропорциональна  $R$ , а степень закрытости пропорциональна кривизне  $1/R$ .

Перемножая степень открытости и степень закрытости, получаем *обобщенное соотношение неопределенностей*, подобное соотношению неопределенностей в квантовой механике:

$$O \cdot Z = k \cdot R \cdot (1/R) = k.$$

Можно предположить, что коэффициент  $k$  представляет собой обобщенную «постоянную Планка», которой для внешнего мира отвечает обычная физическая постоянная Планка  $h$ . Что касается внутреннего психического мира, то постоянная  $k$  различна для разных устойчивых структур психики (УСП), которыми моделируется, в частности, *сознание и мышление*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Тарасюк Т.В., Шашков И.И. Интегральный интеллект: от теории к практике. Часть 2. Интегрально-квантовая модель мышления. // CredoNew. № 3 (95), 2018. В печати.

<sup>2</sup> Лопатина И.Н., Шашков И.И. Интегрально-квантовые методы при обучении и развитии интеллектуальных способностей // Интегралика: от представления о полноте к интегрально-квантовой картине мира: Коллективная монография. // Под ред. И.И. Шашкова. Тверь, 2017, с. 269-285. URL: [http://allunity.ru/files/Shashkov\\_Monograf\\_blok\\_v3.pdf](http://allunity.ru/files/Shashkov_Monograf_blok_v3.pdf) (дата обращения: 07.05.2018).

6. При наблюдении внешнего физического мира кольцо КР разрывается и, соответственно, картина мира оказывается слабо зависящей от присутствия наблюдателя; это отвечает константности  $k$  во внешнем мире, т.е.  $k = h$ , где  $h$  – конкретная физическая постоянная Планка.

7. Для внутреннего мира человека картина иная. Сознание в этом случае обращается к самому себе по кольцу КР, при этом оно может самоопределиться (замкнуть кольцо КР) при некотором  $R$ , являющемся его собственной характеристикой в системе «сознание – осознаваемое». Соответственно, коэффициент  $k$  оказывается различным как для разных уровней сознания одного и того же субъекта, так и для сознаний разных субъектов и, более того, непостоянным для одного и того же сознания при разных условиях его самоосуществления (то есть  $k$  в этом случае представляет собой переменную «постоянную Планка»). Можно предположить, что  $k$  изменяется в определённом интервале  $[a, b]$ , где  $a$  – нижняя граница сознания,  $b$  – верхняя граница). Вне интервала – предсознание и сверхсознание. Интервал  $[a, b]$  расположен на «шкале психики», понимаемой в самом общем смысле – в смысле «панпсихизма» как метатеории сознания. Сходные идеи ранее излагали Аристотель в учении о форме и материи, Г.В. Лейбниц в монадологии и другие.

8. В пределе, когда сознание осуществляется в своей абсолютной полноте, оно является инвариантным; при этом внешнее и внутреннее для него становятся неразличимыми (оно на границе между внешним и внутренним). Величина  $k$  (с точки зрения внешнего наблюдателя) в этом случае оказывается парадоксально равной физической постоянной Планка  $h$ . Два различных сознания оказываются при таком достижении полноты резонансно связанными в кольце КР, то есть, оставаясь разными, эмерджентно единятся в целостном межличностном сознании.

9. Постоянство предельного, абсолютного  $k$  позволяет соотнести его с устойчивым во времени эмпирическим «Я» (с некоторой сверхличной формой сознания –  $k$ -сознанием). Постоянная  $k$  оказывается на вершине треугольника, в основании которого степени открытости (О) и закрытости (З) сознания. Находясь на более высоком уровне,  $k$ -сознание не может быть логически выведено из степеней О и З; это означает для него некоторую свободу управления состояниями сознания – переноса акцента с О на З, и наоборот.

10. В свою очередь, множественность «постоянных Планка» для УСП внутреннего мира, составляющих сознание, обуславливает для сознания возможность своего рода «управления вероятностью» (перехода от одной волновой функции к другой), что означает свободу более высокого уровня, чем «свобода»,

отвечающая вероятностному характеру отдельной волновой функции.

11. Треугольник соотношения неопределенностей, отвечающий принципу 2-3 может быть применен ко всем краевым, фундаментальным понятиям/феноменам, в том числе к полюсам внешнего и внутреннего мир человека. Если мы идентифицируем внутренний мир как *психический*, а внешний как *физический* мир человека, то получаем некоторое решение проблемы «сознание – тело» (психофизической проблемы). **Сознание и тело оказываются связанными квантовым соотношением неопределенностей, причем в данном случае это соотношение может пониматься как «макроскопическое», относящееся к сознанию и телу как к многоединым целостностям.**

Соответствующая постоянная Планка, в которой эмерджентно единятся сознание и тело, является инвариантом, определяющим устойчивость рассматриваемой «треугольной» системы. Иными словами, проблема «сознание – тело» имеет решение при переходе, в соответствии с принципом 2-3, от двоичной системы («сознание – тело») к троичной («сознание – тело – «постоянная Планка»»).

12. Эта «постоянная Планка», стоящая «над» сознанием (с его переменной «постоянной Планка») и телом (с его постоянной «постоянной Планка») является, по нашему мнению, формальной репрезентацией феномена **жизнь**.

Таким образом, жизнь является первичной относительно сознания и тела – ее базовых аспектов.

Поскольку сознание и тело в этой триаде взаимозависимы в соответствии с соотношением неопределенностей, то изменяя сознание определенным образом, мы получаем возможность управления телом, изменения его характеристик. По нашему мнению, это следует учитывать при разработке конкретных медицинских методов лечения ряда болезней.

# Концепция облика субъекта: к вопросу о дифференцировании понятия

**А.М. Перхуров**

*Облик человека - это автограф его души.*  
А.П.

В развитии философской науки, если XIX век можно назвать «золотым» (Кант, Гегель, Шеллинг, Фихте и др.), то следовавший за ним XX век – «серебряным» (Фрейд, Юнг, Хайдеггер, Гуссерль, Ясперс и др.), который оставил в наследие ряд неразрешенных проблем человека. К одной из них, несомненно в числе первых, относятся представления о целостности человека, телесно-духовном единстве, соотношении его самости с самой жизнью. Однако, ни холизм (А. Мейер-Абих), или общая теория систем (Л. Берталанфи), с одной стороны, ни чисто религиозные представления, в отрыве от биологической и психофизиологической составляющих, с другой стороны, вопроса решить не смогли. Между тем, представления о целостности человека, имеют большое значение как для практики жизни (повышения ее уровня), так и в теоретическом отношении (совершенство саморазвития индивида, вопросы жизни и смерти, и др.). При высокой концентрации целостности, человек значительно обогащает себя и свою жизнь, приобретая черты полубога...

«Целостность человека – это высшая форма его существования, в которой обретается социокультурная идентичность человека, а духовная индивидуальность становится смыслообразующей основой его тотальных самопроявлений» (Е.В. Коробова, 2015).

В своих публикациях физиологического профиля, применительно к контингенту спортсменов, мы придавали большое внимание развитию представлений об Облике субъекта, который в медицине остается мало изученным.

В науках и в литературе, понятие Облика используют как самое общее (формальное) наименование целостности (Облик города, архитектурного сооружения), а применительно к человеку – как оценка его внешнего вида, имиджа, либо его психологических качеств (моральный, человеческий). Во многих случаях функционирование Облика лишено детальной характеристики. А вот как, в 1970 г., оценивали врачи В. Мясников и Ф. Усков значение целостности личности космонавтов. «Умение оставить-

ся самим собой, сохранить для себя свое «Я», свою индивидуальность в любых обстоятельствах называется психологической надежностью человека. Наличие высокой психологической надежности – одно из главных качеств, которые требуются от кандидатов в космонавты».

Наиболее близко к рассмотрению вопросов целостности человека подошли психологи (психотерапевты), а также социологи, которые в своих работах развивали проблемы внутренней жизни личности (А.В. Петровский, В.Г. Леви, И.С. Кон и др.).

Однако концепцию целостности Облика человека, нельзя развить без данных проработки не только психофизических и психологических дисциплин, но и медико-биологического направления.

Целостное представление о человеке не может не включать оценку состояния здоровья, уровня физической и функциональной подготовленности организма, статуса социального развития личности и индивидуального психологического портрета. С оценкой адаптационного уровня, такое полное рассмотрение понятия Облик будет «конечным» этапом формирования его целостности. Облик субъекта выступает как конечный структурный элемент в построении человека, который можно изучать материалистическими методами. Далее идет душа, но эта целостность совсем другой значимости и происхождения. Облик обеспечивает соблюдение гармонии в состоянии внешних нагрузок с сохранением черт целостной личности.

Контингент спортсменов высокой квалификации, с их высоким уровнем здоровья и функциональных возможностей, изолированным занятием одним видом деятельности в стандартных условиях, является наилучшим при моделировании методов изучения Облика. Большое значение имеет диапазон нагрузок на человека и его организм, которые испытывают спортсмены любого уровня. Разработка проблемы Облика спортсмена, с учетом вида спорта, послужит новым потенциалом для роста спортивных достижений. Задача медиков и психологов в спорте - сохранить и использовать возможности целостности как резерва повышения тренированности. Облик спортсмена – одна из лучших моделей воплощения самости субъекта в наиболее «чистых» (от патологии и несовершенства) условиях соединения Внутреннего мира с Внешней реальностью.

В литературе, в произведениях великих писателей находим живописное описание положительного героя как метафоры понятия целостности. На мучительность процесса создания положительного героя, описывая князя Льва Мышкина, указывал Ф.М. Достоевский. При этом, первенство он отдавал М.Сервантесу, как автору «Дон Кихота». Писатель трактует положительного героя как «Всечеловека». «Русский идеал – всецелость, всеприми-

римость, всечеловечность» (Ф.М. Достоевский, 1861). Однако главная роль героя заключается в его борьбе со злом.

«Князь Мышкин неразтворим в среде, как масло неразтворимо в воде, для которого фантазирование становится необходимым дополнением к прогрессу жизни в действительности, временным освобождением и отдыхом от нее, моментом глубокого вздоха. Эти люди наивны хотя бы потому, что они могут и хотят быть только тем, чем они являются, стремятся осуществить явление внутренней необходимости. Поэтому Вне-мир не в силах извратить их или испортить. Злу не за что зацепиться в их душе. Власть ему противна, стяжательство гадко, честолюбие – чуждо. Он дрожит от страха, но не отступает. Уничтожить его нетрудно, сделать злым – невозможно. Его личность не свободна от противоречий, но это противоречия человека, находящегося в естественном согласии со своей моральной природой» (В.Д. Днепров, 1970).

Переходя к классификации подвидов Облика субъекта, попробуем ответить на вопрос: зачем нужно изучать целостность человека, воплощенную в Облик? Это конечное развитие качеств целостности, полученных от природы, адресность самобытия индивида, проявление индивидуальности через творчество, закрепление в душе чувств добра и любви.

Еще в древней Восточной медицине большое значение придавали функционированию сфер Ян (внешнее) и Инь (внутреннее); их взаимозависимость определяла состояние жизненной энергии Ци. В наше время «внутреннее» трактуют как сферу «Мир в человеке», внешнее – как стихию «Человек в мире». «Человек в мире и мир в человеке – узел связи, который однобокое развитие культуры слишком часто разрывает. Нужно распутать этот узел, найти оборванные концы и вновь прочно закрепить их» (М. Мижо, 1963).

Облик субъекта – это точка пересечения (взаимодействия) двух жизненных потоков: один обращен и функционирует с окружающей средой, другой – отражает интернальную направленность своей целостности.

«Быть субъектом, идеальнотелесически потенциальным, – вот чем наполнен процесс отражения субъектом собственных субъективных явлений, процесс-явление отражение отражения» (Д.И. Дубровский, 1971).

Гармоничность взаимной погруженности двух потоков жизнепроявления обеспечивает надежность состояния целостности, создает возможность для ее автономного бытия. Облик субъекта – это существенное проявление живой жизни: функция жизни обретает совершенную форму, становится как бы самостоя-

тельной структурой, тогда как структурная часть преобразуется в динамику жизни.

В характеристике Облика человека, как и в его классификации, должны быть сохранены многогранность, аксиологическая и сущностная обоснованность. В самой обобщенной форме, можно принять вариант Облика по сферам: духовная, душевная и деятельная.

1. Облик, с преобладанием духовной сущности, характеризуют: индивидуальность Внутреннего мира (самобытие) человека, творчески насыщенный образ жизни, талантливость (генетическая предрасположенность), созидание новой реальности, обеспечивающей прогресс в жизни, сужение социального поля взаимодействия (однородность среды общения), сдержанность в проявлении чувств (монашество, отчасти спорт).

2. Облик с преобладанием душевного жизненного настроения – выделяется своими психологическими качествами: живостью восприятия и переживания событий жизни (саможитие), динамизмом реакций, эмоциональностью (богатство и свежесть чувств, яркое их выраженность), оптимизмом, расширенностью в социальном пространстве (легко преодолевает негативные воздействия), харизматичностью; люди воспринимают его с одобрением. Вспомним В.С. Высоцкого: «Я дышу – значит я люблю, я люблю – значит я живу».

3. Облик как вариант социальной личности: расширенность социального окружения (семья, дети, коллектив); профессиональный и социально-ролевой стиль жизни растворяет черты Облика, насыщая его свойствами событий переживаемой жизни. Раньше употребляли выражение «простой советский человек» (Ю.А. Левада, 1993), что включало в себя понятия: передовик производства, патриот своей Родины, примерный семьянин, скромный и доброжелательный к людям человек, пример достойного образа жизни, построенного на идеалах общества. Такой тип личности был присущ значительному числу граждан нашей страны.

Каждый из подвидов Облика, описанных выше, всегда имеет свои характерные черты, но должен в разной степени иметь сходство с двумя другими. Любой человек с чертами Облика должен иметь ощущение, что он прожил свою жизнь, продлил ее в своем потомстве и оставил людям память подвигом всей своей жизни...

«Человек есть там, где есть универсальность, «единичная всеобщность» или «всеобщая индивидуальность»» (Э.В. Ильенков, 1968).

«Никто не может быть чем-нибудь, или достигнуть чего-нибудь, не быв самим собой» (Ф.М. Достоевский, 1864).

«Существовать – значит меняться, а изменяться – значит созреть, созреть же – значит бесконечно созидать самого себя» (М.М. Пришвин, 1922).

Подлинный Облик человека связан с духовной концентрацией его личности: стабильность (структурность), преобладание психической активности (характер), физическая развитость, натуральное состояние здоровья, преобладание Внутреннего мира (бытие), яркое проявление индивидуальности (самость) и таланта, творчество новой реальности, воздействие ее на окружающих. Человек чаще малословен, сдержан, потенциально готов к совершению поступков большой общественной значимости.

Яркой наглядностью и глубиной отмечен подвиг рядового Пограничных войск РФ во время первой чеченской войны Евгения Родионова, который вместе с группой сослуживцев сто дней провел в плену в Бамуте, подвергаясь жестоким и изощренным пыткам. В праздник Вознесения Господня 23 мая 1996 г. ему исполнилось 19 лет. Изверги в последний раз предложили ему снять крестик и сменить веру на ислам. Он отказался и был обезглавлен. Спустя несколько лет мытарств, его мама Любовь Васильевна Родионова нашла и выкупила тело сына. Он похоронен в Курилово (под Подольском, Новая Москва), вблизи храма Вознесения Христова.

О войне-мученике, светлом юноше, отдавшего свою жизнь за русский народ и за свою Родину, знает весь христианский мир. Новомученика Евгения-воина почитают на Святой Горе Афона, в Греции, в Сербии, других странах. В России в его честь заложены три храма, составлен текст молитв, пишут его иконы. К нему обращаются верующие и, особенно, молодые новобранцы.

Женя повторил подвиг унтер-офицера 2-го Туркестанского стрелкового батальона Фомы Данилова, погибшего 21 ноября 1875 г., также в плену, во время русско-турецкой войны. Для Ф.М. Достоевского он был олицетворением православной России («эмблема России, всей России, всей нашей России, – подлинный ее образ», 1877). Эти слова великого писателя-пророка можно отнести и к Жене Родионову (Евгений – означает благородный)...

А еще, оба они заставляют вспомнить подобный подвиг Великомуученика Пантелеймона (р.в. 275 г.) – целителя и безмездного врача родом из города Никомидии (Малая Азия). Его честная глава хранится в алтаре Соборного Храма его имени, Русского Афонского Св.-Пантелеймоновского монастыря.

Все они были молодыми, талантливыми, полными жизни и любви к людям.

Концепции типизации личности человека (биологические, бихевиаристические, психодинамические, гуманистические, тео-

рии личностных черт и проч.), получили в психологии широкое развитие. Однако, в отличие от предложенных новых классификаций, мы даем описание Облика человека, как структуры, давно известной в психологии. Вместе с тем, в ней можно найти черты сродства с интровертами-экстравертами Г. Айзенка, архетипами К. Юнга, типами личности по Майерс-Бриггс и др.

Значение концепции Облика человека очень важно для него самого, его жизни, для общества, в котором он живет и трудится. Основными свойствами Облика являются. Он:

- Синтезирует целостность человека, делая ее монолитной;
- Дает субъекту ощущение самости своего Внутреннего мира (бытие);
- Функционирует по принципу биологически обратной связи;
- Развивает и повышает в человеке творческий потенциал;
- Создает качество однородности во взаимоотношении с людьми;
- Усиливает нравственность восприятия человеком себя и окружающего мира;
- Облегчает людям поиск идеальнотворческого пути их духовного развития;
- Препятствует негативному развитию своей личности, противостоит злу;
- Активирует в человеке чувство ответственности за воплощение общественного долга;
- Защищает жизнь, возвышая ее достойными поступками, продлевает свою потребность в ней (долголетие).

## **Наука, философия и медиа. Гуманитарные проблемы медицины в университетских изданиях**

***Бурлина Е.Я., Кузовенкова Ю.А., Барабошина Н.В.***

Одним из звеньев модернизации системы медицинского образования является развитие гуманитарного обеспечения. Современная система здравоохранения нуждается в концептуальном обновлении не только медицинского права и инновационных форм лечения, но и в эффективном социальном проектировании всех институтов, что предполагает, в том числе, взаимодействие разных групп специалистов. От готовности врачей и их помощников служить людям, а не только оказывать ту или другую услугу, зависит социальная стабильность общества и каждого отдельного человека.

По нашему мнению, современное здравоохранение переживает все нарастающие скорости перехода к массовости. Медицина становится синонимом общественного блага и социальной справедливости. Уникальные врачи и великолепно подготовленный персонал нуждаются в формировании имиджа. Ровно как и противоположное: интересные медиапродукты должны бы опираться на самые лучшие достижения профессионалов.

Обратимся для примера к проблеме, влияющей на стабильность и безопасность: дифференциация персонала в массовом здравоохранении.

Врач общей практики, принимающий ежедневно значительное количество пациентов (до 50 человек), работает не только с медицинской сестрой и коллегами врачами разных профилей, но также с психологами, социальными работниками, специалистами по уходу и заботе. Именно им «перепоручается» значительная часть коммуникативных, в том числе, нарративных ситуаций. За счет расширения круга специалистов и постоянного образования более дробных специализаций (врачи, специалисты по технике, лабораторным анализам и многое другое) здравоохранение как отрасль достигает новых рубежей массовости. Новые медицинские специальности, ориентированные на уход и заботу о человеке, гарантируют все более широкими кругами населения важ-

нейшее социальное преимущество – лечение, квалифицированную заботу о здоровье.

Анализ поворота к массовости в здравоохранении позволяет выделить ряд новых проблем, не только подразумевающих, но и требующих философского и социокультурного обоснования. К ним относится динамика и специфика гуманитарного обеспечения всей «линейки» медицинских профессий. Как правило, университет готовит врачей гораздо лучше, нежели «команду», которой не достаёт именно гуманитарной мотивации.

Другим не достаточно осмысленным в гуманитарном плане разделом остается функционирование медицины в том или другом обществе, а также границы медицинской науки в рамках разных парадигм естествознания. Сложнейшая философская и культурологическая проблема с гигантским познавательным и воспитательным потенциалом, не имеет систематического и качественного медийного сопровождения.

Наконец, особый круг междисциплинарных проблем – гуманитарное сопровождение здравоохранения для стабилизации общества, для его соотнесенности с представлениями общества о благе и справедливости. Это знакомство с лучшими клиниками страны и региона; это изучения стиля мышления и работы великих врачей, медсестер, ученых и исследователей.

Как показывает интернациональный опыт, новые идеи, связанные с многофункциональной системой здравоохранения, сопровождаются в видах разной методической и медиа продукции. В каждой стране выпускаются десятки журналов, имеются разного рода интернет-порталы и библиотеки, связанные с медициной. Отдельную строчку составляют художественные произведения, рассматривающие образы врача и влиятельные для зрителей. Однако, в отечественных университетских практиках наблюдается значительный дефицит методических и медийных изданий гуманитарного направления.

Выдающиеся врачи иногда, в конце жизни оставляют философские и менеджерские книги о медицине (Г.Л. Ратнер). В подобных сборниках журналах или интернет-ресурсах обсуждаются уже и сегодня вопросы медицинской аксиологии, биоэтики, гуманистической медицины будущего. Это позволяет врачам, фармацевтам или организаторам здравоохранения понять и оценить новые гуманитарные идеи, которые являются стержневыми не только в области современной медицинской и фармацевтической проблематики, но в плане осознания роли и места человека, его созидательной деятельности и здорового образа жизни и творчества. Мы полагаем, что периодические издания по разным направлениям гуманитаризации медицинских профессий,

давно должны были бы объединить усилия университетских специалистов.

Для студентов, обучающихся на медицинских специальностях, подобные издания были бы полезны в морально-нравственном (при этом не морализаторском), а деонтологическом осмыслении выбранной специальности. Кроме того, подобные издания, зачастую могут рассматриваться как пространство самовыражения, творческой репрезентации, диалога, что безусловно способствует обретению профессиональной идентичности, как некой конфигурации, которая постепенно объединяет способности студента, его значимые идентификации, успешные сублимации и постоянные роли в целостную личность. Все это, в свою очередь, определяет систему ценностей, идеалы, жизненные планы, перспективы становления студента как будущего специалиста и достойного члена общества.

Для научных партнеров могут быть полезны публикации имиджевого плана, создающие «портрет» научного коллектива и вуза в целом, позволяющий привлечь к себе внимание, установить контакт на начальном этапе сотрудничества. Особенно актуальны подобные издания в международных контактах, когда существует языковой барьер. Преодолеть его помогают двуязычные публикации.

Содержание изданий, осуществляющих социо-гуманитарное сопровождение биомедицинских исследований, должно учитывать специфику адресата, чтобы публикации не ложились «мертвым грузом» на полки библиотек и частных собраний научной литературы. В рамках данной темы рассмотрим кейс российско-немецкого альманаха «Life Sciences», выпускающегося на базе Самарского государственного медицинского университета с 2006 г. по настоящее время.

Можно выделить ряд ключевых тематических направлений, представленных в изданиях:

- **гуманитарное обеспечение инноваций в медицине и биологии.** Подобный фокус рассмотрения позволяет взглянуть на проблему инноваций не как на отдельно взятую технологию, а в контексте цивилизационного развития, сплетающего науку и коммерциализацию; фиксирующего «конфликты интересов» научного сообщества и остальной части общества, являющейся потребителем предлагаемых инновационных продуктов, поднимать вопросы связываемые сегодня с доступностью/недоступностью медицинских услуг, воспринимаемых как проявление социальной несправедливости. В контексте антропологического поворота всей системы здравоохранения влияние медицинских инноваций ощущается обществом как крайне актуальная проблематика. Вовлечение в нее студентов видится нам необходимым;

- **медицина в культуре и философии.** Это направление связано со спецификой медицины как самостоятельной и зависимой сферы культуры, с профессиональной идентичностью всех профессионалов медицины, от уникальных хирургов до необходимых в каждой палате санитаров, что особенно актуально для студентов, находящихся на стадии формирования собственной профессиональной этики. Почему в ряде стран образование получают не только врачи, медицинские сестры, но и так называемые, «помощники» («Phlegas»), обеспечение ухода, заботы, попечения); Как изменилось место врача в нашем обществе, в чем состоят эти изменения? Не только всемирно известные врачи-подвижники (В.Ф. Войно-Ясенецкий, А. Швейцер), но знаменитые композиторы и писатели, начинавшие свою деятельность врачами (от А.П. Бородина, А. П. Чехова до ) но и региональные «звезды» от медицины через людей искусства, внесших значительный вклад в мировую культуру, но начавших свой профессиональный путь с профессии врача или смежной с ней наук (А.П. Чехов, А.П. Бородин до В.П. Аксенова, Кобо Абэ), через трагические или напротив, счастливые повороты жизни ученых, связанных с медициной (Н.В. Тимофеев-Ресовский, Нобелевские лауреаты) и др. Нельзя обойти и современные отечественные и зарубежные медицинские сериалы, пользующиеся популярностью широкой аудиторией. «Скорая помощь», «Доктор Хаус», «Клиника», «Интерны», «Склифосовский» и др. в эпоху «экранной» цивилизации формируют определенный «имидж» врача как человека, который приоткрывает дверь в святая святых – «царство белых халатов», но далеко не всегда может помочь человеку.

- **имиджевые публикации, репрезентирующие инновационные разработки** ученых имеют своей целевой аудиторией исследователей из других отечественных и зарубежных научных организаций. Особенностью подобных публикаций в рамках альманаха «Life Sciences» является то, что научные разработки и их авторы репрезентируются наравне с рассказами о регионе пребывания. Позитивный имидж региона, связанный с успехами в той или иной сфере, может стать аргументом в завызывании партнерских отношений.

- **публикации специалистов по биоэтике, занимающихся вопросами юридической правомерности тех или иных медицинских продуктов или услуг.** Современная медицинская практика строго регулируется в правовом отношении, в связи с чем становятся необходимы Советы по биоэтике и заключения юристов для проведения экспериментов. Подобный трансдисциплинарный синтез философии, культурологии и биоэтики с юридическим уклоном позволяет демонстрировать влияние общекультурных ценностных и нормативных установок на конкрет-

ные практики медицинского сообщества, указать на влияние философии на медицину.

Мы полагаем, что подобные университетские издания необходимо развивать в России, продвигать на региональном, федеральном и международном уровне как научные и медийные издания. Одной из ключевых проблем данных журналов, сдерживающих их широкое распространение, является нехватка средств на издание. Она может быть решена через систему грантового финансирования, учитывающего специфику и необходимость изданий, лежащих на стыке научного, философского и медийного ракурсов.

## **Социо-гуманитарные и этические контексты биомедицинских исследований в сфере психического здоровья: теория, практика и перспективы**

*Гуткевич Е.В.*

В плане действий Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья на 2013-2030 гг. одной из приоритетных задач устанавливается укрепление информационных систем, баз фактических данных и исследований в области психического здоровья и ожидается, что 80% стран будут регулярно собирать и представлять, по крайней мере, основной комплект показателей психического здоровья один раз в два года через свои национальные системы медицинской и социальной информации<sup>1</sup>. При этом исследователи, ученые и практики-профессионалы в сфере психического здоровья находятся в ситуации трансформации общества (постиндустриальное, «цифровая эпоха – цифровой разрыв», «матрица движения населения»), проявлений социальных процессов в обществе (возникновение понятия «психосоциальный человек»), развития гражданского, общественного движения (организации родителей и т.д.). Происходят реформы сфер образования (индиви-

---

<sup>1</sup> Качаева М.А., Шпорт С.В., Трущелев С.А. Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения. Российский психиатрический журнал, 2017, № 6, с. 10-23.

дуализация, персонализация, трансфессионалы), социальной помощи (страховые компании), здравоохранения. Властными структурами иницируются новые законодательные инициативы, в том числе в области охраны здоровья. В средствах массовой информации одной из самых актуальных тем представляется «человек в мире нейротехнологий».

Сложные феномены здоровья и патологии претерпевают трансформации понятий в силу достижений науки – медицинской – биомедицина, клиническая генетика; биологической – генетика, иммунология, нейробиология – нейронауки; психологической – психология развития, личности, новые психологические феномены; развития инновационных технологий – индивидуализированная медицина, «доказательная практика» в клинической психологии, интернет- и компьютерные технологии, цифровое оборудование, приборы и гаджеты. Актуализируется значение общественного здоровья, наблюдается продвижение идей здорового образа жизни среди всех групп населения. В сознании закрепляются новые парадигмы био-психо-социо-духовно-нравственной модели личности, здоровья и «ранних вмешательств», когда речь идет о группах и предикции риска и потребности в помощи. Тенденция к междисциплинарному интегративному знанию становится основной в научном познании.

В сфере психического здоровья в основе действующих классификаций (МКБ-10) лежит феноменологический категориальный подход с четкими психопатологическими критериями для различных психических расстройств, так называемый консервативный подход – от клинических диагнозов как дискретных сущностей к поиску мозговых нарушений. Ранее это позволяло находить общий язык внутри медицинского и научного сообществ, административных ведомств (финансирование и организация исследований и оказание медицинской помощи). Однако полученные за последние годы актуальные данные нейронаук показали, что выделенные нозологические категории не отражают этиопатогенетической основы психических отклонений – их невозможно соотнести с определенными нейронными сетями, произошло замедление исследований, возникли проблемы в динамике создания новых лекарств. В том числе и поэтому в настоящее время предлагаются новые диагностические системы МКБ-11 и DSM-5, когда расстройства группируются на основе данных об общей этиологии и патофизиологии, полученных в биологических и клинических исследованиях, так называемый дименсиональный подход с пониманием того, что степень выраженности симптома или синдрома может быть различной. Также существует революционный подход – RDoC (Research Diagnostic Criteria), когда изучение и диагностика

начинается с поведенческой функции (эндофенотип), для которой имеются данные фундаментальной науки о мозговых механизмах, а нарушение этой функции рассматривается в качестве основы клинической проблемы<sup>1</sup>. Произошел переход к доказательной медицине – измерение эффектов медикаментозных средств и новых биомедицинских технологий, психотерапевтических практик и психологических методов лечения. С другой стороны, в научном познании существует понятие нонандестения (non understand)<sup>2</sup>.

Соединение биологических знаний и человеческих ценностей в биоэтике, сформулированное В. Поттером в 1969 г., в нашей стране поддерживалось и развивалось Эриком Григорьевичем Юдиным (1930-1976) и Борисом Григорьевичем Юдиным (1943-2017), которые работали и бывали в Томске, где в 1909 году открылась психиатрическая больница, о чем писали: «...Психиатрическая лечебница – это лучшее украшение общественной жизни, город Томск благословляет и час возрождения идеи создания ее и день настоящего открытия этого истинно святого приюта страждущему расстройством драгоценнейшего дара – разума ...»<sup>3</sup>. В конце XX в. и в XXI в. здесь работали выдающиеся ученые, врачи-гуманисты, психиатры Е.Д. Красик, А.И. Потапов, В.Б. Миневич, П.П. Балашов, В.Я. Семке, следуя основным принципам гуманизма и этики.

10 статья Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека «Равенство, справедливость, равноправие» включает: доступность высокотехнологичной медицинской помощи; справедливость распределения финансовых ресурсов здравоохранения; принцип равенства, справедливости и равноправия в биотехнологиях; позиции врача (исследователя) и пациента при оценке качества жизни больных с различными заболеваниями; доступность медицинской помощи для пациентов с различным социальным статусом; этика взаимоотношений врача (исследователя) и пациента. Таким образом, этическое регулирование устанавливает соответствие между целями и результатами биомедицинских, в том числе генетических, исследований психических расстройств, интересами и правами пациента и членов его семьи, интересами и правами общества в целом.

---

<sup>1</sup> Алфимова М.В. Современные тенденции развития зарубежной клинической психологии // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М., 2018, с. 28-41.

<sup>2</sup> Носов Н.А. Виртуальный конфликт: современная социология медицины. М., 2002. 140 с.

<sup>3</sup> Очерки по истории психиатрической помощи в городе Томске / А.И. Потапов, А.П. Агарков, М.В. Грибовской, С.А. Некрылов. Томск, 2008, с. 31-32.

Актуальными трендами биоэтики в сфере психического здоровья являются: новая гуманистическая этическая установка, биоэтическое просвещение, трансформация традиционно-патерналистского характера медико-этической образованности, новые технологии в медицине (психиатрии и наркологии), клинической психологии (психогенетике) в рамках исследований, диагностики, консультирования, лечения, реабилитации; этиология многофакторных состояний психического здоровья и психических расстройств. Нами были изучены семьи больных психическими расстройствами с целью выявления коморбидности их с наследственными заболеваниями для возможной генетической превенции. Выявление ассоциаций психических расстройств с врожденной патологией и менделирующими признаками в семьях показало три основные группы коморбидных генетических состояний: в первую группу можно отнести врожденные пороки развития у пробандов (поперечный редукционный порок конечностей; киста средостения, дивертикул пищевода; гипоплазии передней доли гипофиза); вторая группа включает хромосомную патологию в семьях (47, XY, + 16 у плода; 46, XY, del 22q11.2) и в третью группу входят семьи с наличием определенных генетических мутаций (гена, кодирующего медь-транспортирующую АТФазу; гена *FBN1* – фибриллина 1; дефицит альфа-галактозидазы А). Существующий клинический полиморфизм нарушений индивидуального здоровья связан с клинко-генетическим континуумом и внутрисемейном ядром (семейное накопление, семейная наследственная отягощенность) как психопатологического синдрома, так и особенностей соматического здоровья, вероятно, определяемым «полем действия» генов. Для психических расстройств как болезней с нечетким фенотипом, не подчиняющихся менделеевским закономерностям наследования, выявление коморбидных с ними наследственных заболеваний дает возможность дифференцированной клинической диагностики, прогнозирования течения и развития, лечения и исхода заболевания для конкретного больного, а также возможность семейно-генетической превенции<sup>1</sup>.

На пути познания, исследований и оказания помощи стоят проблемы и вызовы нового времени, такие как безусловная генетизация, а значит возможность ограничения (дискриминации) личности; трансформация риска исследуемых, так как генетизация и создание биологических банков может привести к несознаваемому пациентом риску доступа посторонних к конфи-

---

<sup>1</sup> Гуткевич Е.В., Гуткевич Е.А. Биологические парадигмы психических расстройств. Томские исследования: история, реальность и перспективы. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2016, № 4, с. 14-25.

денциальной информации; существует межвидовая генетическая чувствительность; используемые новые вещества и агенты, например Si-RNA – токсичны, наночастицы вызывают окислительный стресс, а моноклональные антитела вызывают иммуносупрессию, диарею, гипомагнезимию; стандартизация – персонализация; многовариантность – стандарты лечения; медикализация – исследование; полипрагмазия и «пище-лекарственные взаимодействия»; взаимодействие субъекта (индивида, личности) с объектом (аппаратом, гаджетом и т.д.), что отражается на получаемых данных о состоянии респондента; возраст (дети, пожилые пациенты), пол и сексуальные меньшинства; индивидуальность – общество; многонациональность, многоконфессиональность – унификация; кросс-культурные проблемы; государство – частные клиники; права пациента – тестирование, принудительное лечение; ответственность профессионала. Для решения этих проблем этические комитеты, работающие в сфере психического здоровья, проводят экспертизу, одобрение и сопровождение клинических исследований, информационное обеспечение своей деятельности, занимаются образовательной, научно-методологической, просветительской деятельностью (лекции и семинары, исследования и публикации, проекты и конференции, конкурсы).

К середине XXI в. скорость эволюционных процессов устремится к бесконечности, а интервалы между научно-техническими открытиями – к нулю, точка сингулярности; трансгуманистические прогнозы – развитие технологий искусственного интеллекта, нанотехнологий, биотехнологий; биология станет информационной наукой – мы будем программировать себя, изменяя структуру своего генома, чтобы защититься от болезней; внутри нашего организма поселятся миниатюрные компьютеры и молекулярные нанороботы-врачи, которые будут диагностировать и устранять болезни и повреждения; мы сможем программировать свой мозг, непосредственно подсоединять его к «надмозгу» – нейросети, объединяющей людей, компьютеры и киборгов; тело человека будет перестраиваться в косметических и других целях; все существующие болезни будут излечимы с использованием целого спектра медицинских технологий: терапевтических, дизайнерских лекарств, индивидуальной геномной терапии, клеточной терапии и хирургии, выращивания органов и киборгизации; хотя старение ещё не будет полностью побеждено, в скорой возможности бессмертия уже сомнений не будет; станет возможным обратимый биостасис, что делает крионику общепринятой практикой; будет набирать скорость трансформации человека, а биологические процессы будут взяты под контроль в медицинских целях (с помощью геномной инженерии, гормональных

препаратов и микроустройств); интеллектуальные способности будут значительно расширены (когнитивные методы, интерфейс мозг-компьютер, дополненная реальность, ноотропные препараты, ИИ-агенты)<sup>1</sup>. При этом прогнозировать социальные последствия развития технологий достаточно сложно, поэтому вслед за И. Кантом хочется сказать: «Две вещи наполняют душу всегда новым и все более сильным удивлением и благоговением, чем чаще и продолжительнее мы размышляем о них, – это звездное небо надо мной и моральный закон во мне».

## **Междисциплинарный подход к управлению качеством жизни, связанным со здоровьем человека**

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

Сегодня российское общество и государство ставя высшей целью своей социальной деятельности неуклонное повышение качества жизни, движение ко все более полному удовлетворению многообразия потребностей человека, решает масштабную задачу – максимально инвестировать в новые технологии, которые будут обеспечивать актуальные потребности россиян и принципиально изменять качество их жизни. Среди выделяемых ведущими специалистами новых рынков до 2030-х гг. – персонализированная медицина (ПМ). Концепция ПМ как одного из приоритетных направлений Национальной технологической инициативы в области здравоохранения ориентирована на потенциал междисциплинарной научной парадигмы, как биомедицинского, так и психологического, социального, экономического знания и практической медицины. Один из базовых принципов ПМ – принцип партисипативности понимается как диалог и «сборка» всех субъектов лечебного процесса, сотрудничество врачей и пациентов, а также как активная, субъектно-мотивированная роль пациента в профилактике, лечении и реабилитации заболеваний с целью повышения качества жизни и управления здоровьем. Однако реализация этого принципа наталкивается на ряд трудностей, среди которых проблема качества жизни пациентов, решение которой во многих отношениях зависит от валидного, чувствительного к комплексу переменных диагностического и лечебного медико-

---

<sup>1</sup> *Медведев Д.* Развитие общества через свёрхтехнологии к 2026 году. URL: <http://trans.humanism-russia.ru/content/vien/283/94/> (дата обращения 15.05.2018).

психологического инструментария.

Биомедицинский подход к профилактике, лечению, реабилитации пациента, медицинская диагностика КЖ, связанного со здоровьем не в полной мере соотносится с расширяющимся понятием «здоровье», многомерным и противоречивым понятием «качество жизни». В настоящее время для решения фундаментальной проблемы управления здоровьем в фокусе сохранения, улучшения качества жизни навигационное понимание здоровья позволяет увидеть психологические и личностные усилия самого человека на пути «к здоровью» и повышению качества жизни. Понятие «здоровый человек» постоянно трансформируется, наполняясь новым содержанием, что отражает его развитие и многомерность. Целостная картина здоровья требует все более расширительной трактовки. Столь мощный фактор как психологический не является еще органичной частью понятия «здоровый человек». Это во многом обусловлено ориентированностью медицинской практики, которая все чаще сталкивается с необходимостью выхода за пределы чистого натурализма в трактовке болезни, на естественнонаучную трактовку здоровья и стандартизированную модель врачевания. Несоответствие между наличными медицинскими практиками и расширяющимся понятием «здоровый человек», включающим психическое, психологическое, социальное, соматическое здоровье и т.д., становится все более заметно. Уменьшить вышеуказанные ограничения и деструктивные последствия, имманентно заложенные в стандартизированную медицинскую модель лечебной деятельности, принимать во внимание учет персонализированных данных пациента возможно, если следовать комплексному подходу по оценке качества жизни, связанного со здоровьем.

Основная цель проводимых исследований – с помощью конвергентной технологии разработать медико-психологическую модель управления здоровьем и качеством жизни на основе персонализированного подхода к профилактике, лечению и реабилитации пациентов неврологического и хирургического профилей в медицинской практике. Построение такой модели возможно при решении следующих задач: провести медицинскую диагностику по выявлению объективных показателей качества жизни, связанного со здоровьем у пациентов хирургического и неврологического профилей; эксплицировать их рефлексивно-психологический ресурс и «переменные» субъективного благополучия; выявить взаимосвязь индивидуальных психологических дескрипторов, субъективного благополучия человека в ситуации врачевания и медицинских показателей его качества жизни; оценить эффективность применяемых медицинских методов диагностики и лечения, влияющих на показатели качества жизни, связанного

со здоровьем с учетом индивидуальных особенностей и поведенческих характеристик пациентов неврологического и хирургического профиля; построить медико-психологическую модель управления здоровьем в проекции ориентиров повышения качества жизни; внедрить результаты проекта в реальную медицинскую практику с целью расширения медико-психологического диагностического и лечебного инструментария по оценке качества жизни и управлению здоровьем человека.

Ключевой идеей проводимых исследований выступает углубление междисциплинарных знаний о качестве жизни современного человека, в том числе о КЖ, связанного со здоровьем. Оно мыслится как комплексное понятие и раскрывается в своем междисциплинарном содержании. КЖ – объективный предиктор и субъективное выражение благополучия, социального и личностного бытия человека. Всякая ситуация потери здоровья влияет на оценку своего социального и личностного положения, уровень притязаний и степень удовлетворенности социально-экономическими, эмоционально-психологическими, поведенческими факторами жизни человека. Потеря достигнутого уровня КЖ инициирует рост неопределенности, напряженности, вызывает тревогу за настоящее и будущее, потерю традиционных повседневных ориентиров в жизни.

Впервые основные показатели качества жизни, связанного со здоровьем определяются с помощью конвергентной технологии – медицинскими методами, психологической диагностикой, медико-психологическими моделями. Это позволяет расширить медицинский диагностический инструментарий по оценке качества жизни, увидеть проблемные зоны «адекватности» объективных показателей и субъективной оценки «переменных» качества жизни, раскрыть риск-факторы управления «самовоспроизводством» или здоровьем человека, улучшить результаты и качество лечения, идентифицировать достигнутые эффекты реабилитации больных хирургического и неврологического профилей.

Осуществляется комплексное медико-психологическое обследование пациентов неврологического и хирургического профиля на базе Областного клинического лечебно-реабилитационного центра (ГБУЗ «ОКЛРЦ») и Областной клинической больницы (ГБУЗ ОКБ), Городской клинической больницы №7 (ГБУЗ ГКБ №7) г. Твери в количестве 500 человек. Проводится сравнительный анализ медицинских показателей, индивидуально-психологических особенностей, рефлексивных способностей и социально-психологических составляющих качества жизни, связанного со здоровьем у пациентов неврологического и хирургического профилей.

Выборку больных хирургического профиля составляют две группы пациентов, оперированных по поводу острого аппенди-

цита с помощью лапароскопической техники. В основной группе антимикробная профилактика комбинированная (до операции вводился антибиотик, а интраперитонеально – бактериофаг); контрольная группа получает только дооперационное введение антибиотика. Отдельно рассматриваются две группы больных оперированных по поводу острого аппендицита с помощью лапароскопической техники и открытым способом в сравнительном аспекте. Методы и методики исследования: общеклинические методы исследования больных, клиническая оценка воспалительного процесса в брюшной полости в послеоперационном периоде и местных изменений при заживлении операционных ран; мониторинг локальных процессов в брюшной полости и операционных ранах по данным термографии; исследование динамики изменения С-реактивного белка как маркера воспаления, оценка температурного индекса кровообращения.

Выборку больных неврологического профиля составляют две группы больных ишемическим инсультом: 1 группа – больные, которым проведена тромболитическая терапия; 2 группа – больные без применения тромболитической терапии. Методы и методики исследования: для устранения причины ишемического инсульта применяется метод тромболиза – введение специальных препаратов, растворяющих тромбы. Тромболиз при инсульте призван разрушить тромботическую массу и возобновить движение крови по закупоренным мозговым сосудам. В основе действия методики – активация плазминогена крови и его перевод в плазмин. Именно этот фермент способствует разрыву поперечных связей между молекулами фибрина, обеспечивающими структурную целостность тромба. Данный метод позволяет в короткие сроки нивелировать основные проявления инсульта (двигательные, речевые, чувствительные нарушения).

Социально-психологическое исследование больных хирургического и неврологического профилей выполняется на базе психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» и лаборатория психодиагностики ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет». Психодиагностический инструментарий исследования составляют: методика «SF-36» (качество жизни); методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова; опросник уровня субъективного контроля Дж. Роттера (УСК); методика диагностики самочувствия, активности, настроения (САН: уровень напряжённости, эмоциональный фон, мотивация); рефлексивный опросник уровня доверия к себе Т.П. Скрипкиной; методика диагностики коммуникативных и организаторских склонностей Н.П. Фетискина; Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА).

На основе полученных эмпирических данных и показателей КЖ, связанного со здоровьем, анализа выявленных персональных «границ» здоровья пациентов неврологического и хирургического профилей формулируются выводы и заключения, а именно: построение медико-психологической модели управления качеством жизни, связанным со здоровьем для научно-практического использования в профессиональной деятельности врача; внедрение конвергентной технологии по управлению КЖ, связанного со здоровьем в медицинскую практику для диагностики и лечения пациентов неврологического и хирургического профилей; разработка практических рекомендаций для внедрения в хирургическую практику (методика внутрибрюшного введения бактериофагов в экстренной абдоминальной хирургии в качестве меры профилактики послеоперационных осложнений; за счет применения бактериофагов уменьшаются сроки протекания воспалительного процесса в брюшной полости и обеспечены оптимальные условия для заживления операционных ран, в которой учитываются особенности течения послеоперационного периода при лапароскопической аппендэктомии, а также показатели качества жизни как индикаторы эффективности лечения); разработка практических рекомендаций для внедрения в неврологическую практику (новая концепция нейрореабилитации пациентов, в основе которой лежит трехэтапная модель оказания реабилитационной помощи, с четко прописанными критериями перевода и маршрутизации в зависимости от оценки тяжести пациента по шкале Рэнкин, которая является оценочным инструментом для верификации критериев лечения и маршрутизации, показателе качества жизни пациентов, а также экономических затрат на лечебные мероприятия).

В итоге, качество жизни – это, в первую очередь, проблема методологического уровня. Получение с помощью высокотехнологического медико-психологического диагностического инструмента полной информации о качестве жизни пациента – исходная точка в построении эффективной системы управления КЖ, связанным со здоровьем.

# Социо-гуманитарная экспертиза в трансдисциплинарной постклассической перспективе

*Калинин Э.Ю., Новикова Е.В.*

Обыденный смысл слова “эксперт” – знаток предмета. После формирования системы экспертного знания с появлением компьютеров и методов формализации качественных характеристик возникла возможность создания экспертных систем как диагностических систем второго поколения на основе использования теории распознавания образов (в том числе и в медицине). Однако по сравнению с традиционными техническими и естественными науками медицина самого начала была погружена в социо-гуманитарный контекст. Поэтому социо-гуманитарная экспертиза медицины (её теории и практики, а также медицинских проектов и медицинской техники), возникшая достаточно поздно, с развитием трансдисциплинарности в современной науке перешла границы медицины и стала (точнее, становится) общенаучным подходом.

Как отмечают В.Г. Горохов и Е.Н. Санчес, существует четыре характеристики экспертизы, которые выделяют вид социальной роли, которой должен играть эксперт. 1) эксперт обладает специализированными знаниями и умениями, которых нет у неспециалиста; 2) он имеет знание специфических методов познания и создания определенных вещей; 3) он признан своим собственным профессиональным сообществом; 4) это профессиональное сообщество признано как легитимное внутри более широкой социальной структуры.

Следуя концепции П.Д. Тищенко и Б.Г. Юдина, первоначальной формой гуманитарной экспертизы была этическая экспертиза. В современной практике проведения биомедицинских исследований принято, что *каждый* исследовательский проект может осуществляться после одобрения независимым *этическим комитетом*. Эта структура создается и существует именно для того, чтобы проводить этическую экспертизу. Ее главная цель – определить, с какими рисками для испытуемых может быть связано их участие в исследовании и оправданы ли эти риски значимостью тех новых научных знаний, ради которых принимается исследование.

Особенностью этической экспертизы биомедицинской теории и практики является ее существенно трансдисциплинарный характер. Для его обеспечения в осуществлении этической

экспертизы должны участвовать представители не только тех научных специальностей, которые непосредственно включены в научное исследование (врачи, биологи, информатики и др.), но и представители других экспертных групп (юристы, этики, социальные работники и т. д.). Кроме того и те, кто не является экспертом в сфере практики организации и проведения биомедицинских исследований. Благодаря участию в этической экспертизе непрофессионалов цели и методы исследования, связанный с ним риск, наличие альтернативных методов диагностики или терапии и т. п. – все это должно быть объяснено так, что должно быть им понятно, т.к. необходимо их информированное согласие. Это позволяет говорить о *гуманитарной* природе этической экспертизы. Она предназначена для того, чтобы *человек сам осознанно мог участвовать в принятии затрагивающего его решения.*

Гуманитарная экспертиза развивает основные идеи и подходы этической экспертизы в двух направлениях. 1. Она расширяет сферу экспертизы за пределы биомедицины. 2. Гуманитарная экспертиза позволяет учитывать сложность антропологических проблем, которые порождает научно-технический и социальный прогресс. 3. Кроме того, с технизацией и социологизацией медицины возникает интеграция гуманитарной и социальной экспертизы в единое целое – социогуманитарная экспертиза, которая расширяет свои пределы благодаря трансдисциплинарности и интеграции науки, техники и общества.

По В.Г. Горохову социально-гуманитарная экспертиза научно-технического развития занимает одно из центральных мест в современной философии техники и часто обозначается в качестве ее прикладной сферы. В данном случае имеется в виду более широкий контекст, чем это передает прилагательное «социальная», а именно междисциплинарное исследование и комплексная оценка социально-философских, социально-политических, социально-экономических, социально-экологических и других последствий научно-технического и хозяйственного развития. При этом в контексте распространенной концепции устойчивого развития следует еще добавить с целью достижения устойчивого научно-технического и хозяйственного развития общества на всех его уровнях, начиная от уровня предприятия и кончая уровнем народного хозяйства страны, группы стран или развития общества в целом. Кроме того, более точно социогуманитарную экспертизу надо понимать как оценку проектов, возможных сценариев будущего научно-технического развития и его негативных последствий.

Оставаясь принципиально междисциплинарной, социо-гуманитарная экспертиза постепенно приобретает черты новой научной

дисциплины. Ее можно назвать комплексным трансдисциплинарным научно-техническим направлением, поскольку она интегрирует в себе естественнонаучное, научно-техническое и социально-гуманитарное исследование последствий современных исследований и проектов.

## **Социальное значение изменения климата и возможность гуманитарного сопровождения и предупреждения негативных последствий**

*Кубарь О.И.*

Проблема изменения климата вызывает серьезную озабоченность и является темой постоянных обсуждений и реагирования на различных профессиональных, социальных, административных и политических уровнях. Вопрос влияния изменения климата на здоровье человека служит предметом пристального изучения такого института ООН, как ВОЗ, а в последние годы стал объектом особого интереса авторитетных этических институтов в системе ООН/ЮНЕСКО, таких как: МКБ, МГКБ, КОМЕСТ. В силу личного непосредственного участия в деятельности названных биоэтических структур ЮНЕСКО, данная тема была нами подвергнута исследованию с точки зрения возможности этического (гуманитарного) сопровождения и защиты от негативных явлений в области влияния изменения климата на экологические и топографические показатели зоонозов в РФ.

Общеизвестно, что изменение климата носит глобальный характер и всецело затрагивают экосферу Земли, воздействуя на связанные с окружающей средой факторы здоровья – воздух, воду, почву, ареал проживания животных и микроорганизмов. Последствия потепления климата могут проявляться в увеличении числа возбудителей тех или иных инфекционных и паразитарных заболеваний, изменении ареалов природно-очаговых заболеваний. В РФ имеет место стремительный рост заболеваемости клещевым энцефалитом за последние 30 лет. В ряде районов РФ изменился ареал комаров-переносчиков японского энцефалита, что происходит не только из-за потепления и

изменения количества осадков, но и в результате существенного ослабления энтомологического надзора и необходимых мер борьбы. Среди дестабилизирующих факторов влияния дисбаланса климата на состояние экосистем можно выделить следующие основные риски. Изменения климата могут оказывать влияние на возбудителей таких факультативно-трансмиссивных инфекций, как чума и туляремия, и более заметное – на возбудителей нетрансмиссивных природно-очаговых инфекций – лептоспирозов, сальмонеллезов и других, жизненная схема которых предполагает более или менее длительное существование во внешней среде и, следовательно, определенные требования и адаптации к ее условиям. Ко второму существенному социальному аспекту внимания и профессиональной озабоченности следует отнести тот факт, что потепление климата реально в настоящее время и прогнозируемо в будущем влияет на распространенность в России малярии, в основном, за счет увеличения числа завозных случаев малярии из эндемичных стран. Последнее происходит за счет расширения ареалов эпидемически эффективных переносчиков, повышения риска заражения для населения, увеличение доли тропической малярии и появление её местной передачи в населённых пунктах горных и предгорных районов. Большую тревогу вызывают данные анализа ландшафтной структуры природных очагов арбовирусных инфекций для территории северо-западного Прикаспия, где аномальное повышение температур способствует распространению лихорадки Западного Нила, а также на эпизоотологическую активность, распространение очагов и заболеваемость Крымской геморрагической лихорадки. Помимо этого, происходит рост паразитарной заболеваемости, регистрируются местные случаи заражения паразитогами, которые на тех или иных территориях ранее не встречались, т.е. наблюдается расширение ареалов многих переносчиков, промежуточных хозяев и самих возбудителей паразитарных болезней, что, в определенной степени, обусловлено потеплением климата<sup>1</sup>.

Очевидность и реальность существующей и потенциальной угрозы для экосистем в связи с изменением климата требует комплексного и междисциплинарного ответа. Безусловно необхо-

---

<sup>1</sup> Болотин Е.И., Федорова С.Ю. Особенности связи изменения климата и инфекционной заболеваемости // Экология человека, 2009, №3, с. 44-48; Кершенгольц Б.М., Чернявский В.Ф., Репин В.Е., Никифоров О.И., Софронова О.Н. Влияние глобальных климатических изменений на реализацию потенциала инфекционных заболеваний населения в Российской Арктике (на примере Якутии) Экология человека, 2009, № 6, с. 31-39; Ревич Б.А., Малеев В.В. Изменения климата и здоровье населения России: Анализ ситуации и прогнозные оценки. М., 2011. - 210 с.

димы грамотные и своевременные профессиональные действия со стороны экологов, эпидемиологов, зоологов, инфекционистов и других специалистов, непосредственно вовлеченных в процесс регулирования природно-очаговых заболеваний. Однако, невозможно представить реальность достижения успеха в данной области без подключения механизмов социально-гуманитарного воздействия, к которым следует отнести и инструменты биоэтики. Ранее нами в специальном исследовании был изучен баланс / конфликт биоэкологических и универсальных биоэтических принципов в политике профилактики инфекционных болезней<sup>1</sup>. Было проведено сопоставление концепций двух документов ЮНЕСКО: «*Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека*» (2005) и проекта *Декларации «Экологическая этика»* (2004) для оценки их сопряженности и поиска компромисса для эмпирического использования в эпидемиологии и борьбе с инфекциями. Использовался метод солидарной интерпретации принципов, изложенных в обоих документах, анализ совместимости и конфликтности принципов в целом и применительно к инфекционной патологии. На примерах различных ситуаций в эпидемиологии и инфектологии проведено теоретическое переосмысление трактовки отдельных биоэтических и биоэкологических подходов в их прикладном использовании.

Весь предшествующий опыт, объективный ориентир на глобальный характер изменения климата, очевидность влияния изменения климата на существование населения Земли, а также последовательная приверженность универсальным принципам ООН и ЮНЕСКО в плане защиты прав, достоинства человека и благополучия человечества в целом, позволяют выработать алгоритм социо-этических компонентов обеспечения глобальной безопасности. В первую очередь необходима международная консолидация усилий по разработке научных проектов изучения влияния изменений климата на различные сферы жизни и обеспечение совместного использования научных, технологических, гуманитарных и других ресурсов, способных предотвратить негативное влияние изменения климата, что включает партнерство и обмен информацией. Важным аспектом является разработка солидарных и синхронизированных мер по мониторингу и слежению за состоянием экосистем под влиянием изменения климата с включением гуманитарно-этической составляющей. Такой подход определит принятие сотрудничающих решений в политической, социальной и экологической деятельности по

---

<sup>1</sup> Кубарь О.И., Токаревич Н.К. Этические и правовые аспекты инфектологии и вакцинопрофилактики. Сообщение 4. Баланс универсальных биоэтических принципов и принципов экологической этики при зооантропонозных инфекциях // Инфекция и иммунитет, 2015, № 5(2), с. 103-112.

предотвращению негативного влияния человека (включая миграционные процессы) и будет способствовать созданию единого центра управления процессами сбора информации, выработки программ и плана воздействия (с учетом региональных ситуаций и глобального процесса).

Осуществление данной политики возможно только при условии гарантированного исполнения международных соглашений по ликвидации последствий негативного влияния изменений климата (с учетом их динамической актуализации) и выработки программы адаптационных решений и ответных мер для осуществления адекватной деятельности в условиях измененного климата во всех сферах жизнеобеспечения и на всех уровнях взаимодействия. Безусловным и определяющим условием всех решений и действий должно являться соблюдение баланса прав человека в плане одинаковой доступности к информации и мерам профилактики и предупреждения негативного влияния изменения климата вне зависимости от расовых, гендорных, религиозных, возрастных и других различий (например, риск влияния изменения климата на этно-культуралогическую популяцию НАО РФ).

В целом возможность и действенность гуманитарного сопровождения и предупреждения негативных последствий изменения климата включает обязательный фактор высокой ответственности всех уполномоченных на то лиц, структур, организаций и обеспечение солидарных действий с целью защиты всей экосистемы Земли и благополучия будущих поколений.

## **Болезнь и исцеление в контексте православных практик работы с наркозависимыми**

*Кузьмин К.Г.*

Говорить о современной практике лечения болезни и исцелении нужно в пространстве многовековой традиции христианства, ведь это целый культурный мир, всегда выстраиваемый на пути сотрудничества больного и врача. Рассказ пациента об исцелении от неизлечимой болезни – довольно нередкое явление в современных православных практиках лечения зависимых людей, и знакомиться медицинскому антропологу с этими историями очень важно, учитывая знание не только главных определяющих смыслов и значений, но и различных второстепенных деталей и интонаций.

Начнем с одной из историй болезни и исцеления в рассказе нашего пациента.

*“Моя история началась с наркозависимости в 16 лет и продолжалась до тех пор, пока.. Я из семьи, где отец алкоголик был, и я начал употреблять алкоголь и потом наркотики, это все продолжалось очень долго. И потом это все перемежалось «отдыхом» в тюрьме: я сидел несколько раз из-за наркотиков. До 42-х лет все продолжалось, почти 25 лет, очень долго и мучительно. За это время у меня семья образовалась, двое детей. Семью я потерял из-за зависимости. И я употреблял наркотики с моим братом родным, который умер от этого. Это было мучительно, и никакого выхода я не видел, и понимал, что умру. Смысл жизни был потерян, и на какой-то период я оказался в наркологической больнице по приговору суда. И вот там встретился человек, для которого я был небезразличен, и который сам был в прошлом наркозависимым, и который показал мне, что можно не употреблять совсем. Я этого никогда не знал, я всегда видел, что наркоманы умирают, и все мои друзья умерли от наркотиков, и мой брат тоже. И он мне показал, что можно жить по-другому.*

*- И как?*

*- Это оказалась программа “12 шагов”, это о Боге. И этот человек мне показал, что моих сил недостаточно, но с помощью Божьей я смогу. Мне всего лишь надо попросить об этой помощи, и у меня получится. Но я сначала очень скептически отнесся к этому, потому что полное разогревание было в жизни, много попыток бросить самостоятельно, и получалось, но на короткое время. Потом опять все повторялось. И тут появилась какая-то надежда. Я воспользовался этой надеждой, стал слушать, о чем мне говорят, и перестал рассчитывать только на себя и свои силы. Я стал немножко открываться, говорить что со мной действительно происходит. Тут поддержка людей очень важной оказалась.*

*- Ты анализируешь, как это получилось? Что было: выздоровление или исцеление?*

*- У меня завтра будет уже пять лет «чистого», трезвого времени, и я считаю, что это было исцеление.*

*- А что ты почувствовал?*

*- Самое важное для меня, когда я почувствовал, что я не один в этом мире, что есть Бог, который все время рядом. Вот именно это я почувствовал, потому что если не это, я бы не смог столько времени быть трезвым. И это было очень яркое такое чувство полной защищенности, и такого умиротворения все-таки, которого я раньше никогда не знал.*

- Ты метался все время, да?

- Да, мир, покой пришел и чувство, что я не один, и о мне заботятся. Вот есть Бог и он позаботится и поможет, если я к Нему обращаюсь.

- Вот это о силе речь идет? Ты силу никакую не почувствовал, когда это было?

- Это было ощущение, что есть Бог, у которого вся сила, который всем управляет. И я могу обратиться к нему за этой силой. Вот уже появляется какая-то надежда<sup>1</sup>.

Таким образом, здесь больной, «израненный» участник исследования рассказывает о том, что его исцеление произошло после того, как он почувствовал, что он не одинок, и можно жить по-другому. Тогда он ощутил мир и покой, и силы для жизни стали возвращаться к нему.

Следует сказать, что на тему исцеления говорят не только больные, но и сами терапевты, и это позволяет осторожно заявить о двухстороннем процессе внутренних сущностных изменений: больной исцеляется от своей болезни, а врачеватель получает силы для своей дальнейшей работы, и тоже находится в этом синергетическом поле. Тут можно привести один случай профессионала, который признается, что он пришел помогать зависимым людям не от своего умения, избытка внутренних сил и желания помочь в выздоровлении, а от своей, как это не парадоксально звучит, слабости, нищеты и ущербности.

*“Так тоже можно помогать, если ты осознаешь. И потом [когда я это поняла], после этого стал вопрос, оставаться мне здесь или нет. Я тогда поняла, что это мое нутро, мой серьезный опыт созависимости.*

*- Здесь мы видим, как любовь побеждает слабость. В этой профессии, на мой взгляд, счастливых людей нет. Они все приходят от того, что кто-то в большей или меньшей степени пережил опыт созависимости, эмоциональной привязанности, травматических каких-то вещей. [...] Есть ли какие-то люди, которые помогают от избытка? Слава Богу, я нашла таких среди коллег и знакомых. И они настолько ярко проявлялись... И я поняла, что есть люди, у которых есть много всего, и им не жалко... Я к сожалению, не из таких, но эта работа мне настолько полезна, что я исцеляюсь сама, когда работаю с ними. Честно говорю, что они мне нужны настолько, насколько я им нужна”<sup>2</sup>* В последних словах специалиста ясно ощущается его душевная взаимосвязь с пациентом, острая потребность помогать и получать отдачу.

---

<sup>1</sup> Полевые материалы автора: Санкт-Петербург, Москва, Брянск, 2014-2018.

<sup>2</sup> Там же.

Для полноты картины приведем и противоположный случай терапевта в помощи зависимым больным: от избытка внутренних сил и умений.

*“- А вот ты помогаешь от силы или от бессилия?”*

*- Ну пока от силы еще. Бывают такие моменты, когда сил мало, и выгорание — оно происходит...Ну у меня на «Мельнице», помню, когда мы там служили, было не все просто, особенно, когда люди умирали: это очень тяжелые переживания.[...]Мы...раньше переоценивали свои силы и свою ответственность, и мы считали, что если человек к нам попал, и мы должны однозначно ему помочь, он должен выйти от нас трезвым, без падений. И я вот ...четко осознал буквально месяц назад: что не все от нас зависит, наше участие — это наша помощь, которая сегодня возможна этому человеку. И если он её не принимает в полноте, это не значит, что плохая ситуация, он воспримет столько, сколько может. ... Наша задача — максимально сделать на что мы способны, на что у нас есть силы. А уже какой это отклик найдет...не в наших силах чужое сердце, мы над ним не властны”<sup>1</sup>.* Из этих слов можно сделать вывод, что терапевт часто в силах помочь только в той области, где сам больной способен ее воспринять.

Эти интервью могут подвести нас к определенным размышлениям о каком-то взаимном, синергетическом процессе между пациентом и терапевтом-душепопечителем. И в этой связи уместно вспомнить о концепции «раненого врача», предложенной в середине прошлого века швейцарским психиатром-юнгианцем Аньелой Жаффе: «Врач действует лишь там, где достигнут он сам. Исцелять способен только раненый»<sup>2</sup>. Австрийский теолог и священник Экхард Фрик замечает по этому поводу, что «архетип раненого целителя — этот постоянный надрыв между бессилием/силой врача и бессилием/силой пациента, между удачей и провалом, между абсурдностью и поиском смысла — обретает образ целительных символов в снах, лечении, в Таинствах и Слове Божьем»<sup>3</sup>.

Православный священник и психотерапевт Андрей Гнездилов тоже говорит об этом архетипе: *«Чтобы врач мог заявить, что с ним будет не страшно, не больно, не одиноко, он должен сам пережить трагедию: либо потерю близкого человека, либо собственное заболевание. Есть какие-то сценарии жизни, которые служат мотивировкой пойти учиться на врача, стать*

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Цит по: Фрик Экхард. Болезнь // Богословская антропология: Русско-православный / римско-католический словарь / Под научн. ред. прот. Андрея Лоргуса, Б. Штубенрауха. М., 2013, с. 151.

<sup>3</sup> Там же.

помощником человечества»<sup>1</sup>.

А.В. Гнездилов рассказывает: «Настоящий врач – это тот, кто приходит к больному и, даже не написав ни строчки рецепта, а просто поговорив, своим видом успокаивает. Еще в старые времена отмечали, что есть специальные повитухи, которые хорошо принимают роды, есть сиделки, целая община сиделок, которых сажали к ребенку, и ребенок выздоравливал»<sup>2</sup>. В этих словах известный психотерапевт утверждает, что врач, имея опыт переживания физической или душевной боли, может сам стать неким «лекарством» для пациента. И это очень глубокая мысль, особенно в случаях тяжелых прогрессирующих заболеваний сложной природы, какими, несомненно, являются все виды химической зависимости. К стремлению стать помощником для страдающих от тяжелой болезни людей часто может привести личный целительный опыт переживания боли. Но главным архетипом православного душепопечения является образ Врача-Христа. Это страдающий Исцелитель, который берет на себя раны всего человечества.

Каждый проходит через свое переживания отчуждения или одиночества, и любая болезнь это следствие такого травмирующего опыта. В исцелении нуждаются буквально все: к недугу могут привести определенные причины — душевное неустroение присутствуют у каждого. Многочисленные хронические болезни окружают человека и невозможно говорить о излечении от них, а только о каком-то периоде восстановления. Вот тут и приходит возможность заговорить об опыте исцеления.

Можно говорить об исцелении как о восстановлении целостности человека, от внутреннего хаоса к порядку. В христианском подходе мы начинаем с духа как квинтэссенции внутреннего мира человека, и когда тело испытывает боль, дух его укрепляется за счет принятия любви другого как исцеляющей силы. Человеку надо всегда чувствовать, что он не один, что он любим Богом. Здесь можно сказать о прозрачности личности друг для друга: терапевт, который выходит навстречу. И подобно ему, больной может выйти из своей замкнутости к исцеляющему диалогу.

Исцеление в христианской парадигме всегда мыслится как синергетический процесс, как взаимодействие двух лиц, двух волей, врача и пациента, в ходе которого происходят сущностные изменения обеих сторон синергии. Для пациента исцеление есть, прежде всего, восстановление утраченной внутренней духовной целостности, начальным моментом которого является осознание

---

<sup>1</sup> Рогожников Михаил. Раненый целитель // Эксперт-онлайн, 14 мая 2015. Доступ (20.05.2018). Эл.песуьс: [http://expert.ru/russian\\_reporter/2015/12/ranenyij-tselitel/](http://expert.ru/russian_reporter/2015/12/ranenyij-tselitel/)

<sup>2</sup> Там же.

своего неодиначества, ощущение связи с Богом, дающего силы, выход из самозамкнутости навстречу диалогу. Для терапевта синергия начинается со своего рода кенозиса, умаления как ощущения своего бессилия или своей зависимости от силы, подателем которой является только Бог.

## **Мобильная медицина как технология улучшения качества жизни, связанного со здоровьем**

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

В настоящее время качество жизни, связанное со здоровьем как проблема и междисциплинарное понятие приобретает особую актуальность в связи с реализацией ряда национальных проектов по улучшению качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем. Особое внимание уделяется высокоинформированным методам изучения и оценки КЖ, которые релевантны мобильному здравоохранению. Качество жизни – ключевая проблема персонализированной медицины (ПМ), проект которой признан одним из приоритетных направлений Национальной технологической инициативы. Получение с помощью комплексного диагностического инструментария более полной, точной, истинной информации о качестве жизни, связанного со здоровьем человека, проведение «глубинного» консультирования – главное в построении эффективной системы управления его здоровьем и качеством жизни. Традиционный диагностический инструментарий КЖ, используемый в медицинской практике КЖ, сегодня не позволяет ответить на «вызовы» ПМ и её принципа партисипативности. Медицинская диагностика КЖ, связанного со здоровьем не в полной мере соотносится с расширяющимся понятием «здоровье», многомерным и противоречивым понятием «качество жизни». Значимость исследования качества жизни, связанного со здоровьем с релевантным диагностическим инструментарием с помощью социогуманитарных технологий обусловлена пакетом теоретических и практических факторов. Первый – с помощью социогуманитарной технологии диагностики КЖ, связанного со здоровьем, разработки диалоговой модели взаимодействия «врач-пациент» в мобильном здравоохранении решается теоретическая задача интегрирования медицинских и психологических параметров КЖ в единую модель. Построение

такой модели позволяет в призме принципа партиципации персонализированной медицины обосновать релевантные онтологии индивидуального (персонального) в медицинской практике психологические и поведенческие «эффекты» пациента мобильного здравоохранения, влияющего на коммуникации пациента и врача. Второй – проблема переноса социогуманитарной технологии диагностики КЖ, связанного со здоровьем в медицинскую мобильную практику, с учетом психологических особенностей личности пациента мобильного здравоохранения и с целью расширения междисциплинарного и медицинского диагностического инструментария по оценке качества жизни, связанного со здоровьем пациентов.

Методологической основой проекта является постнеклассическая научная парадигма, междисциплинарный подход, принцип превентивности и партисипативности персонализированной медицины. В социогуманитарную технологию идентификации здоровья и качества жизни пациентов в медицинской практике входят: психологическая диагностика, рефлексивный метод, рефлексивное управление здоровьем и качеством, на основе которых разрабатывается диалоговая модель взаимодействия «врач-пациент» в мобильном здравоохранении и конструируется психологический портретличности мобильного пациента.

Впервые ключевые компоненты здоровья и качества жизни пациента мобильного здравоохранения измеряются и апробируются комплексно – медицинскими методами и психологической диагностикой в контурах диалоговой модели взаимодействия «врач-пациент». Это позволяет расширить медицинский диагностический инструментарий и методики консультирования по оценке и управлению качеством жизни пациентов в телемедицинских практиках, увидеть проблемы для адекватной оценки «переменных» качества жизни.

Проводимое теоретико-практическое исследование направлено на: обоснование расширения социогуманитарной технологии измерения качества жизни пациентов в профилактической медицине с мобильными технологиями и апробации валидности понятий «здоровье» и «качество жизни, связанного со здоровьем»; выявлении индивидуальных психологических особенностей человека, использующего мобильную медицину, которые позволяют управлять его риск-факторами здоровья и качеством жизни; построение диалоговой модели взаимодействия «врач-пациент», отвечающей требованиям расширяющегося понятия «здоровье» и «качество жизни»; принципу партиципативности персонализированной медицины; внедрение результатов и наработок проекта в реальную мобильную медицинскую практику с целью расширения медико-психологического диагностического инстру-

ментария и создания комплексных способов консультирования в проекции оценки качества жизни и управления здоровьем человека.

Нами проводится с 2018 г. концептуально-теоретическое исследование улучшения качества жизни, связанного со здоровьем на основе индивидуального подхода к пациенту в профилактической медицине, изучении главных параметров его рефлексивно-психологического ресурса пациента. Выявление особенностей взаимосвязи качества жизни, рефлексивного уровня оценки здоровья, коммуникационных способностей, уровня мобильности, мотивационного профиля пациентов будет направлено на разработку психологического портрета модели пациента. В медицинской практике апробируется диалоговая модель взаимодействия «врач-пациент» в оптике управления здоровьем и качеством жизни пациента в практике мобильной медицины. База эмпирического исследования – психодиагностическая лаборатория качества жизни и личностного потенциала кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет». Психодиагностический инструментарий исследования составляют: методика «SF-36» (качество жизни); методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (УСК), методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова; мотивационный профиль личности Е.П. Ильина; рефлексивный опросник уровня доверия к себе Т.П. Скрипкиной; методика диагностики коммуникативных и организаторских склонностей Н.П. Фетискина; методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясвин). Полученные психологические данные будут обрабатываться с помощью компьютерной программы SPSS, что позволит создать базу данных.

На основании результатов эмпирического исследования разрабатывается новый психодиагностический инструментарий по экспресс-диагностике особенностей личности «мобильного пациента» для научно-практического использования врачами в профессиональной деятельности.

В итоге, качество жизни различается нами как комплексное (синергийное) понятие, как индикатор благополучного бытия человека. В своем междисциплинарном содержании оно различается как объективное и субъективное выражение экзистенциального состояния человека, его социального, психологического, психического и психосоматического здоровья. Здоровье мыслится в своем универсальном значении как способность к самовоспроизводству собственного самотождества. Оно опирается на ключевые понятия и концепты современной философии и медицины здоровья и конкретизируется в прикладном аспекте.

# Пренатальный инфантицид как «лицензия на убийство»?

Михель И.В.

В любом обществе существуют формы поведения, которые являются негативными с точки зрения религии, законодательства и самого общества, во всяком случае его большинства или ведущей социальной группы. К их числу как в России, так и в других странах, неизменно относили разные формы убийства, в том числе — *инфантицид* (детоубийство) и *фетоцид* (истребление плода/аборт). Начавшиеся в Европе и России в середине XIX в. дискуссии о детоубийстве привлекли к себе внимание разных представителей образованной общественности — писателей-моралистов, духовенства, юристов, медиков. Каждая из сторон имела свою особую позицию в отношении данного явления, однако всех их объединяла общая точка зрения на инфантицид как на уголовное преступление, грех («преступление перед Богом») и социальное зло<sup>1</sup>. Трактую инфантицид как *первобытную форму регуляции деторождения*, сложившуюся в условиях грубой народной жизни, они воспринимали ее как аномию и недостаток цивилизованности, признавая, что ни христианская церковь, ни государственная власть не способны были справиться с этим явлением, а бедность и неустроенность народной жизни лишь провоцировали его. Зачастую решение этой проблемы связывалось с ростом образованности населения, с разрешением груза социально-экономических и других проблем.

По прошествии полутора столетий, можно отметить, что и в России, и в других странах дискуссии по данной проблеме окончательно не утихли. Инфантицид — убийство уже родившегося ребенка — продолжает караться законодательно. Убийство новорожденного считается таким же преступлением, как и убийство взрослого человека. Но при этом мало что изменилось по отношению к искусственному аборту — еще одной форме детоубийства, которая представляет собой умерщвление *еще не родившегося* ребенка. Традиционно значительная часть населения России рассматривает искусственный аборт как умышленную, но вполне морально приемлемую, легальную

---

<sup>1</sup> Михель Д.В., Михель И.В. Российское образованное общество и проблема детоубийства в контексте истории (вторая половина XIX — начало XX вв.) // Социальная история: ежегодник. 2010 / отв. ред. Н.Л. Пушкарева. СПб., 2011, с.191-222; см. также: Гернет М.Н. Детоубийство: социологическое и сравнительно-юридическое исследование. М., 1911, с. 240-252.

медицинскую процедуру, совершающуюся посредством хирургического или медикаментозного прерывания беременности, как по медицинским показаниям, так и по желанию женщины (на основе существующего в стране либерального законодательства, признающего право женщины на аборт, иными словами на детоубийство). Сегодня по российским законам аборт убийством не считается. Российские политики и законодатели упорно не желают называть вещи своими именами и признавать то, что уже давно признано фундаментальной наукой. А именно то, что жизнь человека начинается с момента зачатия и на всем протяжении внутриутробного развития новый человеческий организм не может считаться частью тела матери. Поэтому аборт на любом сроке беременности является намеренным прекращением жизни человека как биологического индивидуума<sup>1</sup>. Складывается ощущение, что наши чиновники от медицины и законодатели, понимая это, либо не хотят, либо никак не могут сделать решительный шаг – признать медицинский аборт «рукотворным убийством», «лицензию» на которое гражданам сегодня дает общество, медицина и власть. Аргументы противников запрета аборт просты, что «запретами ничего не решить», есть опасность роста «криминальных аборт» и т.п. Получается-проще оставить все как есть. А что есть? Декларируемая властями демографическая политика, «материнский капитал», призыв к народу «плодиться и размножаться». И одновременно с этим наша страна продолжает занимать лидирующее место в мире по количеству проводимых аборт в год. Известный итальянский юрист Рафаэль Баллестерини еще сто лет тому назад утверждал: «Самым верным доказательством полного нравственного падения народа будет то, что аборт станет считаться делом привычным и абсолютно приемлемым»<sup>2</sup>.

Как ни прискорбно, но стоит признать, что сегодня большинству россиян, несмотря на всю их образованность, цивилизованность, наличие свобод и права на «репродуктивный выбор» абсолютно нечего будет возразить автору и останется лишь согласиться с правотой этих слов. Практически любой жизненный выбор человек делает, руководствуясь ценностями культуры. В их формировании главную роль играют семья, религия, общество и государство. Государство определяет главные векторы общественного развития и декларирует базовые культурные ценности. Остается лишь привести мудрые слова Джуди Браун, президента Американской лиги жизни, которая

---

<sup>1</sup> Фундаментальные представления современной науки о начале человеческой жизни. М., 2017, с.14-19.

<sup>2</sup> Фесенко Д. О. Пустые песочницы. М., 2017, с.45.

говорит: «Ценности культуры смерти никогда не принесут хороших плодов тем, кто руководствуется ими, но те, кто следует естественному закону, вносят лепту в построение культуры жизни, любви и крепкого здоровья»<sup>1</sup>.

Прогресс биомедицины, в особенности развитие вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), расширил рамки понимания искусственного аборта. Появления контрацептивов, распространение метода ЭКО и института суррогатного материнства (СМ) вслед за «медикаментозным абортom» и «хирургическим абортom» породили такие понятия, как «контрацептивный аборт», «зародышевый аборт» и «экстракорпоральный аборт». Тем самым ясно, что по прошествии десятилетий сами медики признали тот факт, что широко рекламируемые и применяемые во всем мире разного рода оральные гормональные контрацептивы (ОК), внутриматочные спирали (ВМС), пластыри и инъекции пролонгированного действия (LARC-методы) имеют доказанный abortивный эффект. Признается и то, что многие современные «чудо-контрацептивы» оказывают немалый вред как здоровью самих женщин, так и здоровью их будущих детей<sup>2</sup>.

Именно поэтому необходимо вывести вопрос о возможности дальнейшего распространения и назначения контрацептивов пролонгированного действия молодым девушкам и нерожавшим женщинам на новый уровень серьезного общественного обсуждения и всерьез задуматься о принятии на государственном уровне новых здоровье-сохранных мер. Надо признать, что осуществить вышесказанное будет весьма непросто по целому ряду причин. Не секрет, что существует сращивание интересов фармацевтической индустрии с медициной. Во многих странах, включая Россию это одна из причин отрицания за пренатальным ребенком (эмбрионом) человеческого статуса. Складывается ощущение, что с 1970-х гг. - с началом эры ОК - в гинекологии произошло смещение профессиональных акцентов с традиционного Гиппократовского «Не давай abortивного средства» и «Не навреди!» на активную «профилактику» и «борьбу» с «незапланированной» беременностью. С наступлением эры ОК производители таблеток и иных средств с abortивным эффектом фактически стали использовать врачей как дистрибьютеров, финансово заинтересованных в продаже этих медикаментов. Кроме того, в медицинских структурах активно действует международное про-abortное лобби, такое, например, как РАНИР – фактически филиал International Planned Parenthood Federation,

---

<sup>1</sup> Повторные аборты более вероятны у женщин, использующих ВМС и другие методы контрацепции // CONTRAцепция и здоровье, 2017, №2, с. 9.

<sup>2</sup> Потиха В.В., Фокин А.А. Abortивное действие средств контрацепции. М.-СПб., 2013.

известной международной организации, чья главная цель – контроль над рождаемостью<sup>1</sup>.

Развивая известную мысль профессора В.Э. Багдасаряна, следует задать вопрос: закончилась ли великая битва, в которой наша страна однажды смогла одержать победу?<sup>2</sup> Закончилась ли битва, если продолжают гибнуть люди – еще не родившиеся дети? Похоже, что нет, поскольку население нашей страны, едва увеличившись численно в 2014 и 2015 гг., вновь перестало расти. В сущности, происходит реализация очередного неомальтузианского проекта, и ведущую роль в его реализации отводят крупнейшим западным фармкомпаниям – «Байер», «Мерк», «Джонсон и Джонсон», «Пфайзер», продукция которых широко представлена в российских аптеках.

Сегодня существует достаточное количество конкретных примеров, цифр и фактов, как российских, так и зарубежных, свидетельствующих не только об абортивном действии рекламируемых средств, но и о том, что вынуждены были недавно признать даже эксперты ВОЗ: длительное использование гормональных контрацептивов, как и аборт, наносит серьезный вред репродуктивному здоровью женщины. Последствия могут быть самые разные – от воспалений, выкидышей, внематочных беременностей и плацентарной недостаточности до бесплодия и онкологических заболеваний. Такова плата за «профилактику», которая в прямом и переносном смысле ложится не только на плечи самих женщин, желающих в последствии родить так называемого «запланированного», «желанного» ребенка, но и отражается на обществе, порождая новые социальные и морально-правовые проблемы. Так, растущие как грибы в развитых странах клиники ЭКО, имея, казалось бы, благие цели и используя передовые технологии ВРТ, «вынуждены» на эмбриональном этапе осуществлять экстракорпоральные аборты зачатых искусственным путем детей, иначе говоря, легально ликвидировать так называемых «лишних». Данная «индустрия жизни», принося немалую прибыль ее владельцам, еще раз наглядно демонстрирует парадоксальность и весь цинизм нашего времени и заставляет каждого способного мыслить задуматься над сказанным и сделать собственный выбор.

---

<sup>1</sup> Чесноков С. Редакционная статья // ПРЕнатальный ребенок. Дайджест. Научно-популярное издание, 2017, с. 1.

<sup>2</sup> Багдасарян В.Э. Великая Отечественная Война: закончилась ли битва? URL: <http://rusrand.ru/docconf/velikaya-otechestvennaya-voyna--zakonchilas-li-bitva> (дата обращения: 30.05.2018).

# **Лингвистика и медицина: модусы пересечения**

**Морозова Ю.Г.**

В современной науке есть два явления, диаметрально противоположные и показательные в плане диалектического развития истории и культуры человечества. Это дифференциация и интеграция. Дифференциация позволяет более глубоко исследовать новые аспекты реальности, возникающие вследствие развития науки и техники. Вместе с тем дифференциация имеет и негативные последствия, одним из которых является сужение границ научного познания и дробление целостной картины мира. С другой стороны, такие явления в современной науке, как интеграция и конвергенция, базирующиеся на философской модели единства мира, приводят к восстановлению целостности научного знания. Одним из подобных проявлений современной науки является пересечение лингвистики и медицины и смежных с медициной отраслей знания. Накопленный человечеством опыт научного синтеза привел к созданию и развитию психолингвистики, патопсихолингвистики, психиатрической лингвистики, биолингвистики, эколингвистики, физиолингвистики, антропололингвистики и др. Интеграция и конвергенция прежде обособленных видов профессиональной деятельности проявляется в наличии общего объекта и предмета исследования, в использовании междисциплинарных методов, в поиске объединяющих принципов, научных положений, теорий и т.д.

Мы укажем только некоторые модусы пересечения лингвистики с такой сферой научной и профессиональной деятельности, как медицина. В настоящий момент в научной среде актуализируются тенденции к созданию смежных дисциплин и областей знания между языкознанием и медициной. Так, З.Р. Палютина, исследуя проблемы становления и развития лингвистики, предпочитает термин «медицинская лингвистика» там, где в поле зрения оказывается анализ способов выработки в человеке понятийно-категориального аппарата медицины. В своей статье «Медицинская лингвистика как новое научное направление» З.Р. Палютина отмечает, что «новая дисциплина призвана охватить языковую реальность науки в многообразии существующих форм, а также функций, основной из которых считается коммуникативная, гносео-

логическая и когнитивная»<sup>1</sup>. Безусловно, любая область научной и профессиональной деятельности оказывается в тесной связи с развитием языка, с формированием и развитием языковой личности, реализующей себя в той или иной социальной среде. Так, коммуникативный модус пересечения лингвистики и медицины проявляется многоаспектно. В частности, в умении современного врача общаться с коллегами, пациентами, медицинским персоналом. Коммуникативная компетентность врача, осуществляющего свою профессиональную деятельность, во многом обеспечивает его успех, в том числе на международном уровне.

Умение грамотно построить речь, написать текст, правильно выписать лекарство – это не только показатели сформированности языковой личности врача, это и возможность избежать ошибок, ценой которых может стать не одна человеческая жизнь. Науке известны многочисленные примеры ятрогений, возникающих вследствие неосторожного слова врача или медицинского персонала. Подобные ятрогении – следствие искаженной коммуникации (чаще всего несознательной) могут привести к психосоматическим осложнениям, к индуцированию симптомов серьезных заболеваний, подобных ишемической болезни, неврологии, колитам и т.п. Резкие оценочные комментарии врача по поводу «плохих анализов», «выраженных изменений», «неясного состояния» и т.п. двусмысленные заключения в выписках, справках, больничном листе – все это может повлечь за собой ятрогению и существенно осложняет клиническую картину заболевания.

Е.А. Пономаренко в книге «Речевые жанры в медицинском дискурсе (в произведениях русских писателей-врачей)» (Симферополь, 2011) продемонстрировала подобные проблемы жанровой организации речевого общения врача и пациента, особо подчеркнув, что «общение врача и пациента должно быть не простой передачей информации, а выработкой общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения. Именно осмысление «терапевтической функции языка» открывает новые перспективы в исследовании медицинского дискурса...»<sup>2</sup>. Иными словами, важнейшей составляющей профессиональной компетенции врача являлся во все времена и до сих пор является не только высокий уровень теоретических знаний и практических навыков, но и умение владеть словом и быть готовым к эмоциональному сопереживанию.

---

<sup>1</sup> Палютина З.Р. Медицинская лингвистика как новое научное направление: проблемы становления и развития// Медицинский вестник Башкортостана. Вопросы репрезентации, Т. 8, № 3, с. 105.

<sup>2</sup> Пономаренко Е.А. Речевые жанры в медицинском дискурсе (в произведениях русских писателей-врачей): [монография]. Симферополь, 2011, с. 152.

Гносеологический модус пересечения лингвистики и медицины позволяет осуществить прогноз и правильную постановку диагноза того или иного заболевания. Так, например, легкие нарушения речи могут сигнализировать для квалифицированного невролога, что у пациента серьезные поражения нервной системы. По характеру нарушений речи опытный врач может определить, насколько серьезны нарушения мозговой деятельности человека, и насколько глубоким должно быть обследование пациента. И другой пример, в процессе саногенеза, когда восстановление речи пациента может сказать врачу о том, что методика лечения дает свои положительные результаты, что процесс выздоровления (например, реабилитация после инсульта) проходит успешно. Также гносеологический модус медицинской лингвистики проявляет себя в описании структурно-семантических особенностей медицинского текста, в качестве перевода с одного языка на другой, в использовании медицинских терминов, в том числе терминов фармакологии. Г.А. Абрамова, отмечая особенности медицинской лексики, указывает на такие ее свойства, как наличие древних интернациональных корней, умение быстрее, чем какие-либо другие профессионализмы, проникать в повседневную жизнь людей, создавая новые понятия, наличие разветвленной синонимии, «преимущественно в сфере номинации болезней»<sup>1</sup> и др. Все это, в конечном счете, определяет специфику медицинского научного познания.

Корпусная лингвистика позволяет в условиях динамично развивающихся биотехнологий систематизировать медицинские тексты в соответствии с определенным стандартом, признаками, принципами и обеспечить их доступность с учетом поисковой системы. Корпусная лингвистика – еще одно проявление гносеологического модуса. Так, в проекте Татоеба, позволяющем осуществлять свободный обмен примерами фраз на всех языках мира, львиную долю занимают семантические конструкции из медицинской и смежных с медициной сфер. Принцип работы Татоеба заключается в сборе и осуществлении перевода той или иной фразы или термина. Система анализирует все поступающие данные, содействуя многим электронным словарям и переводчикам<sup>2</sup>.

На примере развития фармакологии можно также убедиться в действенности интеграционных и конвергенционных процессов. Огромное количество лекарственных препаратов и химических реагентов, которые все чаще используются, свидетельствуют о лексических контаминациях. Большинство медикаментов, исполь-

---

<sup>1</sup> Абрамова Г.А. Медицинская лексика: основные свойства и тенденции развития. М., 2003, с. 312.

<sup>2</sup> Более подробно см.: <https://www.alexandria.com/siteinfo/tatoeba.org>.

зуемых на территории РФ, изготавливается зарубежным производителем и поэтому их инструкция без соответствующего перевода чревата разными неприятными последствиями. Существует огромное количество организаций, занимающихся непосредственно переводом медицинских текстов. Обратившись к учредителям подобной структуры, первое, что вы услышите – это вопрос о высшем образовании. Более того, первоначально вы должны получить медицинское образование, закончить ординатуру и поработать за выбранной специальностью не менее пяти лет. После этого, потенциальному соискателю следует предъявить диплом о получении второго высшего образования – с филологическим уклоном. Иными словами, человек, претендующий на должность переводчика медицинских текстов, должен иметь при себе два диплома в совершенно разных отраслях.

И, наконец, следует особо сказать о когнитивном модусе пересечения лингвистики и медицины. В основе языка медицины лежит знак, сообщающий о присутствии болезни в жизни человека. М.Б. Мусохранова в статье «Язык медицины: от знака к летописи» выявляет такое основополагающее свойство языка, как терминогенез. «Терминогенез, – пишет исследователь, – выступает в качестве хронологической летописи медицины, составленной в разные исторические эпохи многочисленными поколениями врачей»<sup>1</sup>. С точки зрения лингвистики медицинская лексика – система терминов из анатомии, фармацевтики, хирургии и других специальных медицинских областей знания. Вместе с тем это определение довольно поверхностно, поскольку не касается сути когнитивистики. Видимо, объяснение кроется в самом характере проблемы. Есть вербальные и невербальные языки, есть различные знаки и знаковые системы, которыми непосредственно занимается семиотика. Человеческий организм, болезнь и материальный мир, природа в целом имеют единую основу, существующую в форме знаков. От врача требуется умение распознавать эти знаки. «Поскольку медицина имеет дело с болезнями, проявляющимися в теле человека в виде знаков, то именно они являются носителями информации для врача, выполняя коммуникативную невербальную функцию, которая предполагает ответную реакцию со стороны врача. Эта реакция осуществляется в виде вербализации знака посредством, во-первых, распознавания сведений, доступных для понимания и важных для того, кому они адресованы; во-вторых, их осмысления, характеризующегося вплетением в языковую ткань мысли чувственных

---

<sup>1</sup> Мусохранова М.Б. Язык медицины: от знака к летописи // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. №4(16), 2011, с. 103.

образов; в-третьих, узнавания болезни и закрепления полученных знаний о ней в клиническом термине, которое в свою очередь выступает как мыслительный инструмент врача»<sup>1</sup>.

Все три модуса пересечения лингвистики и медицины актуализируются сегодня в таком направлении, как лингвистико-волновая генетика. В Институте квантовой генетики под руководством П.П. Гаряева ведутся довольно успешные работы по созданию программ оздоровления людей с помощью звуков и слов. Например, осуществляется регенерация поврежденного спинного мозга технологиями лингвистико-волновой генетики<sup>2</sup>.

Ученые школы П.П. Гаряева на практике показывают, что во многих биосистемах присутствует два типа памяти, один из которых обеспечивает процессы регенерации тканей (органов), включая эмбриогенез, другой реализует способность молекул ДНК продуцировать собственные квантовые эквиваленты на основе управляемого изменения атомов биовеществ. Иными словами, знание механизмов и принципов второго типа памяти, названного Капицей не иначе как «культурная наследственность» (частью которой является слово), дает возможность контролировать происходящие в организме процессы патогенеза и саногенеза и управлять, в конечном счете, самой жизнью. Эти же процессы можно искусственно корректировать – лечить и продлевать жизнь человека<sup>3</sup>.

Итак, модусы пересечения лингвистики и медицины столь разноплановы и проявления их столь многогранны, что потребуется еще не одно поколение ученых, чтобы изучить и систематизировать данные этих наук. А, учитывая то, что восстановление целостности знания напрямую зависит от использования выбираемых методов, методик, принципов, от степени развития техники, позволяющей диагностировать те или иные состояния биосистем, от жизненной позиции и ценностных ориентиров ученого, то в этом случае следует говорить и о качестве подготовки специалистов, и о возможном пересмотре всей образовательной и научной парадигмы.

---

<sup>1</sup> Там же, с. 107.

<sup>2</sup> URL: <http://wavegenetics.org/prezentatsiya/prezentatsiya-lingvistiko-volnovoy-genetiki/> (дата обращения 1.04.2018).

<sup>3</sup> Более подробно см.: URL: <http://wavegenetics.org/> (дата обращения 1.04.2018).

# **О предметах и видах гуманитарной экспертизы технологий виртуальной, дополненной и замещающей реальности (t-vr/ar/sr)**

**Пронин М.А.**

В России сегодня гуманитарная экспертиза технологий виртуальной (TVR), дополненной (TAR) и замещающей реальности (TSR; далее будем под аббревиатурой TVR понимать все три направления) находится на периферии внимания технологического и делового мейнстрима: разработчиков, провайдеров, инвесторов и пр. И это не смотря на то, что это данные технологии «редактируют сознание» человека: чем они лучше обманывают – вводят в заблуждение о реальности происходящего, – тем они более продвинутые, привлекательные, эффективные и перспективные. Казалось бы, раз технологии обманывают человека, то они должны быть поставлены под гуманитарный, этический и юридический контроль общества, но только не у нас в России. В то время как движение в данном направлении за рубежом происходит: соответствующие лаборатории – Digital Law & Ethics Lab, стали уже общим местом в ведущих университетах и исследовательских центрах мира, в России данный процесс лишь стартует.

К сожалению, приходится констатировать, что российские команды стартапов в сфере TVR не в состоянии обеспечить должный уровень фундаментальной проработки всех вопросов, связанных с безопасностью TVR<sup>1</sup>. И здесь целый ряд причин: от вполне очевидных и ощутимых финансовых до менее различных гуманитарных, прежде всего мировоззренческих, связанных с человеческим фактором.

Мировоззрение – во многом «психофизиология» человека; она «работает» в режиме неосознаваемых автоматизмов и не до конца контролируемых человеком операций. В этом направлении, в преодолении парадигмальных аномий научно-технологического

---

<sup>1</sup> Смотри: Пронин М.А. Вызовы мировоззрению разработчиков технологий виртуальной реальности (TVR): философские, этические, юридические и другие следствия // Философия образования, № 69, 2016, с. 46-69.; Он же: Философия как экспертиза: к пониманию природы противопоставлений к применению технологий виртуальной/ дополненной реальности (TVR/AR) // Инновационные технологии в кинематографе и образовании: Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в кинематографе и образовании», 26–29 сентября 2017 г., г. Москва / ВГИК. - М., 2017, с. 113-125.

мейнстрима, полагали бы вполне уместным применить подходы «философии как экспертизы» (термин Б.Г. Юдина<sup>1</sup>), гуманитарной и этической экспертиз Института человека РАН (1992-2004) ныне сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН, наработки виртуальной психологии (виртуалистики) отечественной школы Н.А. Носова (1952-2002).

Мировоззренческая гуманитарная поддержка и сопровождение отечественным технократам (в самом хорошем смысле этого термина) в вопросах развития TVR сегодня не только бы не помешали, скорее они уже производственная необходимость. В XXI веке, в веке цифровой экономики, мировоззрение и этика становятся факторами производства и потребления.

Иллюстрация. Организаторы проведённого 13-15 апреля 2018 г. в Москве «Хакатона по виртуальной и дополненной реальности»<sup>2</sup> констатируют, что TVR попали в «интересное положение» когда первый интерес к технологиям сошёл на нет, а нового обаяния они не приносят.

С одной стороны, потребительский интерес сдерживают чисто технические недоработки в записи и воспроизведении объёмных изображений, что критичны для TVR. Поэтому технологический хакатон (специальный формат рабочей встречи, придуманной хакерами, когда они все вместе «набрасываются» на решение стоящих перед ними всеми задач, которые в одиночку и в микрокомандах решены быть не могут) – очевидный шаг в преодолении подобных затруднений. С другой, незнание разработчиками-технократами некоторых базовых антропологических закономерностей (психологических констант) порождения виртуальных психологических переживаний у человека не позволяют им разрешать свои конструкторские проблемы с меньшими затратами, усилиями, то есть с большей эффективностью, за счёт использования природных человеческих (в узком смысле внутрипсихологических) механизмов «работы TVR». Для многих разработчиков тот факт, что компьютерные технологии TVR работают благодаря природной виртуальности человека – парадоксально, но человек и есть виртуальная реальность! – остаётся вне их осознанного и произвольного интереса и внимания.

Идея проста: не надо делать лишнего! Человеческий организм (сознание) само проделает всю необходимую работу; TVR должны обеспечить лишь минимально достаточный/необходимый уровень «виртуальности». Возможно, будет полезна аналогия из

---

<sup>1</sup> Пронин М.А., Синеокая Ю.В., Юдин Б.Г. Философия как экспертиза // Философский журнал, 2017, т. 10, № 2, с. 79-96.

<sup>2</sup> URL: <https://avrahackathon.ru> (дата обращения 1.04.2018).

медицины: «Medicus curat, natura sanat», лат. – медицина лечит, природа исцеляет.

К сожалению, чрезмерным усердием, попытками «в лоб» (хакатонами), преодолеть закон необходимого разнообразия (англ. The Law of Requisite Variety; кибернетический закон, сформулированный Уильямом Россом Эшби) и разум превозмочь можно, как говорил Козьма Прутков.

В подобном хитросплетении может помочь разобраться гуманитарная экспертиза TVR, которая в качестве своего предмета включает как сам объект – искусственную виртуальную реальность и (!) природную виртуальную реальность, как сознание человека, так и самого человека, подвергшегося воздействию TVR (гуманитарную экспертизу в узком смысле, то есть в общепринятом), так и инструмент-технологии, а именно природу их воздействия на человека; вопросы безопасности их применения в частности (традиционную биоэтическую экспертизу). И, наконец, разработчика-производителя (субъекта деятельности) позволяя вскрывать пороки его мировоззренческих эпистем, накладывающих ограничения на его картину «конструкторско-производственного мира» (философия как экспертиза). В конкретном, предметном смысле речь идёт о вскрытии неявных образов, бытующих в интеллектуальных способах работы современного технологического мейнстрима TVR.

Здесь структура схемы типов научной рациональности В.С. Степина<sup>1</sup> очевидна: классической (объект науки – виртуальная реальность), неклассической (инструменты научного познания – TVR) и постнеклассической (субъект науки – разработчики TVR) рациональностей.

Следует обратить внимание на то, что окончательное понимание взаимоотношения этической и гуманитарной экспертиз и относительно новой «философии как экспертизы» сегодня ещё только формируется.

Однако очевидно, что полилог языков трансдисциплинарности глубоко фундирует пространство TVR; языковая «проекция» постановки решения проблемы комплексности и языков трансдисциплинарности рассмотрена в работе М.А. Пронина «Технологии виртуальной реальности (TVR) и парадигмальный Рубикон психологии» (2018)<sup>2</sup>. Одновременно сборка адекватного коллективного субъекта становится критической социально-технологической задачей ведущих инвесторов и продюсеров TVR.

---

<sup>1</sup> Степин В.С. Теоретическое знание. М., 2000, 744 с.

<sup>2</sup> Пронин М.А. Технологии виртуальной реальности (TVR) и парадигмальный Рубикон психологии // Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. Выпуск 8 / Под ред. А. А. Обознова, А. Л. Журавлева. – М., 2018, с. 115-134. (Труды Института психологии РАН).

На этом фоне востребованность системы постнеклассической гуманитарной экспертизы сама жизнь разработок TVR выводит на передний план повестки философско-антропологических исследований нашего времени. Поэтому комплекс поли- и междисциплинарных научных областей, что вовлекаются в проблематику / задачи редактирования сознания (в узком смысле TVR), требует экспертизы их парадигмальных структур, этических установок, теоретических парадигматических конструктов (эпистем), законов (антропологических констант), априорных концепций и гипотез и пр. с целью разработки и формирования адекватной гуманитарной оболочки технологических инноваций и управления гуманитарными рисками в данной области. Все эти задачи, перечень далеко не полный – область ответственности философии как экспертизы.

## **Философия нормализации высокотехнологичных видов оказания медицинской помощи**

*Серова И.А., Ягодина А.Ю.*

Предмет философии – гармонизация отношений человека и мира, динамика которых обуславливает востребованность философского дискурса во все времена. Для философии медицины актуальна проблема нормализация общественного сознания в сфере оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи. Нормогенез завершается тогда, когда с точки зрения морали нет неприемлемых случаев реализации прав человека на получение высококвалифицированной медицинской помощи, когда не возникает сомнения в том, что сделано все возможное и сделано правильно.

Медикализация культуры проявляется в постоянной и детальной проблематизацией окружающей среды, дифференцированной оценке экологической обстановки в отношении к телу и глубококом осознании хрупкости здоровья, его зависимости от внешних обстоятельств. Ревизии подвержено все: архитектура, дизайн, продукты питания, механизмы социализации, источники загрязнения и т.д. Субъектом медикализации картины мира выступает не только медикализация культуры, но и возможности, открываемые высокотехнологичными видами медицинской помощи, в результате которых фундамент картины мира попадает в зону разрушительной турбулентности: возможность родиться и умереть естественным образом становится маловероятной, ибо «родиться ответственнее в пробирке», санкцию

на уход из жизни еще надо получить от группы экспертов, растут группы населения, которые обращаются к врачам постоянно для коррекции и контроля над искусственно смоделированной частью тела, гормональные противозачаточные средства почти сравнивали женщину с мужчиной в возможностях сексуальной свободы, создание искусственной матки ставит под вопрос смысл даже суррогатного материнства, а замороженная сперма смысл жениться. Обретение умеренности в поисках эффективности во всем и везде требует ответа на вопрос – кто субъект, способный обуздать трансгуманистическую логику новаций, спеленать её здравым смыслом? Традиционный ответ: либо церковь, либо философия. Но краски философских максим и религиозных заповедей меркнут, вековые опоры метафизики потеряны.

Почему в формировании здравого смысла все меньше надежд на философию? Да потому, что метафизика не в чести. Философия ленится строить картины мира. Модно либо мышление методом кейс-стадис, когда случай диктует правило, либо мышление, нарушающее принцип бритвы Оккама, когда осмысление вклада всех биологических наук в жизнь общества приводит к формированию биософии, философии жизни, биополитики, биоэстетики, всеобщей экологии, гуманитарной биологии, биосемiotики, эволюционной эпистемологии и т.д. Однако, отсутствие дисциплинарности новых предметов зачастую ограничивает их возможности в решении обозначенных проблем.

Классификации картин мира вариативны из-за различных принципов их формирования и категориального строя. Дисциплинарные основания формирования частно-научных картин мира (физическая, химическая, биологическая и т.д.) широко представлены в философской литературе советского периода. Их называют «холодными». В постсоветский период доминируют дискуссии о смысле картин мира для человека, о производности картин мира от типа социальности, от доминирующих исторических и цивилизационных ценностей. Очевидно, что все известные картины мира, и религиозная, и художественная, и научная, и языковая, и историческая, и обыденно-практическая реально существуют на бессознательном уровне, а их вербализация является лишь платоновским анамнезисом. На бессознательном же уровне ясно, что спонтанно изменяющиеся картины мира моделируют будущее. Одним из креативно-антропологических модераторов современной картины мира выступает её стихийная медиализация, которую философия обязана эксплицировать, задавая и мудро отвечая на мировоззренческие вопросы, возникающие при реализации принципа заботы о самом себе, ибо «Человек – это не тело», «Тело – это не рана», а «Жизнь – не лечение, которое в перспективе превращается в перманентную успешную реанимацию».

# Производство мнимостей в нейронауках<sup>1</sup>

**Сидорова Т.А.**

На нейронауки возлагают надежды ответить на основной вызов третьего тысячелетия. Такую же роль некогда отводили информационным технологиям и генетическим исследованиям. Переплетение бизнеса, лабораторий и средств продвижения инноваций, происходящее в горниле, разогреваемом успехами современных технологий и, не в последнюю очередь, направлений с префиксом нейро-, характерны для модуса современной науки, который получил название «технонаука». Если не акцентировать внимание на точном указании лидера, то можно утверждать, что ожидания в целом связаны с современным образом науки, объектом и субъектом которой является человек. Б.Г. Юдин считал, что «одной из специфических черт технонауки является то, что можно назвать «человекоориентированностью», т.е. нацеленностью искомым и реализуемым решений непосредственно на человека, при том, что что весьма существенно, на человека как массового потребителя этих решений»<sup>2</sup>. Но человек одновременно и субъект технонаучной деятельности, поскольку существование и развитие технонауки одновременно вовлекает его не только как испытуемого и потребителя инноваций, но и в качестве креатора-тестировщика, который проверяет новые технологии на соответствие ожиданиям. Так, находясь в поиске вместе с исследователями, люди делают новое знание частью своей жизни, и в этом процессе преобразует ее и самих себя.

Наиболее очевидный признак технонауки – это качественно иная, чем прежде, взаимосвязь научного познания и деятельности по созданию и продвижению новых технологий. В этом случае биоэтическая рефлексия ученых выступает каналом, через который знания воспринимаются в обществе. Таким каналом также является популяризация научных достижений, и она невозможна без обсуждения вопросов, которые ставит общество, а они носят этический характер. Ученые сегодня становятся завсегдатями теле- и радиоканалов, выступают с публичными лекциями, записи которых тиражируются через Интернет. Пути продвижения знаний

---

<sup>1</sup> Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта 17-29-02053.

<sup>2</sup> Юдин Б.Г. Персонализированная медицина как технонаука/ Философские проблемы биологии и медицины. Вып.9: Стандартизация и персонализация: Сбор. статей. М., 2015, с. 30.

и технологий могут иметь эпатазирующий эффект, что связано с коммерческими задачами с одной стороны, а с другой, – с особенностями восприятия нового. Часто новые знания в значительной степени меняют представления о порядке и устройстве вещей, которые до этого принимались как закономерные. Новации приходят в противоречие с устоявшимися понятиями, они парадоксальны, оказываются на границе с бессмыслицей, поскольку заставляют радикально менять привычные взгляды. Так происходит с усвоением нового опыта в повседневной жизни, который приносят новейшие технологии. Человек оказывается на границе смысла и бессмыслицы. Это порождает превращенные формы сознания, заставляет нонсенс «впустить» в свою жизнь<sup>1</sup>. Ж. Делез определял нонсенс как «то, что не имеет смысла, но так же и то, что противоположно отсутствию последнего, что само по себе дарует смысл.»<sup>2</sup> Бессмысленное облекается в метафоры и нарративы, которые формируют дискурс для продвижения инноваций. По мысли Ж. Бодрийяра «одним и тем же означающим создается многоуровневое значение, из минимума означающего извлекается максимум значений (порой противоречащих друг другу). В бессмысленном проявляется «скрытое, вытесненное содержание, которое ждет случая выйти наружу и «пользуется» любыми извивами, зазорами, слабыми местами в логическом изложении, чтобы прорваться сквозь него.»<sup>3</sup>

В дискурсах, продвигающих новые знания и технологии эта многоуровневость может порождать информацию, которая включает разные формы осмысления и модальность в спектре от лжи до истины, например, фейки, фальсификации, мнимости, популяризацию, описание в научной статье, утопии. Если фейк представляет собой элемент дискурса, который употребляется с целью ввести в заблуждение, то мнимость или кажимость – это создание предполагаемого образа, конкретные черты и реальное представление которого в данный момент нельзя воспроизвести. Часто мнимости возникают в связи с обсуждением возможных перспектив новых научных технологий, они получили наименование «социотехнические мнимости.»<sup>4</sup> «Они (социотехнические мнимости) формируются на границе науки, научной журналистики и научной фантастики. В индивидуальной и общественной жизни, в мышле-

---

<sup>1</sup> Магомедова Ю.С. Апология «бессмысленного» как выражение «превращенных форм» К. Маркса // Марксизм глазами XXI века. Десятые Кузбасские философские чтения. Материалы науч. конф. с международным участием. Кемерово, КузГТУ, 2018, с. 128-130.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Тищенко П.Д. Социотехнические мнимости и их роль в формировании будущего NBIC-технологий // Национальная философия в глобальном мире: тезисы Первого Белорусского философского конгресса. Минск, 2017, с. 412.

нии индивидов и социальных групп они являются ре-презентантами будущего.» «В свою очередь, научно-технологические проекты вырастают из страхов и надежд, желаний и интересов, страданий и устремлений отдельного человека и разнообразных социальных групп.»<sup>1</sup> Самым наглядным примером выступает клонирование человека. О нем говорили и спорили как о фактическом событии, в результате появились фейки о рождении клонированных детей. У мнимостей есть свои положительные и отрицательные эффекты. С одной стороны, они выступают элементом прогнозирования, выявляя ожидаемые стороны инноваций и обозначая риски и нежелательные последствия. С другой, когда социотехнические мнимости приобретают самодовлеющий характер, т.е. создаются с заранее определенной целью и обретают самостоятельное существование, отделяясь от предмета, значение которого призваны воссоздать, приходится учитывать уже их влияние и последствия.

Можно указать на два основных способа производства и распространения мнимостей: продвижение инноваций и использование научных данных без должной интерпретации. Современная наука не может существовать без общественной поддержки, особенно в части инновационных прорывов. Поэтому, продвижение не только созданных, но и разрабатываемых инноваций, рассматривается как часть общей стратегии. Один из приемов этой стратегии – популяризация. Если раньше перед наукой стояла задача просветительская, то сегодня она больше заменяется популяризацией. Поскольку привлечь внимание к инновациям и заставить говорить о них, значит, уже осуществить их, привнести в общество. Доступное изложение научных данных находит отклик, тем более, что это поддерживает ценность знания, поощряет интерес к занятию наукой, в том числе в форме науки «силами общества», и в целом работает на создание имиджа креативного общества или общества знаний. На этой почве возникают мнимости как дискурсивная форма, представляющая собой своеобразную оболочку, в которой вызревает инновация. Она выполняет роль, своего рода инструмента социальной адаптации и приятия инноваций в обществе. Важно, чтобы мнимости не создавались специально в виде информационной лжи – фейков, которые кроме вреда ничего не несут.

В качестве примера, на котором можно рассмотреть как существуют мнимости, можно привести нейронауки. Под нейронауками подразумевается современная область исследований

---

<sup>1</sup> Тищенко П.Д. Конвергентные технологии, социотехнические мнимости и будущее человека // Философские проблемы биологии и медицины. Вып.11: Образы социального и витального в биомедицине: Сбор. статей. Тверь, 2017, с. 17.

человеческого мозга с целью найти биологические корреляты сознания, чтобы, с одной стороны ответить на вопросы, связанные с возникновением и коррекцией различных патологий в функционировании высшей нервной деятельности, но и объяснить некоторые «метафизические» феномены в человеческом сознании и поведении, например, свободу воли, творчество, религиозность, моральные императивы, такие как любовь, сострадание, отвращение и т. д. Следует отличать науки нейробиологического цикла, от многочисленных производных с префиксом нейро-, перечень которых быстро увеличивается вслед за появлением новых данных о мозге и поведении человека, и применением их в различных дисциплинах и сферах социальной практики. Примером могут служить: нейроэкономика и нейромаркетинг, нейропедагогика, нейротелогия, нейронаучная этика, нейроантропология, нейрокомпьютинг и др. Однако, часто у новейших данных из области нейронаук нет надлежащего каркаса теорий, образующих научную парадигму, в которой они должны интерпретироваться и быть когерентно и непротиворечиво связаны. По этой причине новые данные не могут считаться научной истиной, даже если их достоверность экспериментально подтверждена. Вырванные из контекста, и заимствованные для того, чтобы придать «инновационный» характер традиционным дисциплинарным формам, они превращаются в мнимости, которая облекается в разновидности новых наук. Так, нейротелогия возникает на данных эксперимента, во время которого электростимуляция височной доли мозга приводит к возникновению специфических переживаний незримого присутствия абсолютной нематериальной силы, что ассоциируется с религиозным чувством<sup>1</sup>. Строятся предположения, которые можно считать образцом мнимости, что истоки религиозных переживаний лежат в нейробиологической плоскости, например, связаны с травмой или патологией мозга<sup>2</sup>. Каким будет эвристический потенциал нейротелогии, построенной на основании мнимости, по сравнению например, с психологией религии и историческим и культурологическим изучением религиозных систем? С другой стороны, вполне допустимо предположить, что нейротелогические мнимости должны представлять интерес для религиозных дисциплин, открывая возможность для объяснения отдельных феноменов, и не гипотезируя данные нейро-исследований на феномен религии в целом.

---

<sup>1</sup> *Devinsky O., Najjar S.* Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome // *Neurology*, 1999, 53. S.13-25; *Blume D.* Evidence supporting the temporal lobe epilepsy personality syndrome // *Neurology*, 1999, 53. S. 9-12.

<sup>2</sup> *Picard F.* State of belief, subjective certainty and bliss as a product of cortical dysfunction // *Cortex*, 2012. N 49. P. 2492–2500.

Второй пример производства мнимостей можно проиллюстрировать из области изучения нейронных коррелятов морального поведения. Эксперименты нейрофизиологов всколыхнули дебаты о нейробиологическом детерминизме в объяснении сущности и происхождения морали, о свободе воли и моральных актов. Несмотря на то, что сами авторы экспериментов (Б. Либет, М. Мацубаши, М. Халлетт, С. Кюн, М. Брас и др.) не считали отсроченную реакцию исчерпывающим объяснением происхождения действия, которые раньше приписывались воле, тем не менее, эти данные стали использовать в дискуссиях<sup>1</sup>. Они имели свое воздействие, в том числе, на выбор тем в нейроисследованиях, поскольку целенаправленно стал инициироваться поиск обусловленности в нейронных связях тех или иных поведенческих, моральных и даже культурных паттернов. Мнимость начинает действовать как убеждение в победе нейробиологического редукционизма в гуманитарных науках. Другое следствие состоит в том, что, если, как утверждают сторонники нейробиологического детерминизма, источник моральных действий прямо или опосредованно находится в нейронных коррелятах, то вслед за открытием этой связи возникает желание технологически воздействовать на данный источник. Сначала это воздействие позиционируется с целью терапии, чтобы помочь людям с психоневрологическими нарушениями, а затем уже – усовершенствовать здоровых, чтобы улучшить их когнитивные, а затем и моральные качества. Ведь в эволюционно понимаемой этике развитие когнитивных способностей одновременно ведет и к моральному прогрессу. Таким образом социотехническая мнимость от объяснения и прогнозирования может незаметно вести к преобразованию и изменению общества.

## **Книжная популяризация науки как противодействие биомедицинским мифам**

***Соколова И.С.***

В наши дни популяризация науки стала несомненным трендом и даже частью моды. «Сегодня можно говорить о росте интереса

---

<sup>1</sup> Новикова О.В. Обоснование морали в современной философской когнитивистике. Дисс. канд. филос. наук. СПбГУ., 2017. URL: <https://disser.spbu.ru/files/diss2/diss2ser/Q29d9Z6YV6.pdf> (Дата обращения 27.02. 2018).

граждан к вопросам научной популяризации»<sup>1</sup>, — отмечает М.В. Покотыло. В частности, наблюдается всплеск интереса к биомедицинским темам, которые и сами по себе наполнены экзистенциальными смыслами, связаны с вечными, всегда волнующими людей проблемами жизни и здоровья. Возможно, по этой причине вокруг истинно научных биомедицинских знаний постоянно концентрируются весьма устойчивые мифы и заблуждения, развеять которые не так просто. Ведь для полноценного погружения в проблему с возможностью до конца разобраться в ней стоило бы читать научные публикации, причем не только на русском, но и на английском языках. Однако для неспециалиста это довольно трудное и подчас вообще непосильное занятие. «В обыденном сознании научный текст воспринимается как нечто сложное и скучное, — полагает А.М. Обжорин. — Конечно, в статьях содержится много терминов и объясняются сложные комплексные явления и процессы, но главная проблема в деперсонализации текста. Мы описываем все явления со стороны, исключая свое присутствие, обезличивая текст... Поэтому стороннему читателю сложно представить все, что происходило в процессе работы, сложно почувствовать и понять значимость полученных результатов»<sup>2</sup>. Выходом из ситуации на первый взгляд видится обращение в таких случаях к научно-популярным произведениям. «На первый взгляд», так как научная коммуникация не тождественна экстранаучной, но сейчас достаточно часто происходит подмена этих понятий. «Если изначально под научной коммуникацией подразумевались исключительно отношения между учеными и научными коллективами в процессе совместной научной работы, включая как непосредственное взаимодействие в лаборатории, так и сети “невидимых” взаимодействий через взаимные цитирования или терминологические заимствования, — указывают Р.Н. Абрамов и А.А. Кожанов, — то в современных текстах все чаще научной коммуникацией называют и совершенно иную деятельность — взаимодействие науки и публики, внешний интерфейс института науки, так называемую экстранаучную коммуникацию»<sup>3</sup>. Приходится иметь в виду, что экстранаучная коммуникация неизбежно ведет к некоторым упрощениям и утрате отдельных звеньев в доказательной цепочке причинно-следственных связей, так что адресат вынужден в каких-то аспектах «верить на

---

<sup>1</sup> Покотыло М.В. Проблемы и перспективы развития научных коммуникаций в России // Филологический аспект, 2018, №1, с. 159.

<sup>2</sup> Обжорин А.М. Проблемы популяризации науки в России // Научная периодика: проблемы и решения, 2017, т. 7, №2, с. 121–122.

<sup>3</sup> Абрамов Р.Н. Концептуализация феномена Popular Science: модели взаимодействия науки, общества и медиа // Социология науки и технологий, 2015, т. 6, № 2, с. 48.

слово» популяризатору. При всех недостатках, присущих экстра-научной коммуникации, она необходима и полезна. Одной из форм такой коммуникации является книжная популяризация науки, вполне традиционная, но до сих пор действенная. Рассмотрим основные группы научно-популярных книжных изданий, способных быть полезными в противодействии биомедицинским мифам. Критерием выделения этих групп послужит политематичность и эксплицитность затрагиваемых в научно-популярных книгах предметных областей. Для читателя это важные показатели, помогающие ориентироваться в книжном массиве.

Книги первой группы отражают какую-либо одну тему, причем она заявлена непосредственно в названиях книг. Примером тут может служить «Сумма биотехнологии: Руководство по борьбе с мифами о генетической модификации растений, животных и людей» А.Ю.Панчина (М.: АСТ: CORPUS, 2016).

Издания второй группы – это книги, в которых рассматривается сразу несколько тем, но ни одна из них не заявлена в названиях. Пример – книга «В интернете кто-то неправ! Научные исследования спорных вопросов» А.А.Казанцевой (М.: АСТ: CORPUS, 2016). Затрагиваемые здесь темы многообразны: гомеопатия, антипрививочное движение, движение противников ГМО и т. д.

Книги, относимые нами к третьей группе, посвящены одной теме, однако эта тема никак не обозначена в их названиях. В качестве примера назовем продолжающееся издание Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований «В защиту науки», девятнадцатый выпуск которого в 2017 году был посвящен теме гомеопатии.

Ситуации, когда политематичность книги сочетается с обозначением всех тем в названии данной книги, практически не встречаются.

Можно сделать вывод о том, что издания первой группы читателю проще идентифицировать и найти, если он настроен на изучение какой-либо темы, сопряженной с развенчиванием определенного мифа в биомедицинской сфере.

# **Трансляционная медицина: масштабирование социогуманитарных рисков<sup>1</sup>**

**Шевченко С.Ю.**

Социогуманитарное сопровождение проекта технонауки призвано выполнять две взаимодополняющие функции: 1) обозначать связанные с реализацией проекта возможные риски для человека и общества и указывать способы их минимизации; 2) способствовать предвосхищающему «обживанию» общества в множестве социотехнических ситуаций, становящихся возможными благодаря реализации проекта. Тем самым этичность, социальная приемлемость практик, связанных с разработкой и распространением инновационного продукта, оказывается основанием для его эффективного распространения. В рамках трансляционной медицины, чья функция может быть обозначена как сокращение пути инновации от лабораторного стола к постели больного ('from bench to bedside'), разработка и распространение инновационного продукта или практики представляют собой единый процесс. Его этапность может быть описана лишь постфактум – по результатам изучения следов его распространения в сети исследовательских и клинических лабораторий, больничных отделений, вузовских факультетов и кафедр, регулирующих институций. Однако стадии развития трансляционных (и иных технонаучных) проектов, их типология может быть выведена из моделей развертывания инновационных процессов. При этом ключевыми маркерами классификации типов и стадий технонаучных проектов служат измерения социогуманитарных рисков, характерных для конкретного изучаемого контекста инновационного процесса. Точнее, социогуманитарную специфику развития проекта можно описать через изменение констелляций социогуманитарных вызовов разного масштаба, возникающих в ходе его развития. В настоящей работе будет приведена одна из возможных типологий таких вызовов и проблем, исходя из масштабов социальных (экономических и политических) феноменов и процессов, лежащих в основе их возникновения. Для этого на макро- мезо- и микроуровне будет кратко обозначена специфика трансляционной медицины (и отдельных её проектов) в Великобритании. Релевантность исследования в российском контексте

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-311-00315.

британского опыта может быть обусловлена сходством некоторых макроусловий развития трансляционной медицины.

*Макроуровень трансляции: экономические градиенты, политические условия и институциональные ресурсы.* В целом финансирование НИОКР в России и Великобритании имеет сравнимые масштабы (1,5% и 1,8% ВВП соответственно; 55,32 и 47,73 млрд долл. США в 2016 году соответственно)<sup>1</sup>. С другой стороны, системы здравоохранения стран имеют базовое сходство, заключающееся в бюджетном покрытии трат граждан на услуги здравоохранения. Вместе с тем, распределение расходов на НИОКР внутри системы здравоохранения в РФ и в Великобритании принципиально различаются, как различаются и масштабы трансляционной деятельности и её результаты. В Великобритании работает Национальный институт исследований в сфере здравоохранения (National Institute for Health Research (NIHR))<sup>2</sup> – организация, обладающая самым крупным в Европе бюджетом на проведение биомедицинских исследований (около 1,3 млрд. долл. США). NIHR служит узлом координации и коллаборации академических институтов, занимающихся трансляционными исследованиями и подготовкой специалистов по трансляционной медицине. Кроме того, в Великобритании находятся штаб-квартиры фармкомпаний GlaxoSmithKline (GSK) и AstraZeneca, занимающих пятое и шестое место в мире по доле их продукции на фармацевтическом рынке. Эти компании также активно поддерживают трансляционные исследования и занимаются ими сами.

Итак, довольно сложная и разнообразная «экосистема» трансляционной медицины включает три основных типа агентов, или три взаимосвязанных компонента: академические институты, фармбизнес, NIHR – институт, являющийся проводником государственной политики в сфере трансляционной медицины. При этом достаточно сложно оценить совокупный эффект работы всех трёх компонентов трансляционной экосистемы. Каждый тип агентов располагает собственной онтологией результатов трансляционной деятельности: финансовой для бизнеса, наукометрической для академии, социально-политической для NIHR. Вместе с тем, открытые профессиональные сообщества всё же имеют доступ к оценке результатов трансляционной деятельности. Так, вполне валидным вариантом оценки эффективности служит проведённое широкой экспертной панелью (The McMaster Online Rating of

---

<sup>1</sup> Global R&d Funding Forecast. IRI. 2017. P.4-5. URL: [http://digital.rdmag.com/researchanddevelopment/2017\\_global\\_r\\_d\\_funding\\_forecast?pg=4#pg4](http://digital.rdmag.com/researchanddevelopment/2017_global_r_d_funding_forecast?pg=4#pg4)

<sup>2</sup> Список ста самых значительных достижений Института опубликован на его сайте. The National Institute for Health Research at 10 years: An impact synthesis -100 Impact case studies. URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR1500/RR1574/RAND\\_RR1574.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1500/RR1574/RAND_RR1574.pdf)

Evidence (MORE), включающей более 4 тыс. врачей) рейтингование новизны и практической значимости опубликованных результатов исследований, поддержанных NIHR. По результатам 2014 г., рейтинг таких исследований был выше, чем у исследований не поддержанных NIHR<sup>1</sup>. При этом, несмотря на открытость экспертного сообщества MORE, оно всё же остаётся строго профессиональным и отражает лишь ожидания врачей-экспертов относительно влияния трансляционной деятельности на качество и продолжительность жизни пациентов. Релевантные же способы включения самих пациентов в оценку совокупной трансляционной деятельности бизнеса, государства и ученых, на сегодняшний день отсутствуют. То есть, основной проблемой социогуманитарного обеспечения макропроцессов развития трансляционной медицины выглядит невозможность получения реалистичной оценки совокупной эффективности трансляционных проектов, отсутствие валидированных практик перевода (гармонизации) дисциплинарных и отраслевых онтологий в базовую для здравоохранения онтологию качества и продолжительности жизни.

*Мезоуровень: от «зон обмена» к «археологии инноваций».* На уровне сети социальных агентов, вовлечённых в реализацию определённых инновационных проектов или конкретной их совокупности, указать на их практическую эффективность способны данные клинических исследований. При этом реализация каждого проекта предполагает работу уникальной сети социальных агентов. Производство таких сетей, однако, может быть поставлено «на поток», как например, это происходит в рамках работы платформы Open Innovation компании AstraZeneca. Платформа призвана организовать взаимодействие компании с агентами, имеющими любую из возможных компетенций, нужных для разработки нового лечебного средства. Фактически, стартовой точкой разработки и доклинических исследований нового продукта может выступать любой фрагмент знания о будущем продукте. Платформа предлагает сотрудничество исследователям биологических механизмов развития заболеваний (им предлагается лабораторный инвентарий и методологическая поддержка); врачам, ищущим новые средства лечения (им предлагается набор субстанций, оказывающих валидированные эффекты на человеческие клетки и ткани); командам исследователей, формулирующих новую исследовательскую проблему (им предлагается финансовая поддержка исследования). Таким образом, данная платформа представляет собой нечто большее, чем «зону обмена» – область коммуникативных практик, позволяющих разным типам агентов осуществлять

---

<sup>1</sup> Wright D, Young A, Iserman E, et al. The clinical relevance and newsworthiness of NIHR HTA-funded research: a cohort study // BMJ Open 2014. Iss. 4. P. e004556.

трансляцию знаний и практик<sup>1</sup>. Работу платформы скорее можно сравнить с археологической лабораторией, реконструирующих по найденному фрагменту целый артефакт и практики его использования, либо реконструирующих артефакт по описанию практик. Однако, в отличие от археологической лаборатории, деятельность инновационной платформы направлена не на воссоздание прошлых артефактов и практик, а на разработку будущих.

Открытость для участия в краудсорсинговых проектах, готовность воспринимать, исходящую «снизу» артикуляцию новых вызовов, казалось бы надежно защищает создаваемые платформой сети обмена знаниями (эпистемические сети) от замыкания и лишения доступа к определённому типу знания. Однако помимо образования такого рода «эпистемических пузырей» распространению знания способны мешать и иные эпистемические структуры, называемые эхо-камерами<sup>2</sup>. Находящиеся в эхо-камере агенты не лишены доступа к определённому типу знания, но их совокупная активность дискредитирует его. Цели развития здравоохранения, сформулированные пациентскими группами, или просто социальные ожидания, разделяемые определёнными категориями пациентов, могут быть исключены из циркулирования в эпистемической сети. Причинами исключения может стать не только узость соответствующей группы пациентов, но и, например, отсутствие технологических успехов в области лечения конкретного заболевания; тренды развития фармакологии, дискредитирующие перспективы определённого класса субстанций, или приверженность компании, задающей стартовую точку развития эпистемической сети, задачам поиска средств для лечения иных заболеваний. Тем самым, на мезоуровне рассмотрения проектов трансляционной медицины, основной социогуманитарной проблемой выглядит соотнесение разрабатываемых продуктов и практик (как конкретизированной цели проекта) и целей (ожиданий), разделяемых пациентским сообществом будущих потребителей разрабатываемого продукта.

*Микроуровень: критерии включения и конфликты интересов.* Один из современных трендов развития трансляционной медицины – включение в один исследовательский коллектив представителей индустрии и представителей фундаментальных научных дисциплин. Такая лаборатория действительно может рассматриваться как локальная «зона обмена» знаниями и практиками (например, навыками работы на определённом оборудовании). Кроме того, её деятельность имеет и дидактические преимуще-

---

<sup>1</sup> Галисон П. Зона обмена: координация убеждений и действий // Вопросы истории естествознания и техники, 2004, № 1, с. 64-92.

<sup>2</sup> Nguyen C. Cognitive islands and runaway echo chambers: Problems for expert dependence // Synthese. 2018. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11229-018-1692-0>.

щества, как школа для молодых специалистов и стажеров, максимально расширяющая их карьерные возможности<sup>1</sup>. Вместе с тем, такая лаборатория не обладает сформулированными Л. Флемом основными чертами «мыслительного коллектива», так как включает людей с разным практическим опытом, способами постановки проблем и методами их решения. В рамках эпистемологической реконструкции работы такой лаборатории особенно актуальной становится базовая философская проблема источника коллективной интенциональности (групповой агентности, групповой способности принимать решения). Возникновение групповой агентности уже должно предполагать наличие у членов группы представлений о способах коллективного действия и его целях<sup>2</sup>.

Коллаборация между членами разнородной группы служит очевидным маркером формирования социальной реальности, описываемой республиканистскими социально-политическими теориями, в онтологии которых основную роль играют групповые агенты<sup>3</sup>. Вместе с тем декларирование конфликта интересов продолжает осуществляться, как если бы социальные условия были заданы принципиально иным образом – в рамках неolibеральных теорий. Иными словами, режимы производства знания предполагают групповую агентность, в то время как нормативность, накладываемая на эти режимы, отрицает её<sup>4</sup>. Тем самым, на микроуровне социогуманитарного изучения и сопровождения трансляционной медицины возникает задача пересмотра понятия «конфликт интересов».

---

<sup>1</sup> Hobin J.A., Deschamps A.M., Bockman R., et al. Engaging basic scientists in translational research: identifying opportunities, overcoming obstacles // *Journal of Translational Medicine*. 2012. Iss. 10. P. 72.

<sup>2</sup> Gold N., Sugden R. Collective intentions and team agency // *The Journal of Philosophy*. 2007. Iss. 104(3). P. 109–137.

<sup>3</sup> Количество работ по проблематике групповой агентности классика республиканизма Ф. Петита говорит само за себя. Полную библиографию см. URL: <https://www.princeton.edu/~ppetitt/papers.htm>

<sup>4</sup> Mayes C., Kerridge I., Habibi R., Lipworth W. Conflicts of interest in neoliberal times: perspectives of Australian medical students // *Health Sociology Review*. 2016. Iss. 25:3. P. 256–271.

# «Редактирование» человеческой реальности, или топос человека<sup>1</sup>

Шенцева Е.А.

Очевидно, что для современной социокультурной ситуации концепции, основанные на дихотомии *активного субъекта* и *пассивного объекта* – осевой для всей западно-европейской мысли от ее античных истоков – не могут уже полагаться основными интерпретативными моделями. Снятие жесткой оппозиции *субъект–объект*, артикулирование идей объект-центричной социальности (К. Кнорр-Цетина), актуализация исследовательского направления под броским лозунгом «Возвращение материального» (характерное название статьи Б. Латура «Когда вещи дают сдачи») и т.д. и т.п. Параллельно идет активная разработка теорий, концепций (зачастую, фантазий, отмеченных незаурядным «антропологическим воображением», по выражению С.С. Хоружего), условно говоря, «редактирования» человеческой реальности, редактирования генома человека, конструирования пост-человека. (Возможно, однако, точнее использовать более общее и широкое название – НБИКС-технологии, т.е., нано-, био-, инфо-, когно-, социогуманитарные технологии). В контексте указанных процессов возникает вопрос – есть ли у человека шанс сохранить свое место в мироздании, существует ли оно вообще, говоря философским языком, есть ли *топос* человека?

Формат тезисов не дает возможности дать сколько-нибудь подробное описание данных процессов, но, во-первых, важно отметить, что данная тема активнейшим образом обсуждается ведущими представителями российской и зарубежной науки. Укажем в самом общем виде лишь некоторые моменты, свидетельствующие не только о повышенном внимании научной общественности, но и (возможно, косвенно) об уровне достижений в данной области. Так, в Новосибирске с 27 по 30 июня 2016 г. прошел международный форум «Биомедицина-2016», в рамках которого, в том числе, состоялась презентация коллективной монографии «Редактирование генов и геномов» под редакцией С.М. Закияна, С.П. Медведева, Е.В. Дементьевой и В.В. Власова. За несколько месяцев до этого события в Москве состоялся философский семинар («Институт человека» РАН совместно с ФГБНУ «МГНЦ»), на котором рассматривались моральные

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 16-06-00087 «Социальная сеть: топологическая интерпретация социальной реальности».

аспекты указанной проблемы. В качестве докладчиков выступили М.Ю. Скоблов («Редактирование генома человека в медицинской генетике») и П.Д. Тищенко («Философия и биотехнологические инновации: пример технологий редактирования генома человека»), а также основоположник биоэтики в России **Борис Григорьевич Юдин** («Моральные проблемы технологий редактирования генома человека»), памяти которого посвящена международная научная конференция «Человек в мире нейротехнологий: социальные и этические проблемы», которая состоится (состоялась) 30-31 мая 2018 г. в Институте философии РАН.

Острейшие дискуссии инициируются редакцией журнала Вопросы философии. Одна из них состоялась в рамках Круглого стола «Наука. Технологии. Человек». Высказанные мнения располагались в амплитуде между убеждением В.А. Лекторского, согласно которому «трансформация человека может происходить по-разному. Можно пытаться трансформировать его с помощью современных НБИК-технологий, превращая в постчеловека, т.е. по сути дела убивая его как человека» и оппонированием Д.И. Дубровского, утверждающего, что «речь идет прежде всего об изменении таких стойких негативных свойств природы человека, как ненасытное потребление, агрессивность, чрезмерное эгоистическое своеволие... Разумеется, этот процесс мыслится в единстве с изменениями телесности человека и его среды, т.е. как процесс *козволюции сознания, телесности и среды* (курс. авт.)»<sup>1</sup>.

Интересно, что в 2013 г. было предложено название «*техно-человек*» как синоним и обозначение новой стадии эволюции «*человека технологизирующегося*», ввиду того, что оно не только лучше характеризует современный эволюционный вектор, но и более уместно для создания «положительного ценностно-эмоционального контекста», столь необходимого для формирования мировоззренческой программы технобиоразвития. Уточним далее, что «*техночеловек*» противопоставляется авторами «не самому удачному и вовсе не обязательному именованию результата грядущих изменений – «постчеловек»...идея «постчеловека», подаваемая в качестве констатации терминального состояния человека как такового, воспринимается со страхом,

---

<sup>1</sup> Наука. Технологии. Человек. Материалы «Круглого стола». Участники: В.А. Лекторский, Б.И. Пружинин, Н.С. Автономова, Д.И. Дубровский, А.В. Катунин, С.В. Пирожкова, Е.О. Труфанова, Е.Л. Черткова, А.Ф. Яковлева // Вопросы философии. 2015, № 9, с. 5-40.

раздражением, возмущением»<sup>1</sup>. Несмотря на то, что с названием наука еще не определилась<sup>2</sup>, это не меняет остроты вопроса.

Безусловно, отдельного внимания заслуживает состоявшаяся в Страсбурге (Франция) 4-5 мая 2015 г Международная конференция «Эмерджентные технологии и права человека», подготовленная Комитетом по биоэтике Совета Европы. Посвящена конференция вопросам регулирования медицинской практики, «особенно в той мере, в какой она насыщается современными биомедицинскими технологиями, и биомедицинских исследований, в которых человек выступает в качестве испытуемого»<sup>3</sup>. Б.Г. Юдин и П.Д. Тищенко с воодушевлением акцентировали внимание на том, что в программе конференции на ведущих ролях оказались именно философы, а не биологи, медики, юристы, специалисты по организационному управлению и объясняют это тем, «что проблематика конференции концентрировалась вокруг возможных ответов общества на такие технологические вызовы, которые сегодня только еще обозначаются, оставаясь во многом нечеткими, туманными, неопределенными»<sup>4</sup>. Были особо отмечены выступления коллеги из Великобритании Энди Стерлинга, подчеркивающего «особую критическую функцию философских дискурсов» по обозначенным проблемам и Шейлы Ясановф, философа из Гарвардского университета, указывающей, что новые био- и информационных технологии «по сути дела переписывают заново само понятие человеческого бытия»<sup>5</sup>.

«Человек исчезнет, как след, начертанный на прибрежном песке»<sup>6</sup>... Вряд ли французский философ предполагал, что спустя всего несколько десятилетий эта знаменитая сентенция прозвучит таким странным эхом: «...современные науки о человеке, — пишет В.А. Лекторский, — могут создать принципиально иной уровень человеческого развития, но они же при определенных условиях могут использоваться для деградации человека, его расчеловечивания — в этом случае окажется, что именно развитие наук о человеке приведет к тому, что человек, в привычном нам смысле, исчезнет, погибнет»<sup>7</sup>. Эта мысль рождена не в недрах литературоведения, как это случилось со

---

<sup>1</sup> Алексеева И.Ю., Аршинов В.И., Чеклецов В.В. «Технолюди» против «постлюдей»: НБИКС-революция и будущее человека // Вопросы философии, 2013, № 3, с. м20

<sup>2</sup> Приведем в качестве примера книгу М. Кожевниковой «Гибриды и химера человека и животного: от мифологии к биотехнологии» (М., Институт философии, 2017), презентация которой состоялась в ИФ РАН 12.09.2017.

<sup>3</sup> Тищенко П.Д., Юдин Б.Г.

<sup>4</sup> Там же.

<sup>5</sup> Там же, с. 202-203.

<sup>6</sup> Фуко М. Слова и вещи: Археология гуманитарных наук. СПб., 1994, с. 396.

<sup>7</sup> Наука. Технологии. Человек..., с. 5.

многими идеями, концептами и понятиями постмодернизма, но в сфере философской рефлексии, озадаченной новой формой невежества, по трагическому недоразумению (ли?), связанной с бурным развитием науки. Можно и нужно говорить об ответственности науки, необходимости общественной экспертизы и т.д. и т.п., однако процесс уже запущен, и не только на теоретическом уровне. Над проектами создания постчеловека «сегодня работают большие научные коллективы в разных странах мира» ... «частично они (проекты) уже осуществляются...», убежден В.А. Лекторский<sup>1</sup>. Действительно, во многих странах мира учеными разрабатываются захватывающие дух технологии, препараты, новые методы лечения, облегчающие страдания людей. Однако, проводятся и другие эксперименты; возможно даже, что ученые, увлеченные сверхперспективами своих достижений иногда могут и не догадываться, частью какого глобального процесса и каким целям могут служить их достижения.

В этом смысле весьма показательны тексты (и идеи), которые выходят под эгидой научного совета общественного движения «Россия 2045». Фиксируя глобальную проблему антропологического кризиса и необходимость поиска его преодоления (цели, безусловно, самые благие), авторы ряда статей коллективного сборника под редакцией Д.И. Дубровского [5] рисуют картины «создания искусственного тела и подготовки человека к переходу в него». Отдадим должное составителю сборника – поместить статью, где главная мысль вступает в противоречие с пафосом и устремлениями большинства последующих статей – это прекрасный (и весьма смелый!) способ не только завязать дискуссию, но и обострить ее до предела. Речь идет о статье В.С. Стёпина, открывающей сборник<sup>2</sup>. Ученый, обозначая как один из глобальных кризисов именно антропологический и отмечая, что последний имеет множество проявлений и тенденций, определенно говорит что «одной из главных среди них выступают опасности изменения генофонда человечества» и указывает факторы, обостряющие эти опасности. И далее – читаем предельно внимательно! – к данным факторам относятся «тенденции к переконструированию биологической природы человека. Они, продолжает ученый, обозначились в русле достижений генетики и разработки новых биотехнологий». «Все эти начавшиеся эксперименты над биологической составляющей человеческой жизни имеют далеко идущие последствия. Уже введено в обиход понятие «пост-человек», хотя и не всегда четко определяемое, но включающее

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Стёпин В.С. Перелом в цивилизационном развитии. Точки роста новых ценностей // Глобальное будущее 2045. Конвергентные технологии (НБИКС) и трансгуманистическая эволюция. М.: ООО «Издательство МБА», 2013. С. 10–25.

в качестве составных смыслов идею изменения биологической основы человека». Биологические предпосылки, продолжает ученый, «это не просто нейтральный фон социального бытия, это почва, на которой выростала человеческая культура и вне которой невозможны были бы состояния человеческой духовности»<sup>1</sup>.

Проблема поставлена уже давно, разными авторами по-разному, но очень остро и точно; имеет много аспектов и уровней осмысления. Есть ли решение этой проблемы? По сути, речь идет об осмыслении того, есть ли у человека шанс быть, пребывать, состояться именно в человеческом качестве, что есть сегодня топос, место человека? Это есть вопросы, которые пытается решать *топологическая философия*.

Надо сказать, что топология в качестве гуманитарного направления формируется благодаря нескольким факторам – в том числе, ввиду повышенного внимания ко всему тому, что было элиминировано из философии, к миру материального; в том числе, ввиду тех высочайших технологий и мира материальных вещей, которые не только ворвались в жизнь современного человека, радикально изменив ее, но сделали его зависимым от них, зачастую управляемым.

В недрах топологической философии вопрос *что есть человек* заменяется вопросом *что есть место или топос человека*.

Не углубляясь в суть столь сложной метаморфозы философского вопроса, отметим в заключение, что одной из ключевых проблем для биологии и медицины становится проблема поиска возможности направить или отклонить те или иные исследовательские программы, связанные с «редактированием» человеческой реальности, следовательно, с поиском места человека в мировом целом.

---

<sup>1</sup> Там же, с. 18-19.

# Биомедицинская этика: ответственность как философская проблема

Юдников С.А.

*«Кто успевает в науках и отстаёт  
в нравственности, тот более вреден,  
нежели полезен».*  
Гиппократ

Актуальность проблемы ответственности за врачебное решение:

1) В 2016 году, в России, вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи погибло 712 человек, в том числе 317 детей; 2017 году из 352 человек, погибших вследствие врачебных ошибок и ненадлежащего оказания медицинской помощи, – 142 ребенка.

2) По неофициальной же статистике, число умерших из-за врачебных ошибок пациентов в России, доходит до 100 тысяч человек в год.

3) «Британский медицинский журнал» объявил, что в США смертность от врачебных ошибок составляет 9,5% от общей, а это около 250 тысяч человек, в Великобритании ежегодно умирают по этой причине около 70 тысяч человек, в Германии – 100 тысяч.

Критерий ответственности врачебного решения и его компоненты:

1) **объективная свобода** – вся совокупность условий принимаемого решения вообще и врачебного, в частности. Объективная свобода – это отсутствие препятствий для принятия решения вне человека. Ответственность проявляется в тщательности исследования объективных условий реально существующего мира, характеристик целевого объекта.

2) **субъективная свобода** – степень знаний, необходимых для эффективной профессиональной деятельности. Субъективная свобода существует в человеке. Дефицит субъективной свободы есть отсутствие знаний о том, что в данной ситуации необходимо делать. Свободы тем больше, чем лучше люди сознают свои реальные возможности, чем больше знаний и других средств находится в их распоряжении для достижения поставленных целей.

3) **выбор лучшего из принимаемых решений** – возможность выбора решений – важнейший компонент свободы. Однако, существуют ожидаемые ошибки в процессе принятия решения:

- «Оказаться перед необходимостью принятия решения и не подготовиться к нему или, что, по сути, то же самое, отодвигать решение до тех пор, пока для подготовки уже не остается времени. – Необдуманые решения.

- Закрывать глаза на возможные последствия решения или вовсе не думать о них. – Слепые решения.

- Ориентироваться только на самого себя и собственную выгоду, при принятии решения, не беспокоясь о других последствиях. – Эгоцентричные решения.

- Принимать решения только по вдохновению (интуиции). – Гениальные решения.

- Решать на основании симпатий, настроений или расположения духа, отбрасывая всякие рациональные соображения. – Эмоциональные решения.

- Считать себя непогрешимым и "высокомерно" отказаться от советов других лиц. – Самодовольные решения.

- Не желать учиться на ранее принятых решениях, совершать одни и те же ошибки. – Глупые, упрямые решения<sup>1</sup>.

Безответственный человек совершает перечисленные ошибки в процессе принятия решения, ответственный их исключает.

4) **процесс реализации принятого решения** – ответственность предполагает последовательное осуществление принятого решения и создание необходимых для этого условий. При неудачном исполнении решения необходимо переменить решение и найти новый (лучший) вариант.

Соотношение личного и коллективного видов ответственности.

Каждый является ответственным за себя и за систему в целом, при этом моральная ответственность системы имеет приоритет перед ролевой ответственностью. Но никто не является ответственным «за все». Совместная ответственность в этом случае будет возложена на многие плечи, но не станет размельченной, не исчезнет совсем, и может быть рассмотрена конкретно – практически и даже персонально, как «соответственность»<sup>2</sup>.

Особо подчеркивается приоритетность моральной ответственности<sup>3</sup>. Ответственность в морали в отличие от права, как уже

---

<sup>1</sup> Науман Э. Принять решение – но как? М., 1987, с. 192.

<sup>2</sup> Ленк Х. Размышления о современной технике. М., 1996, с. 90-91.

<sup>3</sup> Предлагаемая идея приоритетности моральной ответственности над другими видами ответственности имеет большую историческую предысторию. Так, например, в платоновской "Республике" имеется ссылка на повествование Плутарха об Архимеде (287-212 гг. до н.э.), который отказался изложить некоторые свои математические открытия по причине опасности их инженерных

отмечалось, имеет не материальный, а идеальный, духовный характер. Опираясь на общественное мнение, на выработанные в обществе нравственные представления, усваивая их, отдельный человек может и должен в той или иной мере самостоятельно регулировать свое поведение и судить о моральном значении всего происходящего вокруг него.

Программу конкретизации этики ответственности предлагал и Э. Фромм. Он утверждал, что для конкретного решения проблемы ответственности в современном техногенном обществе необходимо:

- 1) планирование ориентировать на человека;
- 2) признание индивидуального, что снимает отчуждение человека от общества;
- 3) изменение потребительской психологии: она порочна и опасна;
- 4) духовные ориентации культуры должны дать людям то, что раньше давала религия – веру и смысл<sup>1</sup>.

Сказанное позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, в рамках принимаемого решения, в том числе врачебного, проблема ответственности переходит из второстепенной в разряд центральной.

Во-вторых, на смену этике свободы и этике справедливости пришла этика ответственности, под которой понимается нравственная категория, отражающая исторически-конкретный характер взаимодействия в обществе с позиции сознательной гармонизации предъявляемых к ним требований и устранения негативных результатов деятельности человека.

В-третьих, для демаркации понятий "ответственного" и "безответственного" решения целесообразно использовать комбинированный критерий структуры свободы. Ответственное врачебное решение получается, когда исследуются феномены объективного мира (человек обладает объективной свободой); когда у него достаточно знаний о том, как действовать в данной

---

изложений и применял их сам только при угрозе военной опасности. В эпоху Возрождения Леонардо да Винчи (1452-1519) скрывал чертежи своей подводной лодки из-за "злой природы человека, который может использовать лодку как средство разрушения на дне моря". Ф. Бэкон в "Новой Атлантиде" высказывает мысль о том, что могущество знаний следует охранять от широких слоев общества. В. Гейзенберг в 1941 г. предложил Н. Бору, чтобы немецкие и американские ученые воздержались от разработки атомного оружия, а также принятое в 1947г. Н. Винером решение "не публиковать впредь работ, которые могут причинить ущерб в руках безответственных милитаристов". В тоже время существовала и другая традиция – наука глубже соотносена с истиной и при должной ответственности ученых, политиков полезна для общества всегда // См.: Митчем К. Что такое философия техники? М., 1995, с. 95-102.

<sup>1</sup> См.: Воронин А.А. Техника как коммуникационная стратегия// Вопросы философии, № 5, 1997, с. 100-101.

ситуации (достаточно субъективной свободы); когда он в сложном и противоречивом мире способен разработать систему необходимых решений и выбрать наилучшее; когда в состоянии реализовать принятое решение.

В-четвертых, решение актуализирует проблему соотношения личной и коллективной ответственности. Следует избегать противопоставления названных видов ответственности. Каждый должен отвечать за себя и за все дело в целом, при этом моральная ответственность приоритетна перед ответственностью функциональной.

## **Трудолюбие как духовная ценность и фактор развития**

**Якупов С.Ф.**

Сравнивая людей, мы можем констатировать, что одни более трудолюбивы, другие – менее, а третьи – совсем не любят трудиться. Людей нетрудолюбивых мы обычно называем ленивыми. Также нетрудно заметить, что трудолюбивые люди, как правило, более успешны.

Под трудолюбием мы понимаем духовную ценность, черту характера, которая проявляется в добросовестности, увлеченности и удовлетворенности самим процессом труда .

Если мы можем отдельных людей делить на трудолюбивых и не трудолюбивых, то, видимо, можно различать более трудолюбивые и менее трудолюбивые общности людей. Мы имеем ввиду культурные общности, т.е. этносы, цивилизации. Например, все жители США, как граждане, составляют одну политико-правовую общность. В то же время они принадлежат к разным культурным общностям, т.к. являются носителями духовных ценностей, которые сформировались на их «бывшей родине». Мы знаем, что духовные ценности долго формируются и долго сохраняют устойчивость. Люди достаточно легко меняют гражданство, род занятий, место жительства, но долго «держатся» за религию, традиции, родной язык.

США – страна иммигрантов, здесь конкурируют люди разных культур. Так в США вместе живут выходцы из Латинской Америки и выходцы из Китая. Вместе означает, что они живут в одинаковой экономической и политической институциональной среде. Но уровень благосостояния выходцев из Китая заметно выше уровня выходцев из Латинской Америки. Очевидно, что китайцы более

трудолюбивы, в сравнении с выходцами из Латинской Америки. Поэтому, при прочих равных условиях, китайцы более успешны.

Теперь посмотрим на Западную Европу. Мы видим, что северные страны по социально-экономическому развитию, в целом, опережают южные страны. Причина та же. Скажем, шведы, голландцы, немцы считаются более трудолюбивыми в сравнении с греками, испанцами и итальянцами.

Попробуем выяснить почему одни большие группы людей более трудолюбивы чем другие. Начнем с китайцев. Они в течение тысячелетий выращивают рис. Это занятие очень трудоемкое. Старая китайская поговорка гласит: «Рис половину времени растет в руке земледельца». Процесс выращивания риса состоит из нескольких этапов. На первом этапе рис рос в горшках дома. В это время готовилось поле для посадки рассады. Следующий этап – посадка риса на поле. Каждое растение сажалось отдельно вручную. Перед посадкой поле заливалось водой, которая смешивалась с почвой. Чтобы повысить плодородие почвы использовалось большое количество удобрений. После высаживания рассады ее заливали водой на высоту до полуметра. Для подачи воды использовали водоподъемные колеса и бамбуковые трубы. Пока рис в течение трех месяцев находился под водой, поле все время вручную беспрерывно очищали от сорняков и поддерживали нужный уровень воды. При уборке урожая каждое растение срезалось отдельно, а собранное зерно молотили вручную каменными жерновами.

Китайцы получали два, а иногда и три урожая в год. Навероятно трудоемкий способ выращивания риса приучил китайцев работать круглый год с раннего утра до позднего вечера. В течение многих столетий формируется привычка интенсивно трудиться ежедневно. Эта привычка становится одной из главных составляющих китайского мировоззрения. То же самое можно сказать о корейцах, японцах и вьетнамцах, которые похожим способом выращивают рис. Когда китаец с такой чертой мировоззрения, или, как сейчас принято говорить, с таким культурным кодом оказывается в городе, он по привычке продолжает также усердно работать как его предки работали на рисовом поле.

На Востоке есть еще одна большая культурная общность, которая по своим масштабам и длительности существования сравнима с Китаем. Это Индия, подарившая миру удивительные культурные ценности, но в течение веков остающаяся центром массовой бедности. Интересно, что согласно легенде основатель буддизма Гаутама Сиддхартха свои духовные поиски начал после того как впервые оказался за стенами дворца и увидел много людей страдающих от нищеты и болезней. С тех пор прошло более 2,5 тысяч лет. И сегодня люди, впервые посетившие

Индию, бывают шокированы большим количеством нищих в этой стране. Можно предположить, что, если бы основатель буддизма оказался в современной Индии, он бы начал новые поиски путей избавления людей от страданий.

В основе индуизма лежит учение о дхарме. О значимости этого учения говорит тот факт, что на государственном флаге современной Индии изображено колесо дхармы. Главная идея учения состоит в том, что мир есть единое и упорядоченное целое. Слово «дхарма» можно перевести как социо-космический порядок.

Индуизм предписывает человеку делать только то, что должен, а не то, что хочет. А как узнать, кто и что должен делать? Это зависит от кастовой принадлежности. Каста – это одновременно и религиозная, и профессиональная общность. Кастовый строй лишает свободы выбора профессии.

Люди обладают разными врожденными способностями. Разделение труда предоставляет возможность выбрать род занятий, соответствующий способностям. Реализуя способности, человек творит, добивается успеха и, в конечном счете, «делает» прогресс. Люди, живущие в соответствии с дхармой, лишены возможности сменить род деятельности, чтобы себя реализовать. Индусы лишены возможности выбора профессии. В течение тысячелетий миллионы индусов вынуждены были заниматься нелюбимым делом. Необходимость постоянно делать, то, что не нравится не может формировать трудолюбие. Больше того, это может формировать отвращение к труду. Кастовый строй, несомненно, главная причина того, что представители одной из самых древних цивилизаций продолжают пребывать в отсталости и бедности.

Рассмотрим страны, относящиеся к западноевропейской цивилизации. Попробуем выяснить почему в северной части Европы живут более трудолюбивые люди по сравнению с жителями южной части Европы. Причина в культурном различии. Жители севера Европы преимущественно протестанты, а юга – католики. Если официальной идеологией католиков является учение Фомы Аквинского, то в основе протестантизма лежит учение Августина о первородном грехе. По Августину на каждом лежит печать первородного греха, она не снимается путем крещения. Согласно католицизму и православию, крещение снимает эту печать. По Августину Бог по своему усмотрению поделил всех людей на проклятых и избранных. Проклятым уготован ад, избранным – рай. Согласно протестантизму человек грешит потому, что он проклят. В католицизме и православии человек проклят потому, что грешит. То, что в протестантизме причина в католицизме и православии следствие. Согласно Августину, человеку при жизни не дано знать в аду или в раю окажется его душа. Жан Кальвин (1509-1564) развил учение о первородном грехе. Он «помог»

верующим определить будут они спасены или нет. По Кальвину если ты добиваешься успеха, то это знак, что бог на твоей стороне. Протестант неустанно трудится, с целью доказать самому себе, что он избранный. Попутно он достигает еще одну цель – материальное благополучие.

Обратимся к России. Довольно широко распространено мнение, что россияне ленивы. Эта идея нашла отражение даже в классической русской литературе. И.А. Гончаров в романе «Обломов», противопоставляет русского лентяя «трудоголику» с немецкой фамилией Штольц. Однако трудно согласиться, что леность – это культурная особенность россиян. Из курса истории мы знаем, что россияне освоили огромные территории, часто не самые благоприятные для сельского хозяйства. Россияне построили сотни городов, достигли больших высот в науке и искусстве. Эти факты могут служить опровержением идеи о лениности россиян.

В то же мы знаем, что в истории России в течение столетий действовал фактор, который способствовал формированию негативного отношения к труду. Это крепостное право. Многовековой полуграбский труд неизбежно «воспитывает» отвращение к труду. В XX в. строительство коммунизма, так же мало способствовало развитию трудолюбия. Люди были лишены права быть хозяином результата своего труда. Не случайно в СССР была расхожая поговорка – «мы делаем вид, что работаем, они делают вид, что платят».

Подытожим вышесказанное. Первое, есть разные способы формирования трудолюбия. Китай, Япония, Корея. Вьетнам – поливное рисоводство. Север Европы – особенности религиозной доктрины. Второе, способы, тормозящие формирование трудолюбия, тоже могут быть разными. Россия - крепостное право и коммунизм. Индия – варново-кастовый строй. И третий и он же главный вывод – трудолюбие – это важный фактор прогресса и духовная ценность, которую можно «приобрести». Создавая благоприятную институциональную среду, можно сформировать в людях привычку и потребность хорошо работать.

#### Литература:

1. Психологический словарь / Под общ. Ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990, - 494 с.
2. Культура имеет значение. Каким образом ценности способствуют общественному прогрессу. Под ред. Л. Харрисона и С. Хантингтона. (Lawrence Harrison, Samuel Huntington (eds.) Culture Matters: How Values Shape Human Progress. New York: Basic Books, 2000.) М.: Московская школа политических исследований, 2002. — 320 с.
3. *Малявин В.В.* Китайская цивилизация. М.: ИПЦ «Дизайн. Информация. Картография»: ООО «Издательство Астрель»: ООО «Издательство АСТ», 2001. 632 с.
4. *Анго М.* Классическая Индия. М., 2007. – 400 с.

## **Институт дарения органов в трансплантологии<sup>1</sup>**

**Горбунова Е.В.**

Донорство органов по прежнему остается одной из остросоциальных проблем, вследствие того, что трансплантология стремительно развивается, а институционализация легального забора органов сталкивается с социально-психологическими барьерами. Существует множество морально-этических аспектов и предубеждений, из-за которых трансплантация органов, и донорство в целом окутаны мифами, широко распространенными в обществе. Дарение как добровольное пожертвование органа на современном этапе развития трансплантологии представляется институтом, с помощью которого можно решать проблему дефицита органов. Утверждают, что по состоянию институтов можно судить о состоянии общества. Институты – это системы норм и правил, с помощью которых люди организуют совместную жизнь<sup>2</sup>. Это значит, что институциональная поддержка трансплантологии должны состоять в укреплении общности доноров и реципиентов, актуализации ценности взаимной поддержки и солидарности.

К сожалению, реальных случаев безвозмездного пожертвования в живом донорстве чужими друг другу людьми очень мало. Родственная трансплантация предпочтительнее добровольного пожертвования, как показывают опросы, для «донора» имеет значение, кому достанется его орган. В том случае, когда речь идет о посмертном заборе органов, не всегда можно с уверенностью говорить о добровольности. Выражение испрошенного согласия на забор органов также встречается с серьезным препятствием. Мысли о болезни и смерти естественным образом отторгаются до определенного времени. «Людам не свойственно ожидать собственную смерть... И это значит, что множество людей не заполняют донорской карты, также как и не напишут

---

<sup>1</sup> Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ проект «Культурная обусловленность социальных практик и институтов биоэтики в России» №17-03-00784.

<sup>2</sup> Сидорова Т.А. Универсальность и культурная специфичность институциональных практик в российской биоэтике // «Русская традиция» в биоэтике: этическое, аксиологические основания / Курск, 2017, с. 164-179.

заранее завещания и не закажут похоронный обряд.»<sup>1</sup>. Следовательно, испрошенное согласие автоматически не решает проблему дефицита органов.

Дарение предполагает, что орган добровольно и бескорыстно отчуждается в пользу другого человека. Дарение не всегда подразумевает только лишь истинный альтруизм или исключительную «сделку», выгодную обеим сторонам. В своём «Очерке о даре» Марсель Мосс приводит различные примеры того, какую роль играет «дар» в культуре. Определенные корреляции с дарением в трансплантологии можно увидеть в его суждениях по поводу того, как дар становится проводником смыслов: «...принятая вещь не инертна. <...>Даже оставленная дарителем, она сохраняет в себе что-то от него самого.» Мосс описывает «дух вещи», «дух личной собственности» который пребывает в перманентном состоянии, всегда готовый вернуться к своему первоначальному владельцу, так как даже если эта вещь была передана безвозмездно, в отсутствии договора и ответного дара, если получатель передает её третьему лицу и получает за это ответный дар, то он не имеет права получать что-то за «подаренную» ему вещь, так как она содержит внутри себя дух первоначального «хозяина»<sup>2</sup>.

Пример воспитания способности к добровольному пожертвованию можно встретить в антиутопии Кадзуо Исигуро Японский писатель в своём романе «Не отпускай меня» описывает как в будущем людей клонируют для того чтобы они были полноценными донорами для тяжело больных людей, прививая им определенные мысли и ценности безвозмездного альтруизма<sup>3</sup>. Таким образом подмечено, что основная проблема трансплантологии скорее находится на духовном, нежели техническом уровне. Поэтому когда развитие трансплантологии увязывают лишь с наличием должного оборудования, препаратов, и даже квалифицированных специалистов, мы не решаем основных проблем. Фундаментальным вопросом здесь является то, как не прибегая к моральному и экономическому принуждению, утверждать в обществе чувство взаимной поддержки через институт дарения органов?

Испрошенное и подразумеваемое согласие в посмертном донорстве кажется единственными «благоприятными» способами, но и здесь существует ряд препятствий. В первую очередь,

---

<sup>1</sup> Arthur Caplan. Bioethics of organ transplantation // Cold Spring Harb Respect Med 2014. P 2

<sup>2</sup> Марсель Мосс. Очерк о даре. Форма и основание обмена в архаичных обществах .URL: [http://anthro-economicus.narod.ru/files/Moss\\_Present.pdf/](http://anthro-economicus.narod.ru/files/Moss_Present.pdf/) (дата обращения 26.04.2018)

<sup>3</sup> Кадзуо Исигуро. Не отпускай меня / Пер. Г.Н. Мотылев. Изд. Эксмо, 352 С.  
242

это «техническая» сторона вопроса- изъятие органа, должно быть произведено до того, как он перестанет иметь ценность, поэтому возникает понятие «потенциальный донор». К ним относят пациентов реанимационных отделений, у которых «ожидается остановка циркуляторной и дыхательной деятельности, в сроки совместимые с возможностью изъятия объектов трансплантации или пациента, в отношении которых при работающем сердце и искусственной вентиляции легких начата процедура констатации смерти мозга»<sup>1</sup>. Этот ключевой момент, когда согласно мозговому критерию, констатируется смерть пациента, а с позиции родственников он еще жив, требует тончайшей проработки нюансов, которые должны быть закреплены в правилах, вызывающих доверие в обществе. Презумпция согласия на забор органов действует в случае, когда не надеются на рациональное решение по передаче органов, и таким образом отвергают институционализацию дарения органов, рассматривая этот акт как эмоциональный порыв. Для того, чтобы действительно развивать трансплантологию «...необходимо создать эффективную среду для пожертвования органов в больнице, поддерживать формирование культуры донорства в каждом медицинском центре, в котором донорство должно рассматриваться как неотъемлемая часть работы трансплантационной службы...»<sup>2</sup>.

В данном случае под «культурой донорства» подразумевается формирование устойчивого комплекса норм и правил, которые непротиворечивым образом будут в обществе развивать альтруистическое отношение к передаче органов. Можно привести примеры как может происходить институционализация дарения органов на основе существующих в обществе ценностно-нормативных комплексов. Например, опыт Испании, где дарение органов стало подразумеваемой нормой, ЮНЕСКО рекомендует в качестве образца. Там основой общественного консенсуса стала поддержка донорства католической церковью. И.В Силуянова указывает на то, что «Обоснование донорства – это задача этики, в том числе этики религиозной. Об этом свидетельствует все то же понятие "дарение органов", которое по сути дела представляет собой попытку трансформации традиционно-религиозной идеи жертвы.»<sup>3</sup>. Учитывая, что духовная жизнь современного

---

<sup>1</sup> Цит. по: *Сидорова Т.А., Сидорова М.О., Жичина Е.Ю.* Нормотворческое содержание биоэтической дискуссии по трансплантации./Философские проблемы биологии и медицины: многообразие биомедицинского опыта и знания. Саратов, СГТУ, 2016, с. 71

<sup>2</sup> *Хубутия М.Ш.* Трансплантология. Учебник. М. 2016, с. 158.

<sup>3</sup> *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. Гл. 4. Жизнь как ценность. <http://www.orthomed.ru/archive/KBE/Textbook/sil1/chap43.htm> (дата обращения 17.03.2018)

общества уже не столь зависима от религии, потому воздействие с помощью религиозной идеи должно быть весьма осторожным, поэтому достаточно рискованно полагаться только на религиозные ценности. Ханна Арендт пишет о «вине» и «коллективной ответственности», в своей работе «Ответственность и суждение» – «...нет такой вещи, как вина или чувство вины за вещи, случившиеся без твоего активного участия. Когда все виновны, – невиновен никто.»<sup>1</sup>. Она анализирует такие понятия как «сострадание» «...это чувство лишь до тех пор остаётся подлинным, покуда я осознаю, что это, в конце концов, не мои, а чужие страдания.»<sup>2</sup> И наконец Арендт подводит нас к высказыванию Сократа «Лучше несправедливо страдать, чем несправедливо поступать»<sup>3</sup>. « Тот довод морали в качестве которого я процитировала высказывание Сократа, на самом деле, состоит в следующем: если в уплату за участие (неважно, из простого конформизма или даже ради единственного шанса на успешное сопротивление) я сделаю то, чего от меня сейчас требуют, то больше не смогу жить с собой; моя жизнь перестанет быть для меня чем-то стоящим.»<sup>4</sup>. Идеи Арендт касались более глобальных вещей, связанных с проявлениями зла, но если задуматься о том, каково наше истинное отношение к ближнему, пусть и искаженное современностью, в отрыве от устойчивых моральных норм, все же стоит иногда коснуться и столь радикальных сторон, дабы воззвать к ответственности и проявлению сострадания, не используя при этом религиозный контекст.

Другим примером, того, на какой ценностной основе может происходить институционализация в донорстве органов, выступает «экономический подход» для организации передачи органов. Рассматривая проблему «дарения органов», т.е. добровольного пожертвования, нельзя не задуматься о том, что оценивают как противоположность дарению – вознаграждение за пожертвование, пусть формально это будет выглядеть как обычная сделка, но плата за «орган» который все же является частью «целого» организма. Несмотря на то, что «возмездность», казалось бы противоречит «дарению» по определению, тем не менее, там, где правила общежития не исключают или, наоборот, приветствуют материальное возмещение, компенсации будут способствовать решению о передаче органов. Как один из способов решения проблемы дефицита органов, рассматривается и создание рынка органов. Приводятся различные способы: путем изменения

---

<sup>1</sup> Ханна Арендт. Ответственность и суждение / Пер. с англ. Д. Аронсона, С. Бардиной, Р. Гуляева. М., 2013, с. 205.

<sup>2</sup> Там же, с. 206.

<sup>3</sup> Там же, с. 212.

<sup>4</sup> Там же, с. 215.

закона о трансплантации органов, регулирующего передачу органов между отдельными лицами, по «договорной» цене, либо за счет государства, которое создает собственный регулируемый им рынок органов, где купля и продажа осуществляется по фиксированной цене. Такой способ предлагает США, дабы разрешить дилемму между альтруизмом и желанием наживы<sup>1</sup>.

## Философское наследие И.В. Давыдовского: болезнь как явление природы человека

**Димов А.С.,** *Кирьянов Н.А.*

В наш прагматичный век отечественные научные идеи очень часто недооцениваются, а философские – не понимаются. Такая глобальная проблема медицины как общая патология человека была профессионально обсуждена выдающимся патологом И.В. Давыдовским, который впервые с применением диалектики, как реальным и эффективным методом, пришел к решению ряда аспектов такой фундаментальной проблемы медицины как болезнь человека. К сожалению, в настоящее время идеи автора не восприняты, а если и восприняты, то не поняты, а порой и просто извращены. Поэтому имеется необходимость кратко напомнить значимость наиболее важных положений работ И.В. Давыдовского, вновь понять их с позиции XXI века и попытаться развить.

«Внедрение» философских методов и законов в медицинскую науку зачастую сводились к формальной подгонке этих закономерностей под законы и категории материалистической диалектики. В то же время философы, не знающие специфики медицинской науки зачастую изложение проблем медицины проводили крайне неуклюже, очень абстрактно, с большой степенью назидательности и всепосвященности. Но еще 50 лет назад эту проблему решил И.В. Давыдовский, который писал: ***«Философская разработка медицинских (правильнее медико-биологических) проблем возможна только тогда, когда сами медики возьмутся за это. Не следует философов делать арбитрами в теоретической медицине»*** [1 – С.37<sup>2</sup>].

---

<sup>1</sup> Arthur Caplan. Bioethics of organ transplantation // Cold Spring Harb Respect Med 2014, P 2

<sup>2</sup> Давыдовский И.В. Приспособительные процессы в патологии. Вестник АМН СССР, 1962, 4: 27-37.

Другая проблема стоит в том, что с нарастанием объема фактических данных требуются теоретические обобщения. Еще в прошлом веке И.В. Давыдовский писал, что **«...медицина стоит перед необходимостью именно философского синтеза необозримого океана фактов, гипотез, теорий, мыслей и вымыслов, относящихся к проблемам теоретической и практической медицины»** [2 – С. 67<sup>1</sup>]. Именно поэтому на сегодня практически нет попыток решать насущные общемедицинские проблемы, хотя по признанию Е.И. Чазова, мы до сих пор не знаем, что такое болезнь.

Довольно прочно вошла в научную и практическую жизнь тенденция отождествлять между собой этиологию и патогенез (как «этиопатогенез»). И.В. Давыдовский на это счет писал: **«Отождествление этих понятий – очевидный предрассудок... К сожалению, этот предрассудок очень распространен среди современных «фактологов», продолжающих не понимать, что причина пожара (удар молнии, шалость младенца и т. д.) не имеет ничего общего с физической сущностью горения»** [2 – С. 74<sup>2</sup>]. Этот «предрассудок», безусловно, сказывается в медицинских исследованиях. Так, в число факторов риска (ФР) возникновения болезней включаются, в сущности, маркеры патологического процесса. Все это приводит к тому что число ФР будет увеличиваться до бесконечности. Глубокий эмпиризм находит два диаметрально противоположных и тупиковых выхода.

Один из них заключается в утверждении полиэтиологичности в виде набора, списка, каталога, свода, конгломерата ФР, но не интегративного представления об этиологии. И.В. Давыдовский был не согласен с таким **«узкопрактическим, односторонним пониманием этиологии в медицине, фактически сводящимся к перечню причинных факторов»** [2 – С. 10<sup>2</sup>], что есть упрощение проблемы. **И.В. Давыдовский писал: «Очевидно, что никакой перечень факторов не создает теории, т. е. биологического обоснования явлений, не раскрывает самых связей причин и следствий, тем более сущности явлений»** [2 – С. 10<sup>2</sup>]. С другой стороны абсолютизация одного ФР, например, *Helicobacter pylori* при язвенной болезни, приводит метафизичности в представлениях об этиологии этой болезни, что обнаруживается во многих научных исследованиях.

С методологической точки зрения причина – это явление, которое с неизбежностью (закономерно и без всяких исключений) приводит к следствию. И.В. Давыдовский писал: **«нельзя выделить или обособить какой-то один «главный», «ведущий», тем**

---

<sup>1</sup> Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. Этиология. М., 1962.  
246

более единственный фактор, – и свести к этому фактору всю этиологию явления... **В сложных биологических явлениях (инфекция, рак, воспаление и т.д.) один единственный фактор никогда не может быть всей причиной; он лишь необходимая часть причины, к тому же не всегда важная»** [3 – С.14<sup>1</sup>]. В итоге, по его мнению, «сведение этиологии как учения о причинно-следственных отношениях к отдельно взятому фактору является религиозной идеей зла, злого духа или нечистой силы...божественного первотолчка» [3 – С. 161<sup>3</sup>].

В науке изучаются не просто предметы и явления (процессы), а отношение между ними, имеющее неотвратимый характер. Причинно-следственная связь, как и другие связи в диалектике природы, также представляют собой отношение (взаимосвязь) вещей обозначенная как детерминизм. Поэтому прав И.В. Давыдовский, утверждавший, что есть причинность как процесс. **«Этиология (причинность) – это не отдельно взятая вещь; это всегда процесс, отношение вещей на реальных основах их взаимодействия. ...»** [4 – С.30<sup>2</sup>].

Лейтмотивом всех публикаций И.В. Давыдовского является утверждение о необходимости познания болезни с общепатологических и эволюционных позиций. В этом случае его тезис, что **«Этиология в основном и прежде всего – это воздействие внешнего мира, т.е. царство случайностей. Патогенез... является царством необходимости, царством закона»** [5 – С.6<sup>5</sup>] закономерен.

И.В. Давыдовский находит свои аргументы и в том, **«что патология – это не беспорядок, что это особый порядок... Итак, патология – это особый порядок, и задача патолога заключается в том, чтобы искать «порядок в беспорядке», находить законы и механизмы, определяющие эти формы деятельности функциональных систем тела»** [5 – С.4<sup>5</sup>]. Фундаментальным принципом патогенеза И.В. Давыдовский считал **«цепной характер процессов»** [3- С.122<sup>3</sup>]. Патогенез, пишет он: **«...имеет в своей основе глубоко автоматизированные «цепные» механизмы, действующие по принципу саморазвития и самодвижения, как и все физиологические механизмы. Этот принцип говорит...об их исторической обусловленности».**

Философский анализ проблем патологии показывает, что методология – это не пустое и схоластическое занятие, а необходимый способ понимания общих проблем медицины. Её отсутствие дорого обходится обществу, так как это заводит науку

---

<sup>1</sup> Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. Этиология. М., 1962 – 175 с.

<sup>2</sup> Давыдовский И.В. Общая патология человека. М.; 1969 – 611 с.

(и, как следствие, практику) в тупик. В подтверждение необходимости знать не только частное, но и общее, вновь процитируем И.В. Давыдовского: «...*неправильно думать, что теория не может предшествовать новому опыту, проложить ему путь. Теоретические знания в принципе вообще должны обгонять практику...*» [5 – С.7<sup>1</sup>].

## **Энергетизм. Ментальное взаимодействие**

**Киселев В.И.**

Критика Научной картины мира (НКМ) со стороны выдающихся ученых (В. Гейзенберг, Р. Пенроуз и др.) из-за отсутствия в ней энергии жизни и сознания (биология) позволяет, оглядываясь на историю создания НКМ, предположить наличие энергетического взаимодействия, отвечающего за эволюцию жизни-сознания, эволюцию структур мироздания.

$$E = mc^2$$

А. Эйнштейн, написавший эту формулу говорил, что в мире есть только две реальности: энергия и материя. Вероятно, с ним можно подискутировать, утверждая, что в мире есть только одна реальность – энергия. Материя – неотъемлемая свойство энергии, её атрибут.

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

Сам Эйнштейн, соглашаясь с основателями энергетизма Р. Майером, В. Оствальдом признавал, что: «Энергия – неразрушаемый объект, вызывающий при своём использовании движение» [1] .

Современный уровень знания в НКМ позволяет более продуктивно решать «загадку Вселенной» (А. Шопенгауэр) – вопросы сознания, эмоций, ментальности, которые определяют психику людей и их способность к справедливому образу существования.

«Справедливость – понятие о должном, содержащее в себе требование соответствие деяния и воздаяния: в частности, прав и обязанностей, труда и вознаграждения, заслуг и их признания, преступления и наказания, соответствия роли различных социальных слоев, групп и индивидов в жизни» (Википедия).

---

<sup>1</sup> Давыдовский И.В. Философские основы патологии. Архив патологии 1969; 6: 3-9.

И. Кант: «Правовая справедливость должна насаждаться в обществе принудительным образом, только в этом случае можно рассчитывать на осуществление моральной справедливости. Когда справедливость исчезает, то не остается ничего, что могло бы придать ценность жизни людей».

К. Маркс: «Говорить о социальной справедливости – бессмыслица».

Истинность и реальность идей познания определяет наука, путем практики и экспериментов. Практика – критерий истины.

Законы диалектики – фундамент продвижения в познании природы:

- единство и борьба противоположностей – источник саморазвития, самосохранения;
- переход количества в качество – механизм саморазвития, самосохранения;
- отрицание отрицания – направление саморазвития, самосохранения.

Казалось бы, «единство и борьба противоположностей» подтверждают позицию К. Маркса, не оставляют шансов на справедливое сосуществование в биологическом мире, но венец природы – человек, имея развитое сознание, мышление, сумеет найти оптимальное решение.

В своей книге «Физика и философия»[2] В. Гейзенберг отмечает: «Все устремления современной биологии направлены на то, чтобы объяснить биологические явления на основе известных физических и химических закономерностей. Обоснована ли эта надежда? Живые организмы обнаруживают такую степень устойчивости, какую сложные структуры, состоящие из многих различных молекул, вообще не могут иметь только на основе физических и химических законов. Поэтому к физическим и химическим закономерностям должно быть что-то добавлено, прежде чем можно будет полностью понять биологические явления».

Понять и решить эти проблемы невозможно без знания и понимания функционирования человеческой психики, человеческого сознания. Говоря об энергии сознания, энергии эмоций, следует рассмотреть источник этой энергии.

Таким источником можно предложить обсуждаемую ментальную энергию (МЭ), пока не нашедшую широкого научного признания и рассматриваемую на уровне мнений, суждений, гипотез.

Подступиться к решению «загвоздки Вселенной» можно через единство сил природы, энергетическая шкала которого выглядит так:

соотношения потенциальных энергий четырех познанных взаимодействий (в точке на расстоянии  $10^{-14}$  см от начала координат)

Сильное: Электромагн.: Слабое: Гравитационное  
 $1 \cdot 10^0$ :.....  $1 \cdot 10^{-2}$ :.....  $1 \cdot 10^{-5}$ : .....  $1 \cdot 10^{-38}$

### Возможная шкала

соотношения потенциальных энергий взаимодействий (при тех же условиях)

Сильное: Электромагн.: Слабое: Гравитационное  
 $1 \cdot 10^0$ :.....  $1 \cdot 10^{-2}$ :.....  $1 \cdot 10^{-5}$ : .....  $1 \cdot 10^{-7}$ :.....  $1 \cdot 10^{-38}$   
*Ментальное*

не нарушая законов сохранения, дает возможность предположить, что между слабым ( $1 \cdot 10^{-5}$ ) и гравитационным ( $1 \cdot 10^{-38}$ ) взаимодействиями (разница в 33 порядка!) природой могут быть помещены другие взаимодействия, исходя из того, что в настоящее время наша научная информация о составе Вселенной распространяется только на 0,4%, а вместе с межгалактическим газом на 4% изучаемого мироздания [4]

Т.е. 96% доступного нам для наблюдения пространства находятся в области, где неизвестны познанные физические законы.

Математик и астрофизик Р. Пенроуз (работающий совместно с группой известных физиков над вопросами теории единого поля), убежден, «что законы современной квантовой механики нуждаются в фундаментальном (хотя, вероятно, и тонком) изменении» [5], чтобы продвинуть решение о разумной жизни, рассматривая антропные принципы.

Еще один взгляд на организацию жизни и сознания предлагают биоцентристы, считающие, что «современные физические теории не работают и просто не будут работать в полном объеме («теория всего», теория единого поля) до тех пор, пока в них не учтут две важнейшие составляющие нашего мира: жизнь и сознание. Жизнь и сознание отнюдь не являются случайным побочным продуктом безжизненных физических процессов, протекавших на протяжении миллиардов лет. У сознания есть не только биологическая, но и физическая, энергетическая составляющие. Квантовая теория превосходно работает на уровне математики, но логически кажется совершенно бессмысленной, хотя элементарные частицы ведут себя так, как будто реагируют на присутствие наблюдателя, наделенного сознанием. Это пока необъяснимо, но интересно, что две самые сложные загадки в физике связаны с сознанием [6].

Поведение элементарных частиц «как будто реагирующих на присутствие наблюдателя, наделенного сознанием», осторожно отнесем на действие энергии ментального взаимодействия (МВ).

Жизнь и сознание структурируют безжизненные физические образования, считают биоцентристы.

Именно это представление «о наблюдателе» можно заменить ментальным взаимодействием, которое, наряду с сильным, электромагнитным, слабым и гравитационным взаимодействиями относится к одной из разновидностей энергии.

Т.е. гипотетический элементарный «ЭНЕРГОН» (*элементарная бесструктурная частица*) [7] возможно, упаковываясь в различные конфигурации-формы (единство формы и содержания) дает нам различные *элементарные* (пока бесструктурные) частицы материи, образующие уже познанные и непознанные взаимодействия, до которых практическая и теоретическая физика еще не добралась, не расшифровала.

Без физики, химии, биологии, математики и других наук в совокупности проблема не разрешима. Нужен междисциплинарный подход, синергетический.

Синергетика – теория возникновения новых свойств у целого, состоящего из взаимодействующих объектов; подход, требующий для своей разработки специалистов из разных областей знания.

Прорыв в области познания МВ позволит качественно изменить возможности медицины, биологии, энергетики, социологии. Появится возможность преодоления закона «единства и борьбы противоположностей» и организации справедливого общества без антагонистических противоречий.

Ошибкой современного коммунистического движения стало то, что провозглашая в теории опору на диалектику, в практике жизни движение не смогло организовать сосуществование противоположностей, выдвинув идею «если враг не сдаётся, его уничтожают». Противоположности надо ухитриться «помирить». Это труднодостижимая, но выполнимая задача.

Какие негативные последствия могут быть при овладении энергией МВ? Не попадет ли эта энергия в руки зла и несправедливости, как это случилось с ядерной энергией, когда наряду с положительной составляющей появилась угроза распространения оружия разрушения?

Об этой опасности надо думать уже на этом этапе рассмотрения идеи.

Идея формирования живого и сознания с помощью МВ теряет смысл, *если* человеку удастся создать искусственный организм (овечка Доли) или искусственную биологическую клетку (работы лаборатории Крейга Вентера, США) доказав, что при создания

искусственных живых объектов нет необходимости в каких-либо других взаимодействиях, кроме 4 уже познанных.

#### *Литература*

1. *Эйнштейн А.* Собрание научных трудов, т.4, М., 1967, С. 115
2. *Гейзенберг В.* Физика и философия, М., 1963, С.131
3. *Энциклопедический словарь юного физика*, М., Педагогика, 1991, С. 80
4. *Философские проблемы медицины*, выпуск 11, Сб. статей, М., 2017, С. 95
5. *Пенроуз Р.* Большое. Малое и человеческий разум, С.-Пб., Амфора, 2015, С.177.
6. *Р. Ланца, Б. Берман*, Биоцентризм, Питер, 2015, С.15.
7. *Б.А. Астафьев.* Теория творения и генетического единства Мира, М., Институт холодинамики.

## **Преподавание биохимии в рамках концепции биофилософского подхода**

***Минаев А.В., Вавилова Т.П.***

Неотъемлемой частью образования врача является химия, играющая важную роль в развитии современных областей медицины, знания которой призваны обеспечить качественно новый этап в управлении явлениями жизни [1]. При изучении биохимии необходимо учитывать социальную природу человека. Разъяснение многих тем курса должно охватывать социальные стороны существования человека, образ жизни, культуру питания, отношение к себе и природе в целом. Привлечение студентов-медиков к саморефлексии относительно своего существования должно стать ценностной установкой химического образования студентов, так как человечество заинтересовано в бережном отношении к жизни на земле, предотвращении катастроф и решении глобальных проблем цивилизации. Приучение студентов к этическим нормам сохранения жизни особенно важно в медицинском вузе. Врач ответственен за судьбу будущих поколений, поэтому вопросы гуманизации человеческих отношений, отношения человека к живой природе, социальная проблематика должны рассматриваться при преподавании биохимии в любом медицинском вузе.

Подобные вопросы рассматривает биофилософия, которую, как трансдисциплинарный феномен, можно представить комплексной, биологически ориентированной отраслью знания, определяющую мировоззренческо-методологические проблемы сохра-

нения жизни на Земле. Р.С. Карпинская [2] определяет биофилософию как новейшее направление в философском осмыслении жизни, связанное с разработкой гуманистической проблематики, в которую включены проблемы сохранения жизни как важнейшей ценности человеческой культуры. Биофилософия может рассматриваться как логичный этап формирования знаний о природе и человеке, как результат поисков фундаментальных законов и принципов, в основе которых может быть построено современное миропонимание. Вследствие этого появляется потребность в обосновании нового – биофилософского подхода к истолкованию бытия, к созданию картины природы, в которую человек мог бы быть вписан как специфический, но органический элемент, в выработке соответствующей системы ценностей и ориентиров.

Биофилософский подход сосредотачивает жизненную потребность сохранения человеческого рода, что соотносится с принципиально новым этапом взаимодействия каждого человека, всего общества и природы. В образовании данный подход нацеливает на осуществление интегрированного процесса обучения и воспитания, на разработку образовательных модулей, органично сочетающих познавательную и ценностную стороны сознания.

Процесс обучения в вузе выполняет две важные функции: образовательную и воспитательную. Проблема воспитания взрослых людей (студентов), уже сложившихся как личность, со своими особенностями характера, взглядами на жизнь, отмечена как одна из основных проблем педагогики высшей школы, в то же время воспитание должно стать направляющим компонентом образования. Помимо того, что воспитание шире и сложнее обучения, результаты воспитания не поддаются быстрой проверке, процесс воспитания сам по себе является многофакторным, и не имеет строгих, чётких организационных форм, как обучение. Этим определяется сложность воспитательного процесса в медицинском вузе, основной которого является формирование у студентов принципов высоконравственного поведения, предполагающего наличие челоого ряда черт.

Синтезировать «разрозненное» – цель междисциплинарного комплексного подхода для успешного осуществления воспитательного процесса в вузе. Успех воспитания в нужном направлении, выработке необходимых ценностных ориентиров, или, напротив – «отсев» случайных в медицине людей напрямую зависит от успешного применения междисциплинарного комплексного подхода.

Значение биохимии в комплексном подходе определяется её интегрирующим характером, взаимосвязью с физиологией, экологией, органической, аналитической химией, физической химией и другими учебными дисциплинами. Роль и место биохимических

знаний в решении глобальных проблем цивилизации определяются предметом изучения биохимии, которым являются состав, строение, свойства биоорганических соединений и химические процессы, протекающие в организме. Но изучение обменных процессов в организме человека не может быть рассмотрено в отрыве от миграции химических элементов и энергии в окружающем мире. Поэтому ценностной установкой современного естественнонаучного образования должен стать биофилософский подход, который концентрирует в себе жизненную потребность сохранения человеческого рода, ответственность за свои действия и поступки. [3]

Биофилософский подход к преподаванию биохимии выражается не только в изменении содержания учебной дисциплины, но и приводит к изменению форм и методов преподавания, позволяющих активизировать учебный процесс.

В высшей школе предполагаются различные пути активизации учебной деятельности студентов. Наиболее эффективным является применение интерактивных форм обучения, позволяющих студентам уже в учебных аудиториях приобретать профессиональные навыки, благодаря которым формируются профессионально важные качества, так как предполагают вовлечение в решение проблем, максимально приближенных к будущей деятельности и жизни. При этом очень важно, чтобы оценивались не только проявленные знания и умения, но и творческая самостоятельность, профессионально-этический аспект, являющийся частью профессиональной компетентности медиков, способствующей формированию естественнонаучного мировоззрения, а также с учетом глобальных проблем современности.

В преподавании биохимии освещение любой темы курса должно, помимо химической составляющей, содержать социальные стороны существования человека, его образ жизни, культуру, отношение к своему здоровью и природе в целом. В связи с этим при изучении каждой темы курса должны присутствовать знания, выявляющие аспекты биофилософского подхода из исторического и экологического блоков.

Одной из ведущих форм обучения в вузе является семинар. Самыми продуктивными являются активные формы проведения семинара: диспуты, дискуссии, «круглые столы», ролевые игры, «пресс-конференции» и т. п. Каждая из этих форм оригинальна, имеет специфические функции, свою методику подготовки, организации и проведения.

Такие формы проведения занятий способствуют воспитанию высоконравственных черт характера, мотивации, активизации, формированию оценочных суждений и утверждению мировоззренческих позиций, социальной, коммуникативной, информацион-

ной компетентностей участников образовательного процесса, а также формированию отрицательного отношения к вредным привычкам, пониманию и осознанию их влияния на здоровье человека, на будущее человечества, на осознание жизни как высшей ценности в рамках концепции биофилософского подхода. Активные формы организации учебных семинаров способствуют целостному восприятию материала, осознанию практического значения знаний по дисциплине в жизнедеятельности человека, формированию оценочных суждений и утверждению мировоззренческих позиций.

*Список используемой литературы:*

1. Тюкавкина Н.А., Бауков Ю.И. Биоорганическая химия: учебник для вузов. М., 2005, С. 7;
2. Курдуманова О.И. Формирование системы биохимических знаний будущих учителей в свете концепции устойчивого развития цивилизации. Омск, 2007, С. 289;
3. Курдуманова О.И., Терлеева И.Б. Методика преподавания биохимии в вузе в контексте концепции устойчивого развития цивилизации: монография. Омск, 2005, С. 16.

## **От биофилософии к биоэтике: жизнь в интерпретации Ф. Ницше**

**Аверкина Е.И.**

Для современной медицины быть гуманитарной медициной – значит быть медициной Человека, понимаемого в единстве его неповторимых био-, психо-, социо-, духовных качеств. Для осмысления и претворения в жизнь данного феномена необходимы трансдисциплинарные усилия. С одной стороны, в более приземленном смысле, за человеческую сторону биомедицины отвечает существующая биоэтика – мультидисциплинарное знание и практика разрешения конфликтов в области взаимоотношений на уровне врач-пациент, исследователь-испытуемый и других. За философские, онто-гносеологические основания – может быть ответственной современная биофилософия – образование достаточно широкое, включающее в себя целый спектр интерпретаций живого<sup>1</sup>. Считается, что биофилософия вырастает из западноевропейской философии жизни конца XIX-начала XX в. Именно она радикально поставила задачу целостного понимания жизни. Некоторые аспекты этого понимания, предложенные философами, в частности, Фридрихом Ницше, повлияли и влияют на становление феномена гуманитарной медицины.

Философия жизни появилась во время бурного расцвета естествознания, особенно биологии. Естественнаучный подход осмысления жизни импонирует Ницше, особенно в первый период его творчества. Ницше не чужд медико-физиологическому истолкованию жизни, для ее описания им широко используются понятия болезнь-здоровье, вред-польза, упадок-подъем, слабость-сила, вялость-бодрость. Однако Ницше, несмотря на близость к своим популярным в то время современникам (Е. Дюринг, Г. Спенсер), далек от физиологического редуционизма. В механическом языке естествознания утрачена способность видеть целостные объекты жизни. Односторонне естественнонаучный, узко-позитивный, а, следовательно, частичный смысл, вкладываемый в понятие жизни – объяснение жизни в терминах химии и физики – не устраивала философа. В спенсеровском определении жизни как «все более целесообразном внутреннем

---

<sup>1</sup> Такер Ю. Биофилософия для XXI века. Логос. № 4 (55). 2006. СС.80-95.  
256

приспособлением к внешним условиям», Ницше видит, что «тем самым упускается из виду преимущество, присущее спонтанным, наступательным, переступательным, наново толкующим и созидательным силам, следствием которых и оказывается «приспособление...».<sup>1</sup> Ницше говорил о жизни как живой витальной *целостности*. В его философии «жизнь» преобразуется во всеохватывающее понятие.

Еще более радикальной по отношению к естественнонаучному толкованию выглядит позиция Ницше в том случае, когда он начинает говорить о человеческой жизни. Человек в целом оказывается в центре его внимания. Ницше возвращает человеку в его жизненном бытии его телесность. Тело для него не просто к «анатомическое тело», предмет рассмотрения биологических наук, а опять же выражение жизненного импульса, жизненной энергии – воли к мощи. Биологическая энергия тела дает человеку силу жить, активизирует разум, обостряет чувства и эмоции. Для Ницше тело выступает посредником между биологическими, психофизиологическими и культурно-историческими процессами, отношениями, событиями<sup>2</sup>. Тело есть единство биологического «Я», под которым понимается инстинктивно-эмоциональные особенности индивида и субъективности человека, основой человеческой индивидуальности. Соединяя в теле объективное и субъективное, Ницше избегает декартовского дуализма тела и души. Современная философия, прошедшая опыт феноменологии, герменевтики, когнитивной психологии, подтверждает важность витально-телесного в человеке: «Первостепенное для человека значение имеет модус опыта бытия телом, из которого получает жизнь субъективность человеческой личности»<sup>3</sup>.

Антиобъектное понимание тела предопределяет антинатуралистическую трактовку человека. Да, для Ницше человек есть высшая ступень пирамиды, в основании которой – жизнь. Человек – дитя огромной Вселенной, его тело и «его мышление должно приноравливаться к ритмике и динамике никогда не покоящейся жизни».<sup>4</sup> Однако призывая вернуться к жизненности к природности в понимании человека Ницше, не исключает индивидуального культурно-исторического его толкования, содействуя

---

<sup>1</sup> Ницше Ф. Сумерки идолов или как философствуют молотом. Соч. в 2-х тт. М., т. 2, с. 458.

<sup>2</sup> Подорога В.А. Мир без сознания (Проблема телесности в философии Ф.Ницше) // Проблема сознания в современной западной философии: Критика некоторых концепций. М., 1989, с. 15-32.

<sup>3</sup> Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. На пути к либеральной евгенике? / Пер с нем. М.Л. Хорькова. М., 2002, с. 63.

<sup>4</sup> Риккерт Г. Философия жизни. Изложение и критика модных течений философии нашего времени». СПб., 1922, с. 21.

тем самым расширению горизонтов философско-антропологической мысли. Чувственная и телесная тематика, введенная Ницше в философию в противовес классической традиции понимания человека, будет развита В. Дильтеем и Э. Гуссерлем (жизненный мир). Критикуя мир, сложившийся в результате деятельности традиционной науки и философии Нового времени как объектный, Э. Гуссерль отмечал, что мир, который нас окружает – это не только вещи природы, сколько вещи, прошедшие сквозь горнило человеческой деятельности. Они всегда несут в себе «смысл», «значение», то есть особую «духовность», которую они приобрели в ходе социально-исторического развития»<sup>1</sup>, мир нельзя рассматривать как объект, а тем более человеческое тело.

В чем же преодолевается объектность в понимании человека у Ницше? Холистическое жизнепонимание Ницше предполагает целостность жизни как единство потока и духа. Жизненная энергия в человеке превращается в вид творческой энергии. Человек понимается здесь уже не столько биологически, а скорее творчески. Воля к мощи принимает вид воли к самореализации, воли к творческому самовыражению, воли к преодолению стереотипов и стадности. Ницше не оставляет без внимания субъективизм и конструктивизм бытия человека. Споря с классической философской традицией, которая абстрагировала объект от субъекта, Ницше утверждает, что в мире, где правят силы, – взаимоотношения между объектами, – нельзя полностью абстрагироваться от субъекта. В «Воле к власти» вводится понятие «*субъектной перспективы*». По Ницше, интерпретация человеком мира в виде «бытийной субъектности» существенна для бытия. Подвергая критике взгляды современных ему физиков, Ницше утверждал, что они «кое-что в своей системе опустили: именно необходимый перспективизм, с помощью которого всякий центр силы – не только человек – конструирует из себя весь остальной мир, т.е. меряет своей силой, осязает, формирует... Они позабыли включить в истинное бытие эту полагающую перспективы силу, или, говоря школьным языком: бытие в качестве субъекта».<sup>2</sup> Можно увидеть в этом предвосхищение идеи наличия субъектных онтологий в бытии человека, фундирующих многообразие его человеческого существования (В.И. Моисеев).

Весь пафос философии жизни состоял в том, чтобы вернуть человеку себя как живое существо. Но проблема состояла в том,

---

<sup>1</sup> Мотрошилова Н.В. «Мир» как проблема поздней феноменологии Эдмунда Гуссерля // Историко-философский ежегодник, 2007, М., Наука, 2008, с. 228-249.

<sup>2</sup> Ницше Ф. Воля к власти: опыт переоценки всех ценностей. М., 1994, Фр. 636, с. 298.  
258

чтобы не биологизировать человека, не скатиться к естественнорациональному его пониманию. Применительно к человеку воля власти как утверждение себя в бытии предполагает постоянную самореализацию человека как «сверхприродного» существа. Для философа важно аксиологическое измерение бытия человека. Динамика, становление как изначальные характеристики воли к мощи превращаются применительно к человеческому становлению в творческое самопреодоление и самопревышение. Термин «самопревышение» появляется в работе «По ту сторону добра и зла» и означающее присущее человеку, свойство расти духовно, преодолевая костность своей души и окружающей среды, традиции происхождения. «Самопреодоление» имманентно жизни как становлению. Как понимать самопреодоление? Возможное прочтение – следует опираться на природу! Но более вероятно другое толкование: самопреодоление представляет собой изживание человеком своего животного начала и развитие начала духовного, творческого (К. Ясперс, В. Кауфман, Ж. Делез). Человек все время должен творить человеческие отношения с самим собой. Интенции ницшеанского понимания человека, таким образом, состоят как бы из противоположных векторов, направлений: с одной стороны – Ницше не устает повторять, что человек природное живое существо и его органическое бытие есть специализация воли к мощи. С другой стороны, он подчеркивает отличность жизни человека от всего живого, способность этой жизни к постоянному духовный росту и развитию. Эту «неуспокоенность», творчество Ницше, может быть, превыше всего ценил в человеке. Первая тенденция в понимании человека характерна для первого и второго этапов творчества Ницше, в последний период на первый план выступает проблема переоценки ценностей и, соответственно, возможности для человека самосовершенствования как самопреодоления.

Важной в плане понимания человека Ницше является цитата из его раннего произведения «Состязание у Гомера» (1871): «Всякое упоминание человечности [*Humanität*] отсылает нас к чему-то такому, что обособляет человека от природы, выделяет его из нее. В действительности же ни о каком обособлении не может быть и речи: «природное» неразрывно *переплетено* в человеке с тем, что зовется собственно «человеческим». В своих самых возвышенных и благородных способностях человек – это та же природа со всей ее откровенной двойственностью. Все, что есть в ней пугающего, в принятом понимании, бесчеловечного, пожалуй, как раз и представляет собой ту благодатную почву, на

которой только и может произрастать вся человечность его порывов, действий и творений».<sup>1</sup> Но человек не только природа.

У Канта человек познающее и нравственное существо. У Ницше человек – живущее, живое существо. В нем неразрывно слиты объективная и субъективная, объектная и субъектная стороны. Ницше сопрягает здоровье (физиологию, природу) и нравственность (цели, идеалы). Не может быть физиологии отдельно от нравственности. Мораль должна быть жизненной, этика должна быть этикой жизни, биоэтикой. Можно увидеть связь позиции Ницше с воззрениями А. Швейцера. Сам принцип «благоговения перед жизнью», полагающий неразрывную целостность всего живого – покоится на метафизической идее универсальной воли к жизни.<sup>2</sup> И хотя сам Швейцер не во всем согласен с этической концепцией Ницше, он с большой симпатией относится к идее воли к жизни как воле к утверждению жизни вообще и жизни человека, в особенности: «...в глубоком благоговении перед жизнью воля к жизни придает ценность нашему существованию»<sup>3</sup>.

## **Н.К. Михайловский и А.А. Богданов: «теория подражания» в контексте критики натурализма в социологии второй половины XIX – начала XX в.**

**Лямина Т.Е.**

В русской социологии второй половины XIX – начала XX в. происходило освоение выдающихся достижений биологии того времени и анализ их пригодности для решения социальных проблем. Велись споры о специфике социологии как общественной науки, границах применимости естественнонаучных знаний и методов к социальным явлениям. Различные трактовки биологической эволюции, ее движущих сил переосмысливались с целью решения проблем социального развития.

---

<sup>1</sup> Ницше Ф. Состязание у Гомера / Пер. с нем. Мюрберг И.И. // Вопросы философии, № 5, 2009, с. 61-65.

<sup>2</sup> Швейцер А. Благоговение перед жизнью / Пер. с нем. // Сост. И посл. А.А. Гусейнова; Общ. Ред А.А. Гусейнова и М.Г. Селезневна. М., 1992, с. 218-220.

<sup>3</sup> Швейцер А. Культура и этика: <http://www.rodon.org/sha2/kie.htm>.

Н.К. Михайловский известен как создатель «теории подражания», которая, вопреки распространенному мнению, не сводится к анализу механизмов массовых движений. «Теория подражания» занимает центральное место в философско-социологической концепции мыслителя и глубоко связана с его идеями о сущности процессов социальных изменений.

Творчески переосмысливая идеи А. Смита, Г. Спенсера, Т. Карлейля, Г. Тарда, Ч.Ломброзо, Э. Дюркгейма, Н.К. Михайловский создает свое учение о подражании. Ученый выделяет два вида подражания: бессознательное (автоматическое) и сознательное. Бессознательное подражание связано с утратой личного контроля, родственно гипнозу, имеет биологические корни. Сознательное подражание предполагает способность личности открыть в себе мысли и чувства других людей и оценить их со своей точки зрения.

Учение Н.К. Михайловского о разделении труда и формах кооперации раскрывает причины и социальные условия распространения различных видов подражания. Два вида подражания, утверждал социолог, имеют совершенно разный общественный смысл.

Бессознательное подражание – патологическое явление, а сознательное, наоборот, важное условие нормальной общественной жизни. В массовые движения на основе бессознательного подражания вовлекаются дезорганизованные личности, лишенные целостности «практические типы», которых специализированное общество полностью приспособило для своих целей.

Сознательное подражание играет важную роль в структуре «субъективного метода». Формирование высокого общественного идеала, правильное изучение и оценка социальных явлений не возможна без «многостороннего сочувственного опыта» исследователя, помогающего ему выявить потребности, интересы и ценности представителей различных общественных групп.

Способность к сознательному подражанию – один из признаков «идеального типа» личности, определяющего общественного развитие. «Мерило развития человека есть именно эта способность переживать мысль чужую жизнь»<sup>1</sup> – писал Н.К. Михайловский.

Неоламаркистский «закон развития» и теория «борьбы за индивидуальность», выдвинутые социологом, указывают, что в природе активность «неделимого» имеет бессознательный характер, а в обществе она представляет собой сознательный

---

<sup>1</sup> Михайловский Н.К. Преступление и наказание // Полн.собр.соч. СПб., т. 1, 1906, с. 7.

процесс. Общественное развитие – не приспособление к среде, а целенаправленное изменение на основе общественных идеалов.

Как и американский социолог Л. Уорд, идеолог народничества утверждает телеологический характер общественного развития. Роль сознательных процессов совершенствования общества будет возрастать по мере развития науки, познания законов природы, увеличения социальной солидарности.

А.А. Богданов в 90-х годах XIX в. вместе со своими друзьями В.А. Базаровым и П.Г. Смидовичем, также профессиональными революционерами, переходит из народнического в марксистский лагерь. В то же время он активно изучает эмпириокритицизм, стремясь соединить его с учением К. Маркса. В книге «Познание с исторической точки зрения» (1901) он уделяет много внимания подражанию как важному фактору развития индивидуального и общественного сознания.

Критически анализируя идеи О. Конта, Э. Маха, Р. Авенариуса, К. Маркса, Г. Тарда, А.А. Богданов в духе дарвинизма и марксизма создает оригинальную концепцию развития индивидуального и общественного сознания как приспособления к материальному производству в контексте развития общества как процесса борьбы за существование и приспособления к природной среде.

Уже в сообществах животных и в самых примитивных человеческих общностях подражание особей друг к другу, их взаимное приспособление играет важную роль в процессе формирования сплоченности общности и, таким образом, усиливает ее возможности в борьбе за существование.

Формы познавательной деятельности и формы общественного сознания – достижение общественной эволюции, результат общественного отбора. Общеизвестность познавательной деятельности – продукт коллективной организации опыта, критерием истинности любой идеи или общественного идеала выступает в конечном счете общественное признание.

Согласно мнению А. А. Богданова, как индивидуальное, так и общественное сознание стремится к целостности. Как индивидуальный человек приводит свое сознание в связную гармоничную систему, так и в общественном сознании наиболее прогрессивной является монистическая тенденция.

Таким образом, в отличие от Н.К. Михайловского, А.А. Богданов не выявляет специфику общества, его отличие от биологических форм жизни. Общественные идеалы оцениваются им с точки зрения их полезности в приспособлении к среде, а не с этической точки зрения. Поразительно, что подобные взгляды высказывает человек глубоко «неприспособленный», профессиональный революционер, который не смог найти свое место ни в дореволюционной, ни в советской России.

# Этики выживания в эпоху антропоцена

*Панов С.В., Ивашкин С.Н.*

В последнее время биоэкологические проблемы вызвали всплеск исследовательского интереса в контексте того, что концепция устойчивого развития как экоравновесного удовлетворения современным человеком своих базовых потребностей обнажила свои кризисные аспекты. Справедливо сомневаясь в основаниях классической экологии и философии природы, Брюно Латур<sup>1</sup> отвергает концепт природы, вводя понятие природа/культура (Nature/Culture). С одной стороны, Латур предлагает рассматривать взаимовлияние природы и человека в более сложной и глубокой системной перспективе на основе соединения «технэ» и «фюсис», с другой стороны, само некритичное соединение этих, как предполагалось, противопоставленных явлений, наоборот, закрывает любую возможность внятного, предметного анализа глобальных экологических проблем. Вооружившись компромиссными аргументами против климато-скептиков, против чистого негационизма, видящего в человеческом техногенном вмешательстве в природу непоправимое зло с драматическими последствиями для потомства, Латур проповедует этику умеренного экотехнологизма.

Однако, остается неясным, как выдающийся французский социолог, антрополог и философ науки хочет «спасти китов, леса, айсберги и Венецию», только опираясь на так называемую «гипотезу Геи», т.е. планеты как живой экосистемы. Что дает для этического самоопределения и позитивной программы экологического действия простое осознание того факта, что кислород земной атмосферы является продуктам фотосинтеза растений или того, что микроорганизмы проникают в почву до 4 км. глубины? Может показаться, что для Латура насыщенная микрожизнью неживая природа может сама по себе магически покрыть собственными регулятивными механизмами все издержки антропоцена, т.е. вредоносные эффекты воздействия человека на окружающую среду. Однако Латур отмежевывается от такого естественного оптимизма Лавлока, напоминая, что Гея - довольно жестокая богиня в древнегреческой мифологии, она порождает Кроноса, циклопов и титанов, поддерживает Кроноса в борьбе против собственного отца Урана, а затем Зевса – против

---

<sup>1</sup> Latour Bruno, Lacroix Alexandre. Les pieds sur terre // Philosophie Magazine, N 94, novembre 2015, p. 62-67.

Кроноса. Т.е. несмотря на все мифическое равнодушие Геи, можно заключить, что для Латура в природе заложен механизм эволюции и развития с участием человеческого интеллекта. Так, в наступившем антропоцене человек непосредственно влияет на состав почвенных и геологических отложений.

Можно сказать, концепт природа/культура Латура согласуется с известной идеей Деррида, с идеей антропо-технологической протезы, которая чужда природе, но призвана всегда поддерживать баланс жизни. Можно назвать эту позицию умеренной технологической этикой выживания, следуя которой мы способны контролировать собственное влияние на природу даже в сфере генной инженерии. Однако остается неясной позитивная программа умеренного техноэкологизма, построенного на упразднении оппозиции природа/культура и избегании крайностей как геоинженерии, так и негационизма. Одной из существенных черт этики техноэкологизма Латура является политическая составляющая, которая заключается в создании «Парламента вещей» («Parlement des choses»), т.е. в замене Сената как органа представительской демократии представительством экотерриторий — лесов, водных ресурсов, прибрежных зон. В ситуации углубляющегося экологического кризиса, неизменного спутника неолиберальной глобализации, советы экспертов с представительскими полномочиями кажутся Латуре действенным механизмом защиты природного равновесия. Латур находит типологическое сходство нашей современности с западной культурой XVI в., когда наука еще не имела такого экспертного авторитета, а религия не была непогрешимым арбитром истины. В такой светской свободе Латур видит залог создания новых экотехнологий, которые были бы способны гармонизировать отношения человека с миром.

Общий пафос техноэкологической этики Латура, как представляется, разделяет видный индийско-американский социолог Арджун Аппадурай<sup>1</sup>, который вслед этическому учению Махатмы Ганди и Бхагават-гите утверждает необходимость для современного человека в его отношениях самому себе, другим и миру принципа ненасилия и недействия, который дается только ценой жестокой борьбы с самим собой. Этот принцип военной аристократии, который являлся условием ее выживания в кризисные периоды, представляется ученому актуальным моральным требованием. Однако не совсем ясно в рассуждениях социолога, как формы самообладания человеческой воли могут реально принести решения проблем человеческого здоровья и обитания в среде. В оригинальном анализе финансовых рынков Аппадурай

---

<sup>1</sup> Appadurai Arjun, Lacroix Alexandre. «Il y a fantôme dans la machine «capitalisme»» // Philosophie Magazine, N 94, novembre 2015, p. 70-75.

противопоставляет этику ненасилия как протестантской этике капитализма, как его видел Макс Вебер, согласно которому профессиональный успех и богатство являются условием получения благодати, так и логике современных финансовых пирамид, которые основываются на «метафизическом» превращении неопределенностей в риски, в расчет вероятностей.

Справедливо усматривая магическую основу в своеобразном обожествлении факторов финансового рынка, Аппадурай не видит в нем следствие слепого консенсуса как прагматического условия современного существования человека. Именно этот слепой консенсус, как видится, был в основе Вестфальского мира (1648), который утвердил концепцию государств-наций как юридических суверенитетов и, по мнению ученого, обусловил отношение к социально-культурным меньшинствам как угрозе национальному единству и вообще современную либеральную политику исключения меньшинств из социально-политического бытия.

В анализе Мишеля Ельчанинофф<sup>1</sup> выявлены основные течения в современной биоэкологической этике. Это – неозпикуреизм Мишеля Онфрэ, проповедующего возврат к подлинному языческому опыту почитания естественных стихий и связанных с ними человеческих удовольствий. Второе течение – католическое возрождение, возглавленное папой Франсиском I, согласно которому Библия призывает нас «взращивать и сохранять мировой сад», данный человеку, воздерживаться от постоянных вмешательств в геозкосистемы. Следующей версией этики выживания является альтерглобалистская позиция Наоми Клейн, которая призывает видеть в Земле и ее обитателях не неисчерпаемые ресурсы для удовлетворения все возрастающих потребностей, а комплекс сложных невосполняемых экосистем, имеющих право на охрану и воспроизводство. Наивной геоинженерии, предполагающей прямое вторжение человека в природные процессы, чтобы компенсировать уже существующее разрушительные тенденции, как, например, приостановить глобальное потепление с помощью выбросов сульфатов в атмосферу, противостоит умеренный техноэкологизм, который вслед за принципом Ж.-Ж. Руссо извлекать лекарство из самого ущерба равноценен программе сбалансированного влияния на природу, превращая ее во все более обитаемую среду. И в этом смысле проект умеренного преобразования природы человеческим разумом все еще обладает для западной мысли приоритетом, даже учитывая все катастрофические последствия техногенной цивилизации.

---

<sup>1</sup> *Eltchaninoff Michel. La nature a-t-elle toujours raison? // Philosophie Magazine, N 94, novembre 2015, p. 44-45.*

# **Философское биоэтическое мировоззрение: от антропоцентризма к биоцентризму**

**Шадрина Е.Н.**

Философское понятие «мировоззрение» подразумевает определенное представление человека об окружающем мире и своем месте в нем, определенное отношение человека к окружающему миру и, что не маловажно, степень нравственности такого отношения. Эволюционируя, мировоззрение обретало различные формы на разных исторических этапах. Соответствующие изменения определяли и основные направления развития нравственности.

Американский философ Джон Р. Мейер в своей работе «Биоэтика и образование» приводит довольно любопытную схему типов мировоззрения<sup>1</sup>. Основанием для ее разработки стало как раз понимание идеи нравственного долга человека.

Эгоцентризм – мировоззрение человека, интересующегося только собой. Социоцентризм – позиция человека, признающего свой нравственный долг перед всеми членами группы, к которой он принадлежит. Антропоцентризм – признание нравственных обязанностей только перед людьми, так как человек – это высшее существо на Земле; весь мир существует только для человека; отношения могут быть нравственными только между людьми. Патоцентризм – мировоззрение, признающее необходимость защиты и моральной ответственности за все разумные существа на Земле. Биоцентризм – особое отношение к жизни, когда человек признает свой нравственный долг перед всеми живыми организмами, включая низшие формы животных и растения. В центре внимания такой нравственной позиции находится «биос» – совокупность всего живого на Земле.

Итак, особое отношение к себе, человеку, или особое отношение к жизни в целом, включая, конечно, самого человека, пронизывает становление мировоззрения. А антропоцентризм и (или) биоцентризм обозначают себя как два ведущих вектора этого становления.

Даже небольшой экскурс в историю философской и этической мысли позволяет сделать, как минимум, пару любопытных выводов в отношении мировоззренческой культуры прошлого, способствующих лучшему, возможно, пониманию современной

---

<sup>1</sup> См.: Мейер Дж.Р. Биоэтика и образование. Сидней, Гамбург, 1990.  
266

мировоззренческой культуры, биоэтики, претендующей в настоящем (в своей широкой философской форме) на статус нового универсального мировоззрения. Во-первых, в утверждении и историческом превалировании космоцентрических, биоцентрических, антропоцентрических смыслов наблюдается заметная цикличность. Другой очевидной тенденцией в развитии мировоззрения становится движение от космоцентризма древних (через антропоцентризм новоевропейской культуры) к биоцентризму – фундаменту биоэтики.

Одним из наиболее значительных, с точки зрения развития биоэтических взглядов, является феномен Будды. Буддийская философия складывалась на принципах нестяжательства, воздержания, душевного мира и спокойствия, любви к людям и ко всему живому. Именно особое отношение к другим живым существам (помимо человека), занимавшее центральное место в этом философско-нравственном учении, позволило сформировать важнейший этический принцип – непричинение зла живому (ахимса). Многие значимые философские идеи биоэтики могут рассматриваться как те или иные формы осмысления ахимсы.

Античную философскую культуру традиционно (и не без основания) принято связывать с утверждением классического антропоцентристского взгляда на мир. Выдающиеся греческие мудрецы Сократ, Платон, Аристотель внесли огромный вклад в исследование природы человеческого, а, попутно, в оформление особой гуманистической ценности, где исключительность человека сопрягалась с его духовностью и рациональностью. Зачастую такие ценностные системы не оставляли места «иному живому». Аристотель, например, поставил человека на вершину естественной иерархии, обосновывая его приоритетное право его разумностью.

Однако, среди мудрецов Древней Эллады можно встретить и тех, чье мировоззрение, чья философия вполне могут быть охарактеризованы как биоцентричные, биоэтические по сути. В частности, великий гуманист древности, математик Пифагор построил свою этику на известной заповеди «не убивать и не вредить невинным животным». По словам современников, он покупал на рынке живых рыб и птиц и отпускал их на волю. Мыслитель рассматривал доброе отношение к животным как основу нравственного поведения человека. Позиция по отношению к миру, занимаемая, судя по всему, Пифагором, и основывающаяся, в том числе, на анимистических идеях (вера в одушевленность всей природы), позволила философу существенно расширить границы нравственно измеряемого мира.

Этическая мысль в эпоху Средневековья развивалась, конечно, под значительным давлением со стороны богословских

учений, однако, также не может быть однозначно оценена в контексте «противостояния» антропоцентризма и биоцентризма. Так, например, значительную поддержку учение антропоцентризма получило в лице известного религиозного философа XIII века Фомы Аквинского. В своем труде «Сумма теологии» Фома Аквинский утверждает, что растения и животные существуют не ради самих себя, а ради человека; бессловесные животные и растения лишены разума и, поэтому, естественно, что они используются человеком для его пользы. Более того, нет, по мнению Аквинского, существенных возражений (опять же в силу приоритетного права разумного человека) и против убийства животных. В то же время известны этические взгляды другого прославленного религиозного мыслителя Франциска Ассизского (XIII в.). Его философскую позицию характеризует любовь ко всему живому, к природе в целом, чувство единства со всем живым на земле, стремление к добру и миру среди всего сущего.

Трудно оценивать, как биоэтическое, мировоззрение выдающегося представителя своей эпохи, Рене Декарта. Мыслитель известен, в том числе, своим философским обоснованием антропоцентризма. Последовательный механицист и рационалист, Декарт распространял механистические принципы на отношение к живой природе. Но, самого человека, в силу его «видовой» особенности, его способности к мышлению, Декарт счел необходимым и возможным выделить из мира природы, возвести на вершину естественной иерархии. Таким образом, знаменитое «мысля, следовательно, существую» становится для философа убедительным обоснованием антропоцентризма.

Со способностью человека к мышлению связал свою фундаментальную теорию нравственности и великий Иммануил Кант. Следствием абсолютизации ценности человеческого явилось, однако, существенное сужение нравственного поля. Известно, что в своих лекциях по этике Кант часто повторял, что нравственная цель это только человек, и только на него распространяется нравственный долг.

Эпоха Просвещения, богатая в целом на открытия в сфере нравственности, демонстрирует не только антропоцентрический вектор в развитии морали, но и все более отчетливо обозначающие себя альтернативные этические смыслы. Целая плеяда выдающихся просветителей своего времени проникается идеями биоцентризма.

Французский мыслитель Вольтер был известен в свое время также последовательной критикой декартовского механицизма, «недопустимым упрощением» (в чисто механицистском духе) природы, сущности, потребностей животного мира. Жан Жак Руссо, признавая животных чувствующими существами, как раз с

чувствами (не столько с разумом) связывал их равное с человеком право на нравственное отношение. Английский теолог Хэмфри Приматт в своих богословских трудах повторял, что Бог потребует с человека отчета за то, как тот обращался с существами, о которых Бог поручил ему заботиться. Приоритетное право человека по отношению к животному не может и не должно, по мнению мыслителя, основываться на интеллектуальном превосходстве. Философ-моралист Иеремия Бентам подхватил и развил биоэтические взгляды Приматта. Он, по сути, заложил принципы современного движения за права животных: признание того, что животные способны страдать и что они имеют право на защиту и со стороны закона, и с точки зрения морали. Иеремия Бентам говорил о необходимости законов, защищающих животных от уничтожения и жестокости, возражал против охоты и травли. Философ известен как основоположник нравственного утилитаризма, суть которого составляет необходимость оценки всех действий с точки зрения их последствий. Правильным может считаться такое действие, при котором сумма полезных эффектов будет перевешивать плохое.

В XX столетии развитие биоэтической мысли выходит на новый уровень, когда этика отношения к живому, сформулированная в виде философской концепции Универсальной этики, становится частью и (хочется в это верить) основой современного мировоззрения.

Выдающийся мыслитель XX века, врач и гуманист Альберт Швейцер создает этико-философскую систему, где обосновывает необходимость этического отношения к животным как долг человека перед окружающим миром.<sup>1</sup> Если перефразировать Швейцера, в основу новой (или возрожденной) формы осуществления морали должно быть положено не отношение человека к человеку, а отношение человека ко всему, что его окружает. Именно возрожденную форму осуществления нравственности здесь хочется подчеркнуть. Сам Альберт Швейцер неоднократно отмечал, что Универсальная этика имеет древние корни. В частности, и индийская, и китайская философии на заре своего существования рассматривали этику как учение о доброжелательном отношении ко всем существам.

Важнейший постулат классической этики, сформулированный Иммануилом Кантом в виде категорического императива, включает указание на человека как цель. Такой подход позволил немецкому мыслителю обосновать идею абсолютной ценности человеческого существа и выстроить надежный базис морали. Альберт Швейцер, представитель нового поколения моралистов и

---

<sup>1</sup> См., например: *Швейцер А.* Благоговение перед жизнью. М., 1992.

гуманистов, делает следующий логический шаг, следуя по пути, проложенному великим Кантом. В сферу морального Швейцер включает все живые существа. Таким образом, «кантовской целью» в Универсальной этике становится весь биос.

Основу Универсальной этики Альберта Швейцера составили две значимые философские идеи. Одну из этих идей немецкий гуманист подает как благоговение перед жизнью, что предполагает осмысление любой формы биоса (не только человека) в качестве уникальной, абсолютной ценности. Другая идея состоит в признании внутреннего единства человека и иных форм живого, подразумевает ответственность человека за сохранение окружающего мира.

Этика Швейцера последовательно биоцентрична, поскольку жизнь в ней признается высшей, самодостаточной ценностью. Этика Швейцера не стремится стать оторванной от реальности догмой. В ней не обнаружить абсолютного запрета на уничтожение жизни, но только призыв к ответственности и осторожности по отношению к любым действиям с жизнью. Основные смыслы Универсальной этики легко угадываются в классическом определении биоэтики, данном автором термина, американским врачом Ван Ренсселером Поттером.<sup>1</sup> По словам последнего, биоэтику следует понимать как «новое этическое учение, объединяющее смирение, ответственность и компетентность», фактически, новое мировоззрение, которое «объединяет все культуры и расширяет значение слова «гуманность».

Биоэтика, как новая форма этики, заявляет о себе во 2-й половине XX века, однако выступает, по сути, отражением более древних и глубоких этических смыслов. Посредством осмысления непрерывно ведущегося в истории этического поиска биоэтика стремится выработать некую адекватную универсальную форму морали, в которой существенное расширение нравственного измерения мира не означало бы с необходимостью умаление человеческой ценности. Такой видится актуальнейшая задача биоэтики.

---

<sup>1</sup> См.: *Поттер В.Р.* Биоэтика. Мост в будущее. Киев. 2002.  
270

**СОВЕТСКИЕ КУЛЬТУРНО СПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ:  
СЛУЧАЙ ВСД**

*Беляева А.М.*

Медицинские антропологи давно заметили, что существуют болезни и синдромы, известные только в одном обществе или внутри одного культурного ареала. Такие болезни получили название культурно обусловленных синдромов (*culture specific*), и довольно активно описываются и изучаются антропологами. Исследования российских культурно обусловленных синдромов сконцентрированы в основном на этнографических описаниях «народных» локальных болезней (икота, стрях и т.д.), упуская из поля зрения еще одну большую область. Я имею в виду культурно-специфические синдромы, порожденные советской медициной. Советская медицина была оторвана от западной биомедицинской традиции, и развивалась в обществе, устроенном принципиально отлично от западных стран, что способствовало возникновению оригинальных диагнозов и болезней. В результате, в советской медицине можно встретить такие болезни, которых больше нигде не существуют. Причем в отличие от упомянутых выше «народных» болезней, «советские» болезни принадлежат к биомедицине и встроены в систему здравоохранения и науку: им посвящены научные исследования, их изучают в медицинских институтах, их наличие или отсутствие удостоверяется врачами, и они же назначают лечение.

Одним из самых известных примеров болезни, существующей исключительно внутри советской и постсоветской медицины, является вегетососудистая дистония (ВСД). Я реконструирую и анализирую, как формировалось представление об этой болезни и как на ее появление повлияла Великая Отечественная война.

История ВСД в российской, еще дореволюционной, медицине началась как история неврастения. При сравнении симптомов неврастения в дореволюционной медицине и ВСД в советской и постсоветской медицине можно заметить абсолютное сходство. История неврастения в России проходит несколько этапов. Если до революции в представлении большинства врачей неврастения была во многом результатом беспросветной и тяжелой социально-политической обстановки, которая буквально вызывала болезнь, то после революции такое понимание причин должно было измениться чисто по политическим причинам. Если с

тяжелой обстановкой покончено, то и причины неврастении должны быть переформулированы. Это происходит благодаря теории неврозов Павлова, который в послереволюционный период изменяет причину возникновения неврастении, которая теперь связывается с сильным или хроническим перенапряжением нервных процессов, с физическим истощением и переутомлением. Вместе с этим изменяется и понимание самой природы болезни, которая полностью переходит из психосоматической реакции на уровень тела. Павлов, основываясь на экспериментах с собаками, определил неврозы и неврастению как «хронические (продолжающиеся недели, месяцы и даже годы) отклонения высшей нервной деятельности от нормы»<sup>1</sup>. Неврозы – что у собак, что у человека – это нарушения высшей нервной деятельности, а именно – перенапряжение процессов возбуждения или торможения. Такое определение неврозов, как мне представляется, было одной из самых важных идей Павлова, которая повлияла на весь ход развития советской медицины и психологии.

Описывая причины, вызывающие неврастению, Павлов останавливается на двух: во-первых, это перенапряжение, переутомление высшей нервной деятельности, а во-вторых, это изначальная предрасположенность некоторых типов нервной системы к неврастенической реакции на внешние события.

Следующий этап, во время которого из неврастении, уже «соматизированной» Павловым, формируется ВСД – это Великая Отечественная война. Во время войны и вскоре после происходят два важных события, приведшие к появлению ВСД как самостоятельной болезни. Неврастения здесь соединяется с психической травмой (или травматическим военным неврозом) и поглощается гипертонической болезнью, становясь заболеванием, ассоциированным с сердечно-сосудистой системой. Связь неврастении и гипертонической болезни формулирует Г.Ф. Ланг в своей влиятельной книге «Гипертоническая болезнь», изданной вскоре после войны в 1949 году.

Во время войны советские врачи зафиксировали рост числа пациентов с повышенным артериальным давлением, но без каких-то органических патологий. Многие терапевты, а также некоторые невропатологи и психиатры замечали, что у солдат и офицеров в военное время вместе с гипертонией часто развиваются «симптомы, свидетельствующие о функциональных расстройствах нервной системы»<sup>2</sup>. Этот комплекс симптомов

---

<sup>1</sup> Павлов И.П. Рефлекс свободы. М., 2014, с. 181.

<sup>2</sup> Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Т. 26. Терапия. М., 1949, с. 274.

описывался врачами довольно часто, хотя интерпретировался по-разному. Часть авторов называет его церебрастеническим (встречается у 35,4% всех больных гипертонией). Основными симптомами были головные боли, головокружения и дурнота, подавленное настроение, быстрая истощаемость и утомляемость, потеря работоспособности, бессонница, сердцебиения и т.д.<sup>1</sup>. Эти симптомы иногда быстро уходили при снижении давления, иногда наоборот оставались еще в течение очень долгого времени после этого, что в принципе свидетельствует об отсутствии их четкой связи с гипертонической болезнью. Также упоминается и то, что при гипертонии в военное время примерно в половине случаев (46.7%) встречаются «своеобразные изменения характера»: мнительность, тревога, раздражительность, вспыльчивость, неустойчивость настроения<sup>2</sup>. По свидетельствам врачей, работавших в войну, к гипертонической болезни довольно часто присоединялись и психологические, и вегетативные симптомы. Описания этих симптомов очень похожи на то, что раньше интерпретировалось как неврастения.

Связь между гипертонической болезнью и неврастеническими симптомами формулирует Ланг. Он говорит о «вегетативном неврозе» или «вегетативной дистонии»<sup>3</sup>, которые обычно считают проявлением неврастении, но с точки зрения Ланга, они представляют собой начальную форму гипертонической болезни, являются ее ранними проявлениями<sup>4</sup>. Можно заметить, что именно у Ланга появляется и само название – «вегетативная дистония», очень близкое к тому, которое будет практически повсеместно использоваться чуть позже.

Далее Ланг устанавливает физиологическую связь между вегетативными и психологическими симптомами и гипертонической болезнью. И гипертония, и вегетативная дистония связаны общими причинами и механизмом возникновения: и то и другое есть следствие нарушений в центральной нервной системе, а точнее в коре головного мозга и в гипоталамической области<sup>5</sup>. Он описывает два основных фактора, которые приводят к этим нарушениям в ЦНС и соответственно являются причинами гипертонической болезни<sup>6</sup>. К ним относится, во-первых, нервное перенапряжение в результате длительных отрицательных эмоций, психическая травматизация. Второй фактор – это конституциональные особенности сферы высшей нервной деятельности. Можно

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Там же, с. 276.

<sup>3</sup> Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. М., 1949, с. 163-164.

<sup>4</sup> Там же, с. 165.

<sup>5</sup> Там же, с. 166.

<sup>6</sup> Там же, с. 301.

заметить, что оба этих фактора практически дословно повторяют два фактора, ведущих к неврастении, которые выделил Павлов. В итоге, то, что было у Павлова и до него неврастением, у Ланга становится начальной стадией гипертонической болезни.

Одновременно, в гипертоническую болезнь включаются и военные или травматические неврозы, сопровождавшиеся повышенным артериальным давлением, что совсем не редкость. Часть травматических неврозов квалифицируется во время войны как гипертония, т.к. именно повышение давления рассматривалось врачами как основной симптом, а все то, что ему сопутствовало было отнесено к гипертонической болезни. Из-за того, что симптомы травматических неврозов интерпретировались как гипертония (или последствия травмы головы), то получилось, что статистически солдаты и офицеры в советской армии такими неврозами практически не страдали. Т.о., кардиологическая, в частности, трактовка симптомов позволила сделать идеологический вывод о превосходстве советской армии.

В результате, неврастения, соединившись с травматическим неврозом, во время войны становится начальной стадией гипертонической болезни или ВСД. С моей точки зрения, ВСД (и в некоторых случаях гипертоническая болезнь) конструируется тут как аналогия посттравматического шокового расстройства, которое примерно в это же время формируется в западной медицинской традиции. Однако, существенное различие между двумя этими состояниями в том, что ВСД и гипертония конструируются как соматическое состояние, а ПТШР – как психическое.

## **Клинический антропоцентризм как возможность восстановления сознания у детей после тяжелых травм головного мозга**

***Быкова В.И., Сазонова И.В., Фуфаева Е.В.***

В современной российской науке складывается тенденция отделения клинической, практической работы от философско-психологических парадигм. Попытка привнесения в лечебный процесс тяжелых пациентов философские подходы гуманизма и антропоцентризма часто наталкивается на врачебный материализм и редукционизм субъект-объектного подхода, где пациент

является лишь объектом врачебных манипуляций [1, С. 136]. Эта проблема также относится и к восстановлению сознания у пациентов, перенесших тяжелые повреждения головного мозга. Из-за отсутствия поиска закономерностей функционирования и обобщений знания о сознании сама категория сознания остается закрытой: рассматривается только феномен «нарушенного сознания», при всем разнообразии методов исследования проходят в основном в локусе «частичной» диагностики с учетом анатомических и физиологических условий восстановления.

Для клинической работы с детьми, перенесшими тяжелые травмы головного мозга, авторами представлен метод, совмещающий в себе не только практический опыт, позволяющий отслеживать изменения взаимодействия ребенка с окружающим миром [2, С. 9-31; 3, С. 417-431], но и определять зоны его ближайшего развития [4]. Данный метод позволяет выстраивать цели психологической реабилитации, опираясь на внутреннюю реальность самого ребенка в сниженном сознании.

Клинический антропоцентризм опирается на философскую базу работ З. Фрейда [8], П. Жане [5], К. Юнга [9], и на практические разработки А. Минделла [7] и О. Максаковой [6, С. 57-68].

#### *Библиографический список:*

1. *Братусь Б.С.* Как построить свое "я" // Диалоги о Человеке без начала и конца / Под ред. В. П. Зинченко. М.: Педагогика, 1991. 136 с.
2. *Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В.* Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга // Консультативная психология и психотерапия, 2015, Т. 23, № 3, с. 9-31.
3. *Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В.* Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury // Acta neuropsychological. 2014. Vol. 12, №. 4. P. 417-431
4. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6 т. Т.3. Проблемы развития психики. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
5. *Жане П.* Психологическая эволюция личности. М. Академический проект, 2010. С. 39 – 83
6. *Максакова О.А.* Командная работа как путь к возвращению сознания // Вопросы нейрохирургии. 2014. № 1. С. 57-68
7. *Минделл А.* Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом. М: АСТ и др., 2005. 284 с.
8. *Фрейд З.* «Я» и «Оно». Труды разных лет. В 2 т. Тб. «Мерани», 1991.
9. *Юнг К.Г.* Очерки по психологии бессознательного. М.: Когито#Центр, 2010. 352 с.

# **Антропологические и психопатологические аспекты витальности**

*Воскресенский Б.А., Радионов Д.С.*

Определение понятия «витальность» является одной из проблем антропологии, философии и медицинских наук, в частности психиатрии. Раскрытие этого вопроса позволит понять особенности человеческой сущности как отдельного философского и психиатрического явления, а также определить подходы для психотерапевтической помощи пациентам. Понимая это, первоочерёдным в решении поставленной задачи с позиции медицины является разработка клинического подхода.

В начале теоретических изысканий необходимо определиться с тем, «что есть психиатрия», какие основные проблемы рассматривает эта медицинская дисциплина. Это наука о душевных заболеваниях, о формах нарушения душевных процессов. Необходимо отметить, что очень часто в клинической картине душевных заболеваний могут присутствовать, так называемые, телесные проявления, сенсации и т.д. Они являются вторичными по отношению к психопатологическим процессам. И такой формой телесно-душевных и душевно-телесных взаимоотношений является витальность.

Польский лингвист, ученый Анна Вежбицкая проводила исследовательскую работу по сопоставлению различных языков. Она и её коллеги показали, что существует около 60 универсальных слов, которые объединены в «естественный семантический метаязык». В нём нет такого слова, которое наиболее точно бы отражало сущность витальности. Поэтому «человек» использует «всеобъемлющее» жить, и производные от него: жизнь, жизненный и т.д. Но уместно сказать, что слово смерть также может использоваться в отношении витальности.

Изучение витальности имеет два основных направления: первое – это материалистическое: в соматической медицине; второе – идеалистическое направление, которое, соответственно, главенствует в психиатрии и родственных ей философских науках.

С позиции «сомы» (тела) витальность представляет собой активность физиологических процессов, которые обеспечивают функционирование систем органов и, как следствие, биологическую жизнь человека. Витальность динамична: человек рождается, развивается, существует, как биологический объект, что обеспечивают такие процессы, как дыхание, питание и т.д. Но в последующем она

угасает вплоть до девитализации (смерть). Такую же динамику можно наблюдать и при естественном течении заболеваний.

Подобно телесной можно найти подобную, но нематериальную, в психической сфере. В понимании пациентов жизненный тонус соотносится со знаком аффективности. Его снижение отмечается при депрессивном синдроме. Уменьшается стремление к удовлетворению биологических потребностей. Этот дефицит, приобретая ценностный уровень, преобразуется в ангедонию: пациенты не получают удовольствия от социальных контактов, общения с близкими и т.д. Обратная динамика наблюдается при маниакальном синдроме с развитием ядерного расстройства – алии. Такие изменения Х. Шарфеттер описывал, как маниакальная гипervитализация и депрессивная девитализация, наблюдаемые им при эндогенных расстройствах. Снижение энергетического тонуса (энтропия в понимании физиков, витальность в медицине) прослеживается в динамике эндогенных процессов. Уже в начале заболевания у пациентов «уходит жизненная сила». Течение процесса одна пациентка описывала так: «снижение жизненной активности». В своих работах, посвященных изучению шизофрении, Э. Минковский описывал утрату витального контакта с окружающим, как основное расстройство. Так его пациент описывал своё состояние: «устранил эмоциональность в отношении всей реальности...я существую телесно, но у меня нет никакого внутреннего чувства жизни (*наше*: витальности), я больше ничего не чувствую, утратил контакт с жизнью» Изменение витальности прослеживается при синдроме Котара: «внутри пусто, умираю». Этому предшествовало недифференцированное крайне тягостное ощущение надвигающейся угрозы, локализующееся в области сердца. Особо выраженное изменение витальности определялось при кататоническом ступоре: «умерла телесно». По мнению психиатров И.И. Сергеева, А.Я. Басовой в начале развития бредовой деперсонализации преобладают явления перцепторного уровня: тесно связанные протопатические, недифференцируемые ощущения и эмоции, которые в последующем рефлексированы, приобретая очерченную форму (о подобном высказывался в своих работах Х. Шарфеттер). Такой перцепторный уровень Е.Б. Беззубова описывала, как витальную деперсонализацию.

Таким образом, подводя итог вышесказанному, изменение витальности прослеживаются во многих психопатологических расстройствах, являясь «фундаментом» для них или изменяют/дополняют их. Несмотря на значимость телесной и душевной, необходимо помнить о важной роли духовной (ценностной) витальности для личности пациента, его взглядов на болезнь. Всё это поможет врачу-психиатру и психотерапевту в выборе правильных терапевтических подходов к пациенту.

# Спрос рождает предложение\*

*Меккюсярова И.А.*

В постсоветское время изменение общественно-политической обстановки в стране изменило отношение населения к государственному здравоохранению, которое в 1980-1090-е гг. было основательно подорвано пошатнувшейся экономикой, а также – как и во всем мире – к биомедицине; одновременно появляется интерес к народной (устной) медицине, народному целительству и методам традиционной (письменной) медицины – как российской, так и завозимой из азиатских стран (Китая, Индии, Кореи, Вьетнама и т.д.), возрастает доверие населения к возможностям традиционной медицины.

На современном рынке медицинских услуг процветает этно-медицинский туризм. Так называется направление туризма, целью которого является организация выездного лечения. По различным, в т.ч. социально-экономическим причинам, россияне едут получать медицинские услуги преимущественно в те же страны южной Азии – Монголию, Китай, Корею, Индию.

На сегодняшний день спрос на методы неконвенциональной медицины неуклонно растет, вместе с этим по всей стране появляется все больше специалистов, предоставляющих такие услуги. Эти услуги предоставляются как в виде частной практики, так и в многопрофильных клиниках и медицинских центрах. Население в основном предпочитает центры, чтобы комплексно пролечиться и восстановиться.

В настоящее время в г. Якутске функционируют, кроме приблизительно 10-ти государственных медицинских центров, ещё около 25-ти частных, широко себя рекламирующих, медицинских клиник и центров. Большинство из них позиционируют свои клиники и центры как многофильные. Из них 4 клиники предоставляют услуги по ОМС. Около половины клиник и центров помимо того, что предоставляют собственно медицинские услуги, предлагают методы комплементарной медицины. Предпочтение отдается проверенным веками методам традиционной восточной медицины.

В российских медицинских учреждениях уже в 1970-е гг. были попытки внедрять на практике, например, китайскую акупунктуру, которой обучались советские врачи, посещавшие Китай. В постсоветский период у нас появились уже китайские специалисты, которые пока не имеют права официально работать

---

\* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ(РГНФ) № 17-01-00434-а

самостоятельно в наших медицинских учреждениях. Но в настоящее время работает множество частных клиник, где вместе с отечественными врачами работают такие специалисты. Именно их обычно предпочитают посетители таких центров – как аутентичных знатоков китайской медицины.

Широко использует в своей работе методы традиционной медицины Центр комплементарной медицины и СПА «Канти». В этом центре, наряду с услугами западной медицины, в случае необходимости предлагают воспользоваться традиционной медициной. Здесь работает специалист по китайской медицине с медицинским образованием, полученным в Китае; он приехал по приглашению руководства Центра «Канти». Тибетское направление ведет также специалист с высшим медицинским образованием, имеющий дополнительную квалификацию по традиционной тибетской медицине, периодически повышающий квалификацию по данному направлению.

В Якутске специализируется также на предоставлении услуг традиционной медицины центр тибетской медицины «ЭМЧИ». Данный центр объединил под одной крышей специалистов тибето-монгольской медицины, выпускников буддийских медицинских школ России, Монголии, Индии и Китая. Все специалисты имеют огромный опыт в области диагностики и лечения различных заболеваний методами тибето-монгольской медицины. Основу лечения составляют лечебные травы. Широко применяется метод иглоукалывания. Все специалисты прошли профессиональную подготовку, что гарантирует качество и высокую эффективность проводимого лечения.

В Якутске ксть буддийский дацан, который считается самым северным дацаном в мире. Там также можно получить медицинскую помощь у эмчи-ламы, который владеет знаниями традиционной медицины.

Традиционные китайские методы лечения практикуются в Центрах медицины «Тайшань», «Апмо» и «Хуато+», последний из которых скандально известен, но тем не менее пользуется успехом у населения.

Кроме многофункциональных медицинских центров существуют также более узкопрофильные. Например, в наше время очень востребована мануальная терапия. Центр мануальной терапии «Остеон» ценится тем, что там работают высококвалифицированные специалисты своего дела, с большим опытом в данной сфере. О специалистах центра мануальной терапии «Остеон» очень хорошо отзываются все, кто когда-либо попадал к ним в руки. Отличная команда, с не менее отличным практикующим руководителем; здесь даже инвалида могут поставить на ноги.

Не меньшим спросом пользуются также кабинет традиционной восточной медицины «Лотос», кабинет мануальной терапии «Vertabrae», ИП Старкова И.В. и т.д.

Можно заметить, что население заботиться о своем здоровье, ищет и пытается найти для себя подходящий метод лечения, стремится комплексно подойти к вопросу лечения и восстановления.

Таким образом, методы ортодоксальной и традиционной медицины могут сочетаться в процессе лечения по принципу комплементарности. В том, что такая интеграция позволяет эффективно достигать основной цели – максимально быстро вылечить человека, убеждены как пациенты/клиенты клиник, центров и частных кабинетов, так и сами специалисты, оказывающие лечебно-профилактические услуги. Исследователи, оценивающие современные процессы интеграции, приходят к выводам, что за интегративной медициной, отличающейся комплексностью диагностики и терапии, в которой оптимально и эффективно, с учетом индивидуальных особенностей пациентов, сочетаются методы конвенциональной (академической) и неконвенциональной медицины, наше будущее.

## **Объективное и субъективное в психологической диагностике внутреннего конфликта**

***Фанталова Е.Б.***

Соотношение субъективного и объективного в психологии является одной из важнейших методологических проблем, захватывающих различные сферы науки и практики. Во многом это связано с тем, что различные объективно установленные психологические феномены зачастую уводят исследователя в дальнейший глубинный план раскрытия их содержания, а последний, как правило, связан с неповторимостью человеческой личности, уникальностью его самосознания и эмоциональных переживаний. Таким образом, объективная констатация психологической реальности постепенно начинает требовать дополнительных экспертных оценок, раскрывающих субъективный и уникальный план переживаний человека при сходных по содержанию внутренних проблемах и конфликтах. Поясним это ниже на конкретных примерах раскрытия внутреннего конфликта человека.

Внутренний конфликт определяется существованием противоположных желаний, тенденций, мотивов и позиций личности, внешний – столкновением нарушенных отношений личности с требованиями окружающей среды. Поэтому внутренний и внешний конфликты взаимосвязаны и разделение их носит условный характер.

Автором данной работы была предпринята попытка рассмотрения внутреннего конфликта как рассогласования между «ценностью» и «доступностью» в различных сферах деятельности. В связи с этим была создана методика «Уровень соотношения "ценности" и "доступности" в различных жизненных сферах» (УСЦД), примененная в настоящий момент в ряде клинико-психологических, общепсихологических и социальных исследованиях внутреннего конфликта (ВК). Остановимся подробнее на содержании методики УСЦД, открывающей авторскую ценностно-ориентированную систему методик «Диагностика внутреннего конфликта» (ДВК)<sup>1</sup>.

Итоговым показателем методики, используемым для сравнительного анализа контрольной и экспериментальной групп больных (артериальная гипертензия), был индекс расхождения «Ценность – Доступность» ( $R_{ц-д}$ ). Проводилось попарное сравнение 12-ти терминальных понятий- ценностей по Рокичу на специальных матрицах регистрационного бланка дважды – по «ценности» и по «доступности». Созданная методика позволила также устанавливать локализацию и выраженность внутренних конфликтов (ВК), распознаваемых как значительное превышение «Ценности» (Ц) над «Доступностью» (Д) в той или иной жизненной сфере, а также внутренних вакуумов (ВВ), имеющих обратное ВК соотношение этих показателей – для внутренних вакуумов Д значительно выше Ц, что часто бывает связано с ощущением внутренней пустоты и никчемности. Позднее было введено понятие «нейтральной зоны» (НЗ), где Ц и Д в достаточной степени совпадают, при этом внутренней дисгармонии в соответствующих сферах не наблюдалось.

С помощью самоотчетов испытуемых удалось установить субъективную границу между Ц и Д для ВК, ВВ, и НЗ, она равна 4.

---

<sup>1</sup> *Фанталова Е.Б.* Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта: Монография. М.-Берлин, 2015, – 72 с. URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849> (дата обращения: 16.03.2018).

*Фанталова Е.Б.* Ценности и внутренние конфликты: теория, методология, диагностика: Монография. М.–Берлин, 2015. - 141 с. URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278848> (дата обращения : 16.03.2018).

*Фанталова Е.Б.* Диагностика ценностей и внутренних конфликтов в общей и клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология 2013. №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n1/58926.shtml> (дата обращения : 16.03.2018).

То есть, при Ц-Д  $\geq 4$  отмечался ВК, при Д-Ц  $\geq 4$  - ВВ и при |Ц – Д| < 4 – НЗ, то есть случаи, когда Ц $\approx$ Д. Таким образом, согласно результатам методики УСЦД мы смогли объективно выявить сферы, где испытуемый ощущает состояние внутреннего конфликта, т.е. все сферы, где «Ценность» превышает «Доступность» на 4 и более единицы. Это могли быть такие сферы, как «Здоровье», «Любовь», «Материально обеспеченная жизнь», «Счастливая семейная жизнь» и другие...

Итак, методика УСЦД позволила объективно выявить сферы, указывающие на наличие внутренних конфликтов у испытуемых. При этом, однако, оставались вопросы, касающиеся эмоциональной регуляции внутренних конфликтов, а именно:

- Каковы эмоциональные состояния, сопровождающие ВК?
- Какова специфика переживания субъектом его ВК?
- Какова степень выраженности некоторых эмоциональных состояний в условиях ВК в различных жизненных сферах?

Подобные вопросы вставали все чаще и чаще. Все они уходили в плоскость субъективного вектора переживания внутренних конфликтов при одинаковой их объективной выраженности и локализации по методике УСЦД. Совокупность перечисленных факторов означала необходимость создания методики, которая могла бы раскрыть уникальность эмоциональной регуляции ВК, специфики их переживаний испытуемыми. Созданную в этой связи методику мы назвали «Семь состояний». Остановимся на ней подробнее<sup>1</sup>. Данная методика включает следующие показатели (состояния): 1. «Внутренний конфликт». Ощущение внутренней напряженности, разлада с самим собой; 2. «Внутренний вакуум». Ощущение внутренней пустоты, отсутствия интереса к чему-либо; 3. «Внутренняя тревога»; 4. «Тоска, подавленность»; 5. «Апатия». Нехватка сил, чтобы справиться трудностями; 6. Внутреннее спокойствие, безмятежность; 7. «Внутренний комфорт». Ощущение внутреннего благополучия, безопасности. Первые пять состояний (№№1-5) – эмоционально-отрицательные (ЭОС), последние два (№№6-7) – эмоционально-положительные (ЭПС). Испытуемый оценивает наличие у себя каждого из этих

---

<sup>1</sup> *Фанталова Е.Б., Куприна О.А. Особенности субъективного переживания внутренних конфликтов у студентов // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Сборник научных статей международной научно-практической конференции / Под ред. Р.В. Кадырова. Владивосток, 2011, с. 218-221; Фанталова Е.Б., Куприна О.А. Методика Семь состояний как вариант экспресс-психодиагностики в критических ситуациях // Социальные проблемы современной России: возможности психологической помощи: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Омск, 11-12 ноября 2010) г.) / Под ред. Л.И. Дементий. Омск, 2010, с. 170-174; Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара, 2001, с. 35-36, 44-45, 48-49, 59-60.*

состояний в системе оценок 0-9 (отсутствие состояния-0, максимальная выраженность состояния-9). Проявление каждого из состояний фиксируется начиная с 4-х баллов. Перечисленные семь состояний оцениваются по тем сферам методики УСЦД, где были выявлены ВК. Приведем два конкретных примера, иллюстрирующие уникальность эмоциональной регуляции и субъективную значимость ВК, выявленного по методике УСЦД в сфере «Счастливая семейная жизнь».

*Испытуемые 24 лет, оба студенты, учащиеся одного курса.* У каждого в сфере № 11 имеется выраженный ВК (Ц – Д=8) (№ 11 – «Счастливая семейная жизнь»). Однако, с уверенностью можно сказать, что способы переживания этого ВК ничего общего у наших испытуемых не имеют.

1-й испытуемый имеет следующие оценки для ВК в сфере № 11:

№№1-5 ЭОС: 8,7,6,7,3. №№ 6-7 ЭПС: 1, 1. Средние: ЭОС: 6,2. ЭПС: 1.

Данные 2-го испытуемого:

№№1-5 ЭОС: 0,0,5,0,0.. №№ 6-7 ЭПС: 9, 7. Средние: ЭОС: 1. ЭПС: 8.

Оба испытуемых имеют высокий индекс расхождения «Ц – Д», однако, аналогично сфере № 11, и в других сферах первый испытуемый крайне сенситивен к переживанию ВК и ВВ, в то время как второй испытуемый как бы эмоционально индифферентен, он везде, и при ВК, и при ВВ, испытывает только ЭПС, практически во всех случаях минуя ЭОС.

Приведенный нами пример сопоставления результатов по двум испытуемым является, конечно, одним из крайних, и особая специфика переживаний видна здесь в случае со вторым испытуемым. Но, как бы там ни было, мы должны иметь ввиду и то, и другое для дальнейшей успешной психотерапевтической и консультативной работы. Разность субъективных ощущений при переживании сходных по локализации и выраженности внутренних конфликтов указывает исследователю на возможность оптимального выбора психотерапевтического вмешательства при индивидуальной работе с клиентом.

# К вопросу об аксиологических основаниях взаимодействия: «человек-природа», «врач-пациент»

*Хомутова Н.Н.*

Границы ценностного и прогностического осмысления взаимодействия человека с природой – один из уровней биофилософского анализа теоретических и практических знаний в научных исследованиях. В.Г. Борзенков, рассуждая о задачах биофилософии отмечает, что «если XX век начал с «философии жизни», то завершает его «биофилософией» (по крайней мере по тем направлениям развития философской мысли, для которых феномен жизни играл и играет основополагающую роль в осмыслении сущности мира и человеческого существования в нем)<sup>1</sup>. И.К. Лисеев отмечает, что «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»<sup>2</sup>. Данные взгляды согласуются с постнеклассическим типом рациональности в науке, который подразумевает не только тенденцию к покорению природы, но и «выстраивание такого отношения, где природа учтена как целостный живой организм со своими законами». Новое отношение к природе «формирует новое видение природной среды, с которой человек взаимодействует в своей деятельности. Она начинает рассматриваться не как конгломерат изолированных объектов и даже не как механическая система, но как целостный живой организм, изменение которого может проходить лишь в определенных границах»<sup>3</sup>.

Биофилософия сохраняет пояснительную функцию динамики ценностных ориентаций взаимодействия человека с природой. Данные отношения, выстраиваемые человеком с окружающим миром, отражены во взаимосвязях между человеком и биосферой.

---

<sup>1</sup> Борзенков В.Г. От «философии жизни» к «биофилософии»? // [http://library.by/portalus/modules/philosophy/readme.php?subaction=showfull&id=1168247557&archive=1395574793&start\\_from=&ucat=&](http://library.by/portalus/modules/philosophy/readme.php?subaction=showfull&id=1168247557&archive=1395574793&start_from=&ucat=&) (дата обращения 23.05.2018).

<sup>2</sup> Лисеев И.К. Биология и философия: взаимодействие и взаимовлияние. // Философские проблемы биологии и медицины: Вып. 3: Традиции и новации : Сбор. материалов 3-й ежегодной научно-практической конференции. М., 2009, с. 39.

<sup>3</sup> Степин В.С. Теоретическое знание. М., 2003, с. 675.

В этом контексте, например, персонализм дополняет понимание человека как биологического существа, поскольку отражает ценность его личности. Взгляд на человека и природу как на определенную систему дополнен ценностным измерением его самосознания и соответствующим выстраиванием отношений с окружающим миром. Взаимодействие врача и пациента в медицинской сфере так же можно проанализировать, исходя из биофилософской проблематики. При этом, отношений с пациентом рассматриваются и в медицинской антропологии. Медицинская антропология взаимосвязана с биофилософией, поскольку отношения врача и пациента выстраиваются в том направлении взаимодействия, при котором феномен жизни становится главной причиной всей деятельности врача, а сам диалог в своем механизме всегда антропологичен. Данная проблема актуализируется сегодня в связи с усилением ориентации на объективизацию медицинского знания и устранение персоналистических ценностей в коммуникации. Деперсонализированные отношения между людьми – это результат не только технологического детерминизма, но и бюрократизации медицины, «протокольности» лечения, когда сам врач стремится максимально сдержанно общаться с пациентом, историю болезни невозможно беспрепятственно изучить самому пациенту, требуются специальные разрешения и т.д. Деперсонализация опосредована массовостью услуг и спросом на них. Однако роль врача и статус медицины в обществе дискредитируются, в том числе из-за контрактных взаимоотношений, лишенных искренней заинтересованности в процессе лечения.

Рассматривая коммуникацию в системе «врач-пациент-общество», можно отметить, что *«пациент и врач – соавторы выздоровления»*<sup>1</sup>, что подразумевает их обоюдное взаимодействие, основанное на биоэтических ценностях. Данное взаимоотношение близко к коллегиальной модели взаимоотношения врача и пациента (по терминология американского специалиста по биоэтике Р. Витча)<sup>2</sup>, при условной установки обоих субъектов взаимодействия на ценность жизни. Больной в рамках этой модели равноправен в своем взаимодействии с врачом. Пациент становится активным «соавтором» лечения, особенно это становится необходимым при хронических заболеваниях, когда субъективные

---

<sup>1</sup> Хомутова Н.Н. «Соавторство выздоровления»: проблема ценностных оснований коммуникации и автономии личности // Гагаринов А.В., Зеленская Т.М., Кузнецов В.В. и др. Социально-экономические и гуманитарные аспекты развития здравоохранения в современных условиях / Коллективная монография под ред. В.Д. Селезнева. СПб., 2014, с. 129.

<sup>2</sup> Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии, 1994, №3, с. 67-72.

знания пациента о своем состоянии дополняют важной информацией профессиональные знания врача.

Особенно важным и перспективным представляется такое взаимодействие в процессе лечения и профилактики нервных, душевных и психосоматических заболеваний. Известный американский психиатр Р.Д. Лейнг, вопреки веками сложившейся медицинской традиции, намерено шёл на доверительный контакт с пациентами. Такая практика не только давала заметные положительные клинические результаты, но и позволила учёному выдвинуть и развить философскую концепцию «расколотого Я». Характерно, что героя великого произведения А.П. Чехова «Палата № 6» провинциального врача Андрея Ефимовича Рагина, автор помещает в подобную жизненную ситуацию и тот, *не заболев душевно*, тоже оказывается в палате № 6 для душевнобольных. «Болезнь моя только в том, что за двадцать лет я нашел во всем городе одного только умного человека, да и тот сумасшедший», - признаётся герой рассказа доктор Рагин. В свете данного примера весьма перспективным представляется трансформация самого взгляда на взаимоотношения врача и пациента, которых отнюдь не разделяют непреодолимая стена, ведь и сами врачи часто оказываются в роли пациентов.

Е.И. Аверкина предлагает «обращение к нарративу в медицине», который «актуализирует интерес к герменевтическому этапу развития философии медицины, представленному К. Ясперсом, Э. Минковски, Э. Штраусом и другими философами психиатрами, сторонниками понимающей (разговаривающей) медицины»<sup>1</sup>.

В данном контексте коммуникация осуществляется не только как символическое взаимодействие, исходящее из ориентиров человека как на собственную цель, так и на «другого», но проникнута диалогическими ценностями понимания другого как «цели». Автономная личность врача не мыслима без биоэтических ценностей. О сегодняшнем обществе часто говорят в понятиях коммерциализации, коррупции, нравственного упадка. Субъект любого взаимодействия, в том числе и в системе здравоохранения зачастую представлен, как анонимный субъект, а общество, как конформистское, настроенное панически. В связи с этим и возникает еще одна сопутствующая проблема «социального доверия» в обществе, без которого нет «соавторства» в лечении пациентов. Предпосылки развития проблемы «социального доверия» в медицине – замкнутость и подозрительность пациента во взаимоотношениях с врачом. У пациента появляются мотивы

---

<sup>1</sup> Аверкина Е.И. Методология гуманитарного знания в опыте диалога врач-пациент. // Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 11: образы социального и витального в биомедицине: сборник статей. Тверь, 2017, с. 62.

«расширять собственные знания», прибегая к ресурсам Интернета. Данное пренебрежение врачебными рекомендациями может оказаться губительной для самого пациента. Отсутствие доверия к социальным институтам, прагматизм во взаимоотношениях при низком уровне качества жизни большинства россиян способствуют развитию негативных «социальных эффектов»: излишнем доверии к рекламе, мифологемам, которые играют существенную роль в формировании поведения людей. При этом коммуникационная активность людей остается на высоком уровне, но она спонтанна и не всегда конструктивна. Люди взаимозависимы между собой и зачастую их решения формируются под воздействием множества факторов окружающей действительности, но какой субъект принимает решение: автономная личность или запутавшийся, испуганный человек, подверженный панике и массовому сознанию – этот вопрос обращает нас к краеугольному принципу биоэтики – автономной личности, субъекту принятия самостоятельных, разумных решений.

Гуманистическая направленность мировоззрения врача отражена во многих источниках о врачевании. И длительное время *душевное* отношение между врачом и пациентов считались совершенно естественным условием их взаимодействия. Вот как, например, наставлял будущих врачей православный диакон в провинциальной саратовской газете в 1914 году: «главная мысль моего «слова», моего обращения к г.г. студентам-медикам будет изложена ниже: как это ни странно покажется быть может, но тем не менее – это факт: университет для врача – есть только *половина дела*, начало, приступив, или как в поговорке говорится: «это цвет, – а ягоды впереди». Всем известно, что ни врач, ни средства им прописанные, – не принесут пользы больному, – если *не будет за больным надлежащего ухода*. Дать лекарство вовремя, дать в известной дозе; вовремя накормить больного, вовремя поставить компресс или клизму, – ничуть не меньше значит, чем докторский совет или назначенное им средство лечения. Поэтому необходимо каждому врачу – иметь при себе штат сестер милосердия, да таких, которые кроме умелого обращения с больными и основательного знакомства с медицинскими средствами, – были самоотверженны. Мне не так давно приходилось слышать, что «позвали мы к больной сестру милосердия, которая не человек, а ангел во плоти: для нее ни день, ни ночь не существуют; она и за горничную, и за кухарку – все сама и как только у нее сил хватает!

Вот это понятие, что звание «сестра милосердия» – по праву.

Так вот, имея при себе несколько таких сестер милосердия, доктор, прибыв по приглашению к тому или другому больному, или больной и увидев, что из окружающих никого нет, кто бы мог в

*точности исполнить его предписания, обязан тотчас послать за сестрой, и по явке ея, – лично все указать, как что делать, затем уже ехать к следующему больному. Если врач увидит, что семейство больного или больной не в состоянии заплатить сестре за труды ея, – платить из своих средств и семью уверить, что в убытке он не останется, надо только верить в это»<sup>1</sup>.*

Реалии жизни и особенности профессии врача изменились. Но этот пример «слова» вечен в аспекте таких персоналистических ценностей, как милосердие, самопожертвование, совершенствование человека, который выбрал путь врачевания. Необходимая черта идеализма в мировоззрении врача помогает личности осуществлять гуманистический подвиг по отношению к другим. Пациент же должен оставаться в модели взаимоотношения с врачом не только несчастной жертвой болезни, но и автономной, интеллектуальной личностью, способной стать «соавтором» в борьбе с болезнью, довериться врачу и методично идти к выздоровлению. В практическом воплощении гуманизм врача выражается в медицинском антропологическом диалоге с пациентом, как «соавторстве выздоровления».

В современном здравоохранении понятия «уважения личности», «самостоятельность пациента» и «самоопределение пациента» являются центральными во взаимоотношениях между медицинским работником и пациентом. Аксиологические критерии взаимодействия между обществом и природой, врачом и пациентом отражают общую тенденцию к пониманию и сбережению «жизни». В данном вопросе значительная роль принадлежит биофилософии и аксиологическим теориям, в том числе персонализму, которые в совокупности помогут выделить важнейшие критерии взаимодействия между врачом и пациентом, качества предоставления медицинских услуг и гуманного отношения к пациенту.

---

<sup>1</sup> Генерозов М.И. Слово к студентам медикам V курса Саратовского университета, имеющим выйти из «Almae matris» в действительную, практическую жизнь. // Саратовское вече. 1914. 29 марта.

## **Объективность и полнота материалов «врачебного дела» залог обоснованности проведенной судебно-медицинской экспертизы**

***Баринов Е.Х., Калинин Р.Э.***

Успех предварительного следствия по «врачебным» делам во многом зависит от результатов судебно-медицинской экспертизы. Методика расследования «профессиональных» преступлений медицинских работников находится в прямой зависимости от приемов, способов и методов работы судебно-медицинских экспертов. Столь существенная роль экспертизы, фактически определяющая перспективу и исход дела, находится в некотором противоречии с ч. 2 ст. 17 УПК РФ и может быть предметом дискуссии. Однако в настоящее время правовая процедура уголовного процесса, как на досудебном этапе, так и на этапе судебного производства, не может предложить какой-либо достойной внимания альтернативы. Несмотря на одновременное сосуществование нескольких институтов оценки качества медицинской помощи, ни один из них не отвечает целям и задачам уголовного судопроизводства. Только судебно-медицинская экспертиза в достаточной степени вовлечена в уголовный процесс, что позволяет ей быть действенным средством получения сведений, имеющих высокую доказательственную ценность и полученных процессуальным путем. Приоритет судебно-медицинской оценки над другими видами компетентной оценки качества медицинской помощи на современном этапе не вызывает сомнений.

Вместе с тем немалое количество субъектов и процедур, осуществляющих контроль качества медицинской помощи, предопределяет плюралистический характер заключений, выводов и оценок деятельности медицинских работников. При неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи все органы и организации, уполномоченные на проведение контроля, зачастую проводят проверки одновременно, реже сотрудничая, а чаще – конкурируя друг с другом. В таких условиях наличие в материалах каждого «врачебного» дела нескольких версий становится не столько итогом реализации общего принципа состязательности сторон, закрепленного ст. 15 УПК РФ, сколько отражением

специфики данной категории дел. Так или иначе, следователю приходится иметь дело с множеством документов, в которых зафиксированы выводы специалистов и экспертов различных структур и ведомств, нередко противоречащие друг другу, а иногда взаимоисключающие. Значение судебно-медицинской экспертизы в этой связи возрастает еще больше, поскольку только полноценная и квалифицированная судебно-медицинская оценка может устранить имеющиеся противоречия и нестыковки, правильно расставить акценты и создать тем самым необходимые предпосылки для обоснованного процессуального решения по делу.

Силы и средства судебно-медицинской экспертизы демонстрируют высокую эффективность при рациональном их применении, учитывающем особенности как правовой процедуры, так и экспертной методики. основополагающий принцип судебно-экспертной деятельности закреплён в ст. 8 ФЗ о ГСЭД (Федеральный закон от 31.05.2001 №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации») – полнота и всесторонность исследования. Реализация данного принципа в ходе комиссионной (комплексной) экспертизы становится возможной только при правильной работе следствия на «доэкспертном» этапе.

В составе материалов «врачебного» дела на момент назначения судебно-медицинской экспертизы, помимо протокола вскрытия трупа и медицинских карт, при возможности должны содержаться следующие документы: протоколы допросов свидетелей, в том числе медицинских работников, протокол заседания комиссии по исследованию летальных исходов (КИЛИ), экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи) эксперта страховой медицинской организации, акт проверки органом управления здравоохранением субъекта РФ, акт проверки Росздравнадзором.

Анализ экспертной практики показывает, что следователи не уделяют достаточного внимания допросам среднего и младшего медицинского персонала (медицинских сестер и санитаров), фокусируя свое внимание на допросах врачей и должностных лиц из числа администрации медицинских организаций, преимущественно заведующих отделениями и заместителей главных врачей. Вместе с тем информацией о диагностике и лечении конкретного пациента в наибольшей мере располагает лечащий врач и медицинские сестры, при этом сестринское наблюдение за пациентом по длительности и интенсивности, как правило, превосходит врачебное. Руководители структурных подразделений лечебного учреждения о лечении конкретных больных обычно ничего не знают, не обязаны и не могут знать.

Порядок работы КИЛИ не урегулирован федеральным законодательством, в связи с чем КИЛИ функционируют в соответствии с приказами региональных органов управления здравоохранением и/или приказами главного врача. Тем не менее, в России сложилась практика привлечения к процедуре работы КИЛИ рецензентов из числа врачей, наиболее компетентных в вопросах диагностики и лечения заболевания, ставшего причиной смерти пациента. Выполняемые ими рецензии могут содержать информацию, полезную следствию как в чистом виде, так и в качестве объекта исследования судебно-медицинской экспертизы.

Согласно ч. 6, 7 ст. 40 Закона об ОМС<sup>1</sup>, экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – это выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет. Таким образом, в процедуре ЭКМП законом предусмотрена компетентная оценка процесса оказания медицинской помощи специалистом соответствующего профиля.

Региональные и федеральные органы управления здравоохранением при проведении проверок также привлекают к работе комиссий врачей-специалистов по профилю оказанной медицинской помощи. Такая возможность обеспечивается сложившейся практикой использования труда главных внештатных специалистов.

В настоящий момент в законодательстве появились новеллы, введение которых в практику может оказать существенное влияние на предварительное следствие по «врачебным» делам. Утвержден и вступил в силу с 12.06.2017 г. порядок проведения ЭКМП в тех случаях, когда медицинская помощь оказана вне рамок ОМС<sup>2</sup>. Данный порядок возлагает на эксперта обязанность определить наиболее значимые нарушения при оказании медицинской помощи, повлиявшие на исход заболевания, т.е. высказать суждения о причинно-следственной связи нарушений с неблагоприятным исходом.

---

<sup>1</sup> Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2010. №49. Ст. 6422.

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 16.05.2017 №226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)

С 01.07.2017 г. действуют новые критерии оценки качества медицинской помощи<sup>1</sup>, согласно которым, в отличие от ранее применявшихся критериев и стандартов медицинской помощи, оценка должна даваться в связи с конкретной нозологической формой (заболеванием или травмой), при этом оценивается не только объем обследования (как ранее по стандартам), но и его сроки, полнота и своевременность выполнения определенных медицинских вмешательств и другие аспекты.

Расследуя «врачебное» дело, следователь должен понимать, что судебно-медицинская экспертная комиссия в рамках комиссионной (комплексной) экспертизы способна и правомочна дать свою оценку всем имеющимся в деле материалам. В то же время преждевременное назначение экспертизы нередко приводит к тому, что в дальнейшем получаемые следователем заключения других экспертов и специалистов вступают в противоречия с уже имеющимся заключением комиссии судебно-медицинских экспертов. Это порождает трудности в принятии процессуального решения по делу и влечет необходимость назначения дополнительных и повторных экспертиз, проведения допросов экспертов и других следственных действий, которые могли бы и не понадобиться при рациональном построении последовательности следственных мероприятий в плане расследования «врачебного» дела.

Учитывая сроки доследственной проверки, установленные ст. 144 УПК РФ, а также реальные сроки проведения ЭКМП, заседаний КИЛИ и проверок органами государственного контроля, назначение судебно-медицинской экспертизы на этапе рассмотрения сообщения о «врачебном преступлении» до принятия решения о возбуждении уголовного дела представляется нецелесообразным, поскольку собрать полный перечень необходимых для экспертизы материалов в такие сроки невозможно по объективным причинам.

---

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru).

# **Применение визуальных форм обучения при преподавании курса «биоэтика»**

***Башилов Р.Н., Башилова С.М., Дербенев Д.П.***

При реализации качественного профессионального медицинского образования, учитывая все педагогические трудности при чтении лекций и ведении практических занятий дисциплины «Биоэтика» студентам первых курсов, необходимо использовать современные методы и средства обучения. Преодолевать осложнения, встающие в процессе обсуждения многих биоэтических проблем, помогает использование визуальных средств обучения. Мы согласны со многими специалистами в области педагогики высшей школы, что данный способ обучения имеет свои границы применения и поэтому выступает как дополнительный инструмент в преподавании биомедицинской этики, который обеспечивает более полное понимание биоэтической проблематики.<sup>1</sup>

Перенимая опыт других ВУЗов, преподающих биоэтику в нашей стране, особое значение среди визуальных средств мы предаем просмотру и обсуждению документальных, художественных фильмов, а также видеороликов.

Мы уверены что, формы визуализации зачастую не только иллюстрируют, дополняют словесную информацию, но и сами являются носителями новой информации, предоставляют возможность интегрировать зрительное и вербальное восприятие её. А документальные и художественные фильмы обеспечивают иллюстрацию и разрешение проблемных ситуаций, которые в биоэтике носят характер моральных дилемм.

Например, при обсуждении проблемы искусственного аборта демонстрируем такие известные документальные фильмы как «Безмолвный крик» и «Пусть он увидит солнце». При обсуждении междисциплинарных проблем связанные со смертью и умиранием человека показываем фильмы «Эвтаназия или право на смерть», «Уходя, гасите свет». Обсуждаем проблемы трансп-

---

<sup>1</sup> Башилов Р.Н., Башилова С.М. Основные задачи биоэтического образования на опыте тверского государственного медицинского университета // Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием. Витебский государственный медицинский университет, 2016, с. 230-233.

лантологии после просмотра документального фильма «Трансплантология. Вызов смерти».

Для иллюстрации новых биотехнологий в презентациях используются изобразительные визуальные средства, такие как фотографии, плакаты и др. Особую наглядность обеспечивают видеоролики, раскрывающие все этапы современных биотехнологий (искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, ИКСИ и др.).

Учитывая недостаток учебного времени, для закрепления материала рекомендуем студентам, используя внеучебное время, задуматься над проблемами, поднимаемыми в таких художественных фильмах, как «Пролетая над гнездом кукушки» (1975 г., режиссёр Милош Форман, США; фильм получил 5 «Оскаров», в том числе и за лучший фильм года), «Пробуждение» (1990 г., режиссёр Пенни Маршалл, США), «Море внутри» (2004 г., режиссёр Алехандро Аменабар, Испания-Франция-Италия) и др.

Соглашаясь с коллегами, мы отмечаем, что визуальные формы обучения студентов биоэтике помогают вносить в медицинское образование эмоциональную ноту, во врачебные дебаты – этические и социальные темы.<sup>1</sup> А также, просмотр фрагментов кинофильмов обогащает гуманистическую направленность медицинского образования, помогает студентам достигать более глубокого понимания пациентов как людей с уникальным внутренним миром. В дальнейшем навык моральной рефлексии своей собственной деятельности и медицинской практики должен стать частью личной и профессиональной идентичности врача.

## **Рефлексивная позиция врача в медицинской этике Дернера**

***Дондокова Б.Б.***

В конце XX – начале XXI вв. тенденция переосмысления универсальности морали ознаменовалась переходом к прикладной этике. Прикладная этика занимается моральными проблемами в различных сферах общественной жизни человека: науке, политике, медицине, экологии, технике и технологии, бизнесе и т. д. Она представлена совокупностью дисциплин, этических норм,

---

<sup>1</sup> Мещерякова Т.В. Визуализация в преподавании биоэтики: её формы и функции // Проблемы визуальной семиотики, ПРАЭНМА, г. Томск, 2015. С.127 - 132

кодексов, которые стали составными элементами различных областей общественной жизни. Можно отметить, что становление прикладной этики является важной стадией процесса исторического развития этики как науки о морали. Вопрос о систематизации прикладной этики остается на сегодняшний день открытым. Целью прикладной нормативной этики является решение частных моральных проблем, как например, оправданы ли в моральном отношении новейшие медицинские технологии, сопровождающиеся в своем применении возникновением сложнейших этических проблем? Моральные разногласия, связанные с медициной, являются столь сложными и важными, что они требуют специального изучения.

Биомедицинская этика имеет дело с моральными принципами и решениями в контексте медицинской практики, политики и биомедицинского исследования. Биоэтика призвана уделять подобающее им внимание, однако она остаётся при этом по существу этической дисциплиной. С этой позиции, в разнообразных моральных дилеммах, пронизывающих противоречивую ткань общественных отношений, врачебных решениях, определяемых социокультурным контекстом, можно увидеть неоднозначность и многообразие морального опыта субъектов медицинской коммуникации. В рамках биомедицинской этики сохраняется свойственная этическому знанию проблема соотнесения этической теории и практики.

Этические аспекты взаимодействия врача и пациента оцениваются и с точки зрения индивидуальной нравственной позиций, и в соответствии с канонами общественной морали, с этическими принципами профессиональной деятельности. Поэтому в существующей биомедицине представлены три типа этических теорий: деонтологические, утилитарные и дискурсивно-этический подход Ю. Хабермаса. Если два первых подхода довольно ясны и известны, то суть последнего подхода следует пояснить. Она состоит в разработке процедурных правил для принятия правильного решения как в ситуациях, связанных с реализацией новейших биотехнологий, так и с повседневной врачебной практикой. Этика дискурса, по существу, направлена на развитие деонтологической этики Канта.

Сам Хабермас формулирует эти правила следующим образом: «(1) указания обобщающего принципа, выполняющего функцию аргументативного правила; (2) установления неотъемлемых и нормативно-содержательных прагматических предположек аргументации вообще; (3) развернутого изложения этого нормативного содержания, например, в виде перечня правил дискурса; и (4) демонстрации того обстоятельства, что в связи с

идеей оправдания норм между (3) и (1) имеет место отношение материальной импликации»<sup>1</sup>.

Очевидно, что программа этики дискурса имеет формальный характер, никаких теоретических моделей морально оправданного действия Хабермас не приводит. Однако эта формальность и позволяет дискурсу быть направленным на практику и включать в свое поле те ситуации жизненного мира, в которых те или иные моральные нормы ставятся под сомнение и требуют обсуждения и обоснования. В то же время, по мнению Клауса Дернера, такой процедурный метод является внешним и недостаточным для решения сложных этических коллизий, поскольку требует предельной концентрации на рациональном подходе к проблемам, что не всегда возможно в медицине. Сфера взаимоотношений между врачом и пациентом требует целостного подхода к этическим проблемам, ведь речь идет о жизни и здоровье человека.

Тенденция использовать внешние этические теории как спасительную панацею от «бездушности» и «свободы от ценностей» в современной медицине Дернеру кажется бессмысленной и навязанной извне. Он предлагает опираться на те ценности и смыслы, которые выработаны в самой медицине, поскольку помимо того, что она является наукой, она еще и философия.

Основной линией, которую развивает Дернер, является представление о глубокой укорененности медицинской этики в повседневной врачебной практике. Так же как утилитаристская и деонтологические модели этики опираются на моральные принципы определенных групп людей, так и медицинская этика должна опираться на повседневную мораль врача. Это обеспечивает ее действенность и более полную адаптацию моральных норм к живой практике. Процедуры формализации и универсализации позволяют этим повседневным моральным нормам и ценностям приобрести статус общепризнанных. Обстоятельства, обусловленные конкретным историческим и культурным контекстом, не должны быть рассматриваемы как существенные.

Рассмотрим структуру морального сознания. В моральном сознании одновременно и разновременно живут и функционируют (а) конкретно-ситуативные предписания и оценки, (б) нормы и принципы «среднего» уровня общности, например, так называемые «простые нормы нравственности», и (в) предельно общие положения типа «золотого правила нравственности» или кантовского «категорического императива». Чем абстрактнее норма, т.е. чем беднее ее содержание, тем шире ее ареал, тем меньше она привязана к ограниченному условиям места и времени, тем ближе она к общезначимости, общепринятости. Более

---

<sup>1</sup> Хабермас Ю. Моральное сознание и коммуникативное действие. СПб, 2001, С. 152.  
296

общие нормы обычно используются в качестве «объективного» или, правильнее было бы сказать, квазиобъективного критерия правильности частных норм и оценок.

Ситуацию, когда между различными уровнями существуют барьеры, Дернер считает неприемлемой и утверждает, что этика сверху и этика снизу должны друг друга дополнять. Иначе говоря, если сила этики сверху, сила этики принципов состоит в ее масштабности и универсальности, то этика снизу проявляет повседневную и повсеместную заботу о себе в конкретных поступках и взаимоотношениях людей.

Целью такой этики становится созидание основной позиции врача, которая состоит не в формальном выделении основных добродетелей, а «как можно более бережное изложение рационализируемых компонентов врачебной экзистенции». При решении этой непростой задачи можно следовать идеям «философской практики» Герда Ахенбаха: «Насколько медицина позволяет медику быть отдельным, конкретным человеком, в котором сосредоточивается научный опыт, создавая неповторимую и незаменяемую личность? Я смею утверждать: медицина будет настолько готова к этому, насколько глубоким будет проникновение в нее философии. Речь идет о философии, которая не лишает мыслителя его телесной оболочки как обременительных остатков индивидуальности, а <...> прежде всего, представляет собой индивидуализированное мышление, полностью согласующееся с опытом, своим и чужим, проявляющим внимание к работе над понятием, которое не определяет, но определяется реальностью. Эта философия, практичность которой, в первую очередь, состоит в том, что она изменяет того, кто философствует, направляет его, где только возможно к вдумчивости и становится его частью, принимая человеческий образ. Именно такая философия, в независимости от того, так она себя называет или нет, представляет собой философскую практику»<sup>1</sup>.

Философия Э. Левинаса, философия заботы о себе самом и о Другом, по мнению Дернера, предоставляет реальным взаимоотношениям врача и пациента богатейшее поле интуиций и открытий, раскрывающих на глубинном уровне подлинные человеческие отношения. Забота врача о пациенте как о Другом, а не о Чужом, превращается в практику заботы о себе самом. Этическая позиция врача, в которой моральное Я врача заменено Другим, определяется Дернером как забота и ответственность за Другого. Такая забота и о себе, и о Другом оберегает меня от опасности морально раствориться в беспомощности. Предназначение врача – разрешить конкретную ситуацию в пользу Другого.

---

<sup>1</sup> Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции. М., 2006, с. 50.

Основная позиция врача состоит в совокупности следующих положений:

«— я как врач сосредоточусь на изначальной позиции медицины, обязуясь заботиться только об одном конкретном человеке и буду действовать ему на благо;

— я как врач не стану перекладывать ответственность с себя на пациента, а буду должен повышать свою ответственность на пользу ему, не приспособливая пациента к себе, но служа ему;

— в каждом отдельном случае я стремлюсь построить мои отношения со своим пациентом таким образом, чтобы обеими сторонами они считались доверительными еще до начала моих действий, потому что медицина как наука о действии должна изначально являться наукой об отношениях;

— я как врач больше следую феминистской философии морали, согласно которой распределение справедливости между самостоятельными индивидуумами осуществляется в рамках ответственности и заботы о моем партнере, то есть о другом человеке, или, по крайней мере, то и другое можно рассматривать во взаимодействии на одном уровне;

— я как врач благодаря своей власти и преимуществам во владении информацией сумею изменить асимметричное отношение к пациенту на другое асимметричное отношение, при котором мои действия определяет забота о здоровье конкретного пациента;

— я как врач буду обдуманно ограничивать себя, бороться с легко возникающим соблазном навязать свое решение дееспособному пациенту, согласовывать свое решение с пациентом, чтобы тот мог убедиться в том, что его партнером является ответственный врач, который умеет компенсировать принуждение, навязанное ему интересами науки и законом, и постоянно будет ориентироваться на свою ответственность перед Другим»<sup>1</sup>.

Медицинская этика Дернера — это, прежде всего, этика ответственности, предполагающая самодисциплину, рефлексивную позицию врача, взаимопроникновение философской и врачебной практик, как важнейших сфер опыта подлинного взаимодействия людей.

К. Дернер весьма справедливо отмечает, что в основе медицины лежит культура коммуникации, в которой решающая роль принадлежит врачу. Этическая ответственность врача, а не только та, которая закреплена в законе, пресловутая «власть» науки и технологий, должны регулироваться приоритетами заботы о благе конкретного пациента.

---

<sup>1</sup> Дернер К. Хороший врач, с. 38-39.  
298

# **Воспитательная работа, биоэтическое образование и здоровый образ жизни студентов-медиков**

*Зорин К.В., Топорков В.А., Гуревич К.Г.*

Воспитательная работа не должна ограничиваться проведением парадных и культурно-массовых мероприятий – факельных шествий, спортивных соревнований, литературных конкурсов, туристических походов и т. п. Безусловно, всё это полезно: сплачивает коллектив, развивает умение работать в команде, нести ответственность, адекватно реагировать на критику, выступать публично, объяснять и отстаивать принятые решения, подбирать и перерабатывать специальную информацию и т. д.

Однако воспитание прежде всего нравственная категория. В отличие от спортсмена, для врача самое главное не физическая сила и выносливость, а сила воли и духа. Вращивать это помогает уважение прав студента, отказ от манипуляционных или авторитарных методов обучения, обладающих психотравмирующим эффектом, создание атмосферы психологической безопасности и доверия... В такой среде лучше развивается личность молодого человека: нравственная и гражданская зрелость, способность к конструктивному общению, профессиональная грамотность, осмысленное отношение к потребностям своего возраста, учебе и врачебному искусству.

Вызывает большую тревогу, что в последнее время наметилась тенденция к сокращению и даже исключению учебных часов по нравственно-просветительским темам из рабочих программ для студентов, ординаторов, аспирантов и практикующих врачей, повышающих свою квалификацию. Сложившаяся тенденция ведет к разрушению исконных традиций отечественной медицины, отсутствию преемственности додипломного и последипломного образования, а в конечном счете ухудшает стиль взаимоотношений с пациентами и результаты лечения.

Вне учебного поля остались темы, крайне важные для личностного и профессионального роста обучающихся, – трехуровневая (дух-душа-тело) концепция здоровья и здорового образа жизни; этические и психологические аспекты профилактики заболеваний и реабилитации пациентов; роль деонтологического воспитания в укреплении психологического здоровья врача; профилактика медико-деонтологических ошибок и ятрогенных заболе-

ваний; вклад пренатальной психологии и педагогики в профилактику врожденных заболеваний, искусственных абортот и т. п.

Успешная миссия врача в современном мире невозможна без высокой культуры общения, порядочности, совестливости, самокритичности, активной гражданской позиции... Наряду с профессиональной подготовкой, настоящего доктора характеризуют альтруизм, сострадание, постоянная готовность прийти на помощь, самоотдача, потребность в непрерывном обновлении знаний. Качество и результаты работы во многом определяются душевным настроем врача.

Поэтому считаем актуальным и своевременным разработку и внедрение специальных образовательных модулей на темы, посвященные нравственным и психологическим основам здорового образа жизни, просветительской деятельности врача по профилактике заболеваний и реабилитации пациентов. Также необходима коррекция профилактических и просветительских программ, призванных формировать здоровьесберегающую модель сексуального и репродуктивного поведения обучающихся. Для этого в каждом медицинском вузе целесообразно создать особую кафедру, занимающуюся проблемами нравственного воспитания, биоэтики и деонтологии. На это не следует жалеть финансовые средства и учебные часы!

## **Деятельность новосибирского института усовершенствования врачей в первые годы Великой Отечественной войны**

***Каймашникова Е.Б.***

Война жестока и беспощадна. Количество жертв неисчислимо... Раненые и искалеченные войной нуждаются не только в неотложной помощи, но и в поддержке, добродушии и милосердии людей. А это тяжелый и напряженный труд медиков по спасению, лечению и возвращению их в строй. Перестроиться с мирных рельсов на военный лад было не просто. Работа в военных условиях требовала особых навыков и опыта, которого у большинства врачей не было.

В первые дни войны органы здравоохранения и военкоматы почти полностью прекратили командирование врачей, мотивируя это резким недостатком врачей в связи с их мобилизацией в

действующую армию и эвакогоспитали. Однако уже через 1-2 месяца выяснилось срочная необходимость усовершенствования и специализации, особенно в области хирургии и травматологии. Институт учёл это обстоятельство и быстро перестроил характер и методы своей работы. Были организованы курсы для подготовки врачей в области военно-полевой хирургии, травматологии, общей хирургии, терапии, так как значительная часть врачей эвакогоспиталей не занималась прежде вопросами лечения ран и вообще не занималась хирургией.

Для выяснения потребности в специализации, повышении квалификации и подготовке врачей были запрошены все органы здравоохранения Сибири, военные ведомства, дорсанотделы и т.д. После получения от них заявок стало очевидно, что наряду с циклами продолжительностью в виде трёх-четырёх месячных курсов, необходимо было организовать ускоренную подготовку путём краткосрочных курсов и циклов как с отрывом, так и без отрыва от производства. Директор института Шиков по этому поводу говорил следующее: "Институтом были удовлетворены абсолютно все запросы и заявки на специализацию и повышение медицинских работников. Мы организовали циклы различной продолжительности в зависимости от профиля и квалификации курсантов. Кроме циклов, были проведены с привлечением наиболее крупных научных сил Новосибирской области терапевтический и неврологический декадники по наиболее существенным вопросам профилактики и лечения внутренних и нервных болезней. Всю массу врачей невозможно было оторвать для учебы от текущей работы, к тому же у врачей, командированных на краткосрочные курсы, непроизводительно расходуется часть времени на переезды, возникают трудности бытового устройства в связи с недостатком общежитий и т.д."<sup>1</sup>

К занятиям привлекались все врачи города, которые достаточно активно, обычно в вечернее время посещали лекционные и практические занятия. Лекции проводились в вечерние часы, а практические занятия в дневное время в эвакогоспиталях и других лечебных учреждениях. Курсанты получали теоретические сведения и практические указания на материалах собственной практической работы. Такая работа велась в Барнауле, Бийске, Красноярске, Ачинске, Абакане, Мариинске, Тайге, Киселевске. На местах было подготовлено, без отрыва от производства, по основным, наиболее важным разделам хирургии, токсикологии,

---

<sup>1</sup> Шиков Г.Т. Опыт работы за период Великой отечественной войны Новосибирского института усовершенствования врачей // Советское здравоохранение, 1943, № 4, с. 35.

внутренних и инфекционных болезней, военно-санитарной подготовки и др. около тысячи врачей курсантов.

В результате проведенных мероприятий институт добился в 1941 г. значительного перевыполнения производственного плана. За второе полугодие 1941 г. институт подготовил по всем циклам 2367 курсантов, в то время как самый высокий показатель работы института усовершенствования врачей в мирное время не превышал 525 человек в год. Из прошедших курсы 2052 врачей на длительных циклах с отрывом от производства было 302 человека (15%), на длительных циклах без отрыва от производства 649 человек (32%) и на краткосрочных курсах 1101 человек (53%).<sup>1</sup>

Большое значение, для деятельности института, всегда имело комплектование циклов. Именно от этого зависело выполнение плана и эффективность работы по повышению и квалификации специалистов медицинских кадров. За время войны комплектование циклов было неудовлетворительным. Этот вопрос освещался на втором пленарном методическом совете Управления высшими медицинскими учебными заведениями Минздрава РСФСР. Заместитель Начальника УВМУЗ Министерства здравоохранения РСФСР доц. Нежданов М.В. в своем докладе признал неудовлетворительной работу Новосибирского института усовершенствования врачей.<sup>2</sup> Причиной этого была недисциплинированность многих здравотделов. Основными источниками комплектования курсов в 1942 г. были территориальные органы здравоохранения всей Сибири, начиная от Омской области и кончая Приморским краем, а также военное ведомство и дорсанотдел Томской железной дороги. "За 1942 г. на долю Новосибирской области приходится – 42% всех курсантов, Алтайского края – 14%, Красноярского края – 9%, Иркутской области – 2%, Читинской области – 4%, Хабаровского и Приморского края – 3%, санотдела СибВО – 12% и прочих областей и ведомств – 14%".<sup>3</sup> Таким образом, мы видим, что многие регионы план не выполняли.

Особенно большая работа по специализации и усовершенствованию проведена заведующим 1-й хирургической кафедрой проф. В.М. Мыш, заведующим 2-й хирургической кафедрой проф. Поволоцким, огромная выездная работа проводилась заведующим кафедрой терапии проф. Меньшиковым, заведующим кафедрой инфекционных болезней доктором Беловым и др.

---

<sup>1</sup> Шиков Г.Т. Опыт работы за период Великой отечественной войны Новосибирского института усовершенствования врачей, с. 35.

<sup>2</sup> Нежданов М.В. Об итогах специализации и усовершенствования врачей за 1945 г. и задачах на 1946 г. Итоги 2-го пленарного методического Управления высшими медицинскими учебными заведениями Минздрава РСФСР. М., 1946, с. 27.

<sup>3</sup> Шиков Г.Т. Указ. соч., с. 37.

Важно отметить, что наряду с лечением больных и раненых большинство сотрудников ГИДУВа продолжали выполнять и научные исследования, накапливать наблюдения и факты, разрабатывать новые методики наиболее эффективного лечения раненых и больных. Во время войны сотрудниками ГИДУВа было выпущено три сборника научных трудов, написано более 100 научных работ. Научно-исследовательская работа приняла более плановый характер и была перестроена на актуальную тематику военного времени. Особенно много внимания уделялось вопросам переливания крови, лечения ран, предупреждения осложнений при ранениях, предупреждения эпидемиологических заболеваний и т.д.

За успешное решение вопросов подготовки военно-медицинских кадров для фронта и тыла директор ГИДУВа Г.Т. Шиков решением Президиума Верховного Совета СССР от 17.10.1943 г. был награжден орденом "Знак почета" а позднее и медалью "За доблестный труд во время Великой Отечественной войны ". Во время войны за действенную помощь в достижении победы орденами были награждены профессора В.М. Мыш, С.Л. Шнейдер, П.В. Бутягин, Н.И. Горизонтов, В.А. Пулькис, В.М. Константинов.

Большой вклад в победу внесли сотрудники Новосибирского института усовершенствования врачей и на фронтах. Во время Великой Отечественной войны мобилизованной оказалась половина всех сотрудников ГИДУВа, а около 30% из них были направлены на фронт, в действующую армию. Уже 24 июня оказались призванными в РККА сотрудники Новосибирского ГИДУВа: "ассистенты И.А. Новокшенов (кафедра рентгенологии), О.П. Стояновская (кафедра терапии), М.Н. Вейхель (кафедра травматологии и ортопедии), Ю.Я. Кулик (кафедра хирургии), М.Ф. Карпова (кафедра патанатомии). через два дня к ним присоединились В.З. Котляр (кафедра травматологии и ортопедии), В.Л. Портных (кафедра инфекционных болезней), В.А. Стогов (доцент кафедры хирургии, по курсу урологии), ассистенты Е.С. Мамаева и А.Я. Чеботарев (кафедра травматологии и ортопедии), клинические ординаторы Ф.Н. Фейгинова, Г.М. Костенко (кафедра акушерства и гинекологии) и многие другие.<sup>1</sup>

Основатель новокузнецкой школы травматологов и ортопедов, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Новокузнецкого ГИДУВа (1946-1970 гг.) Лев Григорьевич Школьников уже в первые дни Великой

---

<sup>1</sup> Колбаско, А.В., Луци, А.А., Ольшанский, Г.С. Новокузнецкий ГИДУВ – гордость Сибирского здравоохранения. Т.1. (Новосибирский период деятельности института усовершенствования врачей (1931-1951 годы. Новокузнецк, 2011, с. 73.

Отечественной войны был мобилизован и назначен главным хирургом армии в звании военврача II ранга. Начальник санотдела 39 армии военврач I ранга Резанов так описывает деятельность Льва Григорьевича в начале войны: «В должности хирурга армии Л.Г. Школьников много сделал для укрепления санитарной службы, конкретно руководил полевыми лечебными учреждениями, медико-санитарными батальонами и полевыми госпиталями. Часто посещал полковые и батальонные пункты медицинской помощи, нередко с риском для жизни, организуя на месте вынос раненых с поля боя и оказание им хирургической помощи. Уча показом, много лично оперировал тяжелораненых, спасая жизнь бойцам и командирам. Организовал службу крови в армии, благодаря чему лечебные подразделения имели консервированную кровь и своих доноров на случай необходимости резервной крови. Поставил на высокий профессиональный уровень лечение раненых, чем обеспечил скорейшее возвращение в строй наибольшего их количества. Неустанно заботился о подготовке врачей-специалистов, хирургов, создав постоянные курсы усовершенствования при одном полевом подвижном госпитале первой линии»<sup>1</sup>

Необходимо отметить и тот факт, что в это сложное, напряженное время Лев Григорьевич проводил научный анализ выполняемой работы и разрабатывал новые подходы к хирургическому лечению травм и различных ранений. За время войны им было опубликовано семь научных работ.

Еще одним ярким представителем военной когорты врачей является Владимир Михайлович Воскресенский, который был назначен на должность заведующего кафедрой хирургии Новосибирского института усовершенствования врачей в 1949 г. после смерти В.М. Мыша. С первых дней Великой Отечественной войны Владимир Михайлович был мобилизован и работал старшим хирургом 111МСБ, 737 ХППГ и 282 ЭГ на Ленинградском фронте. 15 декабря 1942 г. в Ленинградском ГИДУВе защитил докторскую диссертацию, которая (в связи с переездом ВАК) была утверждена только в 1944 году. В 1943 году вместе с ЭГ 282 выехал из Ленинграда на Центральный фронт. По окончании войны был направлен в Берлин в штабной госпиталь на должность старшего хирурга, а в сентябре 1945 г. назначен главным хирургом Группы советских войск в Германии. Во время войны и после ее окончания многократно читал лекции по военно-полевой хирургии на курсах усовершенствования медсостава (КУМС). Еще

---

<sup>1</sup> Новокузнецкий ГИДУВ - гордость Сибирского здравоохранения. Т. 2. (Ректоры НГИДУВа и ведущие ученые начального периода деятельности института в Кузбассе). Новокузнецк, 2011, с. 343-344.

во время войны Владимир Михайлович был награжден орденами Отечественной войны I и II степени, Красной Звезды, медалями "За боевые заслуги", "За оборону Ленинграда", "За освобождение Варшавы", "За взятие Берлина", "За победу над Германией", польским орденом "Крест храбрых", и медалью "За Варшаву".<sup>1</sup>

Таким образом, в первые годы Великой отечественной войны все силы страны и медицины в том числе были брошены для борьбы с врагом. Все сотрудники Новосибирского института усовершенствования врачей упорно боролись за жизнь и здоровье пациентов как на фронтах так и в тылу.

## **Формирование общекультурных компетенций в курсе биоэтики**

***Коваленко А.И.***

Появление новых медицинских технологий и развернувшееся движение за права человека произвели настоящую революцию в современной медицине, опасность технократизации которой вызвала потребность гуманитаризации медицины вообще и медицинского образования в частности. Это привело к появлению новой моральной философии, главной проблемой которой стало сохранение здоровья людей. Так во второй половине XX столетия возникла новая наука – биоэтика, приоритетной ценностью которой является защита всего живого на Земле, и прежде всего сохранение жизни и здоровья человека.

Сегодня система здравоохранения в России призвана решать сложнейшие профессиональные и социально-культурные задачи по обеспечению физического, психического и нравственного здоровья человека. В медицинском образовании должны реализоваться две равнозначные парадигмы – подготовка высокопрофессионального специалиста и одновременно формирование гуманной и высоконравственной личности.

В Федеральном государственном стандарте высшего образования третьего поколения разработана концепция подготовки компетентного специалиста. В основе компетентностного подхода лежат идеи, в частности, изложенные в трудах Н.С. Рогова.<sup>2</sup> Предлагается трехуровневая структура подготовки специалиста.

---

<sup>1</sup> *Ольшанский Г.С.* Сотрудники Новокузнецкого ГИДУВа – участники Великой отечественной войны. Новокузнецк, 2007, с. 8.

<sup>2</sup> Коляя и перевал: макросоциологические основания стратегий России в XXI веке. М., 2011 – 735 с.

На первом этапе – «знать», происходит, на основании полученных знаний, осмысление ситуации в общекультурном плане. На втором – «уметь», обеспечивается понимание проблемно-практического выполнения поставленной задачи. На третьем – «владеть», формируется готовность к общению в ситуациях, с учетом соответствующих культурных образцов взаимодействия.

Под общекультурной компетентностью личности понимается совокупность знаний, навыков, элементов культурного опыта, позволяющих индивиду свободно ориентироваться в социальном и культурном окружении и оперировать его элементами.<sup>1</sup>

При этом, компетентностное образование уходит от методики научения, где студент являлся предметом наполнения знаниями, к системе, в которой обучающийся выступает субъектом профессионального становления, определяя оптимальные для себя методы, форму и режим деятельности.

В плане гуманитарной подготовки в медицинском вузе одной из ведущих дисциплин является биоэтика. Компетентностный подход к изучению биоэтики студентов медицинских вузов может выражаться в овладении алгоритмами этико-правового мышления и навыками решения этических дилемм в контексте профессиональной медицинской деятельности.<sup>2</sup>

Биоэтика представляет собой междисциплинарную область знания. В Амурской государственной медицинской академии ей предшествует изучение философии, биологии, истории медицины, правоведения, психологии. В последующем ценностный потенциал этико-философской мировоззренческой позиции будущих врачей используется в курсе клинических дисциплин и медицинской практики. Поэтому размещение биоэтики в пятом семестре позволяет осуществить логически последовательный процесс формирования компетентного специалиста. Все материалы учебно-методического комплекса дисциплины «Биоэтика» согласуются с ведущими теоретическими и клиническими медицинскими кафедрами.

Исходя из понимания биоэтики как современной медицины в контексте моральных норм и прав человека, на первом этапе обучения студенты овладевают знаниями о сущности морали, ее месте и роли в деятельности врача и функционировании медицины в целом, изучают основные моральные категории и их трансформацию в отрасли медицинской деятельности. Реализация таких моральных принципов как информированное согласие и конфиденциальность, приоритет прав человека и патер-

---

<sup>1</sup> Новикова А.М. Педагогика. Словарь системы основных понятий. М., 2013, с. 369.

<sup>2</sup> Бермант-Полякова О.В. О психодинамическом подходе к преподаванию биоэтики студентам медицинских университетов // Биоэтика, 2015, № 1, с. 31.

нализм нередко создают конфликт интересов врача и пациента. Студентам подчас трудно разрешить сложную нравственную коллизию и на помощь приходит преподаватель. В процессе обучения используются такие интерактивные формы работы как дискуссия по обсуждению сложных нравственных ситуаций в клинической практике, постановка проблемных вопросов, эвристических заданий и формирования умений их логического осмысления. Особое внимание уделяется изучению морального компонента таких жизненно важных проблем как репродукция человека, его психическое здоровье, трансплантация органов, эвтаназия и др.

Второй этап компетентностного подхода предполагает формирование культуры диалога, умения давать мировоззренческие оценки, аргументированной защиты собственной нравственной позиции. Учитывая, что в ныне действующем учебном плане значительно сокращено количество лекций, информацию для аргументированных дискуссий студенты по рекомендации преподавателя самостоятельно получают из учебной литературы и электронных средств. Основной формой работы, позволяющей создать проблемное поле обучения, в рамках которого проводятся ролевые игры, решаются ситуационные задачи, являются семинары.

На заключительном этапе курса биоэтики студент должен овладеть умением анализировать специальные тексты, навыками публичной речи, научиться дискутировать по значимым морально-правовым проблемам современной медицины. Проведенные итоговые учебные конференции в группах на тему «Современная медицина и биоэтика» показали интерес студентов к дисциплине, знание основных проблем, умение отстаивать собственную позицию по спорным вопросам в деятельности врача. При обсуждении роли и места врача в деятельности, связанной с искусственным прерыванием жизни (аборт, эвтаназия) абсолютное большинство студентов высказались за то, что главное в работе доктора – милосердие, справедливость, внимание к больному, его долг лечить, а не убивать человека. Конечно, сформированное представление о должном в медицине, получит дальнейшее развитие в формировании нравственной компетенции врача в курсе клинических дисциплин и на практике.

Со времен Клятвы Гиппократы в нравственный кодекс врача добавлено обязательное требование – постоянно учиться. В подготовке врачебных кадров в настоящее время это обретает особый смысл. Системное обновление знаний обусловлено высокими темпами развития современной технологичной медицины, появлением ранее неизвестных заболеваний, различного рода мутаций, происходящих в организме человека, и в этой

связи, совершенствованием диагностики и методов лечения. Поэтому одна из важнейших задач высшей школы заключается в том, чтобы научить студентов самостоятельно добывать знания. Рабочей программой по биоэтике предусматривается самостоятельная подготовка студентов к занятиям, выполнение тестовых заданий, теоретическое обоснование в аргументация проблемных ситуаций, выполнение индивидуальных и групповых творческих заданий. Под руководством преподавателей студенты готовят доклады, презентации, пишут эссе. Для публичного обсуждения выносятся такие вопросы как добро и зло в русской философии, этические комитеты, этико-правовые аспекты проведения медицинских экспериментов, алкоголизм и наркомания как социальное и моральное зло и др.

Важнейшим разделом в учебной дисциплине является контроль качества знаний студентов. Разработан фонд оценочных средств для текущего и промежуточного контроля в виде тестов, контрольных вопросов по темам, ситуационных заданий, вопросов для зачетов.

Таким образом, комплексный подход к решению образовательных и воспитательных задач, заключающийся в формировании умений получать новые знания, осмысливать их в рамках нравственной здравоохранительной философии и проектировать в соответствии с этим свою будущую профессиональную деятельность позволит подготовить компетентного специалиста.

## **А.А. Богданов: врач, естествоиспытатель и философ. Подвиг во имя науки**

**Комова Н.В.**

*Наука движется толчками в зависимости  
от успехов, делаемых методикой.  
С каждым шагом методики мы поднимаемся  
ступенью выше, с которой открывается  
нам более широкий горизонт с невидимыми  
ранее предметами.*  
И.П. Павлов

Посвящаем свои заметки Александру Александровичу Богданову (настоящая фамилия Малиновский). В августе исполнится 145 лет со дня его рождения, 7 апреля исполнилось 90 лет со дня

гибели. Родился в г. Соколка Гродненской губернии в семье народного учителя.

Богданов был энциклопедистом: философ, естествоиспытатель, экономист, революционер, писатель-фантаст, *врач*, создатель оригинальной науки тектологии, главный идеолог Пролеткульта, *организатор и директор первого в мире Института переливания крови*. Он прожил замечательную жизнь, активно участвовал в современных событиях, оставил многогранное творческое наследие. Во время I-й мировой войны Богданов служил полковым врачом по пунктам военнопленных. С 1921 г. – д.ч. Института научной философии при МГУ, в 1922 г. откомандирован в Лондон в качестве эксперта-экономиста Народного комиссариата внешней торговли. Изучает практику британской гемотрансфузиологии, стажирруется в передовых клиниках, закупает на личные средства новейшее оборудование для переливания крови. Идея о целительности гемотрансфузий посетила Богданова, когда он изучал протозоологию в Харьковском университете, славившемся своей школой протистологов. У простейших его внимание привлекло явление конъюгации, когда одноклеточные «омолаживаются», обмениваясь частями цитоплазмы. По аналогии с этим, Богданов предположил, что обмен кровью может оказывать омолаживающий и укрепляющий резистентность эффект. По возвращении из Англии Богданов создает «организацию физиологического коллективизма», члены которой – группа энтузиастов, товарищи Богданова по эвакогоспиталю – практикуют взаимные группосовместимые переливания крови в амбулаторных условиях, вначале дома у самого Богданова, затем в частной клинике. Выдающийся интеллектual (никогда не защищавший никаких формальных диссертаций), профессор политэкономии МГУ, избирается членом новой Социалистической (с 1924 г. – Коммунистической, затем вошла в АН СССР) академии, входит в ее президиум. По данным проведенного в 1903 году опроса учащейся молодежи, Богданов назван одним из наиболее читаемых авторов по общественным и гуманитарным наукам. В 1908 году опубликован роман Богданова «Красная звезда», первая социалистическая утопия, оптимистический роман с глубокой верой в прекрасное будущее. На Марсе осуществлен социалистический идеал – о таком обществе для земного человечества мечтает автор.

В романе впервые поставлена проблема продления человеческой жизни путем переливания крови. Всеобщий обмен кровью служит для обновления организма, повышения долголетия, частичного омоложения. Гуманист Богданов мечтал о пролетарской солидарности всех людей мира. Коллективное начало коммунистического общества марсиан – «товарищеский обмен

жизни не только в идейном, но и в физиологическом существовании». Что касается научно-технических прогнозов Богданова, они поражают даже сейчас. Синтез белка, синтетические материалы, минус-материя, отрицательное тяготение, космические корабли с атомными двигателями, полная автоматизированность техники, широкое использование вычислительных машин. Впервые в мировой фантастике Богданов описал космическое путешествие. Он блестяще предвосхитил многие проблемы «постиндустриального общества»: загрязнение окружающей среды, недостаток естественных ресурсов. Богданов первым обрисовал возможности мирного использования атомной энергии и первым предупреждал человечество об опасности атомного уничтожения. Мы знаем много утопий, среди них богдановская – одна из лучших.

Богданов жил в обществе революционных потрясений и кризиса в физике, он понимал, что для описания сложного мира нужна новая парадигма научного мышления. Новый стиль научного мышления предполагал универсальные, энциклопедические знания, преодолевающие ограниченность сугубо специализированного подхода. Если не считать практической организационной деятельности Богданова в Институте переливания крови, основателем и директором которой он был, вершиной его научного и философского творчества следует считать создание тектологии, науки совершенно нового типа, способной раскрыть мир во всем его многообразии и единстве. Тектология (от греч. *tekton* – строитель, творец и *logos* – учение) была одной из первых попыток выявления и анализа общих закономерностей природы, общества и мышления с одной особой, организационной точки зрения. Тектология, по замыслу ее создателя, обобщает материал различных отраслей человеческой деятельности, *«берет для себя материалом всевозможные элементы природы и жизни, чтобы их комбинировать, связывать одними и теми же методами, по одним и тем же законам»*. Качественно новым в тектологии явился переход от метода аналогии к выявлению общих закономерностей становления и функционирования новых систем. В тектологии также использовалась впервые одна из основных идей кибернетики – идея обратной связи, которую он называл «бирегулятором». Богдановская тектология явилась прообразом теории систем и кибернетики. Объединяя специализированные научные методы, Богданов создал уникальную концепцию системного подхода к анализу явлений в природе и социуме. Тектология по поставленным задачам, по своему подходу, по используемым методам решения задач и проблем является прототипом современной методологии. Тектология была задумана как наука о строительстве социализма

на основе всего социально-экономического и культурного опыта человечества. По мнению Богданова, когда в процессе абстрагирования выяснены общие законы, то дедукцией дается твердая опора для планомерной организационной деятельности – практической и теоретической. Полный расцвет тектологии будет выражать сознательное господство людей как над природой внешней, так и над природой социальной. В будущем обществе наука, идеология и производство станут единым целым, и тогда человечество, разделенное на группы и классы, станет самим собой. Даже то у Богданова, что казалось явным заблуждением передовым ученым прошлого века, имеет шансы сбыться в веке нынешнем.

В начале XX в. на Западе стал очень популярным эмпириокритицизм, разновидность позитивизма. Богданов назовет его прогрессивной философией современного естествознания. Ленин пишет книгу «Материализм и эмпириокритицизм», называет Богданова позитивистом, махистом, «ревизионистом», добивается исключения Богданова из всех большевистских органов. Богданов ответил на это книгой «Падение великого фетишизма: Вера и наука», назвал мышление Ленина тоталитарным, с притязанием на абсолютную истину. Все системы идей отражают свое время и определенные системы производственных отношений, марксистская теория не исключение. В «Инженере Мэнни» Богданов пишет о недопустимости монополии на принятие решений. В результате его имя на долгие десятилетия было вычеркнуто из отечественной истории. Кибернетику, как и многое другое, мы будем заимствовать у Запада.

В 1924-1926 гг. Богданов сосредоточился на клинической и научно-организационной работе по гемотрансфузиологии. В 1924 г., по возвращении из Англии, Богданов создает *«организацию физиологического коллективизма»*, члены которой – группа энтузиастов, товарищи Богданова по эвакогоспиталю – практикуют взаимные группосовместимые переливания крови в амбулаторных условиях, вначале дома у самого Богданова, затем в частной клинике. Богданов организовал частную группу по исследованиям переливания крови, желая практически проверить заманчивую идею «коллективной борьбы за жизнеспособность», выдвинутую им в «Красной звезде». Служба переливания крови была необходима стране, и Богданов надеялся помочь восстановлению сил работников, ослабевших в условиях напряженного хозяйственного строительства. С 1926 г. он директор созданного им Института переливания крови – первого в мире. За 1924-1928 гг. были проведены обменные переливания крови у 11 человек (в том числе 6 – у Богданова). Все переливания проводились на близких и родственниках. Спустя неделю отмечалось: улучшение

самочувствия, через месяц – крепкий сон, повышение работоспособности, улучшение зрения, уменьшение возбудимости сердца, увеличение жизненной емкости легких. Богданов обобщает первые результаты и излагает основные идеи исследований в своей главной медико-биологической книге *«Борьба за жизнеспособность»* (1927). Он выступает здесь и как патофизиолог, теоретик учения о реактивности и резистентности организма, развивает мысль о том, что обмен кровью может обогатить индивидов приобретенной составляющей реактивности каждого из них. Описывает взбадривающее и даже омолаживающее действие гемотрансфузий на реципиентов и доноров, в том числе – себя самого, теоретизирует по поводу возможного применения метода в экспериментальной геронтологии и гериатрии – для продления жизни и улучшения ее качества. Богданова, испытавшего влияние философа бессмертия Н.Ф. Федорова, вместе с А.А. Богомольцем, развившим это направление, можно по праву считать основоположниками экспериментальной геронтологии в СССР.

А.А. Богданов после перенесенной в феврале 1928 г. операции аппендектомии 24 марта обменивается кровью со студентом, страдающим неактивной формой туберкулеза легких и перенесшим в прошлом малярию. В результате 12-го переливания крови у Богданова уже через 3 часа началась глубокая трансфузионная реакция, вызванная гемолизом, вследствие которой на 15-й день болезни, при явлениях уремии, наступила смерть. Причина такой тяжелой реакции осталась невыясненной. Богданов в начале заболевания и до самых последних минут жизни, преодолевая боль, проводил самонаблюдение и вел записи болезни, отказываясь от своевременной врачебной помощи, и даже смерть свою превратил в научное исследование. Перед тем как окончательно потерять сознание, Александр Богданов завещал свой мозг Институту мозга. 13 апреля 1928 г. Институту было присвоено имя А.А. Богданова (Малиновского). В 1937 г. имя исчезло из названия – в 1990 г. имя Богданова восстановлено в названии Института.

К 1940 г. программа создания передовой гемотрансфузиологической службы в СССР была реализована: страна имела 1,7 млн. литров донорской крови в год, были созданы первые в мире банки крови, самое массовое донорское движение. В том, что вторую мировую войну Советский Союз встретил с подготовленной, развитой службой переливания крови – большая заслуга Александра Александровича Богданова. Сейчас метод обменной гемотрансфузии практикуют, например, в лечении тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных и ряда гематологических заболеваний.

Некоторые исследователи отмечают сегодня влияние Богданова на развитие современной биомедицинской кибернетики и находят прямую связь с его тектологическими идеями, которые органично вписываются в систему врачебного мышления. Физиологи В.В. Парин и Р.Е. Баевский, описывая управленческие функции для живых систем, используют богдановскую «эгрессию» применительно к геронтологии. Эндокринолог М.М. Завадовский сформулировал принцип «плюс-минус взаимодействий» (обратных связей) в эндокринологии, ввел термин «биотехнология». Его идеи были развиты патофизиологами. В настоящее время высказываются пожелания, чтобы в новый образовательный стандарт было введено преподавание биомедицинской кибернетики будущим врачам.

Итак, Богданов – не в прошлом. Сегодня труды русского мыслителя изучают во всем мире. Медико-биологическое наследие Богданова разнообразно и содержит труды по учению о рефлексах, по происхождению жизни и по танатологии. Богданов, проживший недолгую жизнь, оставил около 200 томов трудов. Мы старались показать величайшего ученого, гуманиста, лучшего из людей России и мира. Богданов – наша гордость.

*Литература:*

Богданов А.А. Тектология.

Богданов А.А.. Философия живого опыта.

## **Качественные характеристики занятий по физическому воспитанию**

***Кудрявцев В.Д.***

Физическое воспитание в вузе как завершающая ступень системы физического воспитания молодежи решает очень важную специфическую задачу.

Оно призвано не только довести физическую подготовленность занимающихся до определенных высоких показателей, но и значительно повысить уровень образования в области физической культуры.

Кроме того, необходимо воспитать к ней положительно активное отношение, при котором только и можно сделать её достоянием каждого человека.

Все это предъявляет высокие требования к качеству проведения занятий по физическому воспитанию.

Многочисленными исследованиями установлено, что качество проведения занятий в вузе определяет отношение студентов к учебному процессу, а также их отношение к занятиям физической культурой в свободное время.

Однако, содержание понятия качество «проведения занятий» по физическому воспитанию в вузе разработано еще недостаточно, что служит существенным препятствием для его изучения и совершенствования.

Обобщенный же критерий качества проведения занятий, результаты, достигнутые в физической подготовленности студентов недостаточен по целому ряду причин.

Во-первых, он не учитывает сдвигов этих показателей, во-вторых, касается только непосредственных задач физического воспитания в вузе и, наконец, в-третьих, не раскрывает внутренних сторон процесса физического воспитания, благодаря которым решаются эти задачи.

Опосредованные и отдаленные цели, такие, как укрепление здоровья, физическое совершенствование, не всегда достаточный стимул для сознательного и активного двигательного поведения.

Это положение необходимо учитывать в практике при использовании любых средств и методов физического воспитания и ставить перед студентами не только общие, но и по возможности конкретные, непосредственные, пусть даже условные цели и задачи, раскрывать их смысл.

Этим, в частности, определяется предпочтение, отдаваемое студентами спортивным играм по сравнению с другими средствами физического воспитания.

Целенаправленность занятий можно рассматривать в трёх аспектах: образовательном, воспитательном и оздоровительном.

Образовательный аспект характеризуют следующие показатели: сообщение задач и распределении отдельных заданий, привлечение студентов к анализу и исправление ошибок при выполнении движений.

Воспитательный аспект предполагает решение задач совершенствования двигательных качеств, а также трудовых, нравственных, умственных и эстетического развития.

Это общие требования к любой сфере педагогической деятельности, особенно усиливается в области физического воспитания, так как в двигательной деятельности личностные качества проявляются особенно ярко.

Оздоровительный аспект характеризуется: постепенным возращением физической нагрузки, её интенсивностью и плотностью занятий, определением внешних признаков утомления по

показателю пульса и общим контролем за студентами на занятиях.

Эффективность занятий как результат их целенаправленности и значимости должна быть наглядной для студентов.

Этого можно добиться при помощи различных тестов физической, технической и функциональной подготовленности.

Качество проведения занятий зависит от следующих компонентов: целесообразности и последовательности заданий, их разнообразия и новизны, эмоциональности, оптимального соотношения доступности и сложности предлагаемого от пола и уровня подготовленности студентов.

Кроме того, важнейшей группой показателей качество являются отношение студентов к занятиям и отношения между преподавателями и студентами.

## **О некоторых аспектах инклюзивного обучения учащихся с расстройствами аутистического спектра в условиях общеобразовательной школы**

***Лобзова Л.А.***

В 2012 г. Россия присоединилась к Конвенции ООН о правах инвалидов. Следствием этого шага стало развитие в нашем государстве системы инклюзивного («включенного») образования для учащихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). Инклюзивное образование – это процесс совместного обучения и воспитания учащихся с ОВЗ в среде нормально развивающихся сверстников с учетом их особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Новый закон «Об образовании в РФ» (вступил в силу 1 сентября 2013) сделал инклюзивное образование возможным и доступным для всех категорий учащихся: согласно этому документу родители и законные представители ребенка с ОВЗ наделены правом выбора как формы получения образования, так и образовательного учреждения по месту жительства семьи.

Среди множества категорий учащихся с ОВЗ выделяется достаточно обширная группа детей, имеющих расстройства аутистического спектра (далее – РАС).

Сегодня РАС рассматривается как общее расстройство развития, то есть это не заболевание, но тяжелое нарушение

психического развития. Проявления аутизма очень разнообразны, но наиболее частые характеристики – невозможность устанавливать полноценный контакт с людьми, крайняя отгороженность от внешнего мира, слабая реакция на внешние раздражители, стереотипный и достаточно узкий круг интересов. При этом у многих детей диагностируется легкая или умеренная умственная отсталость, вместе с тем РАС диагностируются и у детей, чье интеллектуальное развитие оценивается как нормальное и даже высокое. Нередки случаи, когда дети с выраженным аутизмом проявляют избирательную одарённость.

В соответствии с СФГОС существуют четыре разных варианта программы обучения детей с РАС, подразделяемые по степени интеллектуального развития ребенка.

Программа 8.1: по ней обучаются дети с сохранным интеллектом. Уровень их итоговых достижений должен быть таким же, как у сверстников.

Программа 8.2: по этой программе обучаются дети с РАС, имеющие задержку психического развития. Их уровень итоговых достижений также должен соответствовать уровню сверстников, но учатся они в более пролонгированные сроки. Если ребенок ранее посещал дошкольное учреждение и получал психолого-педагогическую коррекцию, срок его обучения в начальной школе составит пять лет. Если такового он не посещал – он будет учиться шесть лет.

Программа 8.3 предполагает обучение детей с легкой и умеренной степенью интеллектуального нарушения. Предполагаемый уровень их итоговых достижений не соответствует уровню сверстников, они учатся по адаптированным учебникам. Срок обучения в начальной школе для таких детей – 6 лет.

Программа 8.4 – для детей с тяжелой степенью задержки интеллекта и множественными нарушениями развития. Срок обучения по программе – 6 лет, предполагаемый уровень итоговых достижений значительно отличается от уровня сверстников, при этом основной акцент делается в большей степени на социализацию ребенка, чем на академические успехи. Примерно 70% образовательной программы будет направлено на освоение ребенком бытовых навыков и жизненных компетенций.

Что касается вариантов организации обучения для детей с РАС, то они могут быть различными.

В том случае, когда можно говорить о полноценной инклюзии, ребенок с РАС включается в первый класс и обучается в нем при сопровождении тьютора, с учетом всех представленных ему необходимых образовательных условий. Такой вариант включения возможен для детей, имеющих опыт фронтального обучения,

и овладевших программным материалом дошкольного образования, и не имеющих грубых поведенческих нарушений.

Другой вариант предполагает создание условий индивидуального обучения ребенка по программе начальной школы, наличие всего комплекса психолого-педагогического сопровождения ребенка и его включение на фронтальные занятия с классом на предметах неосновного цикла, классных часах, на занятиях в рамках дополнительного образования вместе с другими учениками общеобразовательного класса.

Третий вариант предполагает создание специального класса, состоящего из нескольких детей с различными вариантами расстройств аутистического спектра (класс для детей со сложной структурой дефекта) примерно одного возраста. В идеальном варианте классным руководителем такого класса, и одновременно учителем, ведущим отдельные предметы должен стать учитель-дефектолог. В таком классе обязательно работает ассистент педагога – тьютор.

Если по заключению психолого-медико-педагогической комиссии ребенку полагается помощь тьютора в обучении, то школа должна предоставить ему тьюторское сопровождение. Для этого в школе вводится дополнительная штатная единица. Тьютор в обязательном порядке имеет высшее педагогическое образование. В его обязанности входит непосредственная помощь учащемуся в образовательном процессе:

- сопровождение учащихся в режимных моментах школьной жизни;
- проведение индивидуальных занятий с учащимися в соответствии с их индивидуальными образовательными программами;
- сопровождение учащихся на уроках в общеобразовательном классе в соответствии с индивидуальной частью адаптированной образовательной программы, индивидуальным расписанием учащегося, а также расписанием общеобразовательного класса, в который он зачислен;
- организация совместной деятельности учащегося с одноклассниками из общеобразовательного класса;
- адаптация учебных материалов, используемых на уроках в общеобразовательном классе, к возможностям и потребностям учащегося с РАС.

Как и любое нововведение, развитие инклюзивного обучения детей с РАС в массовой школе требует грамотного разрешения ряда проблем и спорных вопросов различного характера.

Само по себе инклюзивное обучение, даже в сопровождении индивидуального тьютора, не является гарантией качества полученного образования. О качестве возможно говорить только тогда, когда созданы соответствующие потребностям учащегося с

РАС специальные образовательные условия, и обучением занимаются специалисты, имеющие необходимую квалификацию.

Учителя в массовой школе, которые до настоящего момента близко не сталкивались с особенностями обучения детей с РАС, часто не владеют в полном объеме необходимыми знаниями, приемами и методиками специального обучения. Инклюзивное обучение этой категории учащихся предполагает наличие у педагогов системы специальных знаний в области анатомии, физиологии, специальной психологии, дефектологии и социальной работы. Курсы повышения квалификации, как правило, не решают проблему получения учителями массовой школы таких знаний в связи с небольшим объемом часов, выделяемых на ознакомление с особенностями детей с РАС и спецификой их обучения.

Кроме того, некоторые педагоги отрицательно относятся к самой идее внедрения инклюзивного образования. Его реализация доставляет им массу дополнительных трудностей, но не всегда компенсируется существенным материальным вознаграждением.

К числу проблем инклюзивного образования, в т. ч. учащихся с РАС, необходимо также отнести и несовершенство нормативных документов регламентирующих инклюзивное обучение. Пока в стадии разработки находится закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья», нет положения об инклюзивном обучении, где были бы определены права и обязанности образовательного учреждения и родителей. Это приводит, в первую очередь, к значительному притоку в массовые школы обучающихся с выраженными нарушениями развития, в т.ч. со сложной структурой дефекта (РАС, осложненные нарушением интеллектуального развития, выраженным недоразвитием или отсутствием речи, детским церебральным параличом, различными тяжелыми соматическими заболеваниями и пр.). В этой ситуации реализация даже адаптированной образовательной программы для данной категории обучающихся представляет значительные сложности.

Отсутствие четко определенной в нормативных документах структуры специального образовательного процесса нередко является причиной завышенных ожиданий родителей обучающихся с РАС от школы. В различных образовательных учреждениях вопрос вмешательства родителей в образовательный процесс и степень их ответственности за образовательные достижения учащихся решается по-разному. В ряде школ специальные классы, называемые «ресурсными», открываются не по инициативе образовательного учреждения, а по инициативе родителей. В этом случае вопрос финансирования работы такого класса во многом решается за счет самих родителей, при этом они наделяются достаточно

широкими правами в плане определения содержания образования их детей, контроля и оценки качества работы специалистов, выбора стратегии и методов обучения и пр. Это нередко становится причиной возникновения различных конфликтных ситуаций между родителями, администрацией и специалистами.

Стоит отметить и неготовность общества к принятию детей с ограниченными возможностями здоровья. В частности, стоит отметить нежелание родителей здоровых детей обучать их совместно с детьми с РАС. Кроме того, у родителей здоровых детей возникают опасения, что инклюзия понизит качество обучения их детей. Опасения эти, к сожалению, небезосновательны, в силу того, что нередко инклюзия детей с РАС в массовую школу осуществляется поспешно, не имеет продуманной структуры, не проводится достаточная подготовка специалистов либо она осуществляется формально, не всегда имеется достаточная для создания специальных образовательных условий материальная база.

К числу проблем инклюзивного образования стоит также отнести и недостаточное финансирование образовательных учреждений. Это влечёт за собой в первую очередь острую нехватку штатных специалистов, занимающихся инклюзивным обучением детей с РАС: учителей-дефектологов, тьюторов, психологов, дефектологов, логопедов. Большинство школ сталкивается с проблемой отсутствия помещений для учебной деятельности (для фронтальной и индивидуальной работы); игровых комнат и сенсорных зон; помещений для работы с дефектологами, психологами, логопедами; специальной мебели; особых технических средств обучения и оборудования.

## **Биоэтика как гуманистическое основание биомедицинского образования**

*Т. В. Мишаткина*

Эффективность и гуманизация подготовки специалистов биомедицинского профиля во многом зависит сегодня от включения в систему биомедицинского образования социально-правовых и моральных ценностей и приоритетов – **биоэтических ценностей и приоритетов**. Не случайно одной из деклараций ЮНЕСКО является Всеобщая Декларация «О биоэтике и правах человека», связавшая два феномена: биоэтику и права человека. Однако

чтобы стать фактором реализации прав человека в обществе, биоэтические принципы, ценности и приоритеты должны быть человеком получены, осмыслены и приняты в качестве личного регулятива его профессионального поведения. Это может быть достигнуто путем **биоэтического образования**, которое может рассматриваться как один из важных факторов образования в области биомедицины. Основанием для такого подхода и утверждения выступает, прежде всего, **содержание** самого биоэтического знания. Достаточно обратиться к **структуре биоэтики**, которая включает в себя в качестве основных три круга проблем, каждый из которых по-своему затрагивает моральные аспекты биомедицинской деятельности, исследуя

- во-первых, специфическое проявление традиционных и относительно новых общечеловеческих моральных принципов, ценностей и норм, заявляющих о себе сегодня в сфере жизнеобеспечения и здоровья граждан;
- во-вторых, нравственные коллизии, возникающие в конкретных ситуациях в результате бурного развития современных биотехнологий и создающие ситуативные (казусные) прецеденты, касающиеся жизни и здоровья человека;
- в-третьих, «новые» межличностные отношения, возникающие в процессе биомедицинских исследований и лечения людей в условиях демократизации или, напротив, авторитаризации общественных связей и отношений и затрагивающие вопросы прав, свободы и достоинства личности.

**Первый круг проблем биоэтического знания**, в свою очередь, предполагает два этических аспекта.

1. Обращение к высшим общечеловеческим моральным ценностям, которые несут в себе гуманистический смысл защиты прав и достоинства человека, таких как *Добро и Благо, Страдание и Сострадание, Долг и Совесть, Честь и Достоинство, Свобода и Ответственность*. В биоэтике они обретают особую специфику, что иногда приводит даже к рассогласованию их восприятия и оценки между «обычными» людьми (пациентами) и профессиональными медиками. Это наглядно видно на примерах страдания и сострадания, демонстрирующих иногда неизбежность и даже полезность первого и сомнительное значение и опасность второго; или взаимосвязи страдания, боли и человеческого достоинства, которая лежит в основе как нарушения прав человека во время пыток и жестокого обращения, так и решения вопроса об эвтаназии. Особое место здесь занимает проблема свободы. Новая автономная модель биоэтики дает простор для реализации права человека на личную свободу, ставит каждого из нас перед **выбором**, который в сфере жизни и здоровья, конечно же, не является однозначным и простым и может быть весьма

мучительным. Однако право на свободу дает, например, медику и биологу-исследователю право на риск, на поиск, а человека делает хозяином своей судьбы, здоровья, жизни.

2. Однозначная экспликация сущности и критериев *Жизни* человека как высшей ценности, которая определяет такие базовые права человека, как его **право на Жизнь** и такое же естественное **право на Смерть**. Отсутствие единства в их понимании, определении их статуса и критериев трагически сказывается на судьбах людей, ждущих, например, пересадки донорских органов от умерших людей, и тем самым лишает их права на жизнь. Неопределенность позиции и специалистов, и населения по вопросу определения начала человеческой жизни по-прежнему является основанием (причиной?) огромного количества бездумных беременностей и столь же бездумных аборт, лишая права на жизнь потенциально возможного человека. Признание или отрицание, наряду с правом на жизнь, права человека на собственную безболезненную смерть – эвтаназию (вопрос, который особенно остро встал в последнее время) – это тоже биоэтическая проблема. И, конечно же, чрезвычайно важен вопрос о признании приоритетности человеческой жизни как наивысшей ценности. Когда в качестве приоритета признается нечто иное, внешнее, например, спорт или победа российской сборной в футбольном матче и награждение спортсменов миллионными призами, тем самым автоматически отнимается надежда и право на жизнь у детей, которых можно было бы спасти за счет дорогостоящего лечения. В контексте права любого человека на жизнь может рассматриваться и проблема смертной казни. Все эти биоэтические проблемы должны осознаваться обществом (для чего и необходимо биоэтическое образование специалистов и просвещение населения), а их решение должно стать делом совокупных усилий не только медиков, но и философов, правоведов, этиков, юристов, представителей религиозных конфессий. А это, в свою очередь, выступает необходимым основанием практической деятельности трансплантологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов и других специалистов, имеющих дело с нашей жизнью и здоровьем, особенно в «пограничных ситуациях» человеческой жизни.

**Второй круг проблем биоэтики** порождается развитием и достижениями медицины и биотехнологий, которые проявляются каждый раз в конкретных, неповторимых ситуациях, сказываются на отдельных человеческих судьбах и становятся прецедентами в обширном поле прав человека. Многочисленность и вариативность подобных ситуаций порождает так называемые «*открытые*» вопросы, к числу которых относятся:

- уже упоминавшаяся проблема эвтаназии, ставшая столь актуальной именно в результате достижений медицины по продлению жизни человека (и зачастую его страданий);
- проблемы трансплантации, проблемы реанимирования и связанное с ними право человека на достойную жизнь и столь же достойную смерть;
- нравственно-правовые проблемы искусственного оплодотворения, установления критериев нормы и патологии человеческого зародыша и его прав;
- проблема предвидения и предотвращения негативных последствий медико-биологических, особенно генетических, исследований и экспериментов на человеке, в частности определение меры ответственности исследователя и степени риска испытуемого, права человека на конфиденциальность, недопустимость дискриминации по генетическим показателям.

Решение этих и других ситуативных проблем биомедицины во многом зависит от биоэтической компетентности специалистов и этической позиции общества – *гуманистической* или *авторитарной*. Поэтому сегодня биоэтика рассматривается не только как новая самодостаточная отрасль теоретического и прикладного знания, но и как область знания, овладение которой необходимо для соблюдения и утверждения прав человека, в частности его права на пользование достижениями научного прогресса.

Решение практических задач биомедицины в рамках **третьего – деонтологического круга проблем биоэтики**, регулирующего сугубо специфические отношения врача и пациента в сфере медицины, также во многом зависит от биоэтических **моделей отношений** в медицине: традиционной *патерналистской* или современной, *автономной*, признающей автономные права человека на собственную жизнь и здоровье. Социально-гуманистическим ожиданиям общества отвечают, прежде всего, так называемые **универсальные биоэтические принципы**, выдвигаемые международной общественностью и научно-медицинским сообществом. Это, в частности принципы, разработанные Хельсинкской декларацией (1964), Международной Конвенцией Совета Европы «О правах человека в биомедицине» (1997), Всеобщей Декларацией ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (2005) и др. В число основных они включают принцип *автономии личности* (уважение ее права на самоопределение и независимость); *стремление к обеспечению блага и непричинению зла*, базирующиеся на фундаментальных демократических ценностях – солидарности, соучастии, сострадании; принципы *справедливости, уважения достоинства, целостности* человеческой личности и признание ее *уязвимости*. Каждый из этих

универсальных биоэтических принципов является основанием для формирования и соблюдения других, не менее значимых принципов, таких как *конфиденциальность*, *информированность*, *добровольность* принятия решения, а все вместе они выступают гарантией соблюдения прав человека. Так, требование на получение и распространение достоверной биоэтической информации (принцип информированного согласия) выступает как гарантия (залог, основание) соблюдения прав человека.

### ***Каким же быть биоэтическому образованию сегодня?***

Проблемными не только для Беларуси, но требующими решения и обсуждения на международном уровне, выступают здесь вопросы: **чему** необходимо учить, **кого** следует учить и **кто** должен этим заниматься.

Ответ на первый вопрос заключается в содержании проблемных кругов биоэтики, а также принципов и норм, предложенных ЮНЕСКО во *Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека*.

Ответ на второй вопрос выявляет такое многообразие групп лиц, нуждающихся в биоэтическом образовании – и студентов, и медицинских работников, и представителей администрации в сфере здравоохранения, и членов Комитетов по биоэтике, и самих пациентов и испытуемых, и населения, из которого «рекрутируются» испытуемые, и представителей СМИ, влияющих на общественное мнение, – что следует, пожалуй, говорить о всеобщей востребованности биоэтического обучения. Дело в том, что низкий этико-образовательный уровень – проблема не только Беларуси и постсоветского пространства, но и многих других стран. Причем, даже тогда, когда этот уровень можно признать удовлетворительным, оказывается, что медико-этическая образованность носит традиционно-патерналистский характер. Так, мы никак не можем привыкнуть к тому, что право человека на жизнь и смерть – это его право, а не врача, исследователя, законодателя. Это ставит нас перед необходимостью формирования у медиков, биологов, генетиков, у политиков и обычных граждан новой гуманистической этической установки, что и достигается путем биоэтического образования и просвещения.

По-прежнему остается открытым третий вопрос биоэтического образования. *Кто* должен учить биоэтике – и профессионалов, и «профанов»: медики (биологи) или этики? Имеются соображения *pro* и *contra* как по поводу первых, так и вторых. Истина, как всегда, находится посередине. Наверное, сначала этики должны научить этике и биоэтике преподавателей-медиков, затем совокупными усилиями и этики, и медики должны осуществлять биоэтическое просвещение остальных групп населения.

Сегодня в Республике Беларусь выстраивается три уровня биоэтического образования. Первый – биоэтическое образование будущих профессионалов – студентов медицинских вузов. Главное в биоэтическом образовании студентов-медиков – формирование их способности к постоянной рефлексии над проблемами жизни и смерти человека, устойчивой ориентации и готовности в своей практической деятельности руководствоваться принципами и нормами биоэтики.

На втором уровне ставится задача повышения биоэтической компетентности действующих медиков через систему повышения квалификации. Здесь положение сложнее: система пока не сложилась, хотя определенные достижения и имеются.

Третий, самый «запущенный» участок работы – биоэтическое просвещение населения. Здесь уровень отсталости и некомпетентности, влияющий на общественное мнение и принятие решений по жизненно важным вопросам – от «информированного согласия» до принятия законов, требует незамедлительного вмешательства. Наиболее оптимальный путь – формирование грамотного общественного мнения населения через подготовленные на современном уровне СМИ.

Таким образом, эτικο-гуманитарная подготовка специалистов биомедицинского профиля – важнейшая социальная задача, решение которой призвано существенно повлиять на процесс оптимизации работы в области здравоохранения. При этом задача состоит не только в том, чтобы описывать преломление, трансформацию моральных норм в профессиональной среде, но и в том, чтобы выявить способы их реализации в конкретных жизненных ситуациях. В этом плане важнейшая функция биоэтики – перемещение моральных ценностей из идеальной, умозрительной сферы бытия в практическую, что поможет поднять медицину до уровня общих моральных требований, не допуская отступлений от них под прикрытием специфики конкретных ситуаций.

## **Институциональный диалог: медицинское право и биоэтика**

*Мухамедова З.М. Туйгунов Н.*

Проблема обеспечения и защиты конституционного права граждан на медицинскую помощь имеет сложный многоплановый характер, решение которой требует интегрированного межот-

раслевого подхода. Вместе с тем, попытки ее комплексного изучения до сих пор предпринимались в основном судебными медиками. Так, в Узбекистане для студентов юридических вузов издавались учебники «Судебная медицина». В 2008 г. профессор А.И. Искандаров с соавторами, а в 2012 г. профессор З.И. Гиясов выпустили учебники для студентов медицинских вузов под названием «Правовые основы врачебной деятельности». Авторы учебника отмечают преемственность обучения предметам «Судебная медицина» и «Правовые основы врачебной деятельности», подчеркивая, что «Правовые основы врачебной деятельности» – это наука и правовая регламентация деятельности медицинских работников в Республике Узбекистан, изучаемая студентами 7 курса на кафедре судебной медицины. В 2017 г. коллективом авторов кафедры организации, экономики и управления здравоохранением Ташкентского института усовершенствования врачей и Ташкентского Государственного Юридического института выпущен учебник «Медицинское Право». Отметим, что это первый опыт создания подобного учебника, несмотря на то, что подготовки необходимых рычагов научного, учебно-методического и прикладного направлений по развитию медицинского права как отрасли права, законодательства, науки и учебной дисциплины в Узбекистане не было. В республике действует закон о правах потребителей медицинских услуг, но нет закона о правах пациентов, медицинское право представлено фрагментарно в постановлениях, законах, касающихся здравоохранения и медицины. Если обратиться к принятому в 1996 г. Закону Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» то он требует пересмотра, дополнения в контексте соответствия вызовам времени и выполнения задач, поставленных «Стратегией действий»<sup>1</sup> перед медициной и здравоохранением Республики. В настоящее время перед медициной Узбекистана и ее образовательными учреждениями стоят две взаимосвязанные проблемы: структуризации медицинского права и процесс становления и институализации биоэтики – научной дисциплины и сферы практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания. Очевидно, что рассматривать эти процессы изолированно нельзя. Предметом биоэтики является нравственное отношение ко всему живому. Приоритетной ценностью биоэтики является отношение к человеку как живому существу. Это и объясняет причины ее возникновения как науки именно в последней трети XX в. Но эти же причины

---

<sup>1</sup> Указ Президента Республики Узбекистан о стратегии действий по дальнейшему развитию республики Узбекистан [http://old.lex.uz/pages/get-page.aspx?lact\\_id=3107042](http://old.lex.uz/pages/get-page.aspx?lact_id=3107042).

обуславливают и выделение медицинского права в особую отрасль права. Ключевые проблемы медицинского права соотносятся с основными вопросами биоэтики. К ним относятся эксперименты над людьми, защита прав пациентов, проблема аборт, различные аспекты лечения бесплодия, проблема эвтаназии, проблема использования геномодифицированных продуктов, проблемы трансплантологии. Биоэтика как источник права имеет свои отличия от морали вообще и от этики, в частности. Она больше нуждается в правовом оформлении своих принципов и по содержанию и механизму нормативной регуляции ближе к позитивному праву, чем другие области этики. Кроме того, биоэтика, по определению, является единством теоретической и практической составляющих, в то время как этика и мораль четко различаются как теория и практика. Официально взаимоотношения биоэтики и права не оформлены в законодательстве Узбекистана. Назрела практическая необходимость продуманного, взвешенного перевода ряда наиболее острых, социально значимых биоэтических проблем в русло медицинского права. В действующем законе «Об охране здоровья граждан» (1996 г.) не предусмотрены проблемы, связанные с развитием биомедицинских технологий, таких как трансплантация органов и тканей, репродуктивных технологий и т.д. Институциональный диалог медицинского права и биоэтики нашел свое практическое осуществление и в ряде вузов России на юридических факультетах ведется предмет «Уголовное право и биоэтика». Но несмотря на актуальность, сам термин «медицинское право» подвергается сомнению. Так, Ю.Д. Сергеев отмечает: «Представляется, что термин «медицинское право», имеющий огромное значение в становлении и развитии новой отрасли правовой науки, в недалеком будущем действительно необходимо будет трансформировать и привести в соответствие с объемом проблем регулирования и запросами времени. Считаю, что уже сегодня мы доказательно можем говорить о «медицинском праве будущего», новых концепциях и новом, более широком и адекватном термине: «биомедицинское право».<sup>1</sup>

Медицинское право как отрасль науки связана с исследованиями системных и отдельных вопросов юридического регулирования медицинской деятельности. Исходя из представлений о междисциплинарном характере медицинского права (научными разработками в рамках которого занимаются медики, юристы, философы, социологи, специалисты по биомедицинской этике и т.д.) можно определить науку медицинского права как совокупность правовых, медицинских и других взглядов, представ-

---

<sup>1</sup> Сергеев Ю.Д. Биомедицинское право России // Медицинское право, 2006, № 4, с. 3. 326

лений и идей, раскрывающих основные положения и суть медицинского права, определяют развитие в области права в будущем. Медицинское право – это право, представляющее собой совокупность юридических норм, установленных, санкционированных государством, международными организациями, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности. Стремительный рост числа деклараций и документов этического характера, принимаемых национальными и международными профессиональными медицинскими ассоциациями, сопровождается формированием медицинского законодательства, что, в свою очередь, определяет рост востребованности в новом направлении юридической науки – медицинском праве. Согласно закону, любое право может быть ограничено только законом, но в условиях активного развития медицины и биотехнологий, оказалось, что права на защиту здоровья с помощью новых средств диагностики и лечения изменяют и ограничивают другие права вокруг достоинства и неприкосновенности личности. Биоэтика – это совокупность этических норм в области охраны здоровья человека, которая работает до закона. Многие общественные отношения в сфере медицинских услуг и здравоохранения в Узбекистане еще не урегулированы правом. Так, в сфере медицинских услуг действует закон о правах потребителей медицинских услуг. Уяснение статуса потребителя медицинских услуг невозможно без определения правового понятия «медицинская услуга». Нам представляется вполне обоснованной позиция, которая предлагает определять медицинские услуги как комплекс мер, направленных на поддержание здоровья пациента. Таким образом, такое понятие включает не только услуги по лечению, в области ортопедии и зубопротезные, но и услуги в области диагностики, профилактики, а также восстановительно-реабилитационные. Нормативными правовыми актами могут быть предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг. Следует отметить, что на современном этапе международная система здравоохранения предусматривает две основные модели оказания медицинской помощи:

1. патерналистская модель медицины (от «патер» – отец), которая применяется в государствах – участниках СНГ, в том числе в Республике Узбекистан;

2. партнерская модель медицины, которая широко применяется в Европе, США и других развитых странах (модель биоэтики).

Особенность патерналистской модели медицины в том, что во взаимоотношениях между учреждением здравоохранения и пациентом порядок лечения определяет исключительно врач.

Общемировая тенденция к дифференциации прав отдельных социальных групп находит свое выражение и в возрастающем внимании к вопросам соблюдения и защиты прав пациента. Особое психофизиологическое состояние, зависимость больного человека от лечащего врача, которому он доверяет самое дорогое – свое здоровье, обуславливают важнейшее значение правовых механизмов своевременного, четкого и последовательного соблюдения врачом прав пациента.

Необходимость особой правовой охраны интересов пациента зафиксирована в целом ряде деклараций и конвенций, принятых международными медицинскими ассоциациями. Среди них – документы Всемирной организации здравоохранения (Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г., Копенгагенская декларация 1994 г. и др.), документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975 г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г., Декларация об эвтаназии 1987 г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987 г., Хельсинкская декларация 1989 г. и др.).

Медицинская деятельность и образование давно заслуживают самостоятельного отраслевого регулирования в Республике. При этом, аспекты правового регулирования в системе медицины и здравоохранения нуждаются в уточнении, конкретизации. Органы и ткани человека, предназначенные для пересадки, в условиях рыночных отношений фактически имеют правовой режим вещей, ограниченных в обороте, права собственности, которые принадлежат гражданину, у которого они изъяты или его наследникам. Организация медицинской помощи (стационарная и амбулаторно-поликлиническая) должны быть детально регламентированы. В Узбекистане принят закон (с 1 января 2018 г.) о близкородственной трансплантации.

Особой регламентации правом требует организация психиатрической помощи гражданам, ее классификация, виды основания ее оказания. Медицинское право имеет свои специфические институты права: институт сертификации медицинской деятельности, институт медицинского страхования и др. Известные исследователи медицинского права считают, что «медицинское право – это система нормативных норм, регулирующих общественные отношения, возникающие по поводу охраны здоровья граждан и медицинской деятельности, а равно общественные отношения в процессе функционирования и развития сферы здравоохранения».<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Романовский Г.Б. Проблемы становления медицинского права. <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-stanovleniya-meditsinskogo-prava>  
328

Выделение весьма актуальной, в условиях развивающихся биомедицинских технологий, отрасли права – медицинского права, структура предмета которого включает такие объекты как жизнь и здоровье человека, позволит разработать классификацию биологических объектов человека и животных и определить степень их ограничения в гражданском обороте. Подводя итог, следует отметить, что система юридического образования стала воспринимать медицинское право как возможную составляющую часть учебных планов по подготовке юристов. Задача науки медицинского права определяется значением науки в развитии государственно-правовых явлений и вкладом в совершенствование отечественной юриспруденции и здравоохранения.

## Сведения об авторах

**Аверкина Елена Ивановна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

**Акаева Татьяна Владиславовна**, кандидат медицинских наук, консультант Центра интеллектуальных медицинских систем (Имедис), г.Москва

**Алехина Евгения Викторовна**, доктор философских наук, доцент, кафедра биоэтики Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова

**Антипенко Леонид Григорьевич**, кандидат философских наук, старший научный сотрудник Института философии РАН

**Балашкин Виталий Семенович**, инженер, пенсионер

**Барбошина Наталья Владимировна**, кандидат философских наук, старший преподаватель кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет

**Барinov Евгений Христофорович**, доктор медицинских наук, профессор кафедры судебно-медицинской экспертизы и медицинского права Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета имени А.И. Евдокимова, Москва

**Бахтияров Олег Георгиевич**, генеральный директор ООО «Институт психонетических исследований и разработок (ИПИР)»

**Башилов Роман Николаевич**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, Тверской государственный медицинский университет

**Башилова Светлана Михайловна**, кандидат философских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФГДО, Тверской государственный медицинский университет

**Беляева Анастасия Михайловна**, кандидат философских наук, доцент, кафедра философии Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

**Болдин Павел Николаевич**, преподаватель АНО «Учебно-курсовой комбинат» г. Псков

**Бонарцев Антон Павлович**, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, биологический факультет Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова

**Булдакова Юлия Рафаэлевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета МГМСУ им А.И. Евдокимова

**Бурлина Елена Яковлевна**, доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой философии и культурологии ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет

**Быкова Валентина Игоревна**, медицинский психолог высшей категории отд.Реабилитации Научно исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХ и Т).

**Вавилова Татьяна Павловна**, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биологической химии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

**Василковская Олеся Вячеславовна**, главный врач клиники «Витамед», г. Габрово, Болгария

**Власова Ольга Александровна**, доктор философских наук, профессор, кафедра истории философии, Санкт-Петербургский государственный университет, Институт философии

**Введенская Елена Валерьевна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, кафедры биоэтики, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

**Войцехович Вячеслав Эмеринович**, доктор философских наук, профессор кафедры философии и теории культуры Тверского государственного университета, член-корр. Российской экологической академии

**Воскресенский Борис Аркадьевич**, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета, РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Горбунова Екатерина Викторовна**, клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, Новосибирский государственный медицинский университет

**Головизнин Марк Васильевич**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**Гребенщикова Елена Георгиевна**, доктор философских наук, руководитель Центр научно-информационных исследований по науке, образованию и технологиям ИНИОН РАН; доцент, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

**Гуревич Константин Георгиевич**, доктор медицинских наук, профессор РАН, заведующий кафедрой ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития», ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

**Гуткевич Елена Владимировна**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, председатель Локального этического комитета (ЛЭКа) при НИИ психического здоровья; профессор кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии НИИ ТГУ, Томск

**Дербенев Димитрий Павлович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФДПО интернатуры и ординатуры, Тверской государственный медицинский университет

**Денискин Сергей Александрович**, кандидат философских наук, преподаватель кафедры философии Челябинский государственный университет (ЧелГУ)

**Димов Анатолий Сергеевич**, доктор медицинских наук, профессор, кафедра госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»

**Дондокова Бутидма Борисовна**, кандидат философских наук, доцент кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин, Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, СПб.

**Евстифеева Елена Александровна**, доктор философских наук, профессор, проректор по научной работе, заведующая кафедрой психологии и философии ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет», заведующая кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

**Захаров Денис Владиславович**, старший преподаватель, кафедра философии и биоэтики, Астраханский государственный медицинский университет

**Зорин Константин Вячеславович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития», ФГБОУ ВО «Московский государственный медикостоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России

**Ивашкин Сергей Николаевич**, кандидат культурологии, гл. специалист, Центральная библиотечная система ЦАО г. Москвы

**Каймашикова Елена Борисовна**, кандидат исторических наук, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ

**Калинин Руслан Эдуардович**, аспирант кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

**Калинин Эдуард Юрьевич**, старший преподаватель кафедры философии, политологии, социологии ФГБОУ ВПО «НИУ «МЭИ»

**Калле Коссио Елена Геннадьевна** научный сотрудник, группа биомедицинских технологий, НИЦ РМАНПО Минздрава РФ

**Кирьянов Николай Александрович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра патологической анатомии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»

**Киселев Виктор Иванович**, инженер-исследователь, ОИВТ РАН

**Князева Елена Николаевна**, доктор философских наук, профессор Школы философии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

**Коваленко Анна Ивановна**, доктор исторических наук, доцент заведующая кафедрой философии и истории Отечества, ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия

**Комова Надежда Викторовна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и социально-гуманитарных наук, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

**Копаладзе Реваз Александрович**, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории биохимических адаптаций, ФГБУ «Институт общей патологии и патофизиологии» РАМН

**Кубарь Ольга Иосифовна**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник НИИЭМ имени Пастера, СПб, РФ, член Комитета по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО, экс- вице-председатель/ член МКБ ЮНЕСКО, представитель РФ в МГКБ ЮНЕСКО

**Кудрявцев Валерий Дмитриевич**, кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания и здоровья, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

**Кудрявцева Марина Викторовна**, врач рефлексотерапевт, специалист по вегетативному резонансному тесту, биорезонансной терапии, индукционной терапии, терапевтической косметологии

**Кузин Иван Александрович**, кандидат философских наук, преподаватель, Школа философии Факультета гуманитарных наук НИУ ВШЭ

**Кузьмин Кирилл Геннадьевич**, аспирант Института этнологии и антропологии РАН

**Кузовенкова Юлия Александровна**, кандидат культурологии, доцент кафедры философии и культурологии ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет

**Лахонина Наталья Сергеевна**, ассистент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета МГМСУ им А.И. Евдокимова

**Летов Олег Владимирович**, кандидат философских наук, старший научный сотрудник ИНИОН РАН

**Лобзова Любовь Александровна**, тьютор ресурсного класса ГБОУ «Школа 2051» г. Москвы

**Лямина Татьяна Евгеньевна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, Смоленский государственный медицинский университет

**Макаров Андрей Валерьевич**, кандидат философских наук, доцент, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет»

**Меккюсярова Ия Александровна**, ведущий научный сотрудник ГБУ Республики Саха (Якутия) «Музей музыки и фольклора народов Якутии» г. Якутск, Россия; соискатель Центра медицинской антропологии ИЭА РАН г. Москва, Россия

**Минаев Антон Валерьевич**, преподаватель кафедры биологической химии ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва

**Михель Дмитрий Викторович**, доктор философских наук, профессор, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации; ведущий научный сотрудник Института научной информации по общественным наукам РАН, г. Москва

**Михель Ирина Владимировна**, кандидат философских наук, доцент, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Москва

**Мишаткина Татьяна Викторовна**, кандидат философских наук, доцент, профессор, УО «Международный государственный экологический институт им. А.Д. Сахарова Белорусского государственного университета», г. Минск, Беларусь

**Моисеев Вячеслав Иванович**, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**Моисеева Оксана Николаевна**, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**Морозова Юлия Григорьевна**, кандидат филологических наук, доцент кафедры философии, биоэтики и гуманитарных наук МГМСУ им. А.И. Евдокимова (г. Москва)

**Мочалов Константин Сергеевич**, кандидат биологических наук, заведующий Центральной научно-исследовательской лабораторией, Башкирский государственный медицинский университет (г. Уфа)

**Мурашова Лада Анатольевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

**Мухамедова Замира Мухамеджановна**, доктор философских наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук, Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Мхитарян Карен Норайрович**, доктор философских наук, руководитель отдела новых направлений диагностики и терапии Центра интеллектуальных медицинских систем (Имедис), г. Москва

**Навроцкий Борис Александрович**, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и социологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный технический университет»

**Новикова Елена Васильевна**, Журнал "ПЛАС", менеджер по работе с ключевыми клиентами

**Олескин Александр Владимирович**, доктор биологических наук, профессор, кафедра общей экологии биологического факультета МГУ и кафедра философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМ

**Онищук Сергей Алексеевич**, кандидат физико-математических наук, доцент, Кубанский государственный университет, г. Краснодар

**Панов Сергей Владимирович**, кандидат философских наук, доцент, НИТУ МИСИС

**Перхуров Александр Михайлович**, кандидат медицинских наук, врач высшей категории по спортивной медицине и ЛФК, «Юность Москвы» Москомспорт

**Подзолков Павел Николаевич**, студент 2 курса Тюменский государственный университет

**Подзолкова Наталия Андреевна**, кандидат философских наук, доцент кафедры гуманитарных дисциплин, Озёрский технологический институт – филиал Национального исследовательского ядерного университета МИФИ

**Пронин Михаил Анатольевич**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики, руководитель исследовательской группы «Виртуалистика» ([www.virtualistika.ru](http://www.virtualistika.ru)) Института философии РАН

**Радионоев Дмитрий Сергеевич**, клинический ординатор, РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**Рюмина Марина Тулеухановна**, доктор философских наук, профессор кафедры философии и культурологи, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (РНИМУ)

**Седова Наталья Николаевна**, профессор, доктор философских наук, доктор юридических наук, заслуженный деятель науки РФ, заведующая кафедрой философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

**Серова Ирина Анатольевна**, доктор философских наук, профессор кафедры философии и биоэтики, ФГБОУ ВО Пермская государственная медицинская университет им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ

**Сидорова Татьяна Александровна**, кандидат философских наук, доцент кафедры фундаментальной медицины, Новосибирский государственный университет

**Соколова Ирина Сергеевна**, кандидат филологических наук, доцент кафедры издательского дела и книговедения, Московский политехнический университет

**Тарасюк Татьяна Валентиновна**, директор ООО «WhiteClub» г. Киев, Украина

**Тимофеев Виталий Тимофеевич**, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, кафедра факультетской терапии им акад. А.И. Нестерова, РНИМУ им Н.И. Пирогова

**Тирас Харламбий Пантелеевич**, проректор по научной работе Пущинского государственного естественно-научного института, (ПушГЕНИ), зав. кафедрой гуманитарных наук ПушГЕНИ, ст.н.с. Института теоретической и экспериментальной биофизики РАН, Пущино, кандидат биологических наук

**Тихомиров Максим Александрович**, президент фонда содействия охране здоровья и долголетию «ГЕНЕЗИС»

**Тищенко Павел Дмитриевич**, доктор философских наук, главный научный сотрудник Института философии РАН

**Топорков Виктор Афанасьевич**, кандидат философских наук, доцент кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития», ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

**Туйгунов Нозим**, студент 1 курса факультета хирургической стоматологии Ташкентский Государственный стоматологический институт

**Фанталова Елена Борисовна**, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития Московский государственный психолого-педагогический университет (МГППУ)

**Филиппченкова Светлана Игоревна**, доктор психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и философии ФГБОУ ВО «Тверской государственный технический университет», профессор кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

**Харитонова Валентина Ивановна**, доктор исторических наук, зав. центром медицинской антропологии Института этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН (Москва); президент российской Ассоциации медицинских антропологов

**Хомутова Наталья Николаева**, кандидат философских наук, доцент, кафедра социально-гуманитарных наук, экономики и права ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Чебанов Сергей Викторович**, доктор филологических наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет, филологический факультет, кафедра математической лингвистики

**Шадрина Елена Николаевна**, кандидат философских наук, доцент, кафедра философии и истории медицины Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

**Шевченко Сергей Юрьевич**, младший научный сотрудник, Институт философии РАН

**Шенцева Елена Анатольевна**, кандидат философских наук, кафедра философии, Новосибирский государственный технический университет

**Юдников Сергей Александрович**, доцент кафедры философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

**Ягодина Анна Юрьевна**, кандидат медицинских наук, врач-инфекционист ГБУЗ ПК «ГКП г. Перми»

**Якупов Салават Фанилевич**, кандидат философских наук, доцент, кафедра философии, биомедицинской этики и гуманитарных наук МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| • Введение.....                                                                                                                                                              | 3   |
| • ДОКЛАДЫ ПЛЕНАРНОГО ЗАСЕДАНИЯ                                                                                                                                               |     |
| <i>Моисеев В.И.</i> – От биоэтики к биофилософии.....                                                                                                                        | 4   |
| <i>Седова Н.Н.</i> – Существует ли философия медицины?.....                                                                                                                  | 9   |
| <i>Киященко Л.П.</i> – Формы существования биофилософии сегодня.....                                                                                                         | 13  |
| <i>Тищенко П.Д.</i> – О биоэтике и началах человеческого в человеке.....                                                                                                     | 22  |
| <i>Гребенщикова Е.Г.</i> – «Гаражная биология» и новые тенденции<br>самомедикизации.....                                                                                     | 26  |
| <i>Князева Е.Н.</i> – Биосемиотика как инструмент интегративного<br>трансдисциплинарного исследования.....                                                                   | 28  |
| <i>Михель Д.В.</i> – Посмертная судьба тела как вытесненная проблема и<br>перспективы развития органного донорства в России в начале XXI века                                | 33  |
| <i>Харитонов В.И.</i> – Традиционная медицина в России: насущная<br>необходимость или коммерческий проект?.....                                                              | 38  |
| • ФЕНОМЕН БИОФИЛОСОФИИ И ЕГО СООТНОШЕНИЕ С<br>БИОЭТИКОЙ                                                                                                                      |     |
| <i>Введенская Е.В.</i> – О трансформации взаимоотношений врача и<br>пациента.....                                                                                            | 44  |
| <i>Захаров Д.В.</i> – Биоэтика и биофилософия: о единстве философии и<br>этики жизни.....                                                                                    | 46  |
| <i>Моисеева О.Н.</i> – Осмысление природы человека в истории философии<br>и современные проблемы биоэтики.....                                                               | 51  |
| <i>Рюмина М.Т.</i> – Онтологические и гносеологические основания<br>биоэтических проблем.....                                                                                | 56  |
| • ОНТО-ГНОСЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ<br>БИОФИЛОСОФИИ                                                                                                                             |     |
| <i>Болдин П.Н.</i> – От семиотической аналогии в биофилософии до<br>формализации естествознания.....                                                                         | 61  |
| <i>Власова О.А.</i> – Язык экзистенциально-феноменологической традиции:<br>метаонтика и ее понятийный ряд.....                                                               | 66  |
| <i>Денискин С.А.</i> – Структурные элементы живой реальности.....                                                                                                            | 70  |
| <i>Кузин И.А.</i> – Феминизм и научная объективность: проект И.В. Келлер.....                                                                                                | 74  |
| <i>Летов О.В.</i> – Эпистемологические проблемы биоэтики.....                                                                                                                | 79  |
| <i>Моисеев В.И.</i> – Об объективной субъектности и целесообразности в<br>определениях биофилософии.....                                                                     | 81  |
| <i>Мочалов К.С.</i> – Биофилософская модель условного рефлекса в<br>исследовании проблемы знака и времени.....                                                               | 88  |
| <i>Навроцкий Б.А.</i> – Человек-бессмертный: pro et contra.....                                                                                                              | 91  |
| <i>Чебанов С.В.</i> – Чем занимается «доказательная медицина» и как её<br>называть?.....                                                                                     | 94  |
| • НАПРАВЛЕНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ БИОМЕДИЦИНЫ                                                                                                                                      |     |
| <i>Алехина Е.В.</i> – Нравственно ориентированная психотерапия:<br>альтернативные варианты практик.....                                                                      | 100 |
| <i>Антипенко Л.Г.</i> – Термодинамическая теория канцерогенеза:<br>медицинский и мировоззренческий аспекты.....                                                              | 105 |
| <i>Головизнин М.В., Моисеев В.И., Пронин М.А., Тимофеев В.Т., Лахонина<br/>Н.С., Булдакова Ю.Р.</i> – Иммунная система как соматическая проекция<br>категории «самости»..... | 109 |
| <i>Копаладзе Р.А.</i> – Некогнитивизм.....                                                                                                                                   | 111 |
| <i>Моисеев В.И.</i> – Между медициной-априори и -апостериори или<br>«изобретение холистического велосипеда».....                                                             | 116 |

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Олескин А.В. – Роль сетевых структур в гуманитарной медицине (на примере задач восстановительной медицины).....                 | 122 |
| Онищук С.А. – Философские проблемы биологии и медицины: «сумеречные» зоны.....                                                  | 127 |
| Подзолков П.Н. – Искусственная нейронная сеть как пример интегральной взаимопомощи научных областей: биомедицины и техники..... | 130 |
| Хмелевская С.А. – Редактирование генома.....                                                                                    | 134 |

## **• ХОЛИЗМ И РЕДУКЦИОНИЗМ В БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

|                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Акаева Т.В., Василковская О.В., Мхитарян К.Н. – Философские следствия информационной медицины.....                             | 139 |
| Балакишин В.С. – «Дух материи» и «материя духа».....                                                                           | 141 |
| Бонарцев А.П. – Биополимеры как инструмент биофилософии.....                                                                   | 144 |
| Калле Е. – Молекулярная биология всё дальше уходит от догмы, в то время как её прикладные ветви склоняются к детерминизму..... | 145 |
| Кудрявцева М.В. – Комплементарная медицина. Холистический подход.....                                                          | 150 |
| Мхитарян К.Н. – Проблемы имплицитной реальности и имплицитной материи в современной информационной медицине.....               | 151 |
| Подзолкова Н.А. – Интегральный подход и этические проблемы радиологической защиты.....                                         | 156 |
| Тирас Х.П. – Биология вчера и сегодня: от наблюдения к вивисекции и обратно.....                                               | 161 |
| Тихомиров М.А. – Осознанность как востребованный метод современности повышения качества жизни.....                             | 164 |

## **• ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД И БИМЕДИЦИНА**

|                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Бахтияров О.Г., Войцехович В.Э., Тарасюк Т.В. – Феномены жизни и сознания в контексте интегрально-квантового принципа 2-3..... | 165 |
| Перхуров А.М. – Концепция Облика субъекта: к вопросу о дифференцировании понятия.....                                          | 170 |

## **• СОЦИО-ГУМАНИТАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Бурлина Е.Я., Кузовенкова Ю.А., Барабошина Н.В. – Наука, философия и медиа. Гуманитарные проблемы медицины в университетских изданиях.....              | 176 |
| Гуткевич Е.В. – Социо-гуманитарные и этические контексты биомедицинских исследований в сфере психического здоровья: теория, практика и перспективы..... | 180 |
| Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Мурашова Л.А. – Междисциплинарный подход к управлению качеством жизни, связанным со здоровьем человека.....        | 185 |
| Калинин Э.Ю., Новикова Е.В. – Социо-гуманитарная экспертиза в трансдисциплинарной постклассической перспективе.....                                     | 190 |
| Кубарь О.И. – Социальное значение изменения климата и возможность гуманитарного сопровождения и предупреждения негативных последствий.....              | 192 |
| Кузьмин К.Г. – Болезнь и исцеление в контексте православных практик работы с наркозависимыми.....                                                       | 195 |
| Макаров А.В., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И. – Мобильная медицина как технология улучшения качества жизни, связанного со здоровьем.....            | 200 |
| Михель И.В. – Пренатальный инфантицид как «лицензия на убийство»?.....                                                                                  | 203 |
| Морозова Ю.Г. – Лингвистика и медицина: модусы пересечения.....                                                                                         | 207 |

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Пронин М.А. – О предметах и видах гуманитарной экспертизы технологий виртуальной, дополненной и замещающей реальности (Т-VR/AR/SR)..... | 212 |
| Серова И.А., Ягодина А.Ю. – Философия нормализации высокотехнологичных видов оказания медицинской помощи.....                           | 215 |
| Сидорова Т.А. – Производство мнимостей в нейронауках.....                                                                               | 217 |
| Соколова И.С. – Книжная популяризация науки как противодействие биомедицинским мифам.....                                               | 221 |
| Шевченко С.Ю. – Трансляционная медицина: масштабирование социогуманитарных рисков.....                                                  | 224 |
| Шенцева Е.А. – «Редактирование» человеческой реальности, или Топос человека.....                                                        | 229 |
| Юдников С.А. – Биомедицинская этика: ответственность как философская проблема.....                                                      | 234 |
| Якупов С.Ф. – Трудолюбие как духовная ценность и фактор развития....                                                                    | 237 |

## **• БИОФИЛОСОФИЯ КАК ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФЕНОМЕН**

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Горбунова Е.В. –Институт дарения органов в трансплантологии.....                                               | 241 |
| Димов А.С., Кирьянов Н.А. – Философское наследие И.В. Давыдовского: болезнь как явление природы человека ..... | 245 |
| Киселев В.И. – Энергетизм. Ментальное взаимодействие.....                                                      | 248 |
| Минаев А.В., Вавилова Т.П. – Преподавание биохимии в рамках концепции биофилософского подхода.....             | 252 |

## **• ИСТОРИЧЕСКИЕ ОБРАЗЫ БИОФИЛОСОФИИ**

|                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Аверкина Е.И. – От биофилософии к биоэтике: жизнь в интерпретации Ф. Ницше.....                                                                          | 256 |
| Лямина Т.Е. – Н.К. Михайловский и А.А. Богданов: «теория подражания» в контексте критики натурализма в социологии второй половины XIX - начала XX в..... | 260 |
| Панов С.В., Ивашкин С.Н. – Этики выживания в эпоху антропоцена.....                                                                                      | 263 |
| Шадрина Е.Н. – Философское биоэтическое мировоззрение: от антропоцентризма к биоцентризму.....                                                           | 266 |

## **• МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ**

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Беляева А.М. – Советские культурно специфические болезни: случай ВСД.....                                                                                       | 271 |
| Быкова В.И., Сазонова И.В., Фуфаева Е.В. – Клинический антропоцентризм как возможность восстановления сознания у детей после тяжелых травм головного мозга..... | 274 |
| Воскресенский Б.А., Радионов Д.С. – Антропологические и психопатологические аспекты витальности.....                                                            | 276 |
| Меккюсарова И.А. – Спрос рождает предложение.....                                                                                                               | 278 |
| Фанталова Е.Б. – Объективное и субъективное в психологической диагностике внутреннего конфликта.....                                                            | 280 |
| Хомутова Н.Н. – К вопросу об аксиологических основаниях взаимодействия: «человек - природа», «врач - пациент».....                                              | 284 |

## **• БИОМЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Баринев Е.Х., Калинин Р.Э. – Объективность и полнота материалов «врачебного дела» залог обоснованности проведенной судебно-медицинской экспертизы ..... | 289 |
| Башилов Р.Н., Башилова С.М., Дербенев Д.П. – Применение визуальных форм обучения при преподавании курса «Биоэтика».....                                 | 293 |
| Дондокова Б.Б. – Рефлексивная позиция врача в медицинской этике Дернера.....                                                                            | 294 |

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Зорин К.В., Топорков В.А, Гуревич К.Г. – Воспитательная работа, биоэтическое образование и здоровый образ жизни студентов-медиков</i>                    | 299 |
| <i>Каймашникова Е.Б. – Деятельность Новосибирского института усовершенствования врачей в первые годы Великой Отечественной войны.....</i>                   | 300 |
| <i>Коваленко А.И. – Формирование общекультурных компетенций в курсе биоэтики.....</i>                                                                       | 305 |
| <i>Комова Н.В. – А.А. Богданов: врач, естествоиспытатель и философ. Подвиг во имя науки.....</i>                                                            | 308 |
| <i>Кудрявцев В.Д. – Качественные характеристики занятий по физическому воспитанию.....</i>                                                                  | 313 |
| <i>Лобзова Л.А. – О некоторых аспектах инклюзивного обучения учащихся с расстройствами аутистического спектра в условиях общеобразовательной школы.....</i> | 315 |
| <i>Мишаткина Т.В. – Биоэтика как гуманистическое основание биомедицинского образования.....</i>                                                             | 319 |
| <i>Мухамедова З.М. Туйгунов Н. – Институциональный диалог: медицинское право и биоэтика.....</i>                                                            | 324 |
| <b>Сведения об авторах.....</b>                                                                                                                             | 330 |